



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

PIAO 2025-2027

Anno 2025

INDICE

	RIFERIMENTI NORMATIVI E OBIETTIVI.....	1
	REDAZIONE DEL PIAO.....	2
	I SOGGETTI COINVOLTI.....	3
	ITER DI ADOZIONE DEL PIAO.....	4
	MODIFICHE DEL PIAO.....	4
1	SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	5
	1.1 SINTESI DEI MAGGIORI DATI DI CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO.....	8
	1.1.1 CONTESTO E TERRITORIO.....	10
	1.1.2 CONDIZIONI SOCIOECONOMICHE.....	10
	1.1.3 LO STATO DI SALUTE.....	11
	1.2 SINTESI DEI MAGGIORI DATI AZIENDALI DI CONTESTO INTERNO.....	12
2	VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	19
	2.1 SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO.....	19
	2.1.1 ACCESSIBILITÀ DIGITALE.....	22
	2.1.2 ELENCO DELLE PROCEDURE DA SEMPLIFICARE E RE INGEGNERIZZARE.....	24
	2.2 SOTTOSEZIONE PERFORMANCE.....	27
	2.2.1 L'ALBERO DELLE PERFORMANCE.....	27
	2.2.1.1 INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO.....	38
	2.2.1.2 PRODUZIONE E ATTIVITÀ.....	41
	2.2.2 ECONOMICITÀ E USO APPROPRIATO DELLE RISORSE ECONOMICHE.....	41
	2.2.2.1 SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO.....	43
	2.2.2.2 PRIVACY, TRASPARENZA E RICERCA.....	47
	2.2.2.3 TECNOLOGIE DIGITALI PER L'INNOVAZIONE DEI PROCESSI DI CURA.....	48
	2.2.2.4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA.....	50
	2.3 SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	51
	2.3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO.....	52
	2.3.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E VALUTAZIONE DI IMPATTO SULL'INTEGRITÀ AZIENDALE.....	55
	2.3.2.1 OGGETTO DELLA SEZIONE.....	57
	2.3.2.2 SOGGETTI, FUNZIONI E RESPONSABILITÀ.....	59
	2.3.2.3 PROCEDURE DI FORMAZIONE E ADOZIONE DEL DOCUMENTO.....	61
	2.3.2.4 MAPPATURA DEL RISCHIO.....	62
	2.3.2.5 INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO AREE GENERALI E AREE SPECIFICHE.....	63
	2.3.2.6 MAPPATURA DEI PROCESSI.....	64

2.3.2.7 VALUTAZIONE DEI RISCHI	65
2.3.2.8 TRATTAMENTO DEL RISCHIO E CLASSIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE.....	67
2.3.2.9 MISURE DI PREVENZIONE	68
2.3.2.10 INTERVENTI DI ATTUAZIONE DEL PNRR – MISURE DI TRASPARENZA E DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO.....	86
2.3.2.11 RIESAME DELLE MISURE	87
2.3.2.12 CODICE DI COMPORTAMENTO INTEGRATIVO	87
2.3.2.13 FORMAZIONE DEL PERSONALE IMPEGNATO NEI SETTORI A RISCHIO.....	88
2.3.2.14 PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA.....	89
2.3.2.14.1 TRASPARENZA E ACCESSIBILITA'	89
2.3.2.14.2 OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI IN MATERIA DI TRASPARENZA.....	90
2.3.2.14.3 SOGGETTI RESPONSABILI.....	91
2.3.2.14.4 DATI DA PUBBLICARE.....	92
2.3.2.14.5 IL PROCESSO DI PUBBLICAZIONE.....	94
2.3.2.14.6 AGGIORNAMENTO.....	94
2.3.2.14.7 USABILITA' E COMPRESIBILITA' DEI DATI.....	94
2.3.2.14.8 CONTROLLO E MONITORAGGIO.....	95
2.3.2.14.9 TEMPI DI ATTUAZIONE.....	96
2.3.2.14.10 SANZIONI.....	96
2.3.2.14.11 ACCESSO CIVICO.....	97
2.3.2.14.12 COLLEGAMENTI CON LA SOTTOSEZIONE PERFORMANCE ED IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE.....	97
2.3.2.15 RUOLO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE	100
2.3.2.16 MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO.....	101
2.3.2.17 RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE	101
3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	102
3.1 SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	102
3.2 SOTTOSEZIONE ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE.....	107
3.2.1 MODALITÀ ATTUATIVE DEL LAVORO AGILE.....	108
3.3 SOTTOSEZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE.....	109
3.3.1 FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	116
3.3.1.1 PIANO DELLA FORMAZIONE.....	116
3.3.2 RACCOLTA FABBISOGNI 2023-2025.....	121
3.3.3 INCENTIVI E MONITORAGGIO DELLA FORMAZIONE.....	123
3.3.4 PERCORSO PER LA VALUTAZIONE INDIVIDUALE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE.....	124
3.4 PIANO AZIONI POSITIVE.....	129
3.4.1 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE 2025 –2027.....	129

4 MONITORAGGIO.....133

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO.....133

4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE.....133

4.2.1 PERFORMANCE INDIVIDUALE..... 135

4.2.2 PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....135

4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....136

4.4 MONITORAGGIO LAVORO AGILE.....138

5 DOCUMENTI ALLEGATI.....138

6 DESTINATARI DEL PIANO.....138

RIFERIMENTI NORMATIVI E OBIETTIVI

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2022 n. 113 ha previsto che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (d'ora in poi PIAO). L'Asl Cn2 è soggetta a questo adempimento.

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

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

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

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

¹ DPR 81/2022, art.1, c. 1.

Il Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”, pubblicato in G.U. n.209 il 7 settembre 2022, ha definito il contenuto del PIAO.

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

In esso, infatti, sono descritti:

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

L’arco temporale di riferimento della pianificazione è triennale e il presente aggiornamento si focalizza sull’annualità 2025.

REDAZIONE DEL PIAO

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

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

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

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

- la figura del responsabile;
- gli obiettivi (risultati intermedi e finali);
- le modalità attuative;
- gli indicatori di monitoraggio intermedi e finali che possano, in un’ottica sempre più allargata al territorio su cui l’Azienda insiste, migliorare la conoscenza dei bisogni della popolazione che si rivolge al SSN;
- l’offerta;
- la distanza fra l’espressione del bisogno di salute e la risposta;

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

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

⁴ <https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/piano-integrato-di-attivita-ed-organizzazione/>

-
- l'individuazione di indicatori di outcome che, attraverso modalità partecipate con gli stakeholder, possano consentire di misurare gli impatti sulla salute della popolazione e la realizzazione della mission dell'Asl.

Attraverso questo confronto sinergico e costante può scaturire la costruzione del Valore Pubblico nell'accezione intesa dal legislatore, in cui l'Asl e i suoi operatori svolgono un ruolo significativo, effettuando periodicamente un riesame di cosa dovrebbe essere modificato. Tutto ciò in un'ottica di miglioramento continuo e di fattibilità che, attraverso una comunicazione assertiva, trasparente ed efficace consenta di analizzare serenamente i punti di forza e le criticità e di individuare soluzioni condivise per il benessere sociale sia in un contesto ordinario sia in un eventuale quadro emergenziale.

Il PIAO⁵ elaborato ai sensi del Decreto del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 132 del 30.06.2022 assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria. L'art. 2, co 2 del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, convertito in Legge n. 113/2021, pubblicato in data 30 giugno 2022, ha escluso dal PIAO tutti gli adempimenti di carattere finanziario non contenuti nell'elenco di cui all'articolo 6, comma 2, lettere da a) a g), del D.L. 9 giugno 2021, n. 80. Tuttavia, ritenendo inscindibili gli aspetti economici da quelli di programmazione previsti dal PIAO, l'Asl gestisce la valutazione delle risorse complessive per raggiungere gli obiettivi e condurre le diverse attività ed il monitoraggio del consumo delle stesse in maniera integrata e complessiva.

I SOGGETTI COINVOLTI

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

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

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

⁵ art. 8 del D n. 132 del 30.06.2022.

ITER DI ADOZIONE DEL PIAO

Durante il Collegio di Direzione del 26/11/2025 la Direzione Generale ha illustrato le Linee programmatiche e il processo di budget 2025; le Linee programmatiche sono state trasmesse, con nota prot. 8088321 del 05/12/2024, a tutti i Direttori/Responsabili/Coordinatori/Incaricati delle SC/SSD/SS con contestuale richiesta di formulare una/due proposte di obiettivi per il 2025.

Con nota protocollo n. 8050295 del 20.11.2024 è stato richiesto ai referenti del gruppo operativo PIAO di aggiornare le sezioni del documento alla luce delle Linee programmatiche 2025, al fine di consentire la revisione organica del Piano e la successiva fase di consultazione pubblica.

La bozza del PIAO, composta con le informazioni pervenute a inizio dicembre 2024, inserite secondo lo Schema tipo, analizzata con la Direzione Generale, è stata posta in consultazione sul sito Internet e Intranet aziendale dal 20.12.2024 al 20.01.2025 e contestualmente inviata all'OIV. Le osservazioni e le proposte di modifica e integrazione, nonché gli elementi acquisiti dalle Strutture aziendali durante il periodo di consultazione, sono sottoposte a valutazione della Direzione Generale, al fine di pervenire alla stesura definitiva. In caso di modifiche sostanziali l'OIV viene nuovamente coinvolto.

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

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

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

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

MODIFICHE DEL PIAO

Il presente documento potrà essere aggiornato e progressivamente implementato con allegati e link che ne sostanzino e documentino la progressiva attuazione, oltre che in caso

⁶ art. 11 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁷ art. 10 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁸ art. 14 del DPR n. 132 del 30.06.2022

⁹ <https://piao.dfp.gov.it>

¹⁰ art.9 del D.lgs. 33/2013

di variazioni sostanziali all'organizzazione e ai meccanismi gestionali precedentemente descritti.

1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

Denominazione	Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba – Bra
Indirizzo	Via Vida, 10 – 12051 ALBA
Pec	aslc2@legalmail.it
Sito internet	www.aslc2.it
C.F./ P.I.	P.IVA 02419170044
Cod. IPA	as18_alb
Cod. AOO	ADD8514

Informazioni dettagliate sono reperibili sul sito web aziendale.

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

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

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

Il complesso delle attività svolte e delle prestazioni erogate dall'Asl Cn2 è individuato nel vigente Atto Aziendale, approvato con deliberazione n. 142 il 29.02.2024, a seguito del parziale recepimento da parte della Giunta regionale con D.G.R 13 - 8163/2024/XI del

12/02/2024 delle modifiche proposte con delibera n. 922 del 05.12.2023. L'Atto Aziendale è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente"¹¹ del Sito internet aziendale.

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

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

Il contesto dell'offerta dell'Asl Cn2 al 1° gennaio 2025, relativamente all'assistenza ospedaliera, si caratterizza per la presenza del presidio ospedaliero unificato "Pietro e Michele Ferrero – Industriali", cui è seguita la parziale trasformazione dei due vecchi ospedali di Alba e di Bra in sedi territoriali in corso di riqualificazione secondo le previsioni del D.M. n. 77/2022. Sono presenti tre case di cura private accreditate, di cui una monospecialistica psichiatrica e una monospecialistica riabilitativa.

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

Al 01.01.2025 sono operativi 102 Medici di medicina generale, 14 Pediatri di libera scelta, 56 medici dedicati al servizio di "Continuità Assistenziale" (ex Guardia Medica) la cui attività

¹¹ <https://www.aslc2.it/atti-documenti/ii-01-atto-aziendale>



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

è finalizzata a garantire l'assistenza primaria, 27 specialisti ambulatoriali convenzionati dedicati alle cure primarie (di cui 13 psicologi, 7 veterinari), oltre a 10 medici che lavorano presso il DEA.

La rete dei servizi sanitari e sociosanitari si articola altresì in: centri di salute mentale, servizi per le dipendenze patologiche, consultori, hospice, strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili fisici – psichici, strutture di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS), Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS)

Con deliberazione di Giunta Regionale n.21-651 del 23 dicembre 2024 è stato nominato, per il triennio 2025-2027, l'attuale Direttore Generale, il quale ha riconfermato gli incarichi al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo.

1.1 SINTESI DEI MAGGIORI DATI DI CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Tabella 2: Contesto territoriale

Parametro	Distretto 1 Alba	Distretto 2 Bra
Superficie (kmq)	793,1	329
Territorio	<p>Il territorio (alto collinare) occupa la parte nord-orientale della provincia di Cuneo ai confini con la provincia di Asti e, più a sud, con quella di Savona.</p> <p>Sezionandolo nella direzione nord-sud, alla longitudine di Alba, se ne ottiene il profilo altimetrico più indicativo: con la minima di 170 m s. l. m. alle sponde del Tanaro e con la massima di quasi 900 m alla balza di Mombarcaro.</p>	<p>Il territorio, pianeggiante e basso collinare, è dislocato al confine tra le province di Asti e Torino.</p>
Popolazione al 31/12/2024	102.979	66.291
Densità di popolazione (ab/kmq)	129,8	201,5
N. Comuni	64	11

Figura 1: Territorio Asl Cn2



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

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

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

Comune	2022	2023	2024
Alba	31.095	31.229	31.154
Bra	29.536	29.572	29.802
Cherasco	9.447	9.489	9.552
Sommariva del Bosco	6.271	6.288	6.280
Canale	5.514	5.495	5.505

1.1.1 CONTESTO E TERRITORIO

Secondo le stime disponibili a luglio 2024, la **popolazione residente** nel territorio dell'Asl Cn2 risulta essere al 31 dicembre 2024 di 169.270 abitanti, pari al 4% della popolazione residente nella Regione Piemonte. La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (50,8% contro il 49,2%); nella fascia di età degli ultra ottantacinquenni il numero di donne è nettamente prevalente rispetto al numero degli uomini (63,3% vs. 36,7%) in quella classe di età. L'**età media** della popolazione nell'anno 2023 è di 46,1 anni (in Piemonte 47,4 anni).

Gli **stranieri residenti** al 31.12.2023 sono 19.047, pari all'11,3% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2023 sono 433.406 pari al 10,2% del totale dei residenti.

Anche per il 2023 nell'Asl Cn2 il **saldo naturale** è negativo (-960), con i decessi che superano le nascite, confermando una tendenza ormai più che decennale; mentre il saldo migratorio (iscritti – cancellati) è positivo (+719).

Nel 2023, l'**indice di natalità**, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1.000 è di 6,6, superiore al dato regionale (5,9). Per quanto riguarda la **popolazione anziana**, nell'Asl Cn2 al 31.12.2023, si contano 41.716 ultra sessantacinquenni, ossia il 24,6% della popolazione totale, mentre i minori di 15 anni rappresentano il 12,5% (di 169.270).

1.1.2 CONDIZIONI SOCIOECONOMICHE

Le condizioni socioeconomiche degli individui possono influenzare la salute: ad esempio le persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni

economiche, hanno indicatori di salute più favorevoli rispetto a chi non possiede tali caratteristiche.

Il sistema di sorveglianza PASSI rivela che la ripartizione per stato civile è mutata nel corso di questi anni, con una progressiva riduzione della frazione dei coniugati/conviventi che passa da 62,5% (2008-2010) a 57,9% (2020-2022) e di conseguenza l'incremento della frazione dei Celibi/Nubili che passa da 29,5% a 35,2% (2020-2022). Focalizzandoci sul periodo 2021-2022 la frazione di coloro che dichiara di vivere da solo risulta pari a 11,7% e si osserva un trend crescente negli ultimi 5 trienni. Nel biennio 2022-2023, dichiara di vivere da solo il 17,2% degli intervistati.

Il **sistema di sorveglianza PASSI** consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni Asl Cn2 anche alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il livello di istruzione, le difficoltà economiche (percepite) e lo stato lavorativo. Nell'Asl Cn2 nel periodo 2022-2023, su un campione casuale di 550 persone intervistate, il 68,9% ha complessivamente un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea); stratificando per genere si osserva che il titolo di studio alto risulta posseduto dal 69,5% delle donne contro il 67,6% dei maschi. Sempre dai dati PASSI 2022-2023 risulta occupato il 78,6% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni, di cui il 74,1% con un contratto di lavoro di "dipendente" e il 23,8% "autonomo"; 2,1% è indicato come lavoro "atipico". Infine, il 4,4%, secondo i dati Passi 2022-2023, dichiara che con le risorse finanziarie a sua disposizione arriva a fine mese con "molte difficoltà", il 21,7% con "qualche" e l'73,9% con "nessuna".

1.1.3 LO STATO DI SALUTE

Il numero totale dei decessi nel 2023 è di 2.079, con un tasso grezzo di mortalità (n. morti su popolazione totale x 1.000) di 12,3, lievemente inferiore al valore regionale (12,6).

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

La **speranza di vita** alla nascita (0 anni), al 2022 si attesta a 80,4 anni per gli uomini e a 84,7 anni per le donne, i dati del 2022 risentono ancora dell'eccesso di mortalità del 2020 dovuto alla pandemia.

Per quanto riguarda la **mortalità per cause**, anche nel 2021, ultimi dati disponibili, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche risultano le principali cause di morte per entrambi i sessi e sono responsabili della metà dei decessi (55,2% dei decessi nei maschi e il 50% nelle donne). Al terzo posto si conferma per il genere maschile l'infezione da SARS-CoV-2 (10,7%), mentre tra le femmine si registrano i decessi per disturbi psichici (7,8%) e a seguire da quelli da complicanze del Covid-19 (7,6%).

Dall'analisi dell'età dei soggetti deceduti nel 2021 emerge che complessivamente l'86,4% degli uomini e il 94,5% delle donne hanno più di 65 anni al momento del decesso.

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute. Nella popolazione adulta (18-69 anni), nell'Asl Cn2, nel biennio 2022-2023 (Sorveglianza PASSI) la frazione di fumatori fra intervistati risulta pari al 27,1%, valore sovrapponibile al valore piemontese pari a 26,3% e superiore al valore Italiano pari a 24,5%.

L'assunzione di **bevande alcoliche** è un altro fattore di rischio su cui indaga la Sorveglianza PASSI: nel 2022- 2023, il 68,3% della popolazione dell'Asl Cn2 tra i 18-69 anni consuma bevande alcoliche (inteso come una unità di bevanda alcolica equivalente ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore nell'ultimo mese). L'Asl Cn2 si presenta come un territorio in cui il consumo di alcol è sovrapponibile alla media regionale (68,5%), ma con una percentuale di consumatori a maggior rischio (18,5%) inferiore alla media regionale (23,2%) e sovrapponibile a quella nazionale (18,2%). La modalità di consumo a maggior rischio (consumo abituale elevato e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore binge) risulta più diffusa tra i giovani 18-24 anni e tra gli uomini.

È nota da tempo la relazione tra l'**eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (es: ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari). Il 27,7% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2022-2023 (Sorveglianza PASSI), risulta in sovrappeso, mentre gli obesi sono il 8,5%; gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (36,1%) e obesi (8,7%) rispetto alle donne (19,3%, 8,3%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche.

Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'**attività fisica**, sempre nel periodo 2022-2023, il 54,2% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 30,9% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 14,5% è completamente sedentario (16,4% Piemonte e 28,1% Italia). Il 21,9% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Un regime alimentare ricco di frutta e verdura è noto rappresenti un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI 2022-2023, stima che solo il 8,3% degli individui di età compresa tra i 18 e i 69 anni, assuma le 5 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali (valore sovrapponibile al dato regionale e 9,1%, superiore a quello nazionale pari al 7,0%).

1.2 SINTESI DEI MAGGIORI DATI AZIENDALI DI CONTESTO INTERNO

Nel considerare la base line di partenza della performance si deve necessariamente tenere conto della complessità organizzativa e dei maggiori dati di attività che descrivono l'azienda

che, al 31.12.2024 consta di 100 unità organizzative in cui lavorano complessivamente 2.382 dipendenti.

L'A.S.L. CN2 al 31.12.2024 ha un numero di occupati pari a 2.382 dipendenti (di cui 58 a tempo determinato). Il personale dipendente è costituito per il 74% da donne. La fascia d'età più rappresentata è quella 43/58 anni che corrisponde al 47% del totale dei dipendenti, seguita dalla fascia d'età 59/67 anni, pari al 13% e da 32/42 anni, pari al 27% del totale, mentre la fascia d'età più giovane rappresenta il 13% del totale.

Il personale infermieristico rappresenta il 34% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (14%). Il personale OTA/OSS costituisce il 19% di tutto il personale dipendente e il personale della riabilitazione il 5%.

Di seguito si riporta la rappresentazione sintetica del tasso di assenteismo (Totale giorni di malattia/Totale dipendenti per giorni lavorati) dei dipendenti dell'azienda.

Tabella 4: Tasso di assenza dal servizio del personale dipendente per ruolo al 31/12/2024 (di cui del Tasso di assenza).*

Ruolo	Tasso di presenza	Tasso di Assenza	Tasso di malattia *
Sanitario	85%	15%	3%
Professionale	96%	4%	1%
Tecnico	89%	11%	4%
Amministrativo	86%	14%	4%
Socio-Sanitario	79%	21%	7%

Per quanto riguarda il turn-over del personale dipendente, nell'anno 2024 si sono osservati: 43 pensionamenti, 0 decessi, 81 dimissioni volontarie, 3 scadenze incarichi, 46 trasferimenti ad altri enti, 1 recesso per mancato superamento periodo di prova.

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

Azienda Sanitaria Locale CN 2 - Atto aziendale vigente al 31.12.2024. Deliberazione n. 142 del 29/02/2024				
	SC	SSD	SS	TOTALE
Servizi Di Staff (*)	3	-	9	12
Servizi Amministrativi Di Line	6	-	2	8
Servizi Sanitari Di Line Area Ospedaliera	2	-	2	4
Servizi Sanitari Di Line Area Territoriale	2	1	3	6
Dipartimento Di Area Medica	7	-	9	16
Dipartimento Di Area Chirurgica	6	1	5	12
Dipartimento Di Emergenza E Urgenza	4	-	7	11
Dipartimento Di Area Diagnostica (**)	4	2	3	9
Dipartimento Di Salute Mentale	2	-	2	4
Dipartimento Materno Infantile	3	-	3	6
Dipartimento Di Prevenzione	4	5	4	13

(*) di cui:

- S.C. Servizio Legale Interaziendale

opera in collegamento funzionale con Asl Cn1 e ASO S.Croce e Carle Cuneo

(**) di cui:

- S.S.D. Fisica Sanitaria e

- S.S.D. Radioterapia

operano in collegamento con ASO S.Croce e Carle Cuneo

Tabella 6: Rappresentazione posti letto al 30.11.2024.

Posti letto al 30/11/2024	
RO	303
DH	37
DS	21
Totale	361

I dati di attività fotografati da flussi di ritorno regionali a fine novembre 2024 di seguito sintetizzati risultano utili a fornire una rappresentazione dell'erogazione delle principali categorie di prestazioni e sono un riferimento per le previsioni sul 2025 e le progressive periodiche valutazioni.

Tabella 7: Accessi DEA al 30.11.2024 stratificati per mesi, genere e nazionalità.

Accessi DEA per mesi, genere e nazionalità				
Genere			F	M
Mese Prestazione	Accessi DEA	di cui STRANIERI	Accessi DEA	Accessi DEA
Totale	52.777	7.081	26.339	26.438
Gennaio	4.757	695	2.301	2.456
Febbraio	4.775	626	2.323	2.452
Marzo	4.980	698	2.463	2.517
Aprile	4.935	675	2.439	2.496
Maggio	4.902	677	2.454	2.448
Giugno	4.892	682	2.496	2.396
Luglio	4.976	643	2.547	2.429
Agosto	4.748	557	2.396	2.352
Settembre	4.595	623	2.319	2.276
Ottobre	4.762	626	2.409	2.353
Novembre	4.455	579	2.192	2.263

Tabella 8: Accessi al DEA al 30.11.2024 per fasce di età.

Accessi DEA per fasce d'età (il 2024 ha solo 10 mesi)				
Età	2021	2022	2023	2024
0-9	3.522	5.726	6.760	5.957
10-19	3.746	5.034	5.359	4.456
20-29	5.651	6.367	6.333	5.131

30-39	6.068	7.015	7.606	5.804
40-49	5.848	6.649	7.052	5.520
50-59	6.285	7.619	8.209	6.604
60-69	5.226	6.190	7.048	5.906
70-79	5.358	6.460	6.978	6.237
80-89	5.019	6.079	6.469	5.631
90-99	1.073	1.473	1.524	1.479
Centenari	13	22	24	14

Anche nel 2025 continuerà il monitoraggio del boarding e del tempo di permanenza in PS/DEA, di seguito una rappresentazione sintetica dell'andamento degli indicatori rilevata dai flussi di attività.

Tabella 9: Tempo di boarding e di permanenza in DEA al 30.11.2024.

Tempo di boarding ricoverati senza OBI		
2019	2023	gen-nov. 2024
1h:01m	10h:29m	10h47m
Tempo di boarding ricoverati con OBI		
2019	2023	gen-nov. 2024
1h:16m	10h:14m	10h45m
Tempo di permanenza ricoverati con OBI		
2019	2023	gen-nov. 2024
4h:13m	6h:55m	7h:14m
Tempo di permanenza ricoverati senza OBI		
2019	2023	gen-nov. 2024
3h:33m	5h38m	5h40m

Tabella 10: Rappresentazione ricoveri per i primi undici mesi 2024 per tipologia, genere e fascia di età, distribuzione nei mesi.

Ricoveri per genere			
Anno Dimissione	Gen-Nov 2024		
Sesso	1 - Maschio	2 - Femmina	
Mese Dimissione	Dimessi	Dimessi	
gennaio	612	569	
febbraio	554	656	
marzo	619	674	
aprile	568	547	

maggio	616	686
giugno	593	637
luglio	610	644
agosto	492	466
settembre	559	547
ottobre	737	652
novembre	630	616

Ricoveri per fasce d'età

Anno Dimissione	Gen-Nov 2024	
Fascia età	Maschio	Femmina
0-10	730	590
11-20	215	171
21-30	206	599
31-40	245	853
41-50	454	481
51-60	847	809
61-70	1.272	920
71-80	1.503	1.152
81-90	970	952
91-100	134	217
oltre 100	-	-

Tabella 11: Confronto prestazioni aziendali in ricovero ordinario Gen-Nov 2023 vs Gen-Nov 2024.

Anno Dimissione	Gen-Nov 2023	Gen-Nov 2024
Dimessi	9.221	9.228
Giornate	73.654	74.630
Degenza media	7,99	8,09
Ricoveri <2 gg	608	563
Deceduti	294	301
Ricoveri ripetuti	678	650
Ricoveri ripetuti %	7%	7%
Valore medio DRG	3.934,8	4.121
Numero casi medici	5.868	5.759
Numero casi medici%	64%	62%
Numero casi Chirurgici	3.353	3.469
Numero casi Chirurgici %	36%	38%

Tabella 12: Confronto prestazioni aziendali in day hospital Gen-Nov 2023 vs Gen-Nov 2024.

Anno Dimissione	Gen-Nov 2023	Gen-Nov 2024
Dimessi	4.123	4.097
Accessi (giornate)	6.500	5.812
Accessi medi		
Numero Accessi Diagn. (giornate)	99	136
Numero Accessi Diagn. %	2	3
Numero casi Medici (dimessi)	3.717	2.847

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

Tabella 13: Nuovi nati nei primi undici mesi 2024 analizzati per genere e cittadinanza alla nascita.

SESSO	Totale	Totale	F	F	M	M
Regime	TOTALE	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI	TOTALI	di cui STRANIERI
Nuovi nati	742	181	334	84	408	97

Tabella 14: Accessi ambulatoriali primi undici mesi 2024.

Tipologia	Quantità
Totale	2.416.653
1. PRIMA VISITA	50.889
1. PRIMA VISITA CAS	1.042
2. VISITA DI CONTROLLO	94.166
3. ALTRE PRESTAZIONI	2.270.556

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

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

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

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

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

2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE VALORE PUBBLICO

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

Il Valore Pubblico dell'Azienda è dato dal suo mandato istituzionale e sintetizzato nella sua mission.

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

¹² <https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/enti-controllati/societa-partecipate/>

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

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

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

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

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

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

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

L'Asl Cn2:

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

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

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

Le strategie di attuazione, anche in ottica della realizzazione delle missioni connesse al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), richiedono più che mai sinergie con tutto il

territorio di riferimento e confronto costante con l'Assessorato Regionale tenuto a coordinare, anche tramite l'Azienda Zero, gli input e le risorse.

La base di partenza di realizzazione dei macro-obiettivi è data dagli elementi di contesto interno attraverso una chiara definizione delle strategie che tengano conto delle priorità e delle risorse a disposizione determinanti per il raggiungimento degli obiettivi di performance e la realizzazione di Valore Pubblico.

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

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

La conoscibilità e verificabilità di quanto presentato è garantita dalla pubblicazione dei documenti connessi al PIAO¹³.

2.1.1 ACCESSIBILITÀ DIGITALE

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

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

L'obiettivo, perseguito da tempo e che verrà ulteriormente sviluppato a partire da gennaio 2025, è quello di recepire progressivamente tutte le indicazioni normative (sempre in evoluzione) legate alle Direttive Europee per l'Accessibilità Web (Direttiva europea sull'accessibilità del 2016, n.2102), che hanno riscritto e ridefinito le norme per garantire piena accessibilità web ai cittadini europei.

Nello specifico, la direttiva relativa all'accessibilità dei siti web del settore pubblico in tutta l'UE richiede che i siti Internet pubblici siano accessibili.

¹³ <https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/piano-integrato-di-attivita-ed-organizzazione/>

Secondo la direttiva, tutti gli utenti devono poter percepire, usare e comprendere i siti web del settore pubblico, il cui contenuto deve essere concepito in modo da poter essere interpretato da tecnologie assistive, come ad esempio i lettori di schermo utilizzati da persone non vedenti.

I 4 principi dell'accessibilità web nelle direttive europee sono:

1. Percepibilità - il contenuto dovrebbe essere disponibile in almeno uno dei sensi dell'utente. Ad esempio, per gli utenti ipovedenti le immagini vengono descritte con un testo alternativo.
2. Utilizzabilità - il contenuto può essere controllato attraverso vari strumenti. Ad esempio, le persone che non sono in grado di utilizzare un mouse possono utilizzare solo la tastiera.
3. Comprensibilità - utilizzo di un linguaggio chiaro e semplice e di interfacce prevedibili e coerenti, il che aiuta le persone con disabilità cognitive o di lettura.
4. Solidità - il sito web o l'applicazione dovrebbero funzionare adeguatamente su diversi browser, dispositivi e piattaforme, compresa la tecnologia assistiva.

Infine, sarà affrontato il tema della Dichiarazione di accessibilità, lo strumento attraverso il quale le Amministrazioni rendono pubblico lo stato di accessibilità di ogni sito web e applicazione mobile di cui sono titolari (<https://www.agid.gov.it/it/design-servizi/accessibilita/dichiarazione-accessibilita>)

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

Relativamente all'accessibilità rivolta ai dipendenti dell'Asl Cn2, prosegue l'aggiornamento del sistema informativo aziendale, prevalentemente dell'area sanitaria, con un progetto finanziato dai fondi PNRR e aggiudicato con Accordo Quadro Sanità Digitale 1. I sistemi introdotti sono certificati secondo le normative vigenti per quanto concerne l'accessibilità digitale.

Inoltre, nei prossimi anni l'Asl Cn2, anche grazie ad un contributo regionale, investirà significative risorse – economiche e organizzative – per accrescere la consapevolezza del personale medico e infermieristico rispetto allo strumento del Fascicolo Sanitario Elettronico (di seguito FSE).

2.1.2 ELENCO DELLE PROCEDURE DA SEMPLIFICARE E RE INGEGNERIZZARE

Alla luce delle misure previste dall'Agenda Semplificazione e tenuto conto dei progetti di realizzazione del PNRR, l'Asl Cn2 è impegnata durante l'arco temporale di riferimento e in modo particolare nel 2025 nelle seguenti azioni:

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempistiche
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Eliminare gli adempimenti e le autorizzazioni ridondanti	Ulteriori iniziative per Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Servizi Informatici	2025-2026
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Pubblicazione mensile dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali sul portale aziendale:	Servizio Accettazione e Front Office	mensile
		AT e link veloci		
Semplificazione e velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Monitoraggio tempi di risposta accessi mediante adozione modulo DOC'S PA	Servizi Informatici	Monitoraggio costante a supporto della pubblicazione quadrimestrale effettuata dal RPCT
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Utilizzo del Dossier Sanitario Elettronico per tutti gli utenti che danno il consenso	Servizio Accettazione e Front Office	2025-26
			Servizi Informatici	
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Digitalizzazione	Implementazione firma grafometrica per il/i pazienti	Servizi Informatici (gestione Azienda Zero)	2025-26

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempistiche
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Ottimizzazione e semplificazione percorsi pazienti/monitoraggio flussi Centri prelievo	Adozione App CodaQ per prenotazione appuntamento in base agli orari (slot) disponibili ed integrazione con relativi totem per la gestione delle prenotazioni "in loco".	Servizi Informatici	2025
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Digitalizzazione	Costruzione pannello regionale per la raccolta, elaborazione, pubblicazione in tempo reale dei tempi di attesa ai PS (indice affollamento DEA) per consentire all'utente di valutare la disponibilità di accesso nei PS regionali	Servizi Informatici (gestione Azienda Zero)	2025-26
		Coordinamento immagini radiologiche per gestione Stroke	Servizi Informatici (gestione Azienda Zero)	2025-26 (finanziamenti PNRR)
Attuazione obiettivi previsti dal Piano Triennale per l'Informatica nella PA	Digital & mobile first	Accesso all'applicativo di Televisita anche con SPID	Servizi Informatici Servizio Progetti, Ricerca e Innovazione	2025-26
		Migrazione del SIO su PSN	Servizi Informatici	2025-26

Ambiti	Obiettivi	Azioni	Responsabilità	Tempistiche
		<p>Prosecuzione delle attività di passaggio al nuovo sistema amministrativo- contabile promosso dalla Regione Piemonte col fine di omogeneizzare le procedure di cui sopra, in tutte le Aziende Sanitarie Regionali, utilizzando un sistema amministrativo contabile unico per la sanità.</p> <p>Questo processo comporterà una serie di miglioramenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -maggior livello di interscambio delle informazioni e dei dati attraverso l'unificazione del sistema; -miglior livello di confrontabilità dei dati a cui consegue un più elevato livello di monitoraggio e controllo sui dati e sulle informazioni elaborate dal sistema; -omogeneizzazione, standardizzazione e maggior trasparenza dei processi su cui opererà il sistema; -certezza e tracciabilità delle informazioni 	Servizio Bilancio e Contabilità	<p>Dal 2023 l'Azienda è stata collocata all'interno del I gruppo delle ASR che per prime attueranno questa transizione.</p>
	Tutela e protezione dei dati personali	Formazione su protezione dati	DPO Gruppo Privacy Servizio Formazione	Attivo dal 2024

2.2 SOTTOSEZIONE PERFORMANCE

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

2.2.1 L'ALBERO DELLE PERFORMANCE

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

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

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

- definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valutazione descritti nel Si.Mi.Va.P.;
- rendicontazione dei risultati alla Direzione agli organi esterni, ai cittadini, ai destinatari dei servizi.

Come primo passo si realizza la funzione di committenza della direzione dell'Asl Cn2 e della direzione dei distretti attraverso l'analisi epidemiologica del contesto territoriale, l'analisi degli indicatori di offerta dei servizi e degli indicatori di qualità dell'assistenza.

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

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

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

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

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

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

La formalizzazione annuale degli impegni delle singole unità operative è contenuta nella scheda obiettivi, a ciascun obiettivo è associato un "peso"; il peso totale degli obiettivi raggiunti è correlato alla retribuzione di risultato secondo una scala progressiva definita annualmente nel Si.Mi.Va.P..

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

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

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

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

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

Gli obiettivi di mandato 2025-2027 sono stati assegnati con Deliberazione della Giunta Regionale del 23 dicembre 2024, n. 21-651.

Al momento della redazione del presente documento la Regione non ha ancora assegnato gli obiettivi per il 2025; si intendono pertanto prorogati gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati per l'annualità 2024 con Deliberazione della Giunta Regionale n. 7-8279/2024/XI del 11 marzo 2024.

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

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

Di seguito si riportano gli obiettivi di mandato 2025-2027 e gli obiettivi che si intendono prorogati:

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

Quale premessa generale che funge da riferimento per tutte le valutazioni operative la gestione di questo specifico obiettivo è assegnata ai servizi ordinatori mediante apposita deliberazione di assegnazione del budget per servizi, trimestralmente monitorata e verificata rispetto alla sostenibilità dei bisogni di cura espressi dalla cittadinanza/utenza.

Tra gli obiettivi specifici assegnati per l'esercizio 2025 figurano la pianificazione degli obiettivi di efficientamento aziendale con riorganizzazione dei processi produttivi che sottendono all'erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Nel 2025 continuerà l'utilizzo del sistema di trasmissione e condivisione - tramite apposita area intranet - con le singole Strutture e i Dipartimenti della reportistica di monitoraggio dell'andamento della produzione e dei costi.

Obiettivo di mandato n. 2. Riduzione dei tempi e delle liste di attesa come previsto dal PNGLA e dai piani di governo delle liste di attesa della Regione Piemonte, in applicazione della normativa specifica anche in relazione ai contenuti della D.L. 7 giugno 2024 n. 73 come convertito con Legge 29 luglio 2024 n. 107.

¹⁴ art.1, co 865, L.145/2018 "Per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato..."

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

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

L'ambito della gestione (organizzazione, monitoraggio in tempo reale) dei tempi e delle liste di attesa, è un punto critico storico in tutto il sistema pubblico nazionale e richiede uno sforzo congiunto sia dell'area territoriale che di quella ospedaliera.

Questo obiettivo di rilevante interesse per tutti gli stakeholder, direttamente connesso all'accessibilità, è oggetto di assegnazione costante ai Direttori Generali ed è declinato non solo alle strutture cliniche, ma anche a quelle tecnico amministrative e di staff.

Le iniziative poste in essere sono molteplici, come previsto a livello nazionale, regionale e aziendale e l'avanzamento viene costantemente monitorato e rendicontato ai vari richiedenti. Le maggiori evidenze sono oggetto di pubblicazione sul portale aziendale¹⁶.

La Regione Piemonte con la DGR n.2-1980 del 23.09.2021 "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" ha approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Il succitato Piano Regionale viene periodicamente aggiornato e, di conseguenza, l'Asl Cn2 rielabora il Piano di Recupero delle Liste di Attesa con una logica sistemica agendo a livello programmatico e operativo su più livelli.

Il modello messo in atto si riferisce alle tipologie di ricovero e di prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio nazionale e regionale (PORLA e PNGLA) e all'attività di screening oncologico. Nello specifico delle attività di screening previste dal Programma 4¹⁷, 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.

Tra gli obiettivi specifici assegnati per l'esercizio 2025 figurano la pianificazione di azioni volte a:

- migliorare il governo della domanda;
- garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni diagnostiche e di consulenza sia a favore di utenti esterni, sia a favore di utenti ricoverati, al fine di

¹⁶ <https://www.aslc2.it/liste-di-attesa/tempi-di-attesa-prestazioni-ambulatoriali-giorno-indice/>

¹⁷ D.G.R. 04.07.2016 N. 27-3570 "Aggiornamento dell'organizzazione del Programma regionale di screening oncologici, denominato 'Prevenzione Serena' e individuazione del centro unificato regionale per l'esecuzione del test immunochimica di ricerca del sangue occulto nelle feci".

contenere la durata della degenza anche mediante una modifica del modello erogativo, che preveda concretamente la presa in carico attiva dei pazienti cronici, con pieno utilizzo della classe di priorità P per follow up o prestazioni in PSDTA;

- garantire una maggiore accessibilità alle prestazioni mediante l'effettuazione di visite diagnostiche e specialistiche in fasce orarie più ampie e/o nei giorni festivi;
- assicurare una corretta comunicazione con gli stakeholder tramite i siti web aziendali.

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

L'azienda ha provveduto all'aggiornamento del gruppo di lavoro del Piano pandemico con delibera n. 743 del 31.10.2024, sia per l'ambito territoriale che ospedaliero, con particolare attenzione allo sviluppo di una struttura flessibile da attivarsi in caso di nuova emergenza e provvede alla revisione periodica del Piano di controllo e gestione del boarding e di gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso.

Obiettivo di mandato n. 4. Miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva. L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l'efficiente allocazione delle risorse disponibili soprattutto a fronte dell'incremento costante dei bisogni della popolazione (sempre più anziana e con malattie croniche) e della disponibilità di nuovi strumenti farmaceutici (prevalentemente ad elevato costo).

Questo obiettivo raggruppa due livelli di azione per assicurare il raggiungimento dell'efficienza dell'Azienda che, da sempre, promuove l'appropriatezza ai diversi livelli: tecnico-professionale, (dove l'input prescrittivo è fondamentale per tutto il processo), e organizzativo - gestionale e relazionale, (come dimostrato dalla numerosità delle strutture coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi riconducibili ad esso).

Per il 2025 si intendono prorogati gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva: prestazioni, farmaci, dispositivi medici e gli obiettivi di puntuale e corretta rendicontazione delle attività/prestazioni erogate e dei consumi correlati.

L'Azienda nel 2025 intende sviluppare il sistema di monitoraggio previsto dal PNE, e dal NSG, mediante l'assegnazione di specifici obiettivi di budget monitorati mensilmente.

Inoltre, alla luce della sostituzione dell'applicativo contabile (AMCO) e dell'introduzione del nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali, le strutture di supporto saranno coinvolte nell'importante attività di verifica **dell'affidabilità dei dati** rilevati dai **flussi informativi** regionali.

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

Anche nel 2025 continueranno le azioni demandate alle singole aziende, su indicazione regionale, per rendere completi e accessibili i FSE dei propri assistiti, nonché lo sviluppo

delle funzionalità connesse a SPID e CIE per gli operatori e i cittadini, insieme alle azioni di sviluppo delle competenze digitali degli operatori.

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

Obiettivo di mandato n.6 – Sviluppo, a livello aziendale, del piano di edilizia sanitaria della Regione Piemonte

Per l'annualità 2025, proseguiranno gli interventi legati ai **piani di investimento in edilizia sanitaria** e di potenziamento dell'assistenza sanitaria della rete territoriale secondo il cronoprogramma condiviso con la Regione Piemonte afferenti come linee di finanziamento in parte alla Missione 6 – PNRR, in parte ai fondi ex art. 20 Legge 67/88.

Secondo quanto riportato in maniera tabellare all'interno del Programma Triennale delle Opere Pubbliche, adottato con deliberazione 195 del 08/03/2024 e 641 del 30/08/2024, nel 2025 sono previste attività di riqualificazione/ristrutturazione e messa a norma di strutture territoriali quali la sede del Servizio Dipendenze Patologiche di Alba, e la riqualificazione energetica della struttura polifunzionale di Via Goito a Bra e del fabbricato della Casa della Comunità di Cortemilia.

Saranno attivate le gare per l'affidamento dei lavori di riqualificazione degli ex presidi ospedalieri di Alba e Bra, che ospiteranno le maggiori Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità. Analogamente è in progettazione un intervento sul presidio poliambulatoriale di Canale per la realizzazione della locale Casa della Comunità.

In ambito PNRR sono in corso i lavori di realizzazione della Casa della Comunità di Santo Stefano Belbo, e sono in corso di ultimazione le attività di realizzazione della Centrale Operativa Territoriale di Alba collocata all'interno dell'ex presidio ospedaliero S. Lazzaro.

Presso l'Ospedale Michele e Pietro Ferrero di Verduno la S.C. Servizi Tecnici sarà coinvolta principalmente nelle attività di definizione del Piano Direttorio e progressiva realizzazione di quanto previsto, compatibilmente con le risorse a disposizione, con il fine di ottimizzare spazi e percorsi, oltre a interventi di natura economicamente meno rilevante quali, a titolo di esempio, l'adeguamento dell'area elisuperficie per il volo notturno, l'ampliamento degli spogliatoi e tutti quegli interventi che la Direzione Strategica dell'Asl Cn2 ritiene necessari al fine di migliorare la qualità dei servizi erogati e l'ambiente di lavoro per gli operatori.

La S.S. Ingegneria Clinica, inserita all'interno della S.C. Servizi Tecnici, si occupa della gestione del parco attrezzature sanitarie aziendali, col compito di garantirne operatività e sicurezza, tramite attività di manutenzione, aggiornamento, sostituzione e implementazione in concerto con le strutture utilizzatrici e la Direzione Aziendale.

A tal proposito è stato creato un gruppo multidisciplinare di valutazione tramite Health Technology Assessment nel quale, oltre alla S.S. Ingegneria Clinica, sono presenti componenti della S.C. Farmacia, S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti, Fisica Sanitaria, S.C. Direzione Medica di Presidio, S.C. Direzione Infermieristica e Direzione

Strategica Aziendale. Un obiettivo per l'annualità 2025 è quello di rendere maggiormente operativo il gruppo, tramite la promozione aziendale delle proprie attività e il coinvolgimento delle strutture utilizzatrici di attrezzature.

È previsto durante l'annualità 2025 l'acquisto e l'installazione di una TAC in sostituzione di quella, ormai obsoleta, installata presso il pronto soccorso dell'Ospedale di Verduno. L'attività prevede il lavoro congiunto con la S.C. Servizi Tecnici per la revisione impiantistica e strutturale dei locali, e la collaborazione con la S.C. Radiodiagnostica, la SSD Fisica sanitaria e la S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti per le attività di acquisto, installazione e collaudo dell'attrezzatura.

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

Obiettivo di mandato n.7 – Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all'art.2, co 2, del D.lgs.n.171/2016.¹⁸

Gli sviluppi della Trasparenza sono descritti nella sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza", al netto delle indicazioni fornite da ANAC a partire dall'Elenco obblighi di pubblicazione. Le linee di indirizzo saranno formalizzate dalla Direzione a inizio del processo di budget. Nel 2025 proseguirà il percorso di revisione degli adempimenti connessi all'Amministrazione trasparente che vede coinvolti tutti i servizi con il supporto del DPO.

Nel 2025 proseguiranno altresì: l'attuazione dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PSDTA) della Malattia renale cronica, dello Scompenso cardiaco, del Diabete, della BPCO e dei Disturbi del comportamento nell'ottica di una sempre maggior integrazione nella presa in carico ospedale-territorio, verificati mediante audit periodici, insieme al potenziamento e alla rendicontazione della presa in carico dei pazienti over 65 con inserimento nei percorsi di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Proseguirà altresì l'implementazione delle attività di monitoraggio del bed management a supporto della corretta gestione del flusso dei pazienti ricoverati, dell'efficiente utilizzo delle risorse di posti letto e dell'appropriato regime di erogazione delle prestazioni, predisponendo l'avvio concreto di un settore aziendale dedicato alla gestione operativa dei principali assets ospedalieri (letti, slot chirurgici, ambulatori istituzionali e in libera professione).

¹⁸ Art.2, co 2, D.Lgs. n. 171/2016 ..."All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al comma 3, e ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi...."

Inoltre, in attesa dell'assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali/Commissari per il 2025 proseguiranno le azioni volte alla:

1. riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e interventi chirurgici, secondo quanto indicato nel vigente Piano Nazionale Governo Liste di Attesa e nella normativa regionale.
2. recupero della mobilità passiva extraregionale.
3. efficientamento della gestione dei posti letto secondo i parametri nazionali e regionali (appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso, riduzione del tempo di boarding, riduzione del tempo di permanenza, riduzione della degenza media) e le indicazioni aziendali contenute nel Piano per il Controllo e Gestione del Boarding e Piano di Sovraffollamento del Pronto Soccorso, Attività di Bed Management Aziendale, adozione delle linee di indirizzo sul percorso chirurgico, definizione di percorsi di dimissione e presa in carico territoriale al fine di garantire un miglior servizio ai pazienti;
4. ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva intesa come aderenza alla terapia finalizzata all'efficacia, alla sicurezza e alla sostenibilità dei medicinali ad alto costo e per i farmaci distribuiti ai pazienti cronici e appartenenti a percorsi di presa in carico aziendali.
5. congrua gestione e programmazione delle risorse umane e dell'attività di formazione/aggiornamento.
6. donazioni d'organo: segnalazione dei soggetti in morte encefalica (BDI%), non opposizioni alla donazione d'organi, donatori di cornee;
7. prevenzione Rischio Clinico e Rischio Infettivo;
8. attuazione degli indicatori di programma definiti dalla Regione con l'adozione del Piano regionale di prevenzione 2020-2025 (PRP)¹⁹;
9. realizzazione delle interviste necessarie a misurare la proporzione dei soggetti con comportamenti/stili di vita non salutari sulla base delle informazioni fornite dal programma di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento;
10. adozione di azioni specifiche volte ad aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico regionale;
11. implementazione delle azioni previste nel DM 77/2022, con particolare attenzione allo sviluppo delle iniziative volte alla gestione del fine vita e delle cure palliative (residenziali, ospedaliere e domiciliari).

Inoltre, la Direzione strategica ha individuato **quattro obiettivi** oggetto di azioni specifiche, da attuarsi nel prossimo triennio:

1. **Obiettivo BENESSERE:** Migliorare il benessere complessivo dei lavoratori, attraverso lo sviluppo del benessere fisico, mentale e professionale degli operatori;
2. **Obiettivo SVILUPPARE I TALENTI:** Sviluppare le competenze, valorizzare i talenti di ognuno e riconoscere il merito attraverso percorsi di formazione su temi di supporto alle soft skills e al coordinamento in ambito lavorativo; il potenziamento della ricerca

¹⁹ DGR n.16/4469 del 29.12.2023

e dell'innovazione, l'attivazione di percorsi formativi con realtà nazionali e internazionali; lo sviluppo del percorso di formazione attraverso il LABORATORIO di SIMULAZIONE AVANZATA.

- 3. Obiettivo IL SUPPORTO:** Ottimizzare l'efficienza dei servizi di supporto per massimizzare il tempo clinico e assistenziale dedicato ai pazienti attraverso la revisione e ottimizzazione dei processi sanitari e amministrativi secondo l'approccio Lean Management; la creazione di sistemi di comunicazione interna sicuri, immediati ed efficaci e l'identificazione del facilitatore della transizione digitale. In quest'area particolare attenzione sarà riservata nell'anno 2025 alle "segreterie cliniche", definendo ruoli e funzioni del personale amministrativo inserito nelle aree di degenza ospedaliera, al fine di contribuire alla funzione di accoglienza, orientamento e gestione amministrativa dei reparti di ospedalizzazione.
- 4. Obiettivo LA MIGLIORE ESPERIENZA:** Riprogettare i servizi, i percorsi, le procedure, le aree di attesa, gli accessi, la comunicazione, al fine di offrire all'utente la migliore esperienza.

Sono esclusi dal PIAO²⁰ gli adempimenti di carattere finanziario non contenuti nell'elenco di cui all'articolo 6, comma 2, lettere da a) a g), del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ma è in ogni caso riconosciuto, come indispensabile il raccordo con i documenti di Bilancio.

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

- Bilancio di previsione 2025: 30/11/2024;
- Bilancio consuntivo 2024: 30/04/2025;
- Verifiche trimestrali Bilancio 2025: 30/04/2025 - 31/07/2025 - 31/10/2025 - 31/01/2026.

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

La Direzione Generale intende gestire il processo di budget 2025 attraverso l'attivazione di un Comitato budget composto dai Direttori/Responsabili delle seguenti strutture:

- SS Programmazione e Controllo (con funzione di coordinamento)
- SC Bilancio e contabilità (su chiamata)
- SS Progetti, Ricerca e Innovazione
- SC Amministrazione del Personale
- SS Formazione (su chiamata)
- SC Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti (su chiamata)
- SC Servizi Tecnici (su chiamata)

²⁰ art. 2, comma 2 decreto DPR n. 132 del 30.06.2022.

-
- SS Ingegneria Clinica
 - SC Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo (su chiamata)
 - SC Direzione Medica di Presidio
 - SC DIPSA
 - SS Qualità, Risk Management e Relazioni con il pubblico (su chiamata)
 - SS SPP (su chiamata)
 - SS Medico Competente (su chiamata)
 - SC Servizi di Accettazione e Front-office
 - Dipartimento di Prevenzione
 - SC Distretto1
 - SC Distretto2
 - SC Farmacia Ospedaliera
 - SS Servizio Farmaceutico Territoriale
 - SS Affari Generali e Segreteria Organismi Collegiali (su chiamata).

Le attività svolte dal Comitato di budget sono:

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

Fase preparatoria

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

Fase di elaborazione

L'elaborazione delle proposte di budget emerge dall'interazione tra le linee strategiche aziendali, le proposte formulate dal Comitato budget e dai Direttori/Responsabili di struttura corredate dalla definizione delle risorse necessarie, degli indicatori di monitoraggio, degli standard di riferimento e delle relative tempistiche di realizzazione, oltre che dalla necessità di coinvolgimento con altre strutture aziendali. Il processo di budget prosegue con la calendarizzazione degli incontri di negoziazione, coordinati dalla struttura Programmazione e Controllo, organizzati a livello dipartimentale con partecipazione del Direttore di dipartimento, dei direttori di struttura complessa e semplice dipartimentale e dei coordinatori delle professioni tecniche, sanitarie e amministrative.

Fase di definizione

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

Fase di attuazione e monitoraggio

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

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

E' previsto un costante monitoraggio dell'andamento degli obiettivi in corso d'esercizio, con possibilità di attivazione di eventuali interventi correttivi fino all'aggiornamento della scheda di budget in caso di disallineamento rispetto al cronoprogramma pianificato, o di provata impossibilità al raggiungimento degli stessi, dovuta a errate previsioni o a sopravvenute situazioni non prevedibili.

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

Fase di valutazione

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

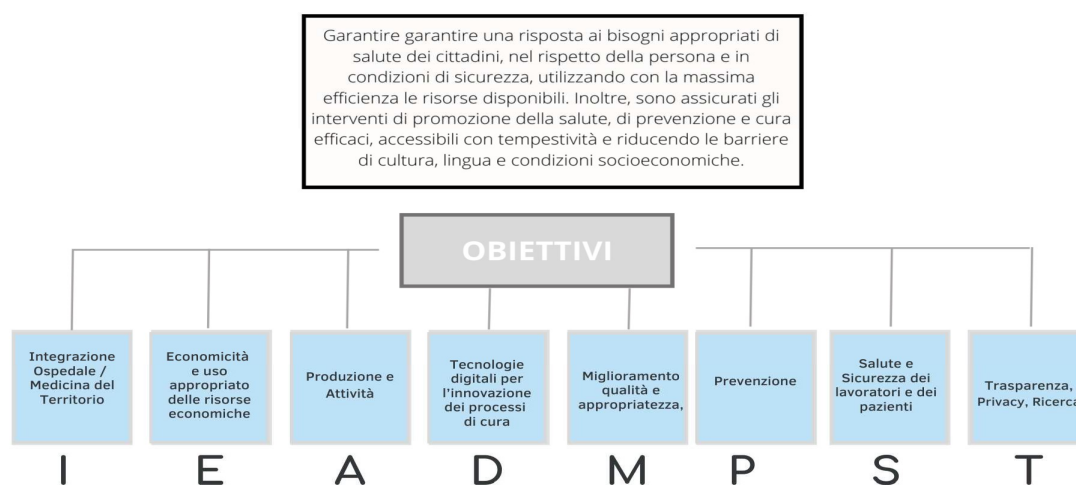
Tutta la documentazione raccolta e periodicamente analizzata dalla SS Programmazione e Controllo e della Direzione Generale è archiviata nella rete informatica aziendale.

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

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

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

Grafico 1: Obiettivi Asl CN2



2.2.1.1 INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO

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

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

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

Diventa fondamentale assicurare l'erogazione di prestazioni di media e bassa intensità di cura a livello territoriale per riservare l'erogazione di prestazioni in acuzie a livello ospedaliero, in una logica di rete e di integrazione delle funzioni e delle risorse assegnate.

Le cure erogate a domicilio, sotto la forma di dimissioni protette o di complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali, rappresentano una valida alternativa al ricovero ospedaliero. L'integrazione permette di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita, organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza sociosanitaria e favorire i percorsi di rete realizzando sinergie con il setting ospedaliero.

La riorganizzazione dell'integrazione ospedale - territorio si basa sull'integrazione della rete, sulla sostenibilità economica e organizzativa, sulla semplificazione dei percorsi assistenziali.

L'organizzazione delle azioni dei percorsi Ospedale-Territorio/Territorio-Ospedale di interconnessione e di integrazione socio-sanitaria è in capo alla **COT**, attraverso il potenziamento del coordinamento e della continuità della cura all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte nell'assistenza dei pazienti (in particolare sistema sanitario e sociale aziendale e sistema socio-assistenziale degli Enti Gestori). La COT, disponendo della mappa di disponibilità e delle soluzioni offerte dal territorio nel processo assistenziale, garantisce la continuità assistenziale nel percorso del paziente e garantisce l'attivazione di percorsi dedicati per la presa in carico dei pazienti fragili.

Funzione specifica della COT nel processo di transizione:

- Mappatura giornaliera dei posti letto disponibili delle strutture territoriali
- Presa in carico segnalazioni di continuità dall'Ospedale Ferrero ASL CN2
- Presa in carico segnalazioni provenienti dagli Ospedali fuori Asl, dalle strutture territoriali e dal domicilio, via e-mail aziendale
- Valutazione e supporto nell'individuazione del setting appropriato in base al singolo caso:
 - CAVS
 - Percorso Rsa, secondo progetto Dgr 10-5445/2022
 - Hospice
 - Cure Domiciliari
 - Riabilitazione I-II-III Livello
- Attivazione Servizio Sociale Aziendale, attraverso l'Alert dedicato nell'applicativo aziendale ospedaliero Infoclin, negli altri casi attraverso segnalazione via e-mail aziendale
- Attivazione e coordinamento nella presa in carico dei servizi coinvolti nel percorso di cura (ad esempio nutrizione clinica, protesica, Picc Team, Terapia Antalgica, Radioterapia, Oncologia etc), sia nel trasferimento dall'ospedale sia nelle dimissioni dalle strutture intermedie
- Organizzazione e coordinamento del trasferimento in base alle disponibilità dei posti letto, coordinando struttura dimettente, struttura ricevente, Ufficio trasporti e gli altri servizi coinvolti
- Monitoraggio del percorso nelle strutture intermedie, eventuale rimodulazione del percorso pianificato in base a variazioni cliniche, assistenziali e sociali. Il monitoraggio avviene attraverso visite periodiche presso le strutture e attraverso segnalazioni ad hoc
- Valutazione e attivazione precoce delle commissioni valutative UVG-UMVD.

Operativamente la continuità ospedale-territorio dell'Asl Cn2 si esprime attraverso la **Definizione del Programma della Attività Territoriali (PAT)²¹**:

- Il piano operativo dell'assistenza domiciliare dell'ASL CN2: programmazione attività 2024 – 2026²²
- Il percorso di Interconnessione Ospedale – Case della Comunità

In coerenza con quanto previsto nella Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con il DM 77/2022, e la DCR 257/2022, l'ASLCN2 è strutturata in:

- 2 Case di Comunità (CdC) Hub (Alba, Bra) attive e in corso di riorganizzazione strutturale
- 2 Case di Comunità (CdC) Spoke (Montà - Canale, Santo Stefano Belbo - Cortemilia) attive.

L'organizzazione Hub e Spoke ha l'obiettivo di rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio. Sia nell'accezione Hub, sia in quella Spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni (SAI), infermieri di famiglia e comunità (IFeC), infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

Tutte le aggregazioni dei MMG, PLS, SAI (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità (Hub o Spoke) sia come sede fisica in queste strutture, oppure a queste strutture collegate funzionalmente.

La CdC Spoke garantisce il Collegamento con la Casa della Comunità Hub di riferimento.

PSDTA

Le principali azioni per cui si espleta l'integrazione tra il settore delle Cure primarie, Case della Comunità e il sistema ospedaliero sono quelle formalizzate nei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PSDTA).

Ad oggi sono attivi e in continuo sviluppo i PSDTA qui elencati:

- PSDTA BPCO
- PSDTA SCOMPENSO CARDIACO

²¹ Redatto in base alla DD 887/A1400A/2023 del 19/04/2023, "Approvazione del cronoprogramma per l'attuazione della DCR n. 257 del 20 dicembre 2022 – Assistenza Territoriale della Regione Piemonte".

²² In Regione Piemonte sono state definite delle linee di indirizzo strategiche per il potenziamento e lo sviluppo delle cure domiciliari nella **D.G.R. n. 13-7239 del 17 luglio 2023** e delineate in un Piano Operativo Regionale (POR).

- PSDTA DIABETE MELLITO
- PSDTA MALATTIA RENALE CRONICA
- PSDTA MALATTIA DI PARKINSON

Cure Palliative e Oncologia Ospedaliera

L'integrazione tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative e di supporto nella continuità di cura è essenziale per i malati oncologici. Questo modello ha tra gli obiettivi il miglioramento dell'integrazione tra i livelli ospedalieri specialistici con quelli territoriali e domiciliari, finalizzati a offrire ed erogare cure palliative a tutti i pazienti non esclusivamente oncologici.

Fondamentale è il ruolo del MMG che garantisce la continuità assistenziale delle prestazioni sanitarie.

2.2.1.2 PRODUZIONE E ATTIVITÀ.

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

Tra gli obiettivi operativi individuati per aumentare/migliorare la produttività vi sono:

- efficientamento del percorso del paziente in PS;
- efficientamento del percorso chirurgico;
- miglioramento della degenza media;
- pieno utilizzo degli spazi ambulatoriali disponibili;
- ottimizzazione dell'utilizzo delle attrezzature attualmente disponibili;
- chiusura delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) entro 15 giorni dalla dimissione del paziente;
- riduzione degli errori nei flussi informativi dei tracciati regionali per l'attività di Pronto Soccorso, Ambulatoriale e di Ricovero;
- incremento della frequenza di invio del flusso SDO per favorire una più rapida chiusura delle cartelle cliniche.

2.2.2 ECONOMICITÀ E USO APPROPRIATO DELLE RISORSE ECONOMICHE.

Gli enti del SSN in applicazione alle Linee di programmazione sanitaria regionale, e nel rispetto delle normative regionali e nazionali vigenti (art 81 legge costituzionale) e delle risorse previste sono tenuti ad assicurare il pareggio di bilancio aziendale. È necessaria quindi l'applicazione di una politica di gestione delle risorse finanziarie in grado di soddisfare il requisito fondamentale dell'economicità congiunto con quelli di efficacia e di efficienza. Per il 2025 vengono individuati i seguenti obiettivi:

- tempistica di liquidazione delle fatture di competenza atta a garantire il rispetto dei tempi di liquidazione delle fatture e il conseguente indice di Tempestività dei Pagamenti;

-
- circolarizzazione dei debiti e crediti aziendali relativi alle annualità 2020 e precedenti (incluse note di credito e fatture da ricevere);
 - monitoraggio continuo dell'eventuale contenzioso aziendale e adeguamento degli accantonamenti a fondo rischi e oneri iscritti nel bilancio d'esercizio;
 - analisi dei consumi economici legati a farmaci e dispositivi medici in relazione alla congruità della spesa rispetto alla produzione e programmazione di proposte di efficientamento;
 - analisi dei consumi di farmaci e supporto all'analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni;
 - attuazione di azioni di efficientamento nell'impiego del personale;

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

- modalità organizzative e procedure di gestione delle risorse tecnologiche (il piano investimenti viene approvato secondo quanto definito dalla normativa vigente);
- modalità di lavoro che favoriscano l'attività contrattuale nel rispetto dei principi del programma triennale acquisti di beni e fornitura dei servizi, in coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di economicità, efficacia, imparzialità;
- la programmazione degli acquisti, secondo le previsioni normative coerenti con le misure di contrasto alla corruzione, mirando all'ottimizzazione delle risorse e centralizzazione sovrazionale del governo dei processi di acquisizione per importi rilevanti²³.

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

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

²⁴ <https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/bandi-di-gara-e-contratti/programmazione-contrattuale-beni-servizi-lavori>

²⁵ <https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/bandi-di-gara-e-contratti/programmazione-contrattuale-beni-servizi-lavori/>

2.2.2.1 SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO.

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

Si evidenzia che un Sistema di Gestione è tale quando opera in maniera dinamica sulla base di una sequenza ciclica che prevede le fasi di pianificazione, attuazione, monitoraggio e riesame del sistema stesso. Un Sistema di Gestione opera in maniera dinamica quando è in grado di adattarsi alle specifiche caratteristiche dell'azienda e le sue trasformazioni nel tempo, alle variazioni apportate dal Legislatore alle fonti normative nonché all'evoluzione delle conoscenze tecnico scientifiche sui tempi pertinenti al sistema stesso.

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

1. Manuale
2. Procedure – documentazione di 1° livello
3. Istruzioni operative – documentazione di 2° livello
4. Modulistica / Registrazioni – documentazione di 3° livello

La costruzione del SGSSL evidentemente è un processo lungo che richiede tempi in linea con quelli previsti dal P.I.A.O 2025-2027 e la programmazione annuale deve considerare le esigenze contingenti e le esperienze pregresse. La sua adozione consentirà di ridurre progressivamente i costi complessivi della SSL, minimizzando i rischi cui possono essere esposti i dipendenti o i terzi, aumentare l'efficienza e le prestazioni dell'organizzazione, contribuire a migliorare i livelli di SSL nonché a migliorare l'immagine interna ed esterna.



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslc2@legalmail.it – www.aslc2.it

La programmazione per il triennio prevede i seguenti obiettivi specifici riportati in tabella, finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo generale ovvero l'adozione del SGSSL. Secondo la UNI 45001:2023 le fasi di adozione del SGSSL si basano sul ciclo di Deming ovvero pianificazione, attuazione, valutazione delle prestazioni, miglioramento. In questo primo triennio si tratta di definire gli aspetti precedenti al riesame ovvero agli strumenti di miglioramento del sistema.

In aggiunta agli obiettivi specifici per il SGSL, vengono definiti obiettivi specifici relativi alla formazione in materia di prevenzione incendi e riduzione del rischio da movimentazione manuale dei carichi.

Tabella 15: Programma triennale SGSL

Obiettivo specifico	2025	2026	2027
Mantenimento e implemento della formazione in materia di salute e sicurezza del lavoro	Obbligo di formazione in materia di prevenzione incendi modulato per Struttura Operativa	Obbligo di formazione in materia di prevenzione incendi modulato per Struttura Operativa	Obbligo di formazione in materia di prevenzione incendi modulato per Struttura Operativa
	Realizzazione corso di formazione specifico per il rischio da movimentazione manuale dei pazienti	Realizzazione corso di formazione specifico per il rischio da movimentazione manuale da sollevamento abbassamento e trasporto	Realizzazione corso di formazione specifico per il rischio da movimentazione manuale da traino e spinta
Pianificazione	Costruzione del Manuale/Regolamento del Sistema di Gestione Sicurezza sul Lavoro (SGSL) contenente l'organizzazione del sistema		

Obiettivo specifico	2025	2026	2027
Attuazione		Definizione della documentazione per la gestione dei processi individuati nel Manuale/Regolamento SGSL	
Monitoraggio e Riesame		Definizione dei flussi comunicativi, formativi e relazionali SGSL	Costruzione delle procedure mancanti per la piena attuazione SGSL
			Costruzione degli strumenti di monitoraggio e controllo del SGSL basati su check-list e audit

Con D.G.R. n. 12-2524 del 11.12.2020, la Giunta regionale ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6 agosto 2020, facendone propri la visione, i principi, le priorità e la struttura, con l'impegno ad adottarli e tradurli nel PRP 2020-2025. La Regione Piemonte con D.G.R. n. 16-4469 del 29 dicembre 2021 ha approvato il Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (P.R.P.) con i 16 Programmi che delineano le azioni di prevenzione e promozione della salute da attuare, e con D.D. n. 305/A1409D del 6.5.2024 la programmazione annuale 2024 per il livello locale con i rispettivi indicatori.

La Direzione Generale Asl Cn2 con D.D. n. 477 del 20.6.2024 ha adottato il Piano Locale della Prevenzione 2024 che rappresenta la declinazione operativa locale delle azioni del PRP.

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

Gli obiettivi specifici riguardano:

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

2.2.2.2 PRIVACY, TRASPARENZA E RICERCA

La pianificazione/programmazione aziendale in materia di privacy è stata esaminata con il DPO e il Gruppo Privacy nel corso del 2024 e, sulla base delle esigenze emerse durante gli incontri di assessment con i Responsabili delle diverse strutture aziendali sono state realizzate le sottoindicate attività:

A) Readazione di un Regolamento congiunto “privacy/trasparenza” e revisione del Regolamento “accesso agli atti”;

B) Instaurazione di un processo che garantisca un confronto con il gruppo privacy per valutare se i processi di acquisto di sistemi informatici per la cyber sicurezza sono GDPR compliant.

Sono stati altresì oggetto di analisi e valutazione con il DPO le proposte di obiettivi in tema di privacy per l'anno 2025, di seguito elencati:

1. Revisione della procedura Data breach e predisposizione del registro degli incidenti;
2. Revisione della procedura sull'esercizio dei diritti degli interessati ai sensi del GDPR e predisposizione del registro dell'esercizio dei diritti degli interessati;
3. Realizzazione e somministrazione di tre moduli FAD da sottoporre a tutto il personale sui seguenti argomenti:
 - Corso base sui principi di tutela dei dati
 - Sanità digitale
 - Gestione della sicurezza con riferimento alla cyber security e al regolamento sull'utilizzo degli strumenti informatici

Anche per il 2025 per le stazioni appaltanti rimane prioritaria l'attuazione del “**principio di risultato**” dell'affidamento del contratto e della sua esecuzione con la massima tempestività e il migliore rapporto qualità e prezzo, nel rispetto dei **principi di legalità, trasparenza e concorrenza**.

Conseguentemente saranno monitorati i termini massimi di conclusione delle gare di cui all'art. 17 e allegato I.3 del Codice, nonché quelli dell'esecuzione degli appalti.

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

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

L'obiettivo dell'Asl è quello di incrementare l'attività di ricerca in tutti i settori clinici e assistenziali e per tutte le professionalità sanitarie. L'Azienda ha incrementato il numero di studi attivi e nei prossimi anni mira a coinvolgere, attraverso una formazione mirata, tutte le strutture aziendali in questo percorso.

2.2.2.3 TECNOLOGIE DIGITALI PER L'INNOVAZIONE DEI PROCESSI DI CURA

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

Grazie alle potenzialità della sanità digitale è infatti possibile accorciare le distanze tra operatore sanitario e paziente migliorando eventuali condizioni di isolamento che interessano quest'ultimo, garantendo una condizione di equità e contrasto alla disuguaglianza. La telemedicina è inoltre un approccio sanitario metodologico che riduce notevolmente l'esposizione a nuovi fattori di rischio per tutti gli attori coinvolti nelle cure.

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

Per quanto riguarda il sistema sanitario informatizzato si sono identificate le seguenti procedure da attivare:

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

ADT

- Liste operatorie
- Pronto soccorso
- Gestione blocco operatorio
- Anatomia Patologica
- Cartella Nefrologica
- Cartella Cardiologica
- Cartella Oncologica
- Cartella ambulatoriale
- Sistema Business Intelligence per percorso operatorio
- Bed management
- **digitalizzazione dei seguenti processi sanitari con installazione in cloud** e in ottica paperless (finanziamento PNRR):
 - order entry
 - prescrizione e somministrazione farmaci
 - Cartella medica di ricovero
 - Cartella Infermieristica
 - Cartella Anestesiologica
- **identificazione di fasi assistenziali** in cui si ritiene possibile e opportuno garantire un **controllo da remoto** del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale;
 - **pubblicazione agende** di prenotazione su CUP Regionale;
 - impostare e incrementare l'attività di **Radiologia Domiciliare**;

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

2.2.2.4 MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA.

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

All'interno dei Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste d'attesa assume sempre più rilievo l'obiettivo strategico di migliorare l'**appropriatezza** prescrittiva, quale elemento per poter incidere sul lato della domanda al fine di ridurre e, meglio, gestire le liste d'attesa.

L'azienda, al riguardo, ha accresciuto il livello di attenzione attivando alcune azioni operative quali, in particolare:

1. continua sensibilizzazione dei prescrittori ad attenersi al modello RAO adottati dalla Regione Piemonte e da Agenas. Il sistema RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) ha l'obiettivo di differenziare i tempi di attesa per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in base a criteri clinici espliciti;
2. realizzazione di un percorso per facilitare l'accesso e governare i tempi delle prestazioni prescritte con priorità "U". Tale sistema, divenuta procedura corrente, contempla un rimando da parte degli specialisti sull'appropriatezza di tali prescrizioni;
3. verifica dell'appropriatezza sulle richieste in conformità al D. Lgs. 124/98 e D.L. superamento liste d'attesa;
4. istituzione di un gruppo di lavoro aziendale "Appropriatezza prescrittiva" - cui partecipano il Direttore Sanitario di Azienda, i direttori SC di Distretto, i Direttori di Dipartimento Ospedalieri, la SC Safo che si occupa di monitoraggio liste d'attesa e analisi appropriatezza - che ha tra le proprie funzioni la raccolta delle osservazioni e delle anomalie di prescrizione e appropriatezza individuate dagli specialisti, la verifica dei percorsi e la condivisione con MMG/PLS. Il sistema collaborativo tra i diversi attori: specialista, medico di medicina generale e altri soggetti gestionali, rappresenta un'azione da sviluppare su diversi tavoli e con diverse modalità operative.

Il progetto complessivo prevederebbe anche l'utilizzo di un software collaudato che attraverso l'applicazione dell'A.I. effettua un esame sulla razionalità degli elementi caratterizzanti la prescrizione utilizzando l'interpretazione semantica. L'acquisizione del sistema di analisi dell'appropriatezza ha subito rallentamenti che potrebbero essere superati nel corso del 2025. L'avvio del programma prevede l'analisi dei RAO maggiormente significativi e impattanti sulla problematica liste d'attesa.

Prestazioni Urgenti da erogare entro 72 ore. Al fine di permettere una corretta gestione è previsto una forma di accettazione diretta, per contenere nei limiti stabiliti i tempi della priorità e per prendersi cura tempestivamente dei bisogni degli utenti dell'ASL CN2.

Al momento della prescrizione delle prestazioni in classe "U" i prescrittori forniscono al paziente la possibilità di un contatto telefonico aziendale cui l'utente si deve prontamente rivolgere per ottenere la prenotazione e le indicazioni per accedere agli ambulatori nelle fasce orarie stabilite e per eseguire le visite urgenti.

Per evitare distorsioni nel sistema ed il possibile uso non corretto di tale modalità di accesso è previsto che lo specialista erogatore possa inviare un feedback al servizio preposto per evidenziare l'eventuale inappropriatezza della prescrizione in base ai RAO stabiliti da Agenas e dalla Regione Piemonte. Le eventuali prescrizioni non corrispondenti ai criteri di appropriatezza potranno essere evidenziate ai prescrittori e al gruppo di lavoro costituito per analizzare congiuntamente la situazione in esame.

Malum. In riferimento alle prestazioni non eseguite, in quanto l'utente non si presenta, c'è una verifica puntuale del Servizio Recupero Crediti della S.C. Safo con la corrispondente richiesta del pagamento della prestazione.

Per quanto attiene alle prestazioni eseguite in regime di Pre-ricovero a pazienti che successivamente rifiutano il ricovero, viene puntualmente richiesto il pagamento del ticket dovuto per prestazioni che, a quel punto, assumono i contorni delle prestazioni ambulatoriali. Nel corso del 2025 si indirizzerà tale recupero negli appositi flussi di rendicontazione.

Particolare attenzione verrà posta al pagamento del ticket (quando dovuto) per le prestazioni ambulatoriali nella fase di accettazione e prima dell'erogazione delle prestazioni, in modo da ridurre il tasso di mancate riscossioni e il volume delle pratiche da gestire nel malum.

Cartelle Cliniche. È stato unificato il formato della cartella clinica e la numerazione unica con nosologico, che ha permesso l'avvio della digitalizzazione delle cartelle cliniche cartacee. Questa modalità, che si sta via via perfezionando, permette una gestione più puntuale delle cartelle cliniche e ha permesso di migliorare l'utilizzo degli spazi nei reparti di ricovero.

2.3 SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sottosezione è aggiornata dal RPCT sulla scorta delle indicazioni fornite da ANAC nei diversi documenti di lavoro e nel PNA 2023-2025²⁶ con l'aggiornamento 2023 che si concentra esclusivamente sull'area Bandi gara e contratti.

²⁶ <https://www.anticorruzione.it/-/ecco-il-nuovo-piano-nazionale-anticorruzione-valido-per-il-prossimo-triennio/>

L'individuazione delle misure richiede una stretta collaborazione tra il RPCT e l'organo di indirizzo politico rappresentato dalla Direzione, i Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza e tutti i soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nel processo di gestione del rischio, in modo particolare il Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, l'Unità di Gestione del Rischio Clinico, nonché il Responsabile per la Transizione Digitale (RTD), il Data Protection Officer (DPO), l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, il Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante (RASA), i referenti aziendali per il PNRR.

Il dovere di tutti i dipendenti di collaborare alla gestione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza è richiamato dal Codice di comportamento dei dipendenti²⁷, aggiornato nel corso del 2024 e ricordato nei vari momenti formativi. In modo particolare viene evidenziata la necessità di confronto ed interazione ai Responsabili di struttura semplice e complessa ed alle figure che rivestono ruoli particolarmente importanti nel presidio dei processi a maggior rischio²⁸.

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

Nel mese di ottobre 2024 è stata inviata una comunicazione a tutti i Referenti aziendali del PIAO, per richiedere gli elementi di programmazione da inserire nel presente documento, anche in relazione alla Verifica dello stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. I dati sono stati aggiornati nel mese di dicembre ed è stata redatta la Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, sia per il monitoraggio dell'avanzamento di quanto dichiarato nella sottosezione del PIAO 2024, sia per l'analisi degli elementi di contesto interno ed esterno. La relazione è stata trasmessa al Direttore Generale, all'OIV e pubblicata nella Sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale²⁹.

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

2.3.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

La lettura del contesto territoriale secondo le chiavi economica, della qualità di vita e benessere percepito, delle variabili socio-demografiche è importante per conoscere il

²⁷ <https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/>

²⁸ 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).

²⁹ <https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

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

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

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

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

Nessuna menzione sulla Provincia di Cuneo nelle ultime relazioni sia rispetto agli "Amministratori sotto tiro"³⁰ sia rispetto alle relazioni DIA per quanto riguarda le infiltrazioni mafiose.

Incrociando questi dati con l'analisi storica che emerge dalla valutazione del rischio corruttivo si può affermare che l'Asl Cn2 opera in un contesto socio-economico storicamente "sano", dove i reati contro la Pubblica Amministrazione sono pochi e il tessuto sociale favorevole al mantenimento di buoni standard di integrità.





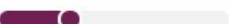
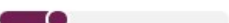










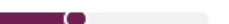
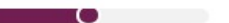


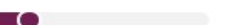

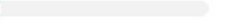
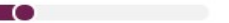
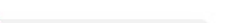

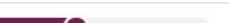


Le più recenti rilevazioni statistiche, dal 2019 (dati riferiti al 2018) al 2024 (dati riferiti al 2023) collocano, la Provincia di Cuneo al 99° posto (su 106 Enti omologhi) nella graduatoria complessiva del tasso di criminalità, dato dal numero di denunce per 100.000 abitanti (Fonte Il Sole 24 ore).

Tabella 16: Numero di denunce ogni 100.000 abitanti

³⁰ <https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/pubblicazioni/amministratori-sotto-tiro/>

RANK **99°** Classifica finale **Cuneo** DENUNCE/100MILA AB. **2.427,4** DENUNCE TOTALI **14.132**

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

RANK		INDICATORE	DENUNCE SU 100MILA AB.	TOTALE DENUNCE
> 51° ▼		Omicidi volontari consumati	0,5	3
30° =		Infanticidi	0,0	0
> 47° ▼		Tentati omicidi	1,7	10
39° =		Omicidio preterintenzionale	0,0	0
> 74° ▲		Omicidi colposi	2,2	13
> 80° ▼		Violenze sessuali	7,0	41
56° ▲		Sfruttamento della prostituzione e pornografia minorile	1,5	9
101° =		Minacce	75,9	442
90° ▲		Percosse	19,9	116
97° ▼		Lesioni dolose	77,8	453
52° ▼		Danneggiamenti	382,2	2.225
37° ▲		Incendi	9,6	56
26° =		Incendi boschivi	7,4	43
> 81° ▲		Furti	794,8	4.627
> 80° ▼		Rapine	14,8	86
> 60° ▼		Stupefacenti	41,9	244
54° ▲		Truffe e frodi informatiche	475,1	2.766
43° ▼		Associazione per produzione o traffico di stupefacenti	0,0	0
40° ▼		Delitti informatici	53,1	309
83° ▲		Associazione per delinquere	0,0	0
45° ▲		Associazione di tipo mafioso	0,0	0
103° ▲		Estorsioni	10,0	58
85° ▲		Danneggiamento seguito da incendio	3,8	22
103° ▲		Contraffazione di marchi e prodotti industriali	0,5	3
37° ▼		Contrabbando	0,0	0
60° ▲		Usura	0,0	0
59° ▼		Violazione alla proprietà intellettuale	0,0	0
52° =		Rapine in uffici postali	0,0	0
103° =		Altri delitti	441,8	2.572

Dall'analisi dei dati tabellari sopra rappresentati e considerata la posizione bassa in classifica della provincia di Cuneo, emerge che il tessuto sociale del territorio in cui è inserita l'Asl Cn2 risulta sostanzialmente sano e gode di un buono standard di benessere.

2.3.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E VALUTAZIONE DI IMPATTO SULL'INTEGRITÀ AZIENDALE

Per sua natura la Sanità in virtù delle risorse economiche assegnate, dei rapporti con molteplicità di fornitori a vario livello e dell'alto numero di relazioni interpersonali, è un settore considerato a rischio medio-alto. Nello specifico l'Asl Cn2 insiste in un contesto socio-economico-territoriale storicamente solido: la coesione sociale, la collaborazione tra i maggiori enti pubblici territoriali, il senso di appartenenza dei cittadini alle istituzioni sono elementi favorevoli al mantenimento dell'integrità e ad una reciproca vigilanza.

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

Si rinvia alla sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione per il dettaglio del Tasso di assenza dal servizio del personale dipendente per ruolo al 31/12/2024.

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

Alla data del 25/11/2024 sono pervenute e accertate 6 segnalazioni rientranti nelle **violazioni** del codice di comportamento aziendale in servizio:

- condotta non conforme negli ambienti di lavoro a principi di correttezza verso superiori, o nei confronti di utenti o di terzi – negligenza nell'esecuzione dei compiti assegnati – inosservanza delle disposizioni di servizio (art.83 c.3 let. a CCNL 02/11/2022; art. 84 c. 3 let. a del CCNL del 2/11/2022 e art. 3 c. 9 del Codice di comportamento aziendale);
- inosservanza della normativa contrattuale e legislativa vigente, nonché delle direttive dei provvedimenti e delle disposizioni di servizio (art. 49 c.4 let.a del CCNL del 23/01/2024 e c. 8 let. a);
- comportamento da cui è derivato grave danno all'azienda (art. 84 c. 8 let. e del CCNL del 2/11/2022);
- inosservanza del segreto d'ufficio e violazione della normativa sulla privacy (art.83 c.3 let. B CCNL 02/11/2022; art. 84 c. 4 let. i del CCNL del 2/11/2022 e art. 12 c. 5 del D.P.R. 62 del 2013)

-
- assenza non giustificata priva di valida giustificazione (art 55-quater c.1, let. b Dlgs 165/2001 e art 49 c.8, let. e CCNL 23/01/2024).

Nel corso del 2024 è stato avviato **1 procedimento disciplinari per eventi corruttivi**, riconducibile a fatti penalmente rilevanti:

- un procedimento per peculato (art. 314 c.p.) e art.72 c 10 punto 2 let. b del CCNL del 19/12/2019 e art. 72 c.10 let. c del CCNL del 19/12/2019.

Compatibilmente con le risorse e i vincoli contestuali si continuerà ad investire sulla formazione e sull'informazione, prioritariamente verso i neoassunti e coloro che hanno ricevuto incarichi di responsabilità nella gestione del personale e dei processi. In continuità con il percorso formativo in materia di anticorruzione e trasparenza che nel 2024 ha visto coinvolti i Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza in un percorso formativo di aggiornamento, anche alla luce delle novità introdotte con l'entrata in vigore del nuovo codice contratti (D.Lgs. n. 36/2023) sono in programma momenti di formazione e di aggiornamento rivolti nel 2025 anche alle figure sanitarie coinvolte nella gestione dei contratti (es DEC).

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

Nel periodo tra il 01.01.2024 e il 31.12.2024 non sono stati instaurati giudizi amministrativi innanzi al TAR Piemonte in materia di procedure di affidamento di contratti pubblici.

La Direzione considera di fondamentale importanza l'attività di monitoraggio e misurazione dei processi. Tale attività viene promossa attraverso controlli a cura dei Referenti aziendali del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza e mira ad esaminare e valutare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle prestazioni erogate.

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

L'opinione che emerge dai Responsabili di strutture sanitarie e amministrative ai differenti tavoli di lavoro aziendali in cui il RPCT è coinvolto può essere sintetizzata in:

- indubbio riconoscimento di come il settore sanitario, anche pubblico, può essere 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 sottostimare i rischi reali derivanti dai dati oggettivi a disposizione, per la difficoltà a focalizzare l'applicazione del concetto "corruzione" al lavoro quotidiano;
 - la sensibilità e la percezione dell'applicazione della Trasparenza come una delle misure di maggior impatto in materia di anticorruzione è ancora scarsa e spesso viene percepita come un ulteriore appesantimento e aggravio di lavoro. Questo conferma la necessità di mantenere alta l'attenzione intervenendo con specifiche iniziative di formazione a tutti i livelli.
 - valori mediamente bassi si registrano nella percezione dell'applicazione della Trasparenza a livello di conoscibilità interna all'organizzazione. 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.

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.

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

- Servizi in rete:

<https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/servizi-in-rete/>

- Carta dei Servizi e standard di qualità:

<https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita/>

2.3.2.1 OGGETTO DELLA SEZIONE

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

La Sezione tiene conto delle modifiche normative intervenute rispetto alla Legge n. 190/2012 e al D. Lgs. n. 33/2013 con il D. Lgs. n. 97/2016 e delle modifiche introdotte con la Delibera ANAC n. 605 del 19.12.2023 al Piano Nazionale Anticorruzione 2022, nonché degli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza" approvati dall'A.N.A.C. in data 2.2.2022, pur con la precisazione relativa alla graduale e al momento non esaustiva,

applicazione delle indicazioni metodologiche in materia di gestione del rischio corruttivo contenute nel predetto PNA.

Le tematiche relative alla presente Sezione sono state condivise con la Direzione aziendale. La stessa è stata oggetto di una pubblica consultazione online, indirizzata ai cittadini dell'Asl Cn2, alle Associazioni ed Enti di volontariato e sociali, alle Organizzazioni Sindacali e di categoria, dal 20 dicembre al 20 gennaio 2025, rispetto alla quale non sono pervenute osservazioni a questa Amministrazione.

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

- a) l'individuazione delle attività dell'Asl nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche ulteriori rispetto a quelle minime già previste dalla legge;
- b) la previsione, per le attività individuate ai sensi della lett. a), di meccanismi di annullamento o mitigazione del rischio di corruzione, nonché di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) la previsione di obblighi di comunicazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento delle misure;
- d) il monitoraggio, in particolare, del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) il monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti con i dirigenti e i dipendenti dell'Ente;
- f) l'individuazione degli obblighi di trasparenza nell'ambito del Programma Triennale della Trasparenza (P.T.T.), parte integrante della presente Sezione.

Destinatari, ovvero soggetti chiamati a darvi attuazione, sono:

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

2.3.2.2 SOGGETTI, FUNZIONI E RESPONSABILITA'

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

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

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

2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (in seguito solo Responsabile o R.P.C.T.) che nell'Asl Cn2, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 637-25.08.2023, è la Dott.ssa Simona DALMASSO – Responsabile della S.S. Programmazione e Controllo. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 739-24.10.2024 è stata nominata quale collaboratrice e sostituta del R.P.C.T. nei casi in cui si verifichi in capo al R.P.C.T. una personale situazione di conflitto di interessi (anche meramente potenziale), un suo diretto coinvolgimento nei fatti segnalati in materia di *whistleblowing*, oppure una sua temporanea e improvvisa assenza, la Dott.ssa Elisa BOTTERO;

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

- a) elabora la proposta di sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. ed i successivi aggiornamenti da sottoporre al Direttore Generale ai fini della necessaria approvazione;
- b) verifica, in collaborazione con i Referenti aziendali del Piano, l'efficace attuazione delle misure e la loro idoneità e propone la modifica delle stesse quando siano accertate significative violazioni delle relative prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti rilevanti nell'organizzazione o nell'attività dell'Amministrazione;
- c) propone il programma formativo per i dipendenti che operano in ambiti individuati quali particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- d) segnala al Direttore Generale e all'O.I.V. le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e indica all'Ufficio per i procedimenti disciplinari i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure e gli obblighi previsti nel presente Piano;
- e) entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa data individuata dall'ANAC) elabora e pubblica sul sito web istituzionale³¹ dell'ente e sul sito ANAC una relazione recante i risultati dell'attività svolta nell'anno precedente, e cura la trasmissione della stessa al Direttore Generale e all'O.I.V. su richiesta di questi ultimi o di propria iniziativa, il Responsabile riferisce in ordine all'attività espletata.

³¹ <https://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/>

3. I Referenti aziendali, individuati nella tabella sottostante cui sono attribuite le seguenti competenze, sulla base della legge 190/2012 e del Piano Nazionale Anticorruzione 2022:
- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dell'O.I.V., degli altri organi di controllo interno e dell'autorità giudiziaria;
 - partecipano al processo di gestione del rischio;
 - propongono le misure di prevenzione;
 - assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
 - svolgono attività di formazione per il personale assegnato in base a quanto previsto nel Piano di formazione;
 - adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
 - osservano le misure contenute nella presente sezione;
 - provvedono, secondo competenza, alla elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito Internet aziendale;
 - collaborano con il RPCT nell'attività di monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e la trasparenza.

*Tabella 17 Elenco referenti aziendali dell' R.P.C.T. **

DENOMINAZIONE STRUTTURA	FUNZIONE	NOMINATIVO
Dipartimento di Prevenzione	Direttore	Dott. Piero Maimone
Dipartimento Patologia delle dipendenze	Direttore	Dott. Ruggero Gatti
Dipartimento Salute Mentale	Direttore	Dott.ssa Franca Rinaldi
Distretto 1 Alba	Direttore	Dott. Mirko Panico
Distretto 2 Bra	Direttore f.f.	Dott.ssa Annamaria Gianti
S.S. Affari Generali e Segreteria Organismi Collegiali	Responsabile f.f.	Avv. Monica Bruno
S.C. Direzione Medica di Presidio	Direttore f.f.	Dott.ssa Anna Poglio
S.C. Direzione delle professioni sanitarie	Direttore f.f.	Dott.ssa Sabrina Contini
S.S. Servizio Farmaceutico Territoriale	Responsabile	Dott.ssa Valeria Recalenda
S.C. Farmacia ospedaliera	Direttore f.f.	Dott.ssa Sara Boffa
S.C. Psicologia	Direttore	Dott.ssa Ileana Agnelli
S.S. Qualità, Risk management, URP	Responsabile	Dott. Luciano Vero
S.C. Amministrazione del Personale	Direttore f.f.	Dott.ssa Maura Nervo
S.S. Formazione	Responsabile f.f.	Dott.ssa Giuseppina Viola
S.C. Servizi di Accettazione e Front Office	Responsabile	Dott. Andrea Pedussia
S.C. Bilancio e Contabilità	Direttore	Dott. Lorenzo Sola
S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti	Direttore f.f.	Dott.ssa Maria Raiteri
S.C. Servizio Legale interaziendale	Direttore	Avv. Piero Giuseppe Reinaudo
S.C. Servizi Tecnici	Direttore	Arch. Ferruccio Bianco
S.S. Servizio di prevenzione e protezione	Responsabile	Arch. Stefano Nava

DENOMINAZIONE STRUTTURA	FUNZIONE	NOMINATIVO
S.C. Informatica, telecomunicazioni e sistema informativo	Direttore	Dott. Fabrizio Viglino
S.S. Programmazione e Controllo	Responsabile	Dott.ssa Simona Dalmasso
S.S. Progetti, ricerca e innovazione	Responsabile	Dott.ssa Giuliana Chiesa
*Salvo future modifiche nei nominativi dei Soggetti o di assetto organizzativo		

Inoltre osservano diligentemente le misure contenute nella presente Sezione e nel P.I.A.O. nel suo complesso:

- I restanti Dirigenti e tutto il personale dell'Azienda osservano diligentemente le misure contenute nella presente Sezione e nel P.I.A.O. nel suo complesso.
- L'Organismo Indipendente di Valutazione, le cui funzioni vengono meglio dettagliate successivamente.
- Il Collegio Sindacale che verifica l'amministrazione dell'Asl sotto il profilo economico e della regolarità contabile e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, dunque, anche di quella in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.
- Il Servizio Ispettivo, il cui Regolamento di funzionamento è stato approvato con Deliberazione n. 257 del 24.8.2017, che verifica il rispetto delle disposizioni in materia di: a) incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno e parziale; b) corretto svolgimento dell'attività libero-professionale intra ed extra muraria, c) divieto di cumulo di impieghi ed incarichi nonché del Regolamento aziendale in materia di svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente; d) controllo della presenza in servizio dei dipendenti e degli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni e dei medici di Continuità Assistenziale, tutte misure di prevenzione della corruzione.
- L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD) nominato con deliberazione n. 772 del 19/12/2022, competente all'accertamento e all'applicazione delle sanzioni disciplinari, ivi comprese quelle derivanti dalla violazione delle prescrizioni contenute nella presente Sezione.

2.3.2.3 PROCEDURE DI FORMAZIONE E ADOZIONE DEL DOCUMENTO

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

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

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

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

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

2.3.2.4 MAPPATURA DEL RISCHIO

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

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

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

- migliorare ed aggiornare la mappatura dei processi;
- ridefinire, per ciascun processo, i possibili rischi;
- graduare il livello di rischio specifico per ciascun processo;

- classificare e definire con maggior dettaglio le misure di prevenzione dei rischi nel contesto del Piano.

2.3.2.5 INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO AREE GENERALI E AREE SPECIFICHE

Sulla base della normativa derivante dalla Legge n. 190/2012 e dai successivi provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed in particolare il P.N.A. 2019 e delle ulteriori indicazioni contenute nei PNA 2022 e 2023, recentemente approvato dall'Autorità nazionale anticorruzione, sono definite quali Aree Generali di rischio, in quanto comuni a tutte le Amministrazioni, le seguenti:

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

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

- Attività libero professionale;
- Liste di attesa;
- Rapporti con i soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero e nelle degenze territoriali dell'Azienda (Hospice e CAVS a gestione diretta);
- fatta salva, naturalmente, la possibilità di individuarne ulteriori alla luce della specifica situazione del singolo Ente.

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

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

2.3.2.6 MAPPATURA DEI PROCESSI

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

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

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

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

2.3.2.7 VALUTAZIONE DEI RISCHI

La valutazione del rischio si articola nelle seguenti tre fasi:

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

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

- Risultanze dell'analisi del contesto esterno ed interno di cui ai paragrafi precedenti,
- Presa d'atto della casistica giudiziaria di un qualche rilievo, presso l'Asl Cn2, per fatti corruttivi,
- Esame delle risultanze del monitoraggio condotto dal RPCT sul PTPCT 2024/2026 – anno 2024,
- Esame delle segnalazioni pervenute tramite il canale “whistleblowing” nel triennio 2022/2024.

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

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

La scelta degli indicatori di stima, in seguito alla quale sono stati individuati 4 criteri sulla base dei quali è stata fatta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei singoli processi, come da Tabella sotto riportata, è avvenuta anche utilizzando i dati oggettivi relativi ai precedenti giudiziari e disciplinari per fatti corruttivi presso l'Azienda e tenendo conto sia delle segnalazioni pervenute tramite il canale ex art. 54/bis del D. Lgs. n. 165/2001 che delle risultanze delle indagini di customer satisfaction effettuate dall'URP aziendale.

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

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

Tabella 18: Indicatori di rilevazione di livello di esposizione di rischio

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

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

2.3.2.8 TRATTAMENTO DEL RISCHIO E CLASSIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

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

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

Misure di trasparenza (MT),

Misure di controllo (MC),

Misure di formazione (MF),

Misure di rotazione (MRo),

Misure di segnalazione e protezione (MSp),

Misure di semplificazione (MSe),

Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento (MPE),

Misure di regolamentazione (MR),

Misure di sensibilizzazione e partecipazione (MS),

Misure di disciplina del conflitto di interessi (MDI),

Misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (MRR).

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

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

2.3.2.9 MISURE DI PREVENZIONE

MISURE DI PREVENZIONE GENERALI E SPECIFICHE

- Misure Generali -

Si individuano, in via generale, per il triennio 2025 - 2027, le seguenti misure finalizzate a contrastare o a contenere il rischio di corruzione nell'Asl Cn2:

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

Per ciascuna tipologia di provvedimento amministrativo è stata già implementata l'informatizzazione dell'intero procedimento e l'archiviazione informatica, con una duplice valenza positiva: la tracciabilità completa delle operazioni al fine di contenere il rischio di fenomeni corruttivi attraverso la manipolazione dei tempi e/o delle fasi procedurali e la revisione degli iter procedurali di formazione delle delibere/determine, che sono stati rivisti e proceduralizzati in modalità informatica. Tutti gli operatori amministrativi e i responsabili sanitari che sottoscrivono documenti aventi rilevanza esterna sono dotati dall'Azienda di firma digitale e la documentazione informatica prodotta viene formata, gestita e conservata a norma di legge.

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

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

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

Il Responsabile della prevenzione e della corruzione pubblica sul sito istituzionale dell'ente i risultati della relazione annuale di monitoraggio.

Controllo sulla regolarità degli atti amministrativi (MC)

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

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

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

Criteri di rotazione del personale (MRO)

L'Asl Cn2 accoglie la rotazione del personale quale principio generale di organizzazione delle risorse umane, stabilendo che la sua applicazione operativa, sulla base di specifici provvedimenti interni di rimodulazione dell'organigramma aziendale da adottarsi nel triennio 2025/2027, avrà luogo prioritariamente fra i dirigenti e i funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione, sulla base dell'analisi del rischio precedentemente riportata; in particolare la rotazione avverrà in base ai seguenti criteri:

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

- si applica, per quanto compatibile con le esigenze organizzative aziendali, il meccanismo della c.d. “segregazione delle funzioni”, consistente nella assegnazione a funzionari o dirigenti (laddove possibile) diversi – all’interno del Servizio – dei seguenti compiti: a) svolgimento di istruttorie e accertamenti, b) adozione delle decisioni (provvedimenti), c) attuazione delle decisioni prese (esecuzione del provvedimento), d) effettuazione delle verifiche (controllo sull’attuazione del provvedimento stesso). Quale misura di prevenzione del rischio, la diversa articolazione delle competenze, è adottabile in particolar modo nei processi decisionali composti da più fasi e livelli e nei settori a maggior rischio corruttivo potenziale, quali gli acquisti e i servizi tecnici, come così pure – presso l’Azienda – si applica la c.d. “rotazione funzionale”, facendo ruotare periodicamente i responsabili dei procedimenti così come i componenti delle commissioni interne all’Amministrazione. In particolare, presso i servizi di vigilanza, presenti nel Dipartimento di Prevenzione, la misura della “rotazione funzionale” viene generalmente applicata – compatibilmente con la dotazione organica - in sede di ispezioni e controlli nei confronti di soggetti esterni;

- i Referenti trasmettono al RPCT, entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione in merito all’attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni che impediscono o limitano la sua applicazione e le misure compensative adottate in tal caso;

- inoltre, quale “best practice”, in materia di rotazione, con Deliberazione n. 601 del 27.07.2023, è stato approvato il Regolamento per il conferimento/rinnovo degli incarichi del personale del comparto Sanità; ed in base a detto Regolamento nel periodo Agosto – Ottobre 2023 presso l’Asl Cn2 sono stati banditi gli avvisi interni di selezione e si sono svolti i colloqui per il conferimento degli incarichi di funzione.

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

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

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

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

nei contratti, specifiche clausole che prescrivono l'obbligo di rispetto del Codice di comportamento e del Codice di comportamento integrativo e la relativa causa di risoluzione in caso di inadempimento.

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

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

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

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

• **Set di dati minimo all'interno degli atti relativi ad appalti:**

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

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

- **Set di dati oggetto di pubblicazione:**

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

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

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

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

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

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

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

Processi e procedimenti rilevanti

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

- analisi ed esame del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza (accordi quadro, convenzioni, SDA, ecc.) e compatibilità con i fabbisogni espressi;
- definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica dei fabbisogni non programmati e comparazione quali-quantitativa con i prodotti/servizi messi a disposizione dalle centrali);

-
- formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ecc.) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale di committenza.

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

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

In fase di programmazione:

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

In fase di adesione:

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

In fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti:

- pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia;
- motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;

- pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);
- valutazione di outcome (oltre che di conformità, sui maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o in variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali.

Dal 01/01/2024 è stato abolito l'obbligo di pubblicazione sul proprio Sito internet delle informazioni richieste ai sensi e nei termini di cui all'art. 1, 32° c. della Legge n. 190/2012.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 189 del 30.4.2020 è stato adottato il Regolamento aziendale per le spese in economia, relativo alle procedure “sotto soglia” per gli acquisti di lavori, servizi e forniture, predisposto in conformità alle disposizioni dell'art. 36 del D. Lgs. n. 50/2016 e delle Linee Guida ANAC n. 4/2016, approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 1097 del 26.10.2016, integrato dall'introduzione del regime transitorio per gli affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro fino al 31 dicembre 2024 (come da comunicato del Presidente ANAC del 28/06/2024).

Incarichi extra-istituzionali (MPE)

Con la Determinazione del Direttore Generale n. 744 del 18.6.2014 è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di svolgimento di attività extraistituzionali da parte del personale dipendente. Tale documento è regolarmente pubblicato e liberamente consultabile su Amministrazione Trasparente, sezione Personale, sottosezione Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti).

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

Con l'entrata in vigore D.lg. 10 marzo 2023 n. 24 è profondamente mutata la normativa di riferimento concernente la tutela del c.d. “whistleblower”. La procedura interna è stata recentemente oggetto di revisione con l'adozione di apposito regolamento³², della procedura operativa per la segnalazione e l'attivazione di una nuova piattaforma per la gestione delle segnalazioni accessibile al seguente link: <https://whistleblowing.aslcn2.it/>. Nel 2024 è stata chiusa n. 1 segnalazione pervenuta nel 2023, sono pervenute e gestite tramite piattaforma n. 3 segnalazioni. Il R.P.C.T. è stato informato nel corso dell'anno 2024 di ulteriori 2 segnalazioni gestite dal U.P.D.

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

³² <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/procedura-segnalazione-illeciti/>

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

L'art. 7 del D.P.R. 62/2013, Codice di comportamento nazionale, modificato e integrato dal D.P.R. n.81 del 13/06/2023 così recita: "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

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

Sulla base di tale norma:

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

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

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

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello

stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tutte le dichiarazioni ex art. 76 D.P.R. 445/2000 rilasciate dai Dirigenti potranno essere oggetto di controllo a campione, da parte del Servizio Ispettivo aziendale e dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, in merito agli aspetti di inconferibilità per sentenze penali anche non definitive.

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

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

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

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

-
- in caso di personale assunto anteriormente alla c.d. contrattualizzazione del pubblico impiego (quindi con provvedimento amministrativo), il citato articolo 53, comma 16 ter, si applica a decorrere dalla sua entrata in vigore.

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

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

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

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

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

Formazione di commissioni di gara e di concorso (MC)

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

pubblici, per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

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

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

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

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

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

Patti di integrità (MC)

Per "Patto di integrità" si intende un accordo, tra l'Asl Cn2 e i partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato a principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Si tratta di uno strumento, volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici, che svolge una funzione moralizzatrice, sia nei confronti dei concorrenti sia nei confronti dell'Amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'Asl Cn2 ha adottato il "Patto di integrità"

(Allegato al presente Piano), pubblicato nella sezione Modulistica – Gare e contratti del sito Internet aziendale. I responsabili delle strutture aziendali preposte alla gestione delle relative procedure devono assicurare l’inserimento del Patto di integrità nell’ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti responsabili devono, inoltre, curare l’inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia, in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l’esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tale misura di rotazione e, dunque, di destinazione ad altro ufficio si applica, nei confronti del personale dipendente, nei casi di avvio di procedimento penale o disciplinare per

condotta di natura corruttiva, così come previsto dall'art. 16, 1° c. lett. l-quater del D. lgs. n. 165/2001.

Adozione del Piano Attuativo di Certificabilità del Bilancio (MT)

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

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

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

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

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

Gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono, inoltre, tenuti a nominare un responsabile per l'attuazione dei propri Piani di prevenzione della corruzione, nonché a definire nei propri modelli di organizzazione e gestione dei meccanismi di accountability che consentano ai cittadini di avere notizie in merito alle misure di prevenzione della corruzione adottate e alla loro attuazione. I dati relativi agli enti controllati e alle società

partecipate dall'Asl Cn2 vengono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente", con l'elencazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'Asl o delle attività di servizio pubblico affidate dalla medesima. Nei confronti degli enti di diritto privato e delle società partecipate sottoposti al controllo, che per l'Asl Cn2 si riferisce esclusivamente alla società in house: Società Consortile A.M.O.S. Srl con sede legale in Cuneo, congiuntamente alle altre Amministrazioni che detengano quote di partecipazione e che risultano essere:

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

- ad effettuare le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dall'Asl Cn2;
- a promuovere l'inserimento, anche negli statuti societari, di meccanismi sanzionatori a carico degli amministratori che non abbiano adottato le misure organizzative e gestionali per la prevenzione della corruzione e il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità;
- alla vigilanza in regime di controllo analogo congiunto, anche mediante appositi patti parasociali con i quali siano definite intese in tale materia, sull'adozione delle misure di prevenzione e sulla nomina del RPCT da parte della società controllata;
- a promuovere l'adozione di misure di tutela analoghe a quelle previste dal D.Lgs. n.24/2023 sul c.d. whistleblower;
- a promuovere la stipula di protocolli di legalità contenenti la cadenza temporale delle misure da adottare negli enti/società in controllo pubblico cui partecipi;
- a creare nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet dell'Asl Cn2 un link di collegamento al sito internet della società partecipata;
- a procedere, ai sensi del D. Lgs. n. 175/2016, alla revisione straordinaria delle partecipazioni pubbliche, attuata dall'Asl Cn2 con la Deliberazione n. 302 del 29.9.2017 e alla revisione annuale, attuata nel 2024 con provvedimento n. 901 del 24/12/2024.

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

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

- Misure Specifiche -

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

- a. Trasmissione di un report annuale al Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza degli affidamenti di lavori, servizi e forniture, suddivisi per tipologia di procedura adottata con l'indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento. (MSp).
- b. Trasmissione di un report annuale al Responsabile prevenzione corruzione relativo alle proroghe e prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l'originario termine di scadenza, o di copia dei relativi atti, con l'indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga o la prosecuzione, dell'oggetto e importo della proroga e delle ragioni del mancato espletamento della gara. (MSp).
- c. Predeterminazione dei criteri e loro specifica indicazione negli atti conseguenti per quanto riguarda gli inserimenti di utenti in strutture socio sanitarie e assistenziali pubbliche e private. (MRR).
- d. Autorizzazione delle missioni e controllo dei rimborsi spese dei dipendenti mediante apposita procedura standardizzata, a cura del servizio Amministrazione del Personale. (MPE).
- e. Monitoraggio almeno bimestrale, da parte del Servizio ispettivo aziendale a mezzo del Responsabile della S.C. Amministrazione del Personale, sulle timbrature fuori sede e sulla presenza in servizio di un campione di dipendenti estratto a sorte, e adozione delle conseguenti iniziative o misure correttive in caso di riscontrate anomalie o irregolarità. (MC).
- f. L'Azienda - nel rispetto delle tempistiche indicate dalla Regione Piemonte - ha proceduto all'informatizzazione delle procedure di tutte le prestazioni erogate dai medici dipendenti in regime di libera professione. Il sistema, già utilizzato per le prestazioni erogate nei locali dell'Asl, è stato aggiornato per permettere l'utilizzo della tecnologia web da parte delle strutture esterne alle quali è stato esteso. (MC).
- g. Tutti i centri convenzionati e gli studi privati dei medici in cui si svolge l'attività libero professionale intramoenia allargata sono stati collegati in rete secondo le prescrizioni regionali, e possono accedere - mediante l'applicativo messo a disposizione dall'A.S.L. - alle funzionalità di gestione delle agende di prenotazione, di prenotazione delle prestazioni e di

accettazione del paziente per confermare l'avvenuta erogazione delle prestazioni, nonché alle funzionalità per l'incasso delle tariffe dovute con sistemi elettronici e tracciabili. (MC).

- h. L'Asl Cn2 garantisce che lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia avvenga in studi privati effettivamente collegati in rete, in quanto l'autorizzazione allo svolgimento della libera professione, in qualsivoglia sede, non viene concessa sino al momento in cui detta sede non risulti correttamente connessa ed informatizzata nel rispetto delle regole aziendali. (MRR).
- i. Adesione dell'Azienda, a decorrere dal 2020, al Centro Unico Regionale di Prenotazione. (MSe).
- j. Informatizzazione delle Agende di prenotazione, con percorso separato per l'accesso all'attività libero professionale e a quella istituzionale da parte dell'utenza, mediante l'attivazione di percorsi differenziati presso i centri di prenotazione delle varie sedi aziendali. (MSe).
- k. Utilizzo del sistema delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale. (MR).
- l. Funzionamento del sistema "malum", nel caso di mancata disdetta della prenotazione da parte dell'utenza, con addebito del costo della stessa, onde contrastare il fenomeno del c.d. drop out. (MR).
- m. Attivazione di un sistema telefonico/informatico di recall, per la verifica della reale consistenza della lista di attesa. (MS).
- n. Obbligo per ogni tipo di acquisto di attivare la procedura di determina a contrarre, provvedimento pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet aziendale. (MT).
- o. Obbligo di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet aziendale di tutti gli atti di ammissione o di esclusione dalle procedure di gara. (MT).
- p. Pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" di tutte le aggiudicazioni di gare con relative motivazioni. (MT).
- q. Regolamento interno e disposizioni operative dirette ai dipendenti e operatori AMOS S.c.r.l. coinvolti in ordine alla correttezza, legalità ed eticità del comportamento da tenere, nonché agli obblighi di riservatezza, nella gestione del servizio di camera mortuaria. (MPE).
- r. Controlli, tramite apposita Commissione aziendale di verifica e sulla base della normativa e delle Linee Guida fissate dalla Regione Piemonte, sui soggetti erogatori privati sia in merito al possesso dei requisiti autorizzativi, nella fase pre-autorizzativa, che sul mantenimento di tali requisiti successivamente, con cadenza almeno annuale e con verifica anche delle performance clinico- assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. (MC).

- s. Regolamento interno disciplinante gli accessi degli informatori farmaceutici presso i prescrittori aziendali e istituzione di apposito registro nel 2025. (MR).
- t. Attività di vigilanza sulle farmacie convenzionate, mediante apposita Commissione Ispettiva, cui si applica il principio di rotazione dei componenti, sia per quanto concerne i dipendenti aziendali che i soggetti esterni. (MC) e (MRo).
- u. Utilizzo di banche dati e/o fonti di informazione indipendenti e di articoli scientifici in cui vi sia attestata l'eventuale presenza di contributi da parte di sponsor nell'attività di informazione sui farmaci svolta nei confronti dei medici di medicina generale e degli specialisti. (MPE).
- v. Attivazione, sin dal 1.1.2018, di un sistema di pagamento del ticket per prestazioni sanitarie da parte dell'utenza esclusivamente a mezzo bancomat o carta di credito. Viene salvaguardata la possibilità di pagamento, da parte degli utenti, con denaro contante ma esclusivamente a mezzo di bollettino postale (in casi limitati) o tramite MAV presso gli sportelli bancari. Tali misure organizzative sono finalizzate a garantire la massima tracciabilità delle operazioni. (MR) e (MT).
- w. Attivazione, sin dal 2018, di un "Ufficio Trasporti" aziendale, chiamato a gestire tutti i servizi di trasporto sanitari dell'Asl, ivi compresi quelli a favore dell'utenza esterna avente diritto. La gestione centralizzata ed unificata di tale attività, la cui procedura è dettagliatamente disciplinata attraverso apposita modulistica autorizzativa (regolarmente pubblicata sul sito internet aziendale) garantisce la trasparenza degli interventi e la par condicio fra tutti i soggetti (Associazioni di volontariato, CRI, ecc....) che forniscono tale servizio a favore dell'Asl, in ciò costituendo misura peculiare ed originale di questa Azienda Sanitaria, preventiva di possibili condotte illecite. (MT) e (MRR).
- x. E' stato istituito, con Deliberazione n. 247 del 9.8.2017, il "Registro degli accessi", che consiste in un elenco cronologico e per tipologia delle richieste pervenute all'Azienda con indicazione dell'oggetto, data ed esito della decisione assunta dall'Amministrazione in relazione alle istanze di accesso (civico, generalizzato e documentale) pervenute. Il registro è pubblicato sul sito Internet aziendale, sezione Amministrazione Trasparente, sotto sezione "Altri contenuti – Accesso Civico" e viene aggiornato quadrimestralmente (MT). Nel 2024 è stato aggiornato il Regolamento di accesso civico e accesso generalizzato.

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

Nel sito Internet istituzionale in Amministrazione Trasparente, sezione Altri contenuti, sottosezione “Attuazione misure PNRR”³³ vengono pubblicati i principali provvedimenti che l’Asl Cn2, in qualità di soggetto attuatore delegato esterno, ha adottato per la realizzazione degli interventi previsti e finanziati dal PNRR.

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

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

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

Per ciascun intervento, in particolare:

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

³³ <http://www.aslc2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/attuazione-misure-pnrr/>

- sono state effettuate le verifiche antiriciclaggio in caso di segnalazione da parte del responsabile.

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

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

2.3.2.11 RIESAME DELLE MISURE

L'Azienda anche nel 2025 procederà – con il coordinamento e sotto la responsabilità dell'RPCT – ad un riesame, con cadenza annuale, del funzionamento complessivo del sistema aziendale di prevenzione della corruzione.

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

2.3.2.12 CODICE DI COMPORTAMENTO INTEGRATIVO

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

Sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 62/2013 modificato e integrato con D.P.R. n. 81 del 13/06/2023 e dalle Linee Guida di settore emanate dall'A.N.A.C. indirizzate specificamente agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale e approvate con Deliberazione del Consiglio Generale n. 358 del 29.3.2017, lo schema di Codice di comportamento integrativo dell'Asl Cn2, redatto dal Responsabile per la prevenzione della corruzione in collaborazione con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari e il Servizio Personale, è stato posto in partecipazione a

mezzo di pubblicazione sul sito internet dell'Azienda e, ai sensi dell'art. 54, 5° c. del D. Lgs. n. 165/2001, è stato sottoposto al parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è espresso favorevolmente e, infine, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 895 del 23/12/2024. Si precisa che il Codice di comportamento aziendale³⁴ risulta coerente con le Linee Guida regionali, adottate con Delibera della Giunta Regionale del Piemonte n. 9 – 4694 del 25.2.2022.

2.3.2.13 FORMAZIONE DEL PERSONALE IMPEGNATO NEI SETTORI A RISCHIO

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

In particolare, nel 2025:

- sarà esteso, anche alle figure sanitarie coinvolte nella gestione dei contratti (es DEC), il corso di formazione specifica alla luce delle novità introdotte con l'entrata in vigore del nuovo codice contratti (D.Lgs. n. 36/2023).
- l'azienda parteciperà al "Forum RPCT ASR Piemonte" in pianificazione nel primo semestre 2025;

³⁴ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/>

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

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

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

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

2.3.2.14 PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA

2.3.2.14.1 TRASPARENZA E ACCESSIBILITA'

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

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

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

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

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

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

2.3.2.14.2 OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI IN MATERIA DI TRASPARENZA

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

Obiettivi strategici di trasparenza

Gli obiettivi strategici dell'Asl Cn2 per il triennio 2025 – 2027 sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sui servizi erogati dall'Azienda.

Vengono, pertanto, individuati i seguenti obiettivi:

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

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

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

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

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

2.3.2.14.3 SOGGETTI RESPONSABILI

1. Il Direttore Generale approva annualmente il Programma Triennale della Trasparenza (PTT) nell'ambito della Sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. ed i relativi aggiornamenti.
2. Il Responsabile della Trasparenza, nella persona del Responsabile per la prevenzione della corruzione, coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all'O.I.V.
3. A tal fine promuove e cura il coinvolgimento di tutti i Referenti e si avvale in particolare del supporto delle strutture addette a programmazione e controllo, comunicazione e web.
4. L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza ed integrità, esercita un'attività di impulso nei confronti dell'Organo di indirizzo (Direttore Generale) e del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza per l'elaborazione del relativo programma.
5. I Referenti in particolare e i restanti Dirigenti aziendali hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e dell'attuazione del Programma Triennale della Trasparenza per la parte di loro competenza. Collaborano, inoltre, alla realizzazione delle iniziative volte, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza, nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Tabella 19 Fasi di elaborazione e adozione del programma trasparenza

Fase	Attività	Responsabili
Elaborazione e aggiornamento	Promozione e coordinamento processo di formazione PTT	R.P.C.T. O.I.V.
	Individuazione contenuti	R.P.C.T. Referenti
	Redazione	R.P.C.T. Referenti
Approvazione	Approvazione Deliberazione	Direttore Generale
Attuazione	Attuazione iniziative del PTT Elaborazione, aggiornamento e pubblicazione dei dati	R.P.C.T. Referenti
	Controllo dell'attuazione del PTT e delle iniziative previste	R.P.C.T. Referenti
	Verifica e rapporto su assolvimento obblighi trasparenza	R.P.C.T. O.I.V.

2.3.2.14.4 DATI DA PUBBLICARE

1. L'Asl Cn2 pubblica, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti per cui vige l'obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs 33/2013 così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016.
2. Sul sito sono presenti anche informazioni non obbligatorie ma ritenute utili per il cittadino.
3. L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità.
4. L'elenco del materiale soggetto a pubblicazione obbligatoria, con l'indicazione delle Strutture aziendali e dei Soggetti Responsabili cui compete l'individuazione e produzione dei contenuti, i riferimenti normativi di pubblicazione e i tempi di aggiornamento sono indicati nella Tabella "Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegata al presente Piano.

5. I dati e tutto il materiale oggetto di pubblicazione deve essere prodotto e inserito in formato aperto o in formati compatibili alla trasformazione in formato aperto.

6. Le norme sulla trasparenza e nello specifico quelle previste anche dalla legge Anticorruzione (n. 190/2012) devono essere applicate anche dalle società partecipate dall'Asl Cn2 e dalle società e enti da essa controllati o vigilati qualora esistenti. Pertanto, sul sito istituzionale dell'Asl Cn2, devono essere pubblicati i link dei siti delle società partecipate o controllate.

7. Nella pubblicazione di dati e documenti e di tutto il materiale soggetto agli obblighi di trasparenza, deve essere garantito il rispetto delle normative sulla privacy. Tale pubblicazione deve, infatti, avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) n. 2016/679, quali liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilità" del titolare del trattamento.

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

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

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

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

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

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

- natura di eventuali infermità;
- impedimenti personali o familiari;
- componenti della valutazione;

- altri dati sensibili.

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

2.3.2.14.5 IL PROCESSO DI PUBBLICAZIONE

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

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

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

2.3.2.14.6 AGGIORNAMENTO

1. I contenuti del Programma Trasparenza sono oggetto di costante aggiornamento sullo stato di attuazione ed eventuale ampliamento degli obblighi, anche in relazione al progressivo adeguamento alle disposizioni di legge.

2. Per ciascuna tipologia di informazione sono individuate le modalità e la tempistica da utilizzare per l'aggiornamento dei dati, nonché la Struttura aziendale responsabile dell'aggiornamento.

2.3.2.14.7 USABILITA' E COMPENSIBILITA' DEI DATI

1. Le Strutture aziendali devono curare la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e gli altri portatori di interesse possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

2. In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

Tabella 20: Caratteristiche per la pubblicazione.

Caratteristica dati	Note esplicative
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto occorre: a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni; b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante link facilmente individuabili.

2.3.2.14.8 CONTROLLO E MONITORAGGIO

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

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

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

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

2.3.2.14.9 TEMPI DI ATTUAZIONE

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

Anno 2025

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro il 31 marzo 2025;
- Partecipazione all'organizzazione degli eventi formativi esplicitati in apposita sezione.
- Valutazione esiti della sperimentazione su sistema aziendale di rilevazione automatica del livello di soddisfazione di alcuni servizi resi dall'Azienda, entro il 31 dicembre 2025.
-

Anno 2026

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 marzo 2026;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza (o analoga iniziativa di comunicazione e informazione) entro 31 dicembre 2026.

Anno 2027

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 marzo 2027;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza (o analoga iniziativa di comunicazione e informazione) entro 31 dicembre 2027;
- Definizione di obiettivi e azioni specifiche volte al miglioramento del grado di soddisfazione dei servizi monitorati resi dall'azienda.

2.3.2.14.10 SANZIONI

1. Il D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. prevede esplicitamente che "i Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".

2. La mancata predisposizione del P.T.P.C.T. e l'inadempimento agli obblighi di pubblicazione possono dare luogo a diverse tipologie di sanzioni.

3. L'avvio del procedimento per l'irrogazione della sanzione a carico dei Soggetti responsabili e l'identificazione del titolare del potere sanzionatorio, avviene secondo quanto disposto nel Codice disciplinare.

2.3.2.14.11 ACCESSO CIVICO

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

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

1. Il Piano della Performance e il Sistema di misurazione e valutazione della Performance sono strettamente connessi ed integrati con il P.T.P.C.T. Tale integrazione è volta a garantire la piena ed effettiva conoscibilità e comparabilità dell'agire dell'Azienda.
2. A tal fine, in sede di predisposizione dei documenti aziendali di programmazione dell'attività per il triennio 2025/2027, e nel contesto della Sottosezione Performance 2025-2027, saranno inseriti idonei riferimenti ai principi e alle misure normativamente previste in materia di anticorruzione e di trasparenza, al fine di consentire ai cittadini di conoscere, comparare e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato dell'Azienda.
3. La Direzione aziendale, in collaborazione con il R.P.C.T., fornirà, nel corso dell'anno 2026, ai Referenti del Piano apposite raccomandazioni finalizzate al recepimento – nell'ambito della loro attività istituzionale – degli obiettivi strategici ed operativi fissati dalla presente Sezione.
4. Si riportano qui di seguito in forma sintetica gli obiettivi strategici, per il triennio 2025-2027, individuati dalla Direzione aziendale nell'ambito del Piano della Performance:
5. Nella Relazione sulla Performance viene annualmente dato conto dei risultati raggiunti in materia di contrasto al fenomeno della corruzione e di trasparenza dell'azione amministrativa, sotto il profilo della performance organizzativa, rispetto a quanto contenuto nel PTPCT.

Tabella 21: Obiettivi strategici per il triennio 2025-2027 individuati dalla Direzione aziendale nell'ambito del Piano della Performance.

Obiettivo specifico	2025	2026	2027
Accessibilità	Governo dei tempi di attesa con rispetto dei volumi di ricoveri e interventi chirurgici come da indicatori del PNE Completamento della gestione org.va attività ambulatoriale in linea con il piano operativo regionale	Governo dei tempi di attesa con rispetto dei volumi di ricoveri e interventi chirurgici come da indicatori del PNE	Governo dei tempi di attesa con rispetto dei volumi di ricoveri e interventi chirurgici come da indicatori del PNE
Accessibilità	Sviluppo dei servizi prossimità con espansione rete degli ambulatori della cronicità. Formazione e diffusione informative privacy allo sportello unico. Miglioramento qualitativo delle relazioni cittadino utente presso i front-office aziendali attraverso pratiche di uniformità dei processi e il prendersi cura delle situazioni. Attivazione PUA. Attivazione percorsi per pazienti cronici arruolati nei PSDTA: inclusione in programmi di attività fisica, disassuefazione fumo, fisioterapia. Attivazione percorsi specifici di attività fisica (EFS,AFA).	Sviluppo dei servizi prossimità. Miglioramento qualitativo delle relazioni cittadino utente presso i front-office aziendali attraverso pratiche di uniformità dei processi e il prendersi cura delle situazioni. Ampliamento dell'offerta di presa in carico dei pazienti cronici consolidamento modelli di offerta (ambulatori cronicità, UCA, arruolamento PSDTA).	Sviluppo dei servizi prossimità. Miglioramento qualitativo delle relazioni cittadino utente presso i front-office aziendali attraverso pratiche di uniformità dei processi e il prendersi cura delle situazioni. Attuazione delle disposizioni DM 77/2022 con ampliamento dell'offerta di presa in carico dei pazienti cronici e consolidamento modelli di offerta (ambulatori cronicità, UCA, arruolamento PSDTA).
Sanità digitale e telemedicina	Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) anche attraverso sportelli dedicati sul territorio. Implementazione di attività di controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico.	Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Implementazione di attività di controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico.	Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Implementazione di attività di controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico.
Piano locale della cronicità/fragilità	Ulteriore sviluppo delle azioni previste dal Piano: -attivazione 2 COT (uno per distretto) -messa a regime di un UCA per distretto	Messa a regime delle azioni previste dal Piano: -aggiornamento e incontri del gruppo di miglioramento integrazione con piano attuativo per la medicina di genere	Messa a regime delle azioni previste dal Piano:

Obiettivo specifico	2025	2026	2027
	<p>-proposte di integrazione con il piano attuativo per la medicina di genere in relazione alle indicazioni della regione Piemonte</p> <p>-programmazione ospedale di comunità (1 per distretto)</p> <p>-introduzione progetti di equità mirati e condivisione con servizi sociali EE GG.</p>	<p>-prosecuzione lavori per completamento di 2 ospedali di comunità (2026)</p> <p>-integrazione con servizi sociali EE GG per progetti di equità</p> <p>potenziamento utilizzo CAVS Verduno</p>	
Promozione della salute e prevenzione	Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2022.	Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2023.	Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2024
Promozione della salute e prevenzione	Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della Prevenzione 2025.	Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della Prevenzione 2026.	Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della Prevenzione 2027
Edilizia sanitaria	Adeguamento strutturale delle sedi territoriali in coerenza con il Piano di Ripresa e Resilienza.	Adeguamento strutturale delle sedi territoriali in coerenza con il Piano di Ripresa e Resilienza.	Attivazione delle sedi territoriali secondo gli standard e i modelli organizzativi previsti dal DM 77/2022
Miglioramento Percorsi e Appropriatezza	<p>Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali</p> <p>Implementazione di tutti i percorsi afferenti al CAS unificato.</p> <p>Miglioramento degli esiti degli interventi sanitari attraverso il costante monitoraggio degli indicatori NSG e PNE</p> <p>Ottimizzazione della gestione del posto letto secondo i parametri nazionali, regionali e le indicazioni aziendali (appropriatezza dei ricoveri da Pronto Soccorso, riduzione del boarding, dei tempi di permanenza, degenza media, intervallo di turn-over, indice di rotazione per posto letto, tasso di occupazione)</p>	<p>Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali</p> <p>Implementazione di tutti i percorsi afferenti al CAS unificato.</p> <p>Miglioramento degli esiti degli interventi sanitari attraverso il costante monitoraggio degli indicatori NSG e PNE</p>	<p>Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali nel rispetto dei modelli organizzativi e degli standard previsti dal DM77/2022</p> <p>Miglioramento degli esiti degli interventi sanitari attraverso il costante monitoraggio degli indicatori NSG e PNE</p>

Obiettivo specifico	2025	2026	2027
	Ottimizzazione del percorso chirurgico secondo i parametri nazionali e regionali (indicatori di monitoraggio della fase pre-intra-post intervento)		
Equilibrio Economico Finanziario	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 e dei D.M. ad alto costo (antibiotici, antimicotici, emoderivati, ecc.) e dei farmaci distribuiti ai pazienti cronici e appartenenti a percorsi di presa in carico aziendale. Realizzazione di un efficiente gestione delle scorte. Analisi e revisione di modelli organizzativi e proposte di efficientamento nel consumo di beni, servizi, personale	Realizzazione di iniziative volte al monitoraggio dei consumi di beni e servizi Implementazione di modelli organizzativi di utilizzo efficace ed efficiente delle risorse Gestione delle risorse umane assegnate attraverso l'utilizzo di indicatori di produttività e indicatori relativi ai comportamenti	Realizzazione di iniziative volte al monitoraggio dei consumi di beni e servizi Implementazione di modelli organizzativi di utilizzo efficace ed efficiente delle risorse Gestione delle risorse umane assegnate attraverso l'utilizzo di indicatori di produttività e indicatori relativi ai comportamenti
Formazione anticorruzione e trasparenza	Realizzazione corso di formazione specifico per i professionisti coinvolti nella gestione dei contratti (RUP e DEC)	Realizzazione di iniziative volte alla diffusione della cultura della trasparenza e del contrasto alla corruzione.	Realizzazione di iniziative volte alla diffusione della cultura della trasparenza e del contrasto alla corruzione.

2.3.2.15 RUOLO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

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

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

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

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

2.3.2.16 MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO

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

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

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

2.3.2.17 RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE

1. La prima modalità di partecipazione rispetto alla società civile avviene nella fase di costruzione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del presente Piano, mediante un dialogo diretto e immediato con i cittadini, le organizzazioni economiche e sociali, realizzato attraverso l'apposita consultazione on-line svoltasi fra il 20 dicembre 2024 e il 20 gennaio 2025.
2. In seguito, viene attuata una efficace strategia di comunicazione e diffusione delle misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il P.T.P.C.T.
3. Particolare rilevanza assume il ruolo della S.S. Qualità/Relazioni con il pubblico (U.R.P.) per la ricezione continua di osservazioni e suggerimenti da inviare al R.P.C.T.
4. Inoltre, poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della popolazione del territorio afferente all'Asl Cn2.



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslc2@legalmail.it – www.aslc2.it

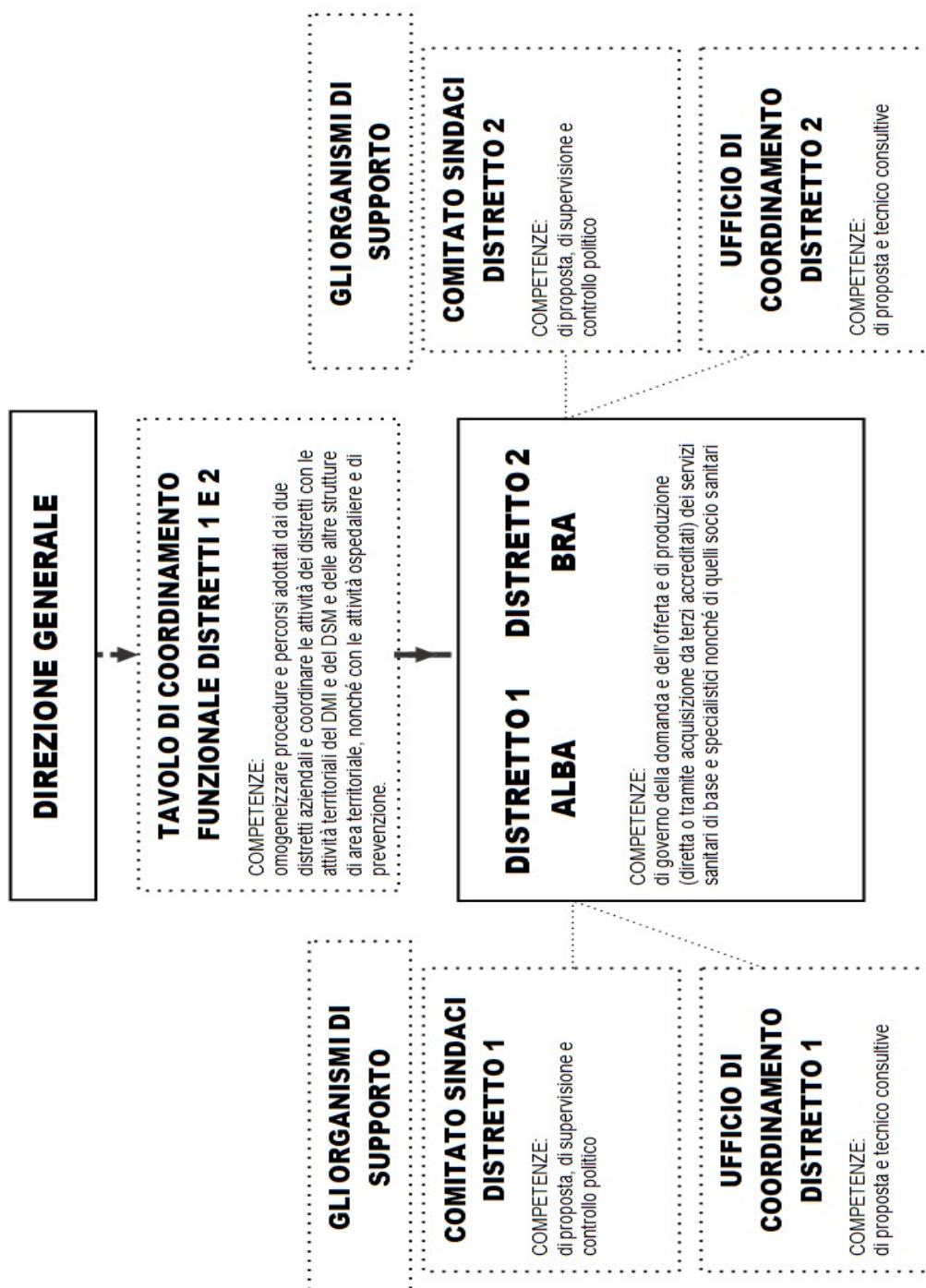
5. A tal fine le predette segnalazioni potranno essere inviate per posta elettronica all'indirizzo del Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza – Dott.ssa Simona DALMASSO: sdalmasso@aslc2.it, o per posta ordinaria all'indirizzo: *Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza – S.S Programmazione e Controllo, Asl Cn2, Via Vida 10, 12051 ALBA (Cn).*

3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 SOTTOSEZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Organigramma vigente al 31.12.2024:

LA TUTELA E LA PRODUZIONE TERRITORIALE



L'ORGANIZZAZIONE

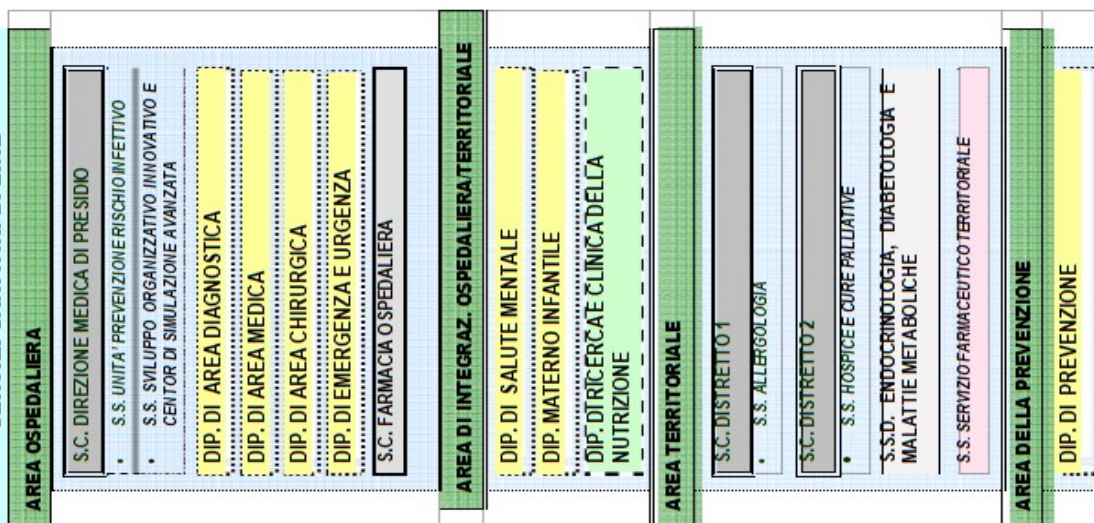
SERVIZI DI STAFF



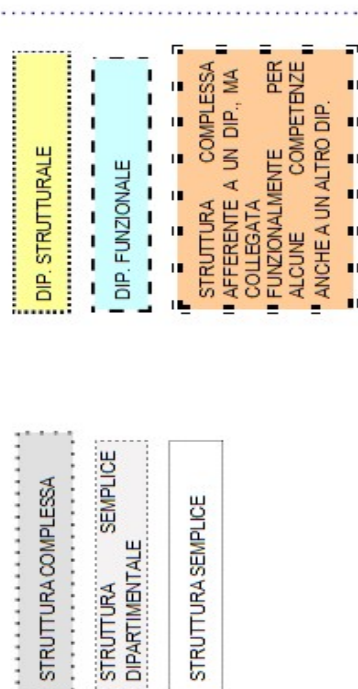
SERVIZI AMMINISTRATIVI DI LINEA



SERVIZI SANITARI DI LINEA



LEGENDA



DIPARTIMENTI SANITARI

AREA OSPEDALIERA

DIPARTIMENTO DI AREA DIAGNOSTICA

S.C. LABORATORIO ANALISI

S.C. ANATOMIA PATOLOGICA

S.C. RADIOLOGIA

- S.S. SEVIOLOGIA RADIOLOGICA
- S.S. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA E VASCOLARE
- S.S. RADIOLOGIA AD ALTA TECNOLOGIA

 S.C. SIMT (SERVIZIO IMMUNO
TRASFUSIONALE)

S.S.D. RADIOTERAPIA

S.S.D. FISICA SANITARIA

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

S.C. MEDICINA INTERNA

- S.S. REUMATOLOGIA
- S.S. EMATOLOGIA
- S.S. MALATTIE INFETTIVE
- S.S. DERMATOLOGIA

S.C. NEFROLOGIA E DIALISI

- S.S. DIALISI PERITONEALE E MALATTIA RENALE AVANZATA (M.R.E.A.)

S.C. ONCOLOGIA

- S.S. SEVIOLOGIA ONCOLOGICA

S.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE

- S.S. DEGENZA RIABILITATIVA

 S.C. NUTRIZIONE CLINICA E DISTURBI
DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

- S.S. ASPETTI NUTRIZIONALI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

 S.C. GASTROENTEROLOGIA ED
ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- S.S. GASTROENTEROLOGIA CLINICA

 S.C. MALATTIE DELL'APPARATO
RESPIRATORIO

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

 S.C. CHIRURGIA GENERALE E
CHIRURGIA ONCOLOGICA

- S.S. COLON PROCTOLOGIA E CHIRURGIA EPATICA
- S.S. SENOLOGIA
- S.S. CHIRURGIA VASCOLARE
- S.S. CHIRURGIA PLASTICA

S.C. UROLOGIA

S.C. OCULISTICA

 S.C. ORTOPEDIA E CHIRURGIA
PROTESICA

- S.S. TRAUMATOLOGIA

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

S.S.D. DAY E WEEK-SURGERY

 S.C. OSTETRICA – GINECOLOGIA E
GINECOLOGIA ONCOLOGICA (collegata
funzionalmente per le competenze in ambito
ginecologico e ginecologico oncologico)

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA

 S.C. MEDICINA D'EMERGENZA-
URGENZA

- S.S. PRONTO SOCCORSO
- S.S. TERAPIA SUB-INTENSIVA

S.C. CARDIOLOGIA - UTIC

- S.S. EMODINAMICA

S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

- S.S. RIANIMAZIONE
- S.S. TERAPIA ANALGICA
- S.S. SALE OPERATORIE

S.C. NEUROLOGIA

- S.S. NEUROFISIOLOGIA

DIPARTIMENTI SANITARI

AREA TERRITORIALE

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

- Del Dipartimento funzionale di Patologia delle dipendenze fanno parte le seguenti strutture:
- S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE
 - S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
 - S.C. DISTRETTO 1
 - S.C. DISTRETTO 2
 - S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (D.P. Sa.)
 - S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' PREVENZIONE
 - S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- Alla programmazione delle attività del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze partecipano gli Enti Ausiliari con una o più sedi operative nel territorio dell'ASL CN2 con le modalità indicate nel regolamento che ne disciplina il funzionamento

AREA DELLA PREVENZIONE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

- S.C. SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA
 - S.S. VACCINAZIONI, PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE, MEDICINA DB VIAGGI E MIGRAZIONI
- S.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
 - S.S. SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE, EDUCAZIONE ALIMENTARE E DIETETICA PREVENTIVA
- S.C. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO
 - S.S. PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO
- S.C. MEDICINA LEGALE
 - S.S. INVALIDITA' E DISABILITA'
- S.S.D. MEDICINA SPORTIVA
- S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE
- S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA A - Sanità animale
- S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
- S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

AREA DI INTEGRAZ. OSPEDALIERA/TERRITORIALE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE

- S.C. PEDIATRIA
 - S.S. PATOLOGIA DELL'ADOLESCENZA DI INTERESSE PEDIATRICO
- S.C. OSTETRICIA - GINECOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLOGICA (collegata funzionalmente a Dipartimento di Area Chirurgica)
 - S.S. OSTETRICIA
 - S.S. CONSULTORI
- S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

DIPARTIMENTO DI RICERCA E CLINICA DELLA NUTRIZIONE

- Del Dipartimento funzionale di Ricerca e Clinica della nutrizione fanno parte le seguenti strutture semplici dipartimentali e complesse con le loro articolazioni organizzative
- S.C. NUTRIZIONE CLINICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
 - S.C. MEDICINA INTERNA
 - S.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDO SCOPIA DIGESTIVA
 - S.C. CHIRURGIA GENERALE E CHIRURGIA ONCOLOGICA
 - S.C. PEDIATRIA
 - S.C. PSICOLOGIA
 - S.C. PSICHIATRIA
 - S.S.D. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE
 - S.C. DISTRETTO 1
 - S.C. DISTRETTO 2
 - S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (D.P. Sa.)
 - S.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
 - S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' PREVENZIONE
 - S.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
 - S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE
 - S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
 - S.C. NEFROLOGIA E DIALISI
 - S.C. ONCOLOGIA
 - S.C. CARDIOLOGIA - UTIC
 - S.C. OSTETRICIA-GINECOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLOGICA

3.2 SOTTOSEZIONE ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE

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

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

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

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

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

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

3.2.1 MODALITÀ ATTUATIVE DEL LAVORO AGILE

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

L'ASL CN2 intende implementare l'opportunità del Lavoro Agile, modalità smart working quale modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa, in quanto fattore abilitante dello sviluppo della digitalizzazione, del miglioramento della produttività, di promozione della sostenibilità sociale, economica e ambientale e per favorire la conciliazione tra i tempi di lavoro e vita personale.

Nel dettaglio l'implementazione dello smart working risponde alle seguenti finalità:

- Introdurre nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di un modello gestionale orientato al lavoro per obiettivi e risultati, improntato alla flessibilità organizzativa e finalizzato ad un incremento di efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa;
- Promuovere una visione dell'organizzazione del lavoro ispirata ai principi della flessibilità e dell'autonomia, responsabilizzando il personale e favorendo relazioni fondate sulla fiducia e sul lavoro di squadra;
- Promuovere una nuova declinazione di spazi e dotazioni tecnologiche, ripensando luoghi, strumenti e modalità di svolgimento della prestazione lavorativa;
- Ottimizzare la diffusione di tecnologie e di competenze digitali, anche attraverso un'analisi dei processi ed una sempre maggiore digitalizzazione
- Rafforzare le pari opportunità e le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- Promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenza.

Nel 2024 è stato predisposto il regolamento per lo svolgimento dello smart working, alla data di compilazione del presente documento è in fase di approvazione sperimentale per un anno, nel corso del **2025** tutti i servizi aziendali svolgeranno la "Mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile" al fine di:

1. Creare punti di contatto e coinvolgimento per gli smart worker: Mappare processi che identifichino attori e modalità di svolgimento fruibili indipendentemente dalla dislocazione dei dipendenti aiuta a non escludere le persone e a renderle operative ed efficienti.
2. Migliorarsi e innovare: ripensare e pianificare processi che possano essere svolti sia in presenza che a distanza, può mettere in luce alcune criticità che sino a quel momento passavano inosservate.

3. Fermarsi a riflettere sulla convenienza e sull'effettiva utilità di determinate consuetudini operative non può che giovare in termini di efficienza e innovazione a tutta l'azienda.

4. Rendere i processi flessibili e adattabili al cambiamento: avere ben chiari gli obiettivi di un processo, le risorse necessarie per eseguirlo e gli attori da coinvolgere, fa sì che si possano valutare in qualsiasi momento quali siano gli strumenti più adatti per eseguirlo. Tramite la mappatura dei processi è infatti possibile svincolare il processo dallo strumento di esecuzione e renderlo così autonomo rispetto al software o al canale operativo che s'intende utilizzare. Questa indipendenza rappresenta un indubbio vantaggio in caso di situazioni di emergenza o durante repentini cambiamenti, consentendo la valutazione di scelte strategiche a seconda delle necessità e delle possibilità del momento.

Nel 2025 verrà adottato il Nuovo POLA Asl Cn2. Tale Regolamento si applica al personale appartenente all'area contrattuale del comparto e della dirigenza professionale, tecnica, amministrativa e sanitaria del S.S.N. Il personale sanitario vi accede per le sole attività per le quali è ammissibile il lavoro agile o in quanto impossibilitato per motivi di salute a svolgere funzioni sanitarie.

3.3 SOTTOSEZIONE PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il personale dipendente al 31.12.2024 risultava essere di 2.382 unità (di cui 58 a tempo determinato), 107 in più rispetto all'anno precedente. L'andamento dell'ultimo triennio registra il seguente incremento di unità di personale dipendente: + 224 al 31.12.2021, +439 al 31.12.2022, + 238 al 31.12.2023.

Tabella 22: Personale dipendente per ruolo al 31/12/2024

Ruolo	Numero
Sanitario	1.428
Professionale	10
Tecnico	150
Socio-Sanitario	460
Amministrativo	334
Totale	2.382

Il personale dipendente è costituito per il 74% da donne. La fascia d'età più rappresentata è quella 43/58 anni che corrisponde al 47% del totale dei dipendenti, seguita dalla fascia d'età

59/67 anni, pari al 13% e da 32/42 anni, pari al 27% del totale, mentre la fascia d'età più giovane rappresenta il 13% del totale.

Tabella 23 Personale dipendente per categoria al 31/12/2024

Categoria personale	Numero
Dirigenti Medici e Veterinari	338
Altri dirigenti	65
Personale infermieristico	804
Personale tecnico sanitario	107
Personale della prevenzione	20
Personale della riabilitazione	114
Personale OTA - OSS	448
Ausiliari specializzati	0
Personale amministrativo	325
Altro personale	161
Totale	2.382

Il personale infermieristico rappresenta il 34% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (14%). Il personale OTA/OSS costituisce il 19% di tutto il personale dipendente e il personale della riabilitazione il 5%.

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

Con Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 30-7328/2023/XI del 31/07/2023 sono stati approvati i *"Piani Triennali Fabbisogni Personale (PTFP) delle Aziende Sanitarie del SSR,*

triennio 2022-2024”, e l’Asl Cn2 ha recepito il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), triennio 2022-2024 con la deliberazione n. 625 del 17/08/2023.

Il Piano di Fabbisogno del Personale riflette l’aumento di attività conseguente all’apertura del nuovo presidio ospedaliero unico a Verduno e la rifunzionalizzazione degli ex presidi ospedalieri di Alba e Bra, che hanno comportato un recupero sia di volumi che di tipologia di attività rispetto alla media piemontese. Coerentemente il tetto di spesa (ed al suo interno il piano del fabbisogno) è stato recentemente modificato con tendenza all’avvicinamento alla media regionale ed in particolare ad aziende sanitarie simili per territorio, organizzazione e popolazione. Il processo non è ancora concluso e si programma di lavorare in tal senso nei prossimi anni.

A seguito della DGR 8-8255/2024/XI ad oggetto: “ Revisione e approvazione del tetto di spesa del personale dell’ASL Cn2 per l’anno 2024 e successivi. Modifica della DGR n. 46-6202 del 7 dicembre 2022”, in relazione alle attività di sviluppo programmate presso l’ASL CN2, la Regione Piemonte ha rideterminato il limite di spesa del personale per l’anno 2024 e successivi.

Pertanto, nel rispetto del limite di spesa del personale come rideterminato, si è provveduto ad aggiornare il Piano dei Fabbisogni per l’annualità 2024, trasmesso – per i provvedimenti autorizzativi di competenza – alla Regione Piemonte.

Con DGR 14-8632/2024/XI è stato approvato l’aggiornamento del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (PTFP) dell’ASL CN2 per l’annualità 2024 del triennio 2022-2024, adottato conseguentemente con deliberazione n. 429 del 30/05/2024.

Con DGR 33-538/2024/XII ad oggetto: "Indicazioni alle ASR per l'adozione dei Piani triennali dei fabbisogni di personale per il triennio 2023-2025. Conferma dei tetti di spesa del personale anni 2023 e 2024, approvazione tetti di spesa del personale anno 2025" la Regione Piemonte ha richiesto la compilazione dei relativi prospetti. I dati elaborati sono stati trasmessi in data 20/01/2024 con nota prot. n. 4002 ai fini del successivo provvedimento di approvazione.

Tabella 24: Dotazione Organica approvata per l’annualità 2024.

	CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
		TP	PT	TP	PT	totale
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENTE MEDICO SC	26		32		32
	DIRIGENTE MEDICO SS	35		48		48

		DIRIGENTE MEDICO	209	17		355	17	372
		DIRIGENTE ODONTOIATRA SC						0
		DIRIGENTE ODONTOIATRA SS						0
		DIRIGENTE ODONTOIATRA						0
		DIRIGENTE VETERINARIO SC						0
		DIRIGENTE VETERINARIO SS	3			3		3
		DIRIGENTE VETERINARIO	23			30		30
		DIRIGENTE – FARMACISTA SC	1			1		1
		DIRIGENTE – FARMACISTA SS	1			1		1
		DIRIGENTE - FARMACISTA	9	1		12	1	13
		DIRIGENTE - BIOLOGO SC						0
		DIRIGENTE - BIOLOGO SS						0
		DIRIGENTE - BIOLOGO	7			14		14
		DIRIGENTE – CHIMICO SC						0
		DIRIGENTE – CHIMICO SS						0
		DIRIGENTE – CHIMICO				1		1
		DIRIGENTE – PSICOLOGO SC	0			1		1
		DIRIGENTE – PSICOLOGO SS						0
		DIRIGENTE - PSICOLOGO	13			16		16
		DIRIGENTE – FISICO SC						0
		DIRIGENTE – FISICO SS	1			1		1
		DIRIGENTE – FISICO	2			4		4
		DIRIGENTE ASSISTENTE SOCIALE	0			1		0
		DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SC				1		1
		DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SS						0
		DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	4			3		3
			334	18		524	18	541
DIRIGENZA PTA		DIRIGENTE AVVOCATO SC						0
		DIRIGENTE AVVOCATO SS	1			1		1
		DIRIGENTE AVVOCATO	1			1		1
		DIRIGENTE INGEGNERE SC						0
		DIRIGENTE INGEGNERE SS	1			1		1
		DIRIGENTE INGEGNERE	0			4		4
		DIRIGENTE ARCHITETTO SC	1			1		1
		DIRIGENTE ARCHITETTO SS	1			1		1
		DIRIGENTE ARCHITETTO						0
		DIRIGENTE ANALISTA SC	1			1		1
		DIRIGENTE ANALISTA SS						0
		DIRIGENTE ANALISTA	2			2		2
		DIRIGENTE SOCIOLOGO SC						0
		DIRIGENTE SOCIOLOGO SS						0
		DIRIGENTE SOCIOLOGO						0
		DIRIGENTE STATISTICO SC						0

		DIRIGENTE STATISTICO SS					0	
		DIRIGENTE STATISTICO					0	
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	2		4		4	
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SS	4		5		5	
			DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	3		5		5
			17	0		26	0	26
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAIONE	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	1		8		8	
		INFERMIERE PEDIATRICO					0	
		OSTETRICA					0	
		DIETISTA	0		1		1	
		ASSISTENTE SANITARIO					0	
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	0		1		1	
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	0		1		1	
		TECNICO AUDIOMETRISTA					0	
		TECNICO AUDIOPROTESISTA					0	
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA					0	
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA					0	
		TEC. ORTOPEDICO					0	
		FISIOTERAPISTA			1		1	
		LOGOPEDISTA					0	
		ORTOTTISTA					0	
		EDUCATORE PROFESSIONALE					0	
		OTTICO					0	
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE					0	
		PODOLOGO					0	
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	0		2		2	
		ODONTOTECNICO					0	
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'					0	
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					0	
		IGIENISTA DENTALE					0	
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE					0	
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE					0	
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO					0	
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.					0	
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA					0	
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	0		2		2	
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	2		7		7	
			3	0		23	0	23
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	613	98		820	98	918
		INFERMIERE - Ex DS	13	1		13	1	14
		INFERMIERE PEDIATRICO	19	6		25	6	31

		INFERMIERE PEDIATRICO - Ex DS			0		0
		OSTETRICA	35	8	40	9	49
		OSTETRICA - Ex DS					0
		DIETISTA	10		14		14
		DIETISTA - Ex DS					0
		ASSISTENTE SANITARIO	2	1	14	1	15
		ASSISTENTE SANITARIO - Ex DS	1	1	1	1	2
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	33	6	45	6	51
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA - Ex DS	1		1		1
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	42	5	48	5	53
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO - Ex DS	1		1		1
		TECNICO AUDIOMETRISTA	1		2		2
		TECNICO AUDIOMETRISTA - Ex DS					0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA					0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA - Ex DS					0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA					0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA - Ex DS					0
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	6		7		7
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA - Ex DS					0
		TEC. ORTOPEDICO					0
		TEC. ORTOPEDICO - Ex DS					0
		FISIOTERAPISTA	36	13	47	13	60
		FISIOTERAPISTA - Ex DS	1		1		1
		LOGOPEDISTA	11	4	16	4	20
		LOGOPEDISTA - Ex DS					0
		ORTOTTISTA	2	1	5	1	6
		ORTOTTISTA - Ex DS					0
		EDUCATORE PROFESSIONALE	18	2	29	2	31
		EDUCATORE PROFESSIONALE - Ex DS					0
		OTTICO					0
		OTTICO - Ex DS					0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE	0		2		2
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE - Ex DS					0
		PODOLOGO	0		2		2
		PODOLOGO - Ex DS					0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	16		40		40
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	2		2		2

		Ex DS					
		ODONTOTECNICO					0
		ODONTOTECNICO - Ex DS					0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'	4		7		7
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA' - Ex DS					0
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0		7		7
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - Ex DS					0
		IGIENISTA DENTALE					0
		IGIENISTA DENTALE - Ex DS					0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE					0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE - Ex DS					0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	12		18		18
		ASSISTENTE SOCIALE - Ex DS	1		1		1
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	2		2		2
		ASSISTENTE RELIGIOSO - Ex DS					0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.					0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST. - Ex DS					0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA	1		1		1
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA - Ex DS					0
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	14		33		33
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE - Ex DS	4		4		4
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	38	1	57	1	58
		COLLAB. AMM.VO PROFESS. - Ex DS	9		9		9
			949	147	1315	148	1463
ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO SENIOR					0
		PUERICULTRICE SENIOR					0
		MASSIOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE SENIOR		2		2	2
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO Senior					0
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE DELL'INFORMAZIONE					0
		ASSISTENTE INFORMATICO	6		7		7
		OPERAT.TECN.SPECIALIZZATO SENIOR	17		20		20
		ASSISTENTE TECNICO	10		17		17

	RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	210	17		250	17	267
			243	19		294	19	313
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO						0
		MASSOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE						0
		PUERICULTRICE						0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	414	25		472	25	497
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	75	6		100	6	106
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	4			16		16
			493	31		588	31	619
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO / OTA	14	2		19	2	21
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	1			1		1
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN.	7	4		26	4	30
		COMMESSO	1			1		1
			23	6		47	6	53
			2062	221		2817	222	3039
			2283			3039		

3.3.1 FORMAZIONE DEL PERSONALE

3.3.1.1 PIANO DELLA FORMAZIONE

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

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

Le politiche di sviluppo della formazione degli operatori dell'ASL CN2 si fondano su **tre pilastri**:

1) sviluppo delle competenze professionali, inteso come definizione delle competenze chiave da possedere per lo svolgimento delle singole professioni,

2) consapevolezza organizzativa, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire all'interno della stessa nel rispetto delle proprie competenze e dei propri ruoli;

3) sviluppo di carriera, inteso come definizione di percorsi di carriera professionali e gestionali.

Aree Tematiche:

Area comunicazione – relazione: sviluppare le competenze trasversali soft skills e digital skills nei diversi ambiti di relazione di cura;

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

Area della Prevenzione: adesione ai percorsi formativi trasversali nelle diverse aree di intervento proposti nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione e implementazione di percorsi formativi del Piano Locale di Prevenzione.

Area emergenza urgenza: aggiornare e implementare le competenze del personale sanitario in tematiche di emergenza-urgenza in condizioni di sicurezza e appropriatezza delle procedure

Area territoriale – Piano di Cronicità: Sviluppare le competenze degli operatori sanitari e sociosanitari per l'attuazione del Piano Locale Cronicità in tutti i setting assistenziali sul modello di riordino e sviluppo dell'assistenza territoriale di cui al PNRR missione 6 e al D.M. 77 del 23.5.2022

Area della sicurezza: L'Azienda considera la Sicurezza nei luoghi di lavoro una condizione essenziale per garantire standard qualitativi assistenziali sicuri sia nei confronti degli assistiti sia nei confronti degli operatori, come peraltro previsto dal Decreto Lgs 81/08. La formazione in Sicurezza nei luoghi di lavoro viene garantita tramite l'erogazione di Corsi in FAD Asincrona utilizzando la piattaforma www.medmood.it messa a disposizione dal portale regionale www.formazione-sanita-piemonte.it e residenziali.

Tabella 25: Consuntivo attività formativa 2024

DATI
Raccolte 90 maschere raggruppate in 65 obiettivi/aree abbinate a più eventi
82 % del totale dei programmati formativi ECM
124 eventi realizzati
7 evento non ECM
98 formazione residenziale

10 formazione FAD Sincrona
23 formazione sul campo (gruppi di miglioramento, training individualizzato, attività di ricerca),

Formazione PNRR Missione 6 denominato “Salute”

L’ Azione PNRR Missione 6 denominata “Salute” prevede alla “Componente investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario.

L’attività formativa in attuazione del PNRR nell’ASL CN2 si è articolata, conformemente agli obbiettivi Nazionali e Regionali, su tre azioni:

▪ **PNRR - Missione 6, C2, Investimento 2.2 (b) Corso di formazione sulle infezioni correlate all’assistenza in ambito sanitario.**

Target aziendale assegnato: n. 751 professionisti formati entro marzo 2026, secondo cronoprogramma.

Il programma di formazione è stato articolato in 4 diversi moduli riguardanti:

- A.** Modulo di base teorico generale propedeutico ai corsi B e C;
- B.** Modulo pratico sul programma locale di contrasto alle infezioni ospedaliere;
- C.** Modulo specialistico riservato agli operatori del CC- ICA (igienisti, clinici, farmacisti, infection nurse, laboratoristi, ecc.).
- D.** Modulo tenuto per gli interessati dai precedenti moduli A – B – C.

Tabella 26: Corso di formazione in infezioni ospedaliere

Corso Residenziale PNRR ICA - Moduli B+C	
TARGET 751	
anno 2024	
edizioni previste	9
edizioni concluse	7
edizioni da svolgere	2
anno 2025	
edizioni previste	16
anno 2026	
edizioni previste	5

CRONO-PROGRAMMA TARGET AZIENDALE/REGIONALE						
FORMATI AL 31/12/2024			FORMATI AL 31/03/2025		FORM ATI AL 30/06/ 2026	
292			391		751	
PROGRESSIONE FORMAZIONE MODULI A+B+C AL 22/11/2024						
PERSONALE INSERITO NEL PERCORSO FORMATIVO: 953 UTENTI						
MODULO A (953 utenti da formare)			MODULO B+C (propedeutico al Modulo A – da formare 728 utenti)			
non ancora iscritti	iscritti	formati	non ancora iscritti	iscritti edizioni 2024	iscritti edizioni 2025	formati
120	833	728	312	357	59	228
MODULO SPECIALISTICO D						
ISCRITTI		FORMATI		FORMATI CC-CICA (concorrono al raggiungimento del target aziendale/regionale)		
34		30		16		

- **L'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato.**

Target Aziendale assegnato: 15 professionisti formati entro il mese di dicembre 2025 (articolato in tre edizioni di cui due avviate nel 2024)

Il percorso formativo (per l'Asl Cn2 gestito dal Provider ASO Alessandria) per un complessivo di 206 ore risulta così articolato:

- 157 ore di docenza in residenziale
- 32 ore di docenza in FAD
- 12 ore dedicate al project work (lavori di gruppo)
- 5 ore dedicate alla valutazione finale

- **L'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario e di contratti di formazione medico-specialistica.**

Tabella 27: Tirocinanti del corso triennale in formazione specifica in Medicina Generale

CORSO TRIENNALE IN FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE LA NOSTRA AZIENDA E' SEDE DI TIROCINIO PER I TIROCINANTI ASSEGNATI DALL'AZIENDA CITTA' DI TORINO, AZIENDA CHE SI OCCUPA DELLA LORO FORMAZIONE	
TRIENNI	NUMERO DI TIROCINANTI
2021-2024	12
2022-2025	5
2023-2026	3
2024-2027	ancora in fase di definizione

L'Asl CN 2 ha raggiunto gli obiettivi Regionali assegnati alla Direzione Generale

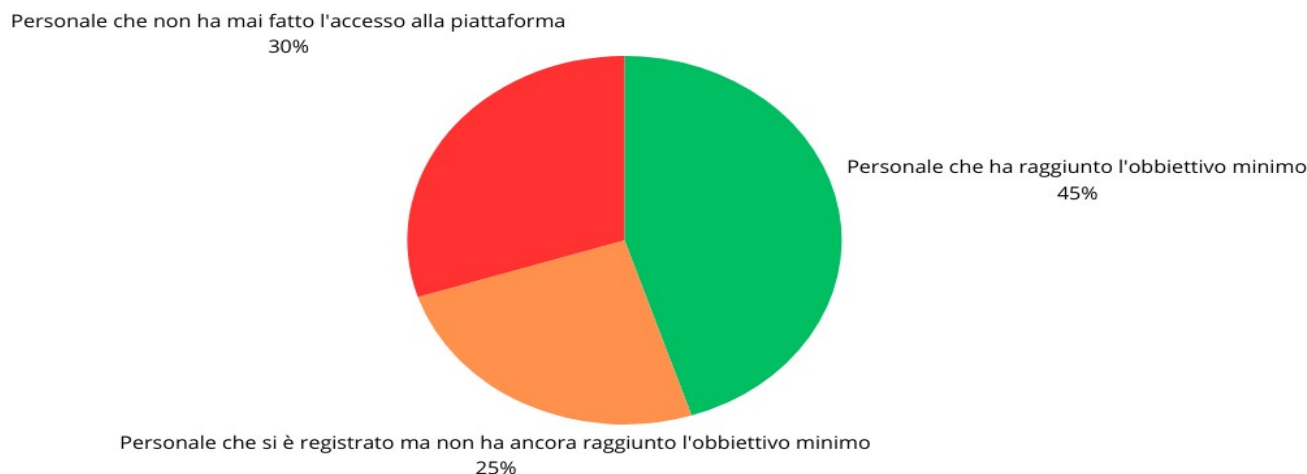
FORMAZIONE SYLLABUS

Dal mese di dicembre 2023 i dipendenti dell'ASL CN2 sono stati registrati, in maniera progressiva, alla piattaforma Syllabus, più precisamente al percorso formativo "Competenze digitali per le PA", con l'impegno di portare a termine, entro 6 mesi dall'iscrizione, almeno 8 percorsi su 11 disponibili.

Nel periodo iniziale (dicembre 2023 – aprile 2024) sono stati iscritte le mansioni amministrative e i nuovi assunti.

Dal mese di aprile 2024 sono stati inseriti progressivamente tutti i dipendenti.

L'obiettivo da raggiungere al 31.12.2024 è del 55% del personale formato su almeno 8 degli 11 percorsi.

Grafico 2: Formazione Syllabus (aggiornamento al 30.11.2024)

Tutti gli operatori sono stati invitati a svolgere i corsi non obbligatori ma consigliati sulla piattaforma Syllabus.

- Il 20% del personale ha svolto il corso facoltativo **Riforma Mentis** sulla violenza di genere.
- Tutti coloro che hanno svolto il corso Residenziale sul nuovo Codice dei Contratti Pubblici sono stati abilitati all'approfondimento su Syllabus.
- Tutti i dipendenti sono stati abilitati al corso in tema di Cybersicurezza.

3.3.2 RACCOLTA FABBISOGNI 2023-2025

Con lettera Prot. 6585049 del 18.1.2023 è stato somministrato a tutti i dipendenti dell'ASL CN2 un questionario per la rilevazione dei bisogni formativi triennale 2023-2025, al fine di predisporre adeguate iniziative formative da inserire nel Piano Aziendale di Formazione relativo a triennio 2023-2025.

Lo strumento di rilevazione del bisogno formativo percepito era rappresentato da un questionario anonimo strutturato formato da 8 item e alcuni sotto-items

Il questionario è strutturato nelle seguenti aree:

- area lavorativa attuale
- modalità formative effettuate in azienda: gradimento, efficacia e preferenza
- tipologia formativa e metodologia didattica da agevolare/favorire
- importanza conoscenza e padronanza applicazioni informatiche
- bisogno esplicito di formazione (aree e obiettivi per cui realizzare intervento formativo)

Il questionario è stato rivolto a numero di 2.040 operatori coinvolgendo soggetti ad obbligo e non di crediti ECM. Le risposte sono state n°803 che corrisponde al 40% di tutti coloro che erano invitati a partecipare.

Dall'analisi dei dati emergono alcune osservazioni:

- La modalità del questionario on line ha aumentando la partecipazione,
- Le modalità formative aziendali (nei diversi item proposti) risultano esprimere un giudizio di livello medio da parte dei partecipanti
- L'efficacia complessiva, delle diverse modalità inserite nell'offerta formativa aziendale, esprime un giudizio di livello medio e di livello alto relativamente alla formazione sul campo
- Tipologia e metodologia didattica da favorire/agevolare risultano rivolgere l'interesse verso un'offerta formativa sempre più interattiva, esperienziale e di confronto.
- L'importanza di conoscenza e padronanza di tutti gli strumenti informatici risulta rilevante per l'attività svolta attualmente, tanto da essere anche scelto da più operatori come obiettivo prioritario quello relativo a tale argomento.

I bisogni formativi, espressi attraverso le aree di interesse prevalente, ricalcano in parte quelli espressi negli anni precedenti e sono:

- Area di comunicazione e relazione
- Area di emergenza urgenza
- Area giuridico e normativa

Gli obiettivi formativi, percepiti come prioritari, ricalcano in parte quelli espressi negli anni precedenti e sono :

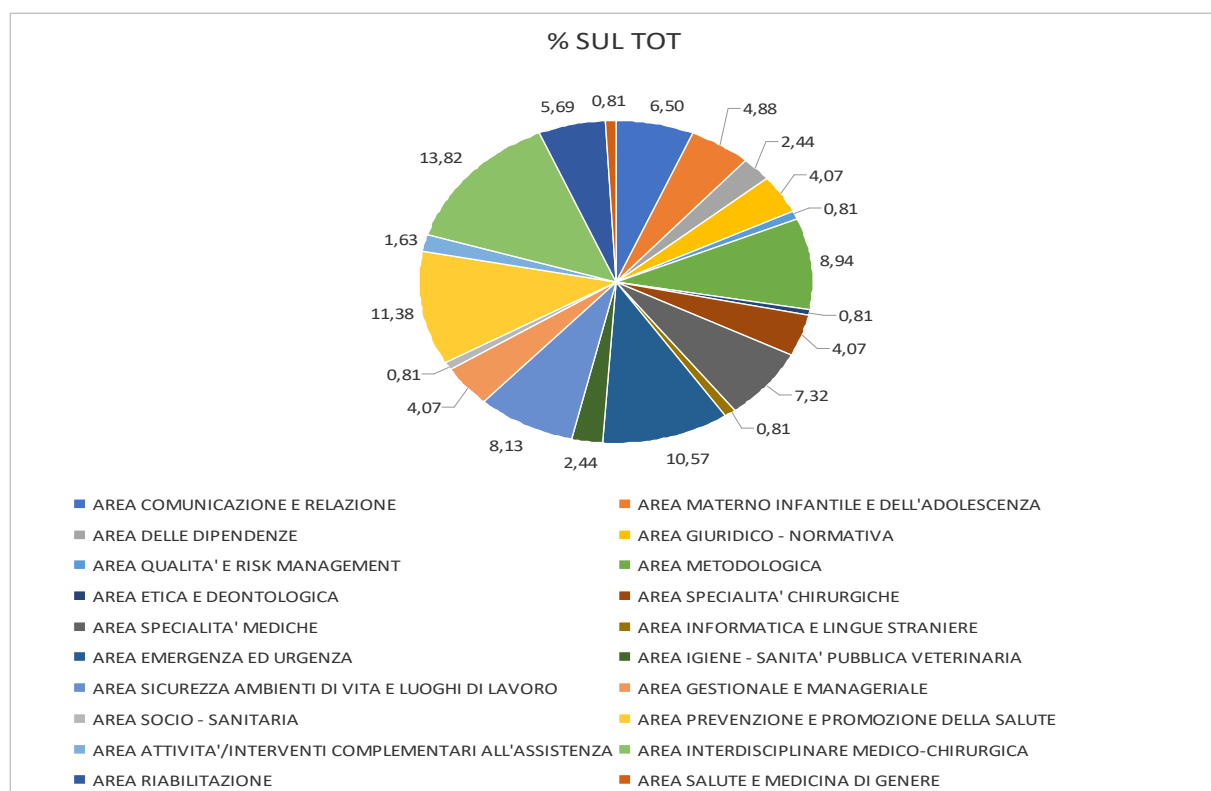
- Linee guida – Protocolli – Procedure
- Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN -EBP)
- Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
- La comunicazione efficace interna ed esterna.
- La privacy ed il consenso informato

Nel corso del 2025 sarà svolta la nuova indagine di raccolta dei fabbisogni formativi triennio 2026-2029.

La raccolta dei fabbisogni formativi annuali 2025 è avvenuta tramite procedura digitalizzata.

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

Grafico 3: Raccolta fabbisogno formazione 2025



L'erogazione dei singoli corsi verrà effettuata con l'obiettivo di offrire gradualmente a tutti i dipendenti eque opportunità di partecipazione alle iniziative formative, dando adeguata informazione e comunicazione relativamente ai vari corsi programmati.

Il Piano formativo aziendale sarà integrato con percorsi formativi coordinati dalla Regione Piemonte rientranti nella **strategia per la crescita digitale e nel Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione**, che hanno definito le azioni di intervento dedicate all'ecosistema della sanità digitale e le principali soluzioni finalizzate a migliorare i servizi sanitari, limitare sprechi e inefficienze, migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari e ridurre le differenze tra i territori.

All'interno del Piano Triennale, per l'Ecosistema Sanità, sono stati evidenziati alcuni progetti a titolo esemplificativo:

- Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Centro unico di prenotazione (CUP)
- Telemedicina
- Ricette digitali
- Dematerializzazione dei referti sanitari e delle cartelle cliniche
- Digitalizzazione dei percorsi assistenziali

3.3.3 INCENTIVI E MONITORAGGIO DELLA FORMAZIONE

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

In conformità a quanto previsto dall'art. 62 del CCNL 2019/2021 del Comparto Sanità, sottoscritto in data 02.11.2022, l'Azienda ha indetto appositi avvisi di selezione per la concessione di permessi retribuiti (cd 150 ore) per motivi di studio (anno 2025), riservato ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, di durata non inferiore a sei mesi continuativi, appartenenti all'Area del Comparto.

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

Il numero dei dipendenti che potrà beneficiare di tale istituto contrattuale è di 63 unità pari al 3 % del personale del comparto in servizio al 01.01.2023

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

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

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

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

3.3.4 PERCORSO PER LA VALUTAZIONE INDIVIDUALE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

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

La metodologia utilizzata per lo sviluppo del processo della Valutazione Individuale della Performance ripercorre le fasi del ciclo della performance, ossia la suddivisione della valutazione nelle 4 fasi:

Pianificazione, Svolgimento, Osservazione e Revisione.

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

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

Dal mese di marzo 2024 – al maggio 2024 è stato organizzato, in collaborazione con l'Associazione Italiana di Comunicazione Pubblica e Istituzionale, un corso di formazione rivolto a tutti i valutatori della performance individuale individuati nell'ASLCN2, il percorso formativo dal titolo **"Corso di comunicazione organizzativa e soft skill in ambito sanitario: modelli e strumenti"**

Obiettivo del corso è quello di focalizzare l'attenzione sull'importanza della comunicazione all'interna del processo di sviluppo del capitale umano e dell'importanza del processo di valutazione, Il corso si è svolto in due momenti formativi:

Prima giornata è stata introduttiva sul tema della comunicazione organizzativa è l'importanza delle soft skill nelle nuove indicazioni normative per il pubblico impiego, al fine di favorire il perfezionamento delle competenze personali di leadership del cambiamento organizzativo. (N. di partecipanti 91)

Seconda giornata del corso si è svolta in modalità laboratoriale con la metodologia del word café pratica finalizzata a stimolare discussioni creative e informali su temi definiti, per favorire processi di sviluppo e cambiamento organizzativo, partendo dalla raccolta di punti di vista diversi. (N. di partecipanti 80)

Nello specifico, i partecipanti della prima giornata formativa si sono suddivisi in 4 gruppi di formazione in 4 giornate formative.

I partecipanti di ogni giornata formativa sono stati suddivisi in 3 sottogruppi, che hanno analizzato a rotazione n 3 casi che hanno preso in esame situazioni critiche di valutazione individuale del personale.

In modo semi-guidato da una Psicologa è stato chiesto ad ogni gruppo di confrontarsi sulle criticità emergenti, i punti di forza e le possibili modalità di gestione della situazione, con un punto di attenzione a setting, comunicazione e competenze trasversali (soft skills) necessarie.

Tutti i gruppi di valutatori hanno dimostrato interesse e partecipazione per le attività proposte e curiosità nel trovare possibili soluzioni e buone pratiche.

Attività di valutazione individuale della performance anno 2023**TEMPISTICHE:**

In data 19.4.2024 lettera prot. 7587665 è stata data comunicazione a tutti i dipendenti dell'avvio Il processo di valutazione dal 2.5.2024 al 31.05.2024, a ridosso della scadenza, previo verifica dell'avanzamento del processo di valutazione sulla piattaforma, è emerso che molti valutatori non avevano ancora ottemperato alla compilazione delle schede di valutazione di tutto il personale assegnato, si è pertanto concordata una proroga con lettera del 29.5.2024 prot. 7669625 al 28.06.2024.

Alla nuova scadenza, dopo un'ulteriore verifica, si è concordato di mantenere aperta la piattaforma informatica informalmente, contattando telefonicamente i valutatori, al fine di sollecitare la chiusura della valutazione.

La piattaforma è stata formalmente chiusa il giorno 11.09.2024.

ANALISI QUANTITATIVA 2023

Dall'elaborazione è emerso che:

Si registra un aumento delle valutazioni nell'arco dei tre anni: 1698 nel 2021 fino ad arrivare a 2394 nel 2023, pertanto un aumento di 696 unità nell'arco di due anni, attenzionando, con tutto ciò, il numero dei valutatori che, non è aumentato in modo proporzionale ma è rimasto pressoché invariato dal 2021, di conseguenza è cresciuto l'impegno richiesto ai valutatori per portare a termine l'iter valutativo.

Un ulteriore dato meritevole di attenzione è la media di valutazione complessiva delle tre categorie (range valutativo 1-5); la stessa, nonostante non subisca significative variazioni, continua a presentare una tendenza in aumento, passando infatti da 3,890 nel 2021 a 4,025 nel 2023.

Da questa analisi emerge una criticità che merita un'approfondita riflessione relativamente al dato relativo al completamento dell'iter valutativo: il 6,22% delle schede di valutazione del 2023 risulta parzialmente incompleto.

In molti casi lo step maggiormente critico è rappresentato dal momento della condivisione della scheda di valutazione con il valutato, passaggio fondamentale nel processo di valutazione, creando conseguentemente la non chiusura della scheda e quindi il valutato risulta "non valutato"

ANALISI QUALITATIVA 2023**Elementi di criticità:**

1. La mancata conclusione dei processi di valutazione della performance individuale
2. I valutati non sempre sono consapevoli dell'importanza della valutazione della performance individuale per la crescita professionale

3. La valutazione del 2024 si svolgerà con gli stessi strumenti del 2023

Azioni di miglioramento:

Contestualmente allo svolgimento del processo di Valutazione della Performance individuale 2023 il gruppo di lavoro ha predisposto:

- a. le nuove schede di valutazione
- scheda del comparto
 - scheda dell'incaricato di funzione organizzativa
 - scheda del direttore
 - scheda della dirigenza

la struttura generale di ogni scheda prevede quattro sezioni:

1. sezione riferita agli obiettivi di struttura

Al ruolo più elevato corrisponde una percentuale più elevata: 20% del comparto, 40% dell'incaricato di funzione organizzativa, 40% della dirigenza, 50% del direttore.

2. sezione riferita alle competenze tecniche/professionali

Per quanto riguarda la sezione riferita alle competenze tecnico/professionali specifiche per il ruolo e la professione, si sono individuate delle macro aree che possano essere utilizzate per tutte le professioni

3. sezione riferita alle soft skill

Le soft skill trasversali "saper essere", nella scheda si sono individuate quelle più significative per ogni professione

4. sezione riferita a punti di forza / aree di miglioramento/azioni di miglioramento

La sezione numero 4 è la parte valutativa del processo che non andrà a influire nel conteggio della valutazione ma rappresenta le aree specifiche di miglioramento che il valutato deve raggiungere. Questa parte può rappresentare il punto di partenza per la valutazione dell'anno successivo.

Ad ogni sezione è stata attribuita una percentuale, che varia a seconda al ruolo professionale del valutato

- b. Nel 2025 sarà abilitato **l'applicativo** per la Valutazione Individuale della Performance aziendale 2025 che permetterà di risolvere alcune criticità emerse dall'applicativo in uso:

- punteggio automatico sulla legenda
- gli item possono esser personalizzati con i vari pesi
- le schede rimangono nello storico disponibile per il dipendente
- sarà inserita la firma digitale "*firmato con firma leggera*",

- c. adozione nuovo **regolamento** della "Valutazione della Performance Individuale" nei primi mesi 2025

Tempistiche azioni processo di Valutazione della Performance individuale 2024-2025-2026**La procedura di valutazione 2024**

- le schede di valutazione, il regolamento, e l'applicativo per la valutazione 2024 rimangono invariate rispetto al 2023
- **Gennaio 2025 - Marzo 2025** implementazione del nuovo applicativo per la valutazione, adozione nuovo regolamento valutazione per valutazione della performance individuale 2025
- **Marzo 2025 – Maggio 2025** corso di formazione per valutatori e informative per i valutati (ulteriore rafforzamento della cultura della valutazione nella PA)
- **Marzo 2025 – Giugno 2025** generazione delle schede di valutazione con apertura relativa finestra per la valutazione 2024
- **Novembre 2025** Presentazione dei risultati valutazione 2024 alla Direzione e a tutti i Dipendenti

La procedura di valutazione 2025

- Verranno utilizzati gli strumenti predisposti nel corso del 2024, al fine di allineare in modo strutturato la valutazione individuale della performance agli obiettivi assegnati alle strutture aziendali
- **Gennaio 2025** informativa ai valutatori e valutati sulla procedura e tempistiche della valutazione 2024 (informativa sul Portale aziendale)
- **Febbraio 2026 – Marzo 2026** corso di formazione per valutatori e informative per i valutati (presentazione dei nuovi strumenti messi a disposizione dell'azienda: regolamento, schede di valutazione, applicativo per la valutazione 2025)
- **Marzo 2026 – Giugno 2026** generazione delle schede di valutazione con apertura relativa finestra per la valutazione 2024
- **Novembre 2026** Presentazione dei risultati valutazione 2024 alla Direzione e a tutti i Dipendent

3.4 PIANO AZIONI POSITIVE

3.4.1 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE 2025 –2027

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

Sintesi delle attività - anno 2024

Nell'arco dell'anno 2024 sono proseguite le azioni finalizzate alla prevenzione del rischio stress lavoro-correlato e alla promozione della salute organizzativa, in continuità con gli anni precedenti e in ottemperanza al D.Lgs. 81/2008.

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

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

Nel 2024 sono state svolte le seguenti azioni, a favore dei dipendenti dell'Asl Cn2 e dei gruppi di lavoro.

Sportello di supporto psicologico individuale

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

Nel 2024 n. 75 dipendenti hanno utilizzato il servizio, con le seguenti caratteristiche:

- genere: 88% donne, 12% uomini;
- età fra i 29 e i 57 anni, età media 50 anni;
- ruolo professionale: 80% comparto sanitario, 10% dirigenza sanitaria, 5% comparto tecnico, 5% comparto amministrativo.

Attività di formazione e supervisione per i gruppi di lavoro

Vengono rivolte alle Strutture che ne fanno richiesta attività di gruppo finalizzate alla gestione di situazioni di criticità (relazionale o organizzativa) del gruppo di lavoro, al miglioramento della comunicazione interna e delle dinamiche relazionali, al miglioramento della gestione dei conflitti, allo sviluppo di competenze trasversali e fattori di protezione allo stress.

Nel 2024 sono stati attivati n. 6 percorsi di gruppo, in parte con modalità di formazione e in parte con modalità di supervisione clinica o organizzativa.

E' interesse della Direzione promuovere e potenziare le attività finalizzate alla promozione della salute organizzativa negli anni futuri, con la collaborazione delle figure professionali e dei servizi competenti.

Azioni CUG

Con delibera n. 183 del 10.03.2023 è stato rinnovato il Comitato Unico di Garanzia, che si è insediato il 16 marzo 2023 e con delibera n. 300 del 19.04.2024 è stato nominato il nuovo presidente. Il Comitato, nell'ambito dei suoi obiettivi di promozione della salute, della sicurezza e del benessere organizzativo dei dipendenti, ha definito tre principali filoni tematici che ha approfondito e approfondirà per la durata del suo mandato, sulla base dell'analisi di alcuni bisogni emergenti.

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

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

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

Comunicazione

Al fine di diffondere la conoscenza del CUG all'interno dell'azienda, nel corso del 2024 sono state intraprese numerose iniziative di comunicazione:

- il CUG aziendale è stato scritto al Portale del Dipartimento della Funzione Pubblica, al fine di entrare a fare parte della rete nel sistema dei CUG Nazionali.
- È stata aggiornata la pagina del CUG aziendale, sono stati potenziati i canali di comunicazione interna, in particolare gli strumenti social quali LinkedIn e il gruppo aziendale Telegram (per le comunicazioni di servizio).
- Saranno date informazioni ai dipendenti delle attività del CUG sulla newsletter Stammi Bene – insieme verso il benessere, nell'ambito del Piano Locale della Prevenzione, attraverso il Programma 3 – Luoghi di lavoro che promuovono salute, persegue l'obiettivo di rendere i

luoghi di lavoro spazi favorevoli all'adozione di stili di vita salutari e di incoraggiare azioni e cambiamenti organizzativi e comportamentali La promozione di azioni di WHP (Work Health Promotion) attraverso la rete del progetto Talenti Latenti ha l'obiettivo di creare una salute collaborativa grazie anche a azioni di welfare aziendale a favore di tutti i dipendenti dell'ASL CN2 e delle aziende private e del privato sociale aderenti Progetto Talenti Latenti – Rete per un welfare di comunità.

Azioni prevenzione delle discriminazioni e tutela dei diritti dei lavoratori

Nel corso del 2024 sono emerse diverse situazioni conflittuali fra gli operatori, talvolta di difficile gestione e, in alcuni casi, sfociate in difficoltà relazionali che impediscono il benessere del singolo e del gruppo e influiscono negativamente sulla qualità del lavoro.

È emersa la necessità di individuare uno strumento che possa essere usato dai dipendenti per segnalare questo tipo di criticità, al fine di permetterne una gestione tempestiva ed efficace della problematica.

A questo proposito, nel 2025 sarà definita una nuova procedura da attivare in caso di segnalazione e denuncia per la raccolta delle segnalazioni (simile al percorso messo in atto dall'azienda per le segnalazioni per l'anticorruzione whistleblowing che dia garanzie di riservatezza. Le segnalazioni saranno esaminate da un gruppo ristretto di componenti del CUG, per l'individuazione delle azioni più idonee da adottare per la soluzione della segnalazione. Contemporaneamente sarà avviata la procedura per la selezione del Consigliere di Fiducia.

Seguirà la revisione del Regolamento aziendale CUG

Formazione

I componenti del CUG e tutti i dipendenti potranno seguire il modulo formativo, disponibile sulla piattaforma syllabus.gov.it, dal titolo "Riforma mentis" finalizzato alla promozione della cultura del rispetto, della parità di genere e delle pari opportunità nei luoghi di lavoro, il corso permette alle lavoratrici e ai lavoratori delle PA di:

1. riflettere sui segnali "deboli", sugli stereotipi sessisti e sui comportamenti molesti sul luogo di lavoro; approfondire le conseguenze psicologiche, organizzative e legali delle molestie sul luogo di lavoro;
2. condividere un approccio sulla gestione degli eventuali casi di molestie;
3. definire pratiche preventive utili a garantire un ambiente di lavoro sano, attento al benessere delle lavoratrici e dei lavoratori e rispettoso del principio della parità di genere;
4. individuare gli strumenti e i percorsi di tutela disponibili rispetto alla protezione delle vittime e alla sanzione degli autori, a partire dal numero antiviolenza e stalking 1522; rafforzare il ruolo degli organismi di pari opportunità nelle PA, quali i Comitati Unici di Garanzia, la Consiglieria o il Consigliere di parità, la Consiglieria o il Consigliere di Fiducia.

Il 16 dicembre 2024 si è svolto un evento di promozione e approfondimento delle attività del CUG dal titolo: "Ruolo e funzioni del CUG tra aspettative e criticità" è stata un'occasione per approfondire la funzione e il ruolo del CUG all'interno delle organizzazioni e per confrontarsi su tematiche rilevanti in un contesto attuale. I relatori hanno posto l'attenzione ai temi della parità di genere, benessere organizzativo, prevenzione delle discriminazioni e tutela dei diritti dei lavoratori.

L'evento è stato rivolto a tutti i componenti titolari e sostituti del CUG, ai dipendenti dell'ASL CN2 ed esteso ai Presidenti dei CUG delle altre aziende sanitarie piemontesi e dei comuni del territorio.

L'evento è stato accreditato per 100 partecipanti

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

Nel mese di febbraio 2024, è stato avviato il sistema di CAR POOLING AZIENDALE, che consiste nella condivisione di un'auto privata per il tragitto casa-lavoro, al fine di contrastare l'inquinamento ambientale, per alleggerire il traffico e l'utilizzo dei parcheggi e promuovere le relazioni interpersonali. Attualmente vi fruiscono circa 80 dipendenti al giorno. Ai soggetti che aderiscono a questo modello di trasporto è stata messa a disposizione un'area con 11 stalli di parcheggio dedicati.

Sempre nella policy di sostegno agli spostamenti dei dipendenti per l'utilizzo dei mezzi pubblici per raggiungere la sede di lavoro dal proprio domicilio anche quest'anno ha attivato un rimborso da parte dell'azienda fino a un massimo del 50% degli abbonamenti al trasporto pubblico.

Altra importante iniziativa è l'avvio del progetto "Servizi per l'infanzia" che prevede un finanziamento di 250 mila euro per la creazione di un Asilo per i figli dei dipendenti ASL CN2 e potenzialmente di aziende limitrofe. Il progetto è in attesa di un ulteriore finanziamento a copertura dei costi strutturali prerequisite per la realizzazione dell'iniziativa.

Welfare Integrativo

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

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

aziendale, l'ASL ha iniziato un percorso di innovazione nell'approvvigionamento di materie prime e nella definizione di menu settimanali a cura del servizio Nutrizione Clinica, sia per i dipendenti che per i degenti ospedalieri.

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

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

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

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

4 MONITORAGGIO

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO

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

Gli elementi raccolti ed analizzati vengono sintetizzati nelle relazioni predisposte dall'Ufficio Qualità e dai verbali dei vari organismi partecipativi o di indirizzo politico ed utilizzati, in ottica di miglioramento continuo, per l'individuazione di nuovi obiettivi e per la predisposizione di iniziative e progetti che vengono gestiti a livello di gruppi di lavoro.

4.2 MONITORAGGIO PERFORMANCE

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

Per quanto riguarda la fase di definizione degli obiettivi, il riferimento è ai requisiti metodologici previsti all'art. 5 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., recepiti dall'Asl Cn2 nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (Si.Mi.Va.P.³⁵).

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

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

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

La Direzione dell'Azienda, coerentemente alle indicazioni e agli atti della programmazione regionale ed alle proprie valutazioni di contesto, definisce annualmente la strategia aziendale, presentata nel Collegio di Direzione. Successivamente, la Struttura Semplice Programmazione e Controllo predispone le opportune schede obiettivo.

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

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

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

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

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

³⁵ <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/performance/sistema-misurazione-della-performance/>

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

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

4.2.1 PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

4.2.2 PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE

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

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

Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV

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

La Struttura tecnica permanente svolge le seguenti attività:

- ricopre un ruolo di interfaccia tecnica tra l'O.I.V. e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse Strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni;
- assicura il necessario supporto allo svolgimento dell'intero Ciclo di gestione della performance, alla stesura del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance;
- coadiuva i soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance;
- cura i rapporti fra Azienda e Componenti dell'O.I.V.;
- svolge la funzione di segreteria;
- verbalizza le sedute, costituisce e conserva l'archivio.

4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il ciclo di gestione del rischio si completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia delle misure operative e della politica Asl Cn2 di prevenzione dei fenomeni corruttivi definite nel Piano. Partecipano all'azione di monitoraggio, oltre al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, i Referenti del Piano e l'O.I.V. nell'ambito dei propri compiti di vigilanza. Per garantire l'efficace attuazione del Piano e delle relative misure è stato definito un sistema di monitoraggio e aggiornamento, le cui risultanze vengono riportate nella Relazione predisposta dal Responsabile per la prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno o diversa data stabilita dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione.

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

Tabella 28: Monitoraggio ciclo gestionale del rischio corruttivo

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

Il monitoraggio sull'efficacia delle misure di prevenzione viene effettuato, di norma una volta all'anno (salvo il verificarsi di casi di illecito di rilevante gravità), dal Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza con il coinvolgimento dei Referenti che partecipano al processo di gestione del rischio mediante la compilazione delle specifiche schede di monitoraggio, predisposte dal RPCT e volte ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte di modifica o di integrazione, utili all'aggiornamento dei documenti cui si riferiscono, così come è avvenuto nel corso dell'anno 2024 a seguito di nota del RPCT prot. n.7981385 del 18/10/2024.

Il monitoraggio svolto nel corso dell'anno 2024 non ha evidenziato situazioni di criticità degne di rilievo.

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

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

La procedura di monitoraggio del Piano e delle misure di prevenzione, come sopra illustrata, risulta dunque – coerente con le indicazioni del P.N.A. 2022, articolandosi su due livelli: I° livello: autovalutazione da parte dei Referenti di cui all'art. 2; II° livello: controllo, da parte del RPCT, delle relazioni dei referenti e verifica – sempre da parte del RPCT – della sussistenza del verificarsi di eventi sentinella che possano evidenziare la necessità di interventi correttivi. Si precisa ancora che nel corso dell'anno 2025 si procederà anche ad un ulteriore monitoraggio di II° livello mediante la tecnica del c.d. "campionamento ragionato" sulla base dei seguenti criteri:

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

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

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

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

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

4.4 MONITORAGGIO LAVORO AGILE

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

La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile.

5 DOCUMENTI ALLEGATI

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

6 DESTINATARI DEL PIANO

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

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