

PIAO

Piano integrato di attività e organizzazione

*(ai sensi dell'art. 6 commi da 1 a 4 del decreto legge n. 80 del 09.06.2021,
convertito con modificazioni nella legge n. 113 del 06.08.2021 e s.m.i.)*



triennio 2025/2027

adottato con deliberazione n. _____
del _____

INDICE

INDICE.....	2
Riferimenti normativi	4
Introduzione.....	7
Sezione 1. Scheda Anagrafica dell’Amministrazione	10
1.1 - Dati anagrafici	10
1.2 - Dati relativi alla geolocalizzazione e al territorio.....	12
1.3 – Informazioni relative alla composizione demografica e statistiche sulla popolazione	12
1.4 - La domanda di salute.....	16
1.4.1 - Provenienza degli assistiti	17
1.4.2 - I competitor: mobilità passiva verso altre Regioni	20
1.5 - L’amministrazione “in cifre”	21
1.5.1 - La produzione	21
1.5.2 - Cifre a confronto - Benchmark organizzativo	25
1.5.3 - Dati economici.....	28
1.5.4 Produzione scientifica.....	29
1.6 - I macro-processi organizzativi.....	30
Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione	44
2.1 -Valore pubblico	44
2.1.1 Benessere e sostenibilità	44
2.1.2 - Semplificazione e digitalizzazione	47
2.1.3 - Accessibilità fisica e digitale	48
2.1.4 - Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	48
2.2 Performance	51
2.2.1- Identità.....	52
2.2.2 - Mandato istituzionale	53
2.2.3 - L’albero delle performance.....	53
2.2.4 - Obiettivi strategici	56
2.3 -Rischi corruttivi e trasparenza	62
2.3.1. - Processo di gestione del rischio.....	72
2.3.2 - Analisi del contesto	74
2.3.3 - La mappatura dei processi	80
2.3.4 - La valutazione del rischio.....	82
2.3.5. – Misure generali di prevenzione della corruzione.....	93
2.4 - Trasparenza.....	113
Sezione 3. Organizzazione e capitale umano.....	123
3.1 - Struttura organizzativa.....	124

3.1.1 – Relazioni Sindacali	125
3.1.2 - Organigramma	126
3.1.3 – Dettaglio della struttura organizzativa	127
3.1.4 – Sistema degli incarichi dirigenziali.....	130
3.2 – Organizzazione del lavoro agile (POLA).....	132
3.2.1 – I fattori abilitanti del lavoro agile/da remoto	137
3.2.2 – I servizi che sono “smartizzabili” e gestibili da remoto.....	140
3.2.3 – I soggetti che hanno la precedenza nell’accesso al lavoro agile/da remoto	141
3.2.4 – Prospettive future	141
3.3 – Piano triennale dei fabbisogni di personale	141
3.3.1 – Il programma della formazione del personale.....	149
3.3.2 – Le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.....	154
3.3.3 – Le azioni di prevenzione e tutela della salute dei lavoratori.....	155
Sezione 4. Monitoraggio.....	157
4.1 - Sottosezione valore pubblico e performance	157
4.2 - Sottosezione Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza	158
4.3 - Sezione organizzazione e capitale umano	159
Norme Finali	160
Allegati.....	161

Riferimenti normativi

- decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, “Attuazione della Legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni” e successive modificazioni, con particolare riferimento al Piano della performance, di cui all’articolo 10, comma 1, lettera a);
- legge 6 novembre 2012, n. 190, e successive modificazioni, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, con particolare riferimento al Piano triennale per la prevenzione della corruzione di cui all’articolo 1, comma 5, lettera a);
- decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97;
- decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, contenente “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”, con particolare riferimento al Piano triennale dei fabbisogni del personale, di cui all’articolo 6;
- decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, “Codice dell’amministrazione digitale”, con particolare riferimento al Piano triennale per l’informatica nella pubblica amministrazione, di cui all’articolo 14-bis;
- l’articolo 48 del decreto legislativo n.198/2006 “Codice delle Pari opportunità tra uomo e donna” che prevede che le amministrazioni pubbliche devono predisporre il Piano triennale di azioni positive.
- decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici” e successive modifiche e integrazioni, con particolare riferimento all’Art. 37. Programmazione dei lavori e degli acquisti di beni e servizi;
- decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”;
- decreto del Ministro per la Pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, del 30 giugno 2022, “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” con il quale è stato definito il contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, di cui all’articolo 6, comma 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113; Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n.81 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di attività e organizzazione.
- l’articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall’art. 263, comma 4-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, il quale prevede che “Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono,

sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150";

- le Linee guida n. 1/2017 sul Piano della performance dei Ministeri e n. 4/2019 sulla Valutazione partecipativa, le Linee guida sul Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance e le Linee guida sulla Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le Pubbliche amministrazioni, adottate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione pubblica;
- L'aggiornamento Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2023 approvato con la Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023.

ACRONIMI

Di seguito, gli acronimi maggiormente utilizzati nel presente Piano:

A.N.A.C.	Autorità Nazionale Anticorruzione
A.S.L.	Azienda Sanitaria Locale
A.S.R.	Azienda Sanitaria Regionale
D.F.P.	Dipartimento Funzione Pubblica
D.L.	Decreto-legge
D.lgs.	Decreto legislativo
D.P.O.	Data Protection Officer (Responsabile trattamento dati personali)
D.P.R.	Decreto Presidente della Repubblica
G.D.P.R.	General Data Protection Regulation (Regolamento europeo 2016/679 in materia di privacy)
O.I.V.	Organismo Indipendente di Valutazione
P.A.	Pubblica Amministrazione
P.I.A.O.	Piano Integrato dell'Attività e Organizzazione
P.N.A.	Piano Nazionale Anticorruzione
P.N.C.	Piano Nazionale Complementare
P.N.R.R.	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
P.P.	Piano Performance
P.T.P.C.T.	Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
R.A.S.A.	Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante
R.T.D.	Responsabile per la Transizione Digitale
R.P.C.T.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

R.U.P.	Responsabile Unico del Procedimento
S.C.	Struttura Complessa
S.S.	Struttura Semplice
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
S.S.R.	Servizio Sanitario Regionale
U.P.D.	Ufficio Procedimenti Disciplinari

Introduzione

L'art. 6 commi da 1 a 4 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni in legge 6 agosto 2021 n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione, che assorbe una serie di piani e programmi già previsti dalla normativa, in particolare: il Piano della performance, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, il Piano organizzativo del lavoro agile e il Piano triennale dei fabbisogni del personale, quale misura di semplificazione, snellimento e ottimizzazione della programmazione pubblica nell'ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle Pubbliche Amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il presente Piano si colloca in una situazione macroeconomica caratterizzata da forti tensioni sui prezzi e aumenti repentini dei costi dell'energia (in un contesto di tensioni internazionali), dal finanziamento del SSN in fase di stallo, difficoltà a reperire alcune categorie di personale e in particolare, nel caso delle aziende sanitarie, quello infermieristico, grandi innovazioni tecnologiche (come l'utilizzo sempre più diffuso dell'Intelligenza Artificiale). Gli impegni per la conclusione dei progetti finanziati grazie al PNRR e la necessaria innovazione organizzativa dal post pandemia in poi, rappresentano sfide ancora in corso.

Il Piano Integrato delle attività e dell'organizzazione (PIAO) è stato adottato ai sensi della sopra citata normativa al fine di assorbire, in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione a cui è tenuta la nostra Azienda.

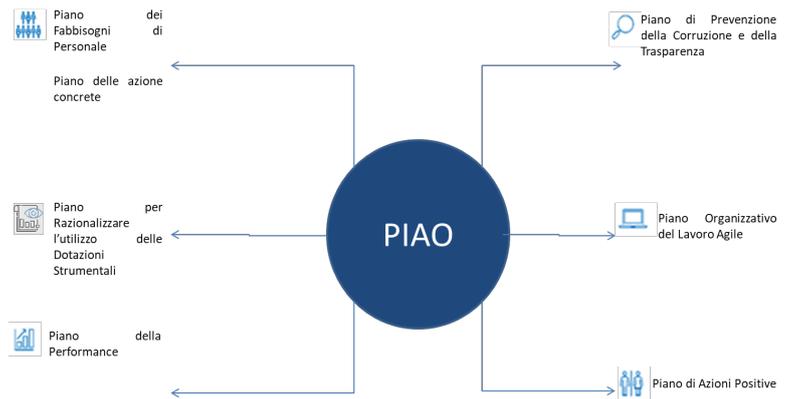
L'articolo 6 prevede l'adozione del Piano per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi resi e procedere alla costante e progressiva semplificazione, razionalizzazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Il Piano racchiude e definisce in un solo atto:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo;
- gli strumenti e gli obiettivi di reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per la trasparenza amministrativa e il contrasto alla corruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini al fine di consentire la massima inclusività;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO sostituisce alcuni altri strumenti di programmazione, in particolare:

- Piano dei Fabbisogni di Personale e Piano delle azioni concrete;
- Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali;
- Piano della Performance;
- Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- Piano Organizzativo del Lavoro Agile;
- Piano di Azioni Positive.



Il PIAO, secondo quanto stabilito dall'articolo 6 del decreto:

- è un documento programmatico, con orizzonte temporale triennale, da aggiornarsi annualmente e da emanarsi entro il 31 gennaio di ogni anno.
- è adottato in stretta coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio;
- definisce le modalità di monitoraggio degli esiti;
- ha durata triennale ed è soggetto ad aggiornamento annuale.

Il presente Piano si pone in continuità e coerenza rispetto al precedente, non essendo intervenuti nel corso del 2024 cambiamenti normativi, ed è articolato come segue:



Il presente Piano è stato costruito integrando il pensiero strategico della Direzione e delle diverse articolazioni aziendali, in maniera coerente con le linee di indirizzo Regionali, con una diagnosi interna (personale e azienda) ed esterna (pazienti e contesto esterno di riferimento).

L'arco temporale di riferimento converge con il mandato della Direzione (2025-2028); il presente documento si focalizza soprattutto sull'anno 2025.

Dal 1° gennaio 2024 l'Azienda è diventata Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU).

Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta, ha conferito all’Azienda Ospedaliera di Alessandria la qualificazione giuridica di azienda ospedaliero-universitaria, costituita dai presidi civile SS. Antonio e Biagio, infantile C. Arrigo e riabilitativo Teresio Borsalino.

L’azienda ospedaliero-universitaria di Alessandria, sulla base delle valutazioni istruttorie della Direzione regionale sanità, rappresenta un polo di salute nel quale convivono l’assistenza, la ricerca e la didattica, grazie al coordinamento dei rapporti con l’Azienda sanitaria locale di Alessandria e l’Università degli studi del Piemonte Orientale. La sinergia tra la ricerca scientifica e l’attività assistenziale trova la propria massima espressione nel Dipartimento interaziendale funzionale delle attività integrate di ricerca ed innovazione (DAIRI), l’infrastruttura di supporto regionale alla ricerca e ai processi clinico organizzativi nelle aziende sanitarie regionali, avendo quale obiettivo prioritario il miglioramento dello stato di salute del cittadino, da potenziarsi, altresì, attraverso il percorso di riconoscimento dell’Azienda ospedaliera di Alessandria e dell’Azienda sanitaria locale di Alessandria verso l’IRCCS e la sinergia con l’Università degli studi del Piemonte Orientale

Le attività e le sinergie tra l’Università degli studi del Piemonte Orientale e l’Azienda ospedaliera di Alessandria nell’ambito della formazione universitaria e il favore verso una progettualità organica e coerente con la missione di ricerca e didattica, nonché il consolidamento del ruolo di Hub della conoscenza, sono state evidenziate nel documento presentato dall’Università degli studi del Piemonte Orientale nel corso della seduta della Commissione paritetica Regione-Università, prevista dalla normativa regionale quale sede per il raggiungimento delle intese tra i due enti, tenutasi in data 31 gennaio 2023; in tale sede, la Regione Piemonte e l’Università degli studi del Piemonte Orientale convenivano di dare piena attuazione a quanto stabilito dall’articolo 2 del decreto legislativo 517/1999 che, al comma 1, prevede appunto che la collaborazione fra Servizio sanitario nazionale e università si realizzi attraverso aziende ospedaliero-universitarie, aventi autonoma personalità giuridica.

Un risultato di straordinaria importanza che rafforza ulteriormente l’istanza già avanzata dalla Giunta regionale al Ministero della Salute di riconoscimento dell’azienda ospedaliera di Alessandria quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per patologie ambientali, malattie oncologiche e patologie d’organo, garantendo una virtuosa integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

Il percorso, come proposto dalla Giunta regionale d’intesa con l’Università del Piemonte orientale e sentita la stessa Azienda ospedaliera, è stato formalmente avviato in Consiglio regionale il 23 maggio scorso ed è stato formalizzato da Regione Piemonte con DCR del 5 dicembre 2023, n. 304-26507 e DPGR del 28 dicembre 2023, n. 62.

La Regione Piemonte, al fine di supportare le procedure di riconoscimento e attuazione delle attività richieste per l’istituzione dell’IRCCS, ha inoltre previsto, con DGR n. 10-5678 del 15 gennaio 2024, la nomina di un commissario straordinario, indicando il Direttore DAIRI, con il compito di coordinare le iniziative, facilitare i rapporti tra gli enti coinvolti e monitorare l’avanzamento del processo. Tale figura sarà determinante per assicurare il pieno rispetto delle tempistiche e per garantire una transizione efficiente verso il nuovo assetto organizzativo e scientifico dell’Azienda ospedaliera di Alessandria.

Il piano è reso conoscibile e scaricabile on line sul sito dell’azienda (www.ospedale.al.it) Sezione “Amministrazione Trasparente” al link <http://lapisweb/trasparenza/elenco33Frame.html> , ad esclusione degli allegati tecnici, come previsto da normativa.

Sezione 1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

1.1 - Dati anagrafici

Denominazione	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI ALESSANDRIA SANTI ANTONIO E BIAGIO E CESARE ARRIGO istituita con atto DCR 304_26507 del 5/12/2023
Sede legale	Via Venezia, 16 - 15121 Alessandria (AL)
Codice IPA	os sant
P.IVA	01640560064
Telefono	0131.206111
Pec	asoAlessandria@pec.ospedale.al.it
Sito istituzionale	www.ospedale.al.it
Pagina facebook	@aoualessandria
Linkedin	Azienda Ospedaliero-Universitaria SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria
X (prec. Twitter)	@AziendaOspAL
Instagram	@aoualessandria
You Tube	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria
Chi siamo	PRESIDIO OSPEDALIERO DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
Cosa facciamo	<p>Prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero in area medica ed in area chirurgica, in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital e prestazioni ambulatoriali.</p> <p>Punto di riferimento per le attività di 2° e 3° livello per tutta l'Area Interaziendale di coordinamento 5 (AIC5).</p> <p>Presidio di base per i cittadini residenti nel Distretto di Alessandria, in stretta correlazione con i servizi territoriali.</p> <p>Presidio pediatrico</p> <p>Centro di riferimento per il recupero e la riabilitazione funzionale di III livello</p> <p>Sede di Dipartimento di emergenza e accettazione di II livello, anche a livello pediatrico</p> <p>Sviluppa progetti regionali in rete</p> <p>Sede di Centrale operativa Emergenza 118 della Provincia di Alessandria con Base per Elisoccorso</p> <p>Sede formativa per i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Infermieristica e Fisioterapia dell'Università del Piemonte orientale "Amedeo Avogadro"</p>
Attraverso quali strutture	<p>Presidio "Santi Antonio e Biagio" (Ospedale Civile), via Venezia 16, 15121 Alessandria;</p> <p>Presidio Ospedaliero Pediatrico "Cesare Arrigo" (Ospedale Infantile), Spalto Marengo 46, 15121 Alessandria;</p> <p>Centro Riabilitativo Polifunzionale Teresio Borsalino, P. le F. Ravazzoni, 3 (ex Via Forlanini 3), 15121 Alessandria;</p> <p>Poliambulatorio Ignazio Gardella, via Don Gasparolo 2, 15121 Alessandria;</p> <p>Centrale Operativa Emergenza 118 e base Elisoccorso, via T. Michel 65, 15121 Alessandria</p> <p>Sede degli Uffici amministrativi, via Santa Caterina da Siena 30, Alessandria</p>
La nostra mission (scopo) e vision (prospettiva futura)	<p>Insieme, vogliamo creare percorsi di cura per le persone che ci scelgono e offrire migliori e maggiori servizi. Vogliamo potenziare il nostro ruolo di Azienda Ospedaliero-Universitaria, anche oltre il confine regionale. Vogliamo collaborare con il territorio. Vogliamo valorizzare le risorse interne e le nostre eccellenze attraverso l'organizzazione, la formazione, la ricerca e l'innovazione.</p> <p>Insieme, mettiamo la Persona al centro del nostro impegno. Vogliamo costruire percorsi di cura sempre più accessibili, sicuri e sostenibili, per rispondere ai bisogni di chi ci sceglie. Intendiamo rafforzare il ruolo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria anche oltre i confini regionali. Vogliamo collaborare con il territorio, valorizzando le risorse interne e le nostre competenze attraverso l'organizzazione, la formazione, la ricerca e l'innovazione.</p>

La popolazione di riferimento	Circa 650.000 abitanti distribuiti sui 190 comuni della Provincia di Alessandria e 118 comuni della Provincia di Asti.
Numero di dipendenti	2.627 dipendenti in servizio al 31/12/2024

1.2 - Dati relativi alla geolocalizzazione e al territorio

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria non dispone di un territorio da gestire tramite l'organizzazione di servizi sanitari territoriali, ma non può considerarsi avulsa dalla realtà in cui si colloca. Le sinergie, soprattutto legate ai servizi sanitari territoriali gestiti dall'ASL AL, sono e devono essere un punto cruciale di snodo per la soluzione di problematiche sanitarie trasversali, quali tempi d'attesa, continuità assistenziale, dimissioni protette, ecc...

Le sinergie in atto tra l'Università degli studi del Piemonte Orientale e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria nell'ambito della formazione universitaria, il favore verso una progettualità organica e coerente con la missione di ricerca e didattica ed il consolidamento del ruolo di Hub della conoscenza, sono le basi fondanti della neoistituita AOU.

La collocazione geografica di prossimità alla Regione Lombardia e alla Liguria (soprattutto in ambito pediatrico), inoltre, non è solo elemento favorente una mobilità passiva extra regionale da parte di residenti piemontesi, ma deve costituire anche nei prossimi anni una sfida per una maggiore attrattività in mobilità attiva extraregionale.

L'AOU di Alessandria persegue da sempre un duplice mandato, essendo da un lato ospedale di I livello per la popolazione della città, dall'altro svolgendo la funzione di riferimento sovra zonale (prov. Asti e Alessandria) e nazionale. Nel territorio di riferimento operano quindi i presidi dell'ASL di Alessandria e di Asti e numerosi istituti privati convenzionati che erogano, per alcune specialità, prestazioni di alta complessità.

È di fondamentale importanza negli anni a venire rafforzare l'**integrazione con il territorio** che punti al consolidamento ed alla individuazione delle attività della Rete nei diversi punti di erogazione, riorganizzata a seguito delle DD.GG.RR. n.1-600/2014 e n.1-924/2015, in modo da definire l'offerta tra le strutture specialistiche ospedaliere, evitando inutili concorrenze, anche rispetto al reclutamento di talune figure professionali, e favorendo sinergie comportamentali e organizzative, oltre che promuovendo la gestione integrata dei PDTA.

1.3 – Informazioni relative alla composizione demografica e statistiche sulla popolazione

L'analisi della struttura per età della popolazione della città di Alessandria viene definita regressiva ossia una popolazione in cui i giovani sono in proporzione minore rispetto agli anziani, con un trend di invecchiamento sempre maggiore. Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema sanitario.

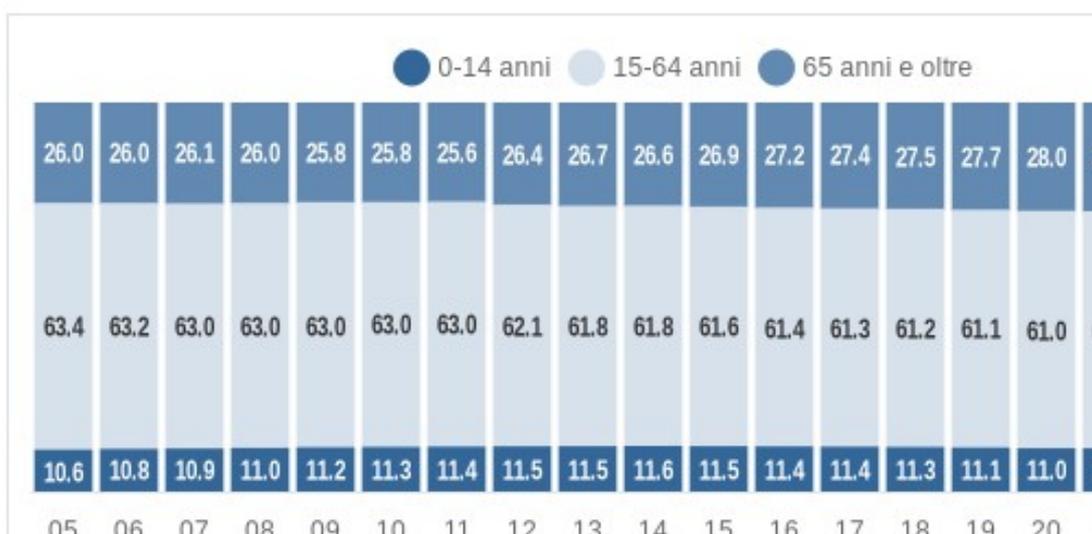


Figura 1 - Distribuzione della popolazione al 1° Gennaio 2024 - Provincia di Alessandria

Al 1° Gennaio 2024 la popolazione della provincia di Alessandria era pari a 406.385 abitanti di cui 207.641 erano femmine e 198.744 maschi.

Rispetto al 2023 si è avuta una riduzione di 109 unità pari allo 0,03 % circa del totale; la fascia 0-14 anni si è ridotta, all'incirca come nell'anno precedente, del 1,4%, la fascia 15-64 anni è rimasta in linea, mentre la popolazione ultrasessantacinquenne è in lieve aumento e rappresenta il 28,6% del totale. Negli ultimi 22 anni l'età media è aumentata di 2,4 anni. La popolazione della provincia di Alessandria ha un indice di natalità nel 2023 di 5,4 nati per 1.000 abitanti e un indice di mortalità 14,9 decessi per 1.000 abitanti.

In particolare, la situazione al 31.12.2024 dei residenti nella Città di Alessandria per bacino territoriale e fasce d'età, è la seguente:

MASCHI	Età											
	0	1-3	4-5	6-11	12-14	15-19	20-29	30-40	41-60	61-65	66-70	
BACINO TERRITORIALE												
ALESSANDRIA NORD	36	132	84	339	208	366	704	906	2213	526	50	
ALESSANDRIA SUD	85	272	207	699	360	634	1256	1567	3677	904	83	
CENTRO	83	256	171	564	312	527	1613	2079	3679	803	66	
EUROPISTA	31	143	88	287	173	285	649	798	1662	398	35	
FRASCHETTA	50	152	133	427	240	401	866	1018	2507	601	46	
Totale complessivo	285	955	683	2316	1293	2213	5088	6368	13738	3232	282	

FEMMINE	Età										
	0	1-3	4-5	6-11	12-14	15-19	20-29	30-40	41-60	61-65	66-70
BACINO TERRITORIALE											
ALESSANDRIA NORD	37	129	73	291	185	341	684	833	2256	604	54
ALESSANDRIA SUD	77	268	168	643	362	611	1174	1535	3711	1056	90
CENTRO	86	252	171	526	308	474	1265	1668	3581	900	75
EUROPISTA	35	96	78	256	153	264	552	748	1904	469	44
FRASCHETTA	43	157	136	383	206	340	699	936	2445	569	51
Totale complessivo	278	902	626	2099	1214	2030	4374	5720	13897	3598	315

TOTALE	Età										
	0	1-3	4-5	6-11	12-14	15-19	20-29	30-40	41-60	61-65	66-70
BACINO TERRITORIALE											

Figura 2 - Residenti nella Città di Alessandria- Ufficio Anagrafe e Statistica Comune di Alessandria

Di seguito, il movimento mensile della popolazione residente nell'anno 2024:

MOVIMENTO MENSILE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE ANNO 202						
MESE	ANNO	MOVIMENTO NATURALE		SALDO NATU RALE	MOVIMENTO MIGRATORIO	
		NATI VIVI +	MORTI -		IMMIGRATI +	EMIGRATI -
GENNAIO	2024	61	117	-56	282	209
FEBBRAIO	2024	50	85	-35	359	185
MARZO	2024	43	87	-44	397	261
APRILE	2024	50	109	-59	508	215
MAGGIO	2024	56	79	-23	667	175
GIUGNO	2024	38	72	-34	268	147
LUGLIO	2024	44	109	-65	253	227
AGOSTO	2024	39	81	-42	246	204
SETTEMBRE	2024	58	98	-40	162	211

Figura 3 – Movimento mensile -Ufficio anagrafe e statistica Comune di Alessandria

Cittadini stranieri

Gli stranieri residenti in provincia di Alessandria (ultimo dato aggiornato al 1° gennaio 2024) sono 48.479 e rappresentano l'11,9% della popolazione residente.

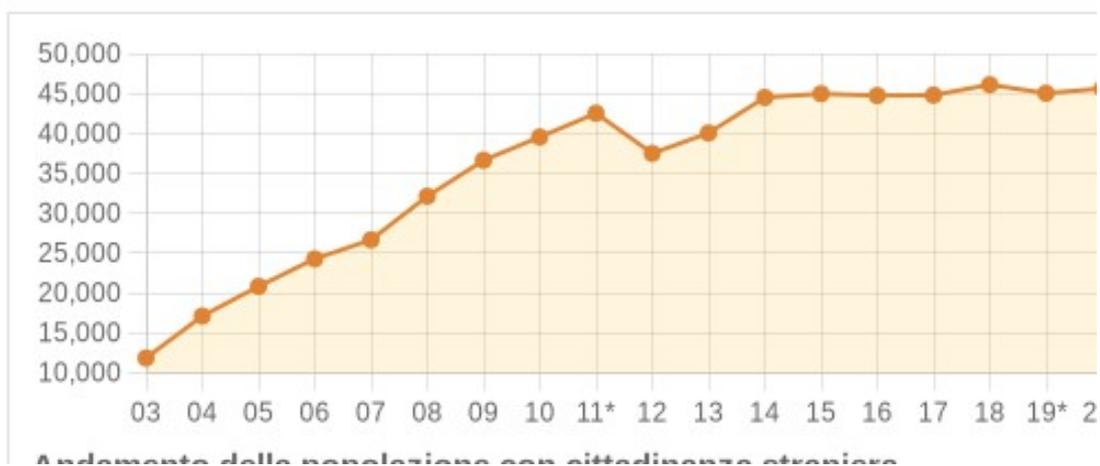


Figura 4 - Cittadini stranieri residenti in Provincia di Alessandria

Nella Tabella che segue, nello specifico, si riportano i residenti stranieri per quartiere/sobborgo di Alessandria a tutto il 31/12/2024:

Tabella 1 - Cittadini stranieri settore sistemi informativi ed e-government-servizio anagrafe e statistica città di Alessandria

QUARTIERE/SOBBORGO	MASCHI	FEMMI
BORGO CITTADELLA	72	
CABANETTE	13	
CANTALUPO	35	
CASALBAGLIANO	16	
CASCINAGROSSA	25	
CASTELCERIOLO	80	
CENTRO	3714	
CRISTO	1585	
EUROPA	248	
GALIMBERTI	196	
LITTA PARODI	68	
LOBBI	52	
MANDROGNE	49	
NORBERTO ROSA	356	
ORTI	303	
PISTA	845	
SAN GIULIANO NUOVO	53	
SAN GIULIANO VECCHIO	132	
SAN MICHELE	128	
SPINETTA MARENCO	216	

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 25,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (15,2%) e dal **Marocco** (14,8%).

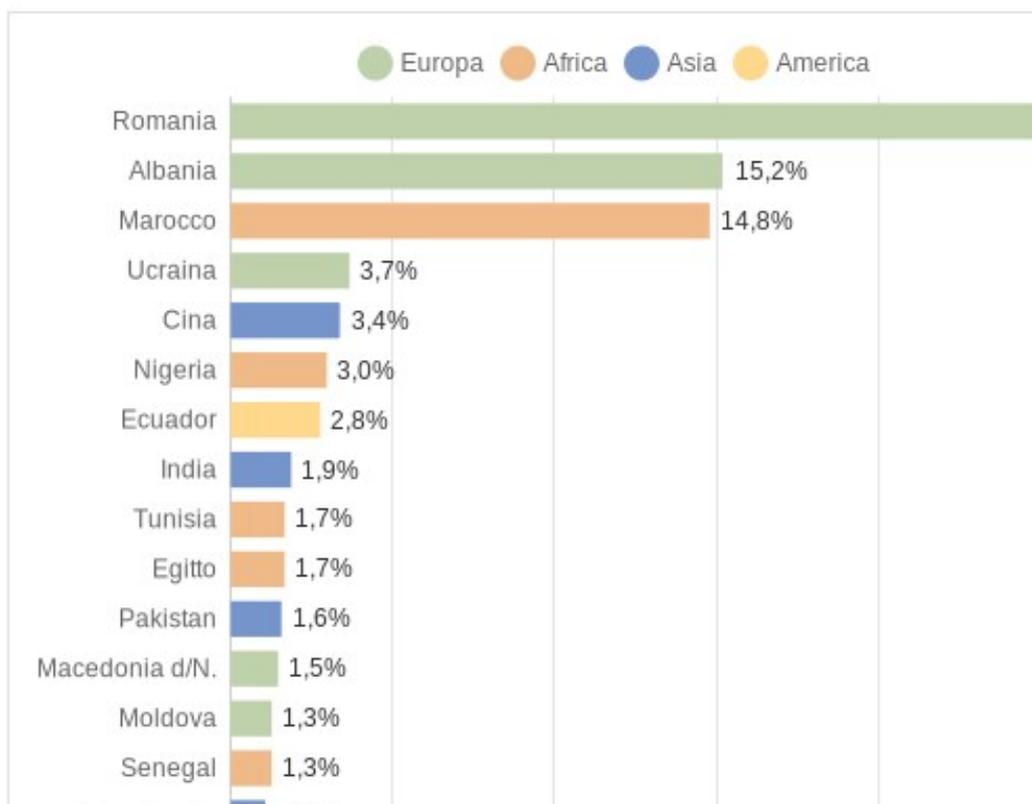


Figura 5 - Comunità straniera per provenienza

Un simile contesto non può che generare una domanda per le malattie cronico degenerative (Tumori e malattie cardiovascolari rappresentano la maggior cause di morte), e costituisce un fattore di pressione che, se non adeguatamente governato a livello territoriale, rischia di far esplodere i ricoveri ospedalieri.

L'invecchiamento, come detto, incrementa l'attività, soprattutto per il 1° livello e l'urgenza; la riduzione delle dimensioni familiari genera sempre maggiori difficoltà nell'assistere a domicilio i malati cronici; il fattore immigrazione è per il momento importante solo per il Presidio pediatrico e l'Ostetricia, ma recentemente sono in aumento gli accessi di giovani immigrati anche al pronto soccorso per adulti.

La tendenza all'ospedalizzazione è maggiormente marcata per il distretto di Alessandria, tra le più elevate in Piemonte.

1.4 - La domanda di salute

La missione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è farsi carico dei bisogni di salute della popolazione con particolare attenzione alla fase acuta, assumendo, in relazione alle discipline di elevata specializzazione, il ruolo di riferimento a livello ultra-provinciale. Favorendo attraverso l'integrazione con l'Università, percorsi che consentano l'attuazione di processi di formazione e di didattica di elevata qualità e perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di elevata specializzazione percorsi che consentano l'attuazione di processi di formazione e di didattica di elevata qualità e perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di elevata specializzazione.

Attraverso i suoi 3 Presidi, il Poliambulatorio Gardella, la Centrale operativa di emergenza 118 e l'elisuperficie, ognuno con una propria mission, gli operatori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria garantiscono un percorso diagnostico-terapeutico efficace, tempestivo e sicuro a ogni cittadino, prendendo in carico casi acuti e complessi, svolgendo un ruolo di presidio specialistico in correlazione con i servizi territoriali.

L'età media dei nostri pazienti ricoverati per presidio è di:

- Civile: 64 anni
- Infantile: 4 anni
- Borsalino: 69 anni

Si rileva inoltre che le prestazioni ambulatoriali vengono erogate per più del 90% ai residenti della provincia di Alessandria, con Borsalino ed Infantile riferimenti per l'area sovrazonale Alessandria-Asti.

Si riporta di seguito la **domanda** di ricovero dell'anno 2024 che la popolazione rivolge all'Azienda in relazione ai DRG prevalenti esclusi i parti. Il Peso medio dei DRG prevalenti è in linea con l'anno 2023 con valore di 1,86

Tabella 2 - Raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) prevalenti

DRG	TP_DRG	PM
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,22
576 - Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	M	1,64
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	2,24
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	C	6,06
125 - Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	M	0,70
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	1,86
127 - Insufficienza cardiaca e shock	M	1,03
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,26
075 - Interventi maggiori sul torace	C	2,40
089 - Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	M	1,14

Circa il 67% dei ricoveri avvengono in emergenza/urgenza e il 33% è ricovero programmato.

1.4.1 - Provenienza degli assistiti

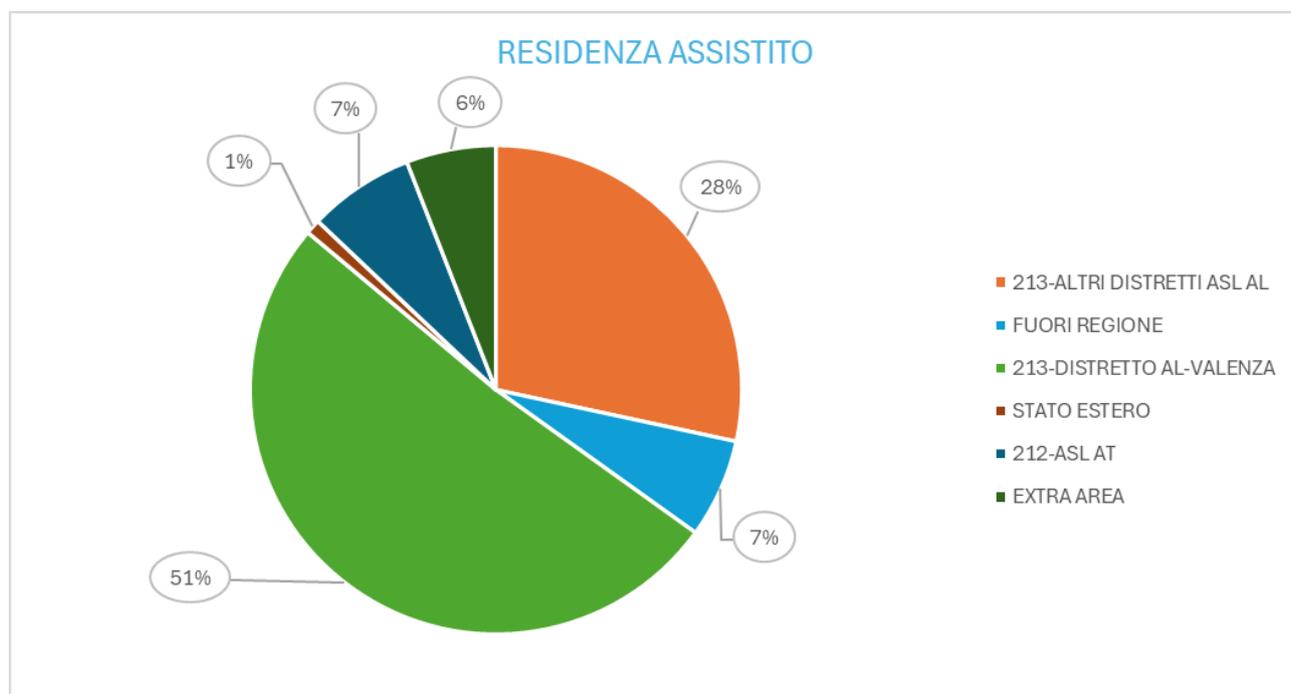


Figura 7 - Provenienza assistiti per residenza

Per quanto riguarda i ricoveri ordinari, negli ultimi anni, si è rilevato un aumento considerevole dell'attrazione da fuori regione in crescita di circa il 7% dal 2022 e di circa il 3% dal 2023, soprattutto in riferimento all'alta specialità.

Tabella 3 - Percentuale di ricoveri per provenienza e specialità

Specialità	% ASTI	% fuori AREA	% fuori regione
NCH	19,70	8,5	16,20
CCH	14,31	49,27	5,97
CH. Pediatrica	13,53	12,66	29,91

Accoglienza e accesso ai servizi

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) è lo strumento attraverso il quale l'Azienda ascolta e comunica con gli utenti, al fine di migliorare l'accessibilità e favorire la tutela e la partecipazione di tutti i Cittadini.



ORARI SPORTELLI:

COME CONTA

In particolare, per quanto concerne l'accoglienza e l'accesso ai servizi, occorre ricordare l'azione, condotta dall'Ufficio Comunicazione insieme con l'URP, di revisione della Carta dei Servizi, pensata come una vera e propria guida con le informazioni utili che possano orientare il cittadino/assistito tra i Presidi e i servizi aziendali; contiene i riferimenti delle strutture, oltre che i servizi accessori che l'Azienda ha attivato, anche in collaborazione con il territorio, per andare incontro alle esigenze dei propri utenti e pazienti, che l'Azienda pone al centro delle proprie scelte. Si segnala anche la raccolta e l'aggiornamento degli Standard e Impegni della Carta dei Servizi (<https://www.ospedale.al.it/it/scheda-informativa/standard-impegni>) che offrono un quadro per monitorare l'umanizzazione delle cure, evidenziando la qualità dei servizi, il coinvolgimento del paziente e il miglioramento dell'esperienza complessiva di cura. L'approccio integra aspetti di comfort, partecipazione, comunicazione efficace e continuità assistenziale, rispondendo ai bisogni di pazienti e familiari. La delibera di approvazione della Carta dei Servizi 2024 integra e aggiorna il documento.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, inoltre, raccoglie elogi, segnalazioni e reclami e predisponde una relazione semestrale in collaborazione con il TDM (Tribunale dei Diritti del Malato). Le segnalazioni hanno evidenziato criticità organizzative, tempi di attesa e necessità di miglioramento strutturale e relazionale, mentre i reclami si concentrano principalmente su ritardi, qualità del servizio e problematiche organizzative. L'analisi evidenzia la necessità di consolidare i punti di forza e di risolvere le criticità emerse per garantire una maggiore umanizzazione dei servizi e un miglioramento complessivo dell'esperienza del paziente.

SERVIZI OFFERTI:



prenotazione di visite ed esami ambulatoriali di primo accesso



accettazione di visite ed esami diagnostici ambulatoriali con pagamento del ticket



accettazione amministrativa pre-ricovero



prenotazione di visite ed esami post-ricovero



ORARI SPO

Dal lunedì al venerdì

Da martedì 11.00

Il Centro AURA è stato attivato a dicembre 2022, quale riferimento non solo per le prestazioni ambulatoriali ma anche per il percorso chirurgico.

All'ingresso è disponibile un totem che indirizza l'utenza ai 7 sportelli (di cui uno riservato alla specialità di ostetricia e ginecologia e uno ai portatori di handicap) per:

- prenotazione di visite ed esami di primo accesso,
- registrazione di prestazioni ambulatoriali,
- pagamento ticket,
- accettazione amministrativa dei pre-ricoveri e dei ricoveri;

Ad agosto 2023 è stato aperto il Punto Assistito per agevolare l'utenza ad accedere al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico.

CENTRO AURA IN NUMERI

Mensilmente gli accessi presso il Centro sono in me



1.4.2 - I competitor: mobilità passiva verso altre Regioni

Con “mobilità passiva” si intende la migrazione dei pazienti, con importanti impatti onerosi per le amministrazioni regionali ma anche per i cittadini che, per trovare risposta ai propri bisogni di salute, spesso decidono di spostarsi dalla città in cui risiedono.

La mobilità sanitaria, e in particolare quella per ricoveri ospedalieri che ne costituisce la componente principale, è un fenomeno complesso. Di seguito le tipologie più importanti:

- vi è una mobilità di prossimità, per la quale l’utente sceglie la struttura sanitaria più vicina, anche se dislocata in una regione in cui non risiede;
- si osservano flussi di pazienti che ricevono prestazioni di complessità e specificità decisamente elevate erogate da poche strutture qualificate;
- vi è anche una componente di casualità, che si associa ai movimenti temporanei della popolazione, sia di lungo periodo (lavoro o studio), che di breve e brevissimo periodo (vacanza);
- infine, vi è una carenza d’offerta sul proprio territorio, sia quantitativa sia qualitativa. Gli utenti scelgono un presidio, anche distante, per ricevere cure tempestive o nella speranza di essere curati meglio.

Di seguito si riporta l’andamento di mobilità passiva (valore in euro) nell’ultimo triennio.

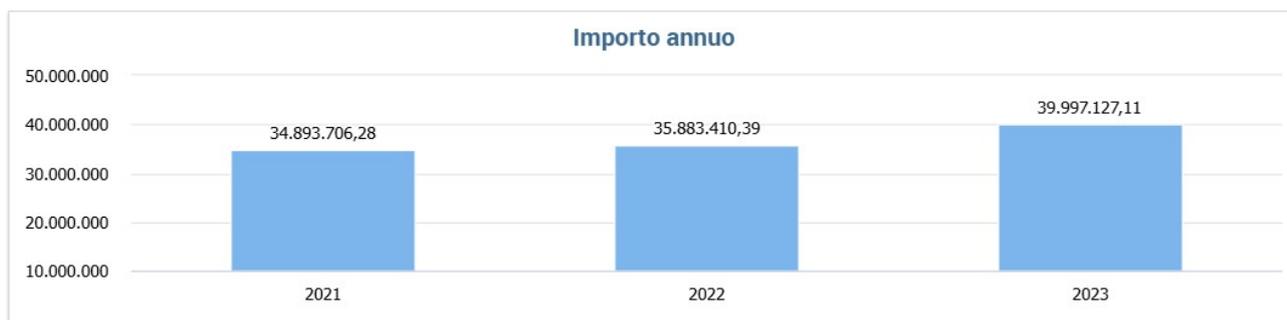


Figura 6 - Importo annuo 2021-2022-2023 mobilità passiva

Il territorio di Alessandria sconta una elevata mobilità passiva che nel 2019 era pari a circa 41 milioni di euro (in riduzione di circa 2 mln dal 2017), nell’anno 2020 si è ridotta al 28 milioni a causa della pandemia da Covid19, nel 2022 e nel 2023 è nuovamente aumentata di circa 10 mln rispetto al 2020; di questi, circa 6,5 milioni di riabilitazione. Il 67% del totale va verso Lombardia, il 21% verso Liguria, il 5% verso l’Emilia-Romagna e a seguire le altre regioni con piccole percentuali.

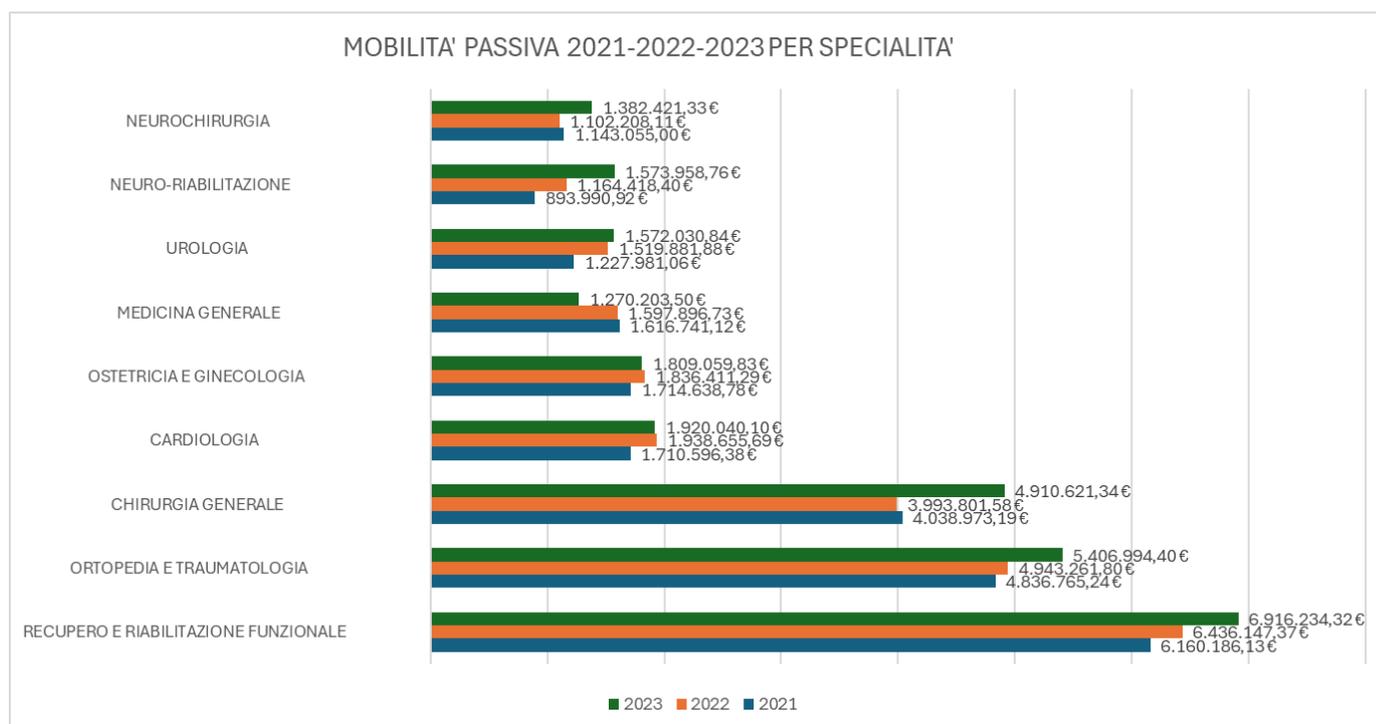


Figura 9 - Importi mobilità passiva triennio 2021-2022-2023 per specialità

La quota parte che si rivolge a strutture di Liguria e Lombardia, esclusa la riabilitazione, è per problematiche inerenti alle Chirurgia Generale 10% (tumori, chirurgia bariatrica e piccoli interventi), Ostetricia e Ginecologia 9,4% (anche per problematiche correlate alla fertilità), all’Ortopedia 8,4% (soprattutto sostituzione articolazioni maggiori e reimpianto arti inferiori) e Cardiologia 3,4%. Tali elementi verranno presi in considerazione all’interno dei progetti della sottosezione di programmazione – Performance.

Al fine di contrastare il fenomeno di “fuga” degli assistiti verso altre strutture, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria ha previsto anche per l’anno 2025 specifici obiettivi di potenziamento delle attività specialistiche.

1.5 - L’amministrazione “in cifre”

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 3 presidi. Si riportano di seguito i dati maggiormente significati relativi all’anno 2024 col confronto rispetto al 2023.

1.5.1 - La produzione

Dall’analisi della tabella sottostante si evince che la produzione complessiva aziendale su 11 mesi è aumentata di circa 1,8 mln rispetto al 2023 e di oltre 6 mln rispetto al 2019, anno pre pandemico; per quanto riguarda il ricovero ordinario la produzione ha superato come valore il 2019 nonostante il numero sia leggermente inferiore, in virtù dell’aumento della complessità dei ricoveri. Tutti gli indicatori di performance sono in leggero miglioramento rispetto al 2023 con un progressivo ritorno ai valori 2019

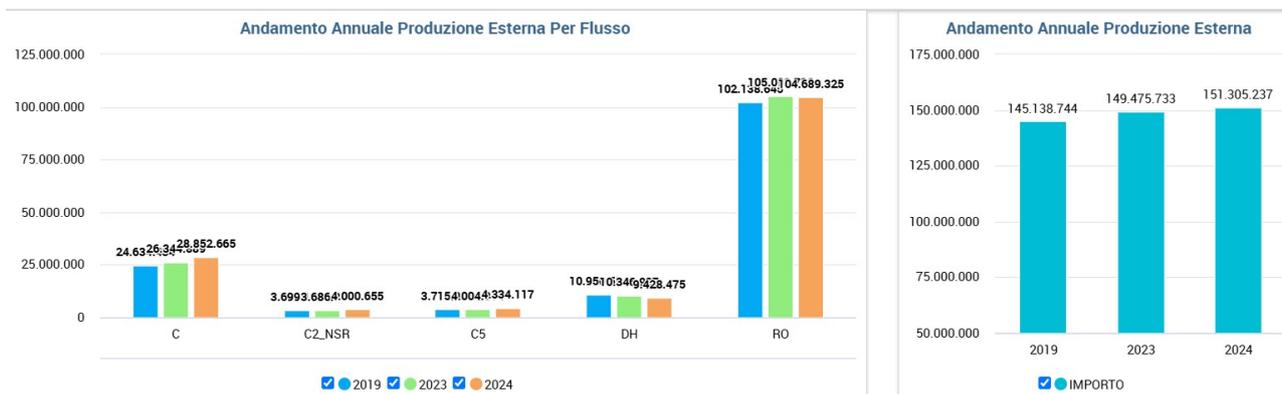


Figura 10 - Andamento produzione esterna

Tabella 4 - Dati di produzione aziendali 2023 – 2024

	Anno 2023	Anno 2024	% Scostamento
Età Media (RO)			
Civile	64	64	0,00%
Infantile	4	4	0,00%
Borsalino	69	69	0,00%
Posti letto			
Posti letto medi ordinari	569	569	-0,52%
Posti letto medi diurni	96	88	-8,33%
Ricoveri ordinari (RO) 11 mesi			
Peso medio RO	1,57	1,57	0,00%
Degenza media RO	8,83	8,79	-0,45%
Numero passaggi RO	22.338	22.604	1,2%
Dimessi RO	18.108	18.122	0,07%
Valore Totale Dimessi RO	105.092.735,87€	105.189.472,08€	0,09%
% Ricoveri urgenti in RO	65,85%	67,25%	2,1%
Dimessi RO Non Chirurgici	11.273	11.459	1,65%
Giornate nette degenza RO	159.765	160.237	0,29%
Day Hospital (DH)			
Dimessi DH	8.630	8.587	-0,49%
Valore Totale Dimessi DH	12.188.566,90	11.385.864,22	-6,5%
Numero Accessi DH	18.952	19.323	1,95%
DH terapeutico	3.238	3.461	6,88%
DH diagnostico (compreso follow up)	716	811	13,28%
DH riabilitativo	157	157	0,00%
DS senza pernottamento	2.721	2.604	-4,29%
DS con pernottamento (one day surgery)	1.799	1.554	-13,61%
Prestazioni Ambulatoriali			
Numero Prestazioni Ambulatoriali Esterne	1.692.725	1.760.367	4,00%
Valore Prestazioni Ambulatoriali Esterne	28.539.574,99 €	31.148.489,17€	9,14%

	Anno 2023	Anno 2024	% Scostamento
Nascite 11 mesi			
Nuove nascite	952	915	-3,88%
Pronto Soccorso			
Numero Prestazioni di Pronto Soccorso	761.925	798.250	4,76%
Valore Prestazioni erogate per il Pronto Soccorso	6.363.201,00 €	6.795.983,85€	6,80%
Valore Prestazioni erogate per il Pronto Soccorso non eseguite da ricovero	4.049.721,00 €	4.315.675,65€	6,56%
Prestazioni per interni			
Numero Prestazioni interne	1.586.898	1.629.608	2,69%
Fatturazione attiva 11 mesi			
Numero prestazioni in fatturazione diretta	241.325	260.142	7,80%
Valore prestazioni in fatturazione diretta	4.004.914,21€	4.334.116,7€	8,21%

PRONTO SOCCORSO

L'Azienda è sede di DEA di II livello sia per adulti che per l'età pediatrica.

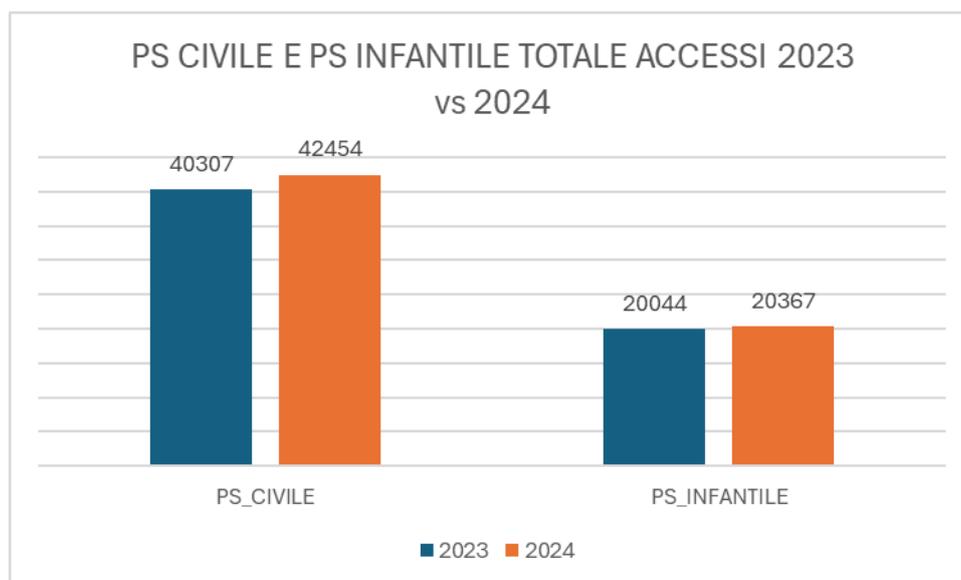


Figura 11 - Accessi 2023-2024 per Presidio

Tabella 5 - Modifiche codici numeri e di colore

Codici prima fino al 31/01/2021	Codici dal 01/02/2022
Rosso – Paziente molto critico con pericolo di vita Giallo – Paziente con patologia grave Verde – Intervento differibile Bianco – nessuna urgenza	Codice 1 – Rosso: indica l'emergenza, l'interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali Codice 2 – Arancione: indica l'urgenza, rischio di compromissione delle funzioni vitali; condizione con rischio evolutivo o dolore intenso Codice 3 – Azzurro: indica l'urgenza differibile, condizione stabile e senza rischio evolutivo, con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse (nell'ambito di questo codice viene data precedenza ai pazienti anziani e con disabilità) Codice 4 – Verde: indica l'urgenza minore, condizione stabile e senza rischio

evolutivo che solitamente richiede prestazioni terapeutiche semplici e monospecialistiche

Codice 5 – Bianco: indica la non urgenza

Il numero di accessi per il Presidio Civile è in aumento del 5,3% rispetto all’anno precedente e per il Presidio Infantile del 1,6% rispetto al 2023. Dal 1° febbraio 2022 l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria ha modificato i codici numerici e di colore per il triage del Pronto Soccorso Civile e Pediatrico che da quattro sono passati a cinque, come da indicazione delle linee guida regionali e nazionali, a seconda dell’attribuzione di priorità assistenziale. Il codice giallo è stato eliminato, trasformato e “spacchettato” in due nuovi codici, l’arancione e l’azzurro, con l’obiettivo di stratificare meglio il rischio del paziente e il suo livello di criticità, stabilendo così anche indicazioni ancora più precise sul tempo massimo di attesa per la presa in carico del paziente rispetto agli altri codici. Nel grafico sottostante si riportano gli accessi per colore.

La distribuzione in percentuale per codice di accesso è sostanzialmente uguale rispetto al 2023. Per entrambi i presidi le distribuzioni sono variate con l’introduzione dei nuovi codici colore con uno spostamento verso i codici con maggiore priorità assistenziale (soprattutto nel presidio infantile).

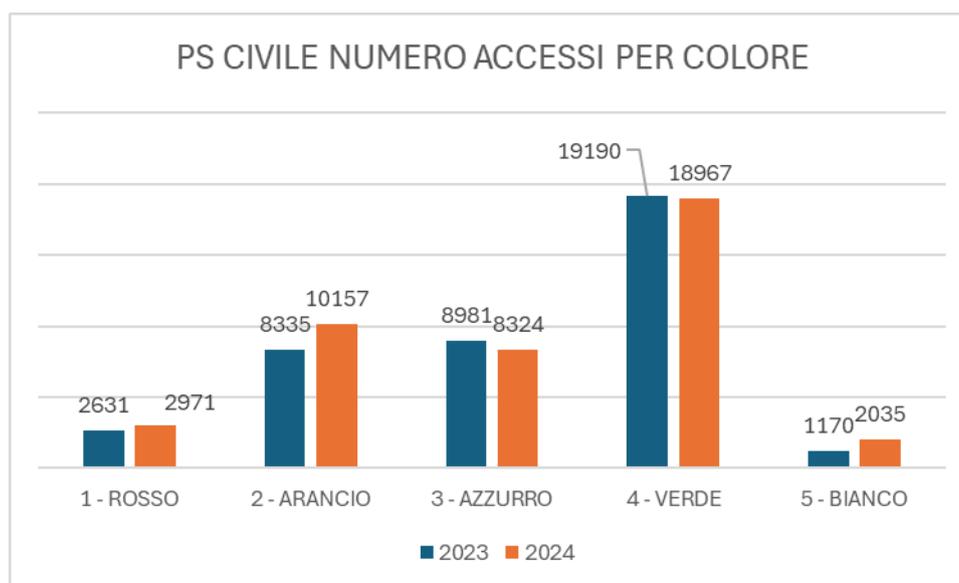


Figura 12 - Accessi 2023-2024 per codice colore PS Civile

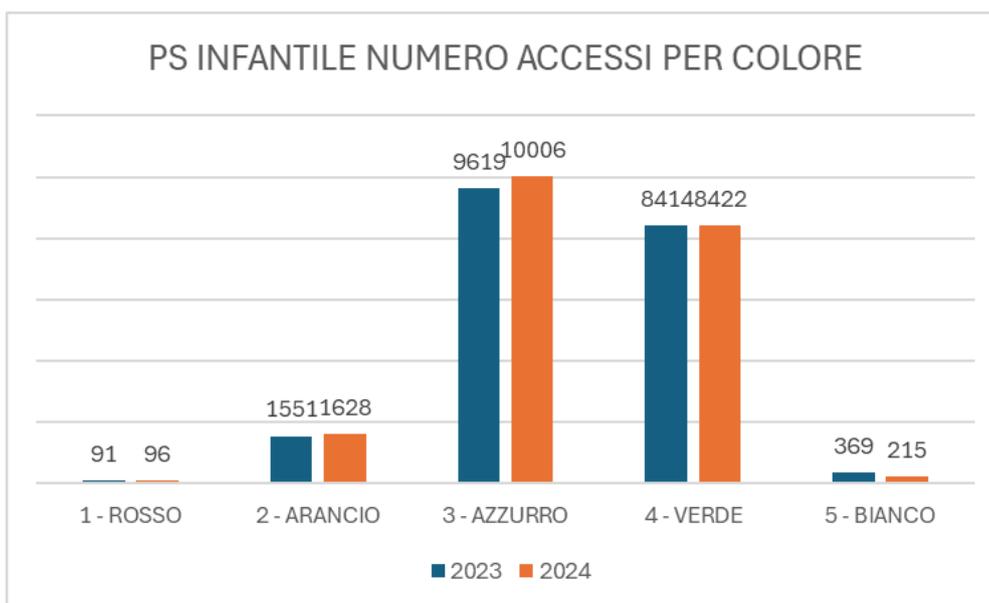


Figura 13 - Accessi 2023-2024 per codice colore PS Infantile

Come si nota dai grafici sono aumentati gli accessi, soprattutto per i codici minori.

La distribuzione in percentuale per codice di accesso è sostanzialmente uguale rispetto al 2023 per i codici rossi del presidio infantile, in aumento del presidio civile. Per entrambi i presidi le distribuzioni sono variate con l'introduzione dei nuovi codici colore con uno spostamento verso i codici con maggiore priorità assistenziale (soprattutto nel presidio infantile).

Tabella 6 - Percentuale di accessi per presidio e colore

COD COLORE	PS CIVILE		PS INFANTILE	
	2023	2024	2023	2024
1 - ROSSO	6,53%	7,00%	0,45%	0,47%
2 - ARANCIO	20,68%	23,92%	7,74%	7,99%
3 - AZZURRO	22,28%	19,61%	47,99%	49,13%
4 - VERDE	47,61%	44,68%	41,98%	41,35%
5 - BIANCO	2,90%	4,79%	1,84%	1,06%
TOTALE	40307	42454	20044	20367

Figura 13 – Percentuale codice colore 2023-2024

I dati fin qui riportati denotano un progressivo aumento, nella fase post pandemia, della complessità dei pazienti e della casistica trattata.

1.5.2 - Cifre a confronto - Benchmark organizzativo

L'utilizzo di indicatori di performance per misurare la qualità dell'assistenza e favorire il confronto in un'ottica di miglioramento (*benchmarking*) è diventato centrale per una sanità *data-driven*, ancora di più oggi dove l'opportunità offerta dalle risorse stanziare dal PNRR può servire a dare una risposta puntuale ai bisogni di prevenzione e assistenza della popolazione, e a prendersi cura dei malati nella fase acuta, nella cronicità e nella residenzialità sociosanitaria.

Il Programma di Valutazione degli Esiti (PNE) di AGENAS rappresenta il principale network nella valutazione di un'azienda sanitaria; gli indicatori annuali del PNE posizionano rispetto al livello nazionale sia i livelli di output (volumi di attività) e di outcome (indicatori di esito).

In quest'ottica, il Piano Nazionale degli Esiti (PNE) che è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del nostro Servizio Sanitario Nazionale, offre lo strumento del treemap, mappe ad albero, che permettono di fornire una valutazione sintetica di ciascuna Azienda negli ambiti nosologici considerati.

In particolare, sono state individuate 8 aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare, chirurgia oncologica (dal 2023). A ciascuna area clinica è stato attribuito un peso sulla base dei volumi di attività della struttura ospedaliera. Il punteggio per area clinica è stato ottenuto come media ponderata dei punteggi attribuiti in base ai risultati degli indicatori rappresentativi per area.

La nostra Azienda, come mostra l'immagine sottostante, ha riportato un **livello è medio – alto di aderenza agli standard di qualità per l'anno 2024 con la sola esclusione dell'area Chirurgia oncologica.**

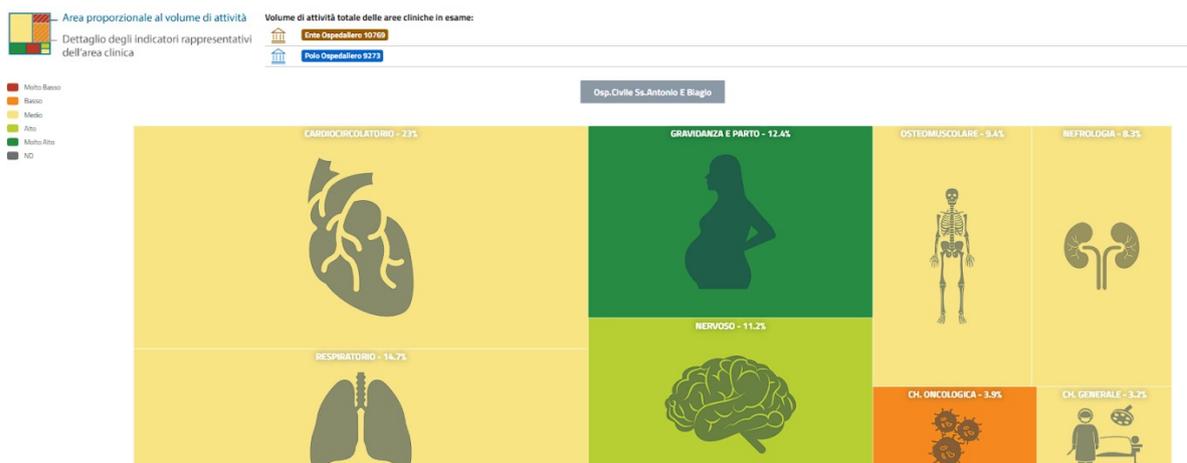


Figura 12 - Treemap Azienda Ospedaliero Universitaria di Alessandria

Nei treemap dell'Edizione PNE 2024 sono state segnalate inoltre le strutture in cui non risultano presenti operatori con un volume di attività chirurgica ≥ 45 interventi annui, maturata in qualunque struttura e in qualunque ruolo (primo o secondo operatore).

Gli interventi chirurgici per i quali è prevista la segnalazione sono i seguenti: - bypass aorto-coronarico; - colecistectomia laparoscopica; - intervento per TM mammella; - intervento per frattura del femore; - intervento di protesi di ginocchio; - intervento di protesi di anca. Il controllo di gestione aziendale ha importato tutti gli algoritmi del treemap del PNE in modo da avere il dato aggiornato mensilmente. Si riporta di seguito la rilevazione per l'anno 2024.

Si riporta il valore Treemap 2023 per confronto con 2024

2023

Il carattere **ROSSO** evidenzia indicatori i cui volumi sono inferiori alla soglia minima di sicurezza elaborata dal DM70, con tolleranza del 10%;
 Il posizionamento del valore da **MOLTO ALTO** a **MOLTO BASSO** è definito sul disciplinare Standard di Qualità

AREA_CLINICA	INDICATORE	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO	QTA	SOGLIA DM 70	V_IND	SOGLIA TOLLERATA
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	■					370		5,14	
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: Proporzioni di trattati con PTCA entro 90 minuti	■					193		68,39	
CARDIOCIRCOLATORIO	Scompensazione cardiaca congestizia: mortalità a 30 giorni		■				361		8,31	
CARDIOCIRCOLATORIO	Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni	■					75	90	1,33	81,00
CARDIOCIRCOLATORIO	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni			■			428		2,57	
CARDIOCIRCOLATORIO	Riparazione di aneurisma non rotto della aorta addominale: mortalità a 30 giorni	■					34		0,00	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni			■			253		12,17	
NERVOSO	Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dal intervento di craniotomia			■			106		2,83	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni		■				294		6,46	
CH.GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni			■			81	90	60,49	81,00
CH.ONCOLOGICA	Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno del			■			86	135	10,47	121,50
CH.ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni			■			94	85	1,06	76,50
CH.ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	■					61	45	0,00	40,50
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di parti con taglio cesareo primario		■				871	500	19,40	450,00
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo					■	114		7,89	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di episiotomie in parti vaginali	■					698		3,01	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore			■			171	65	49,71	58,50
OSTEOMUSCOLARE	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	■					116	80	1,72	72,00
OSTEOMUSCOLARE	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	■					20	80	0,00	72,00
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni	■					158		5,70	

2024

Il carattere **ROSSO** evidenzia indicatori i cui volumi sono inferiori alla soglia minima di sicurezza elaborata dal DM70, con tolleranza del 10%;
 Il posizionamento del valore da **MOLTO ALTO** a **MOLTO BASSO** è definito sul disciplinare Standard di Qualità

AREA_CLINICA	INDICATORE	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO	QTA	SOGLIA DM 70	V_IND	SOGLIA TOLLERATA
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	■					305		4,92	
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: Proporzioni di trattati con PTCA entro 90 minuti	■					149		71,14	
CARDIOCIRCOLATORIO	Scompensazione cardiaca congestizia: mortalità a 30 giorni	■					289		4,50	
CARDIOCIRCOLATORIO	Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni	■					68	90	1,47	81,00
CARDIOCIRCOLATORIO	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	■					441		0,45	
CARDIOCIRCOLATORIO	Riparazione di aneurisma non rotto della aorta addominale: mortalità a 30 giorni	■					25		0,00	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni			■			264		10,23	
NERVOSO	Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dal intervento di craniotomia	■					106		0,94	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni		■				280		5,71	
CH.GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	■					50	90	84,00	81,00
CH.ONCOLOGICA	Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno del		■				113	135	6,19	121,50
CH.ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni			■			102	85	1,96	76,50
CH.ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni		■				68	45	2,94	40,50
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di parti con taglio cesareo primario		■				787	500	17,79	450,00
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo					■	95		9,47	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di episiotomie in parti vaginali	■					649		2,93	
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore			■			205	65	52,20	58,50
OSTEOMUSCOLARE	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni			■			149	80	6,04	72,00
OSTEOMUSCOLARE	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	■					59	80	0,00	72,00
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni		■				212		8,02	

Figura 14 – Valutazione sintetica Azienda Ospedaliera di Alessandria negli ambiti nosologici considerati anno 2024

L'analisi degli indicatori del 2024 ha evidenziato un notevole miglioramento delle prestazioni nell'area cardiocircolatoria, con un significativo decremento della mortalità a 30 giorni post-intervento di valvuloplastica o sostituzione valvolare. L'area neurochirurgica ha registrato risultati eccellenti negli

interventi per tumore cerebrale, sebbene persistano criticità nella gestione dell'ictus ischemico. Infine, l'area chirurgica ha mostrato un miglioramento degli esiti della colecistectomia laparoscopica passando da un valore medio a uno molto alto.

Restano invariate l'area "gravidanza e parto" e "osteomuscolare" per quanto riguarda la frattura del femore, peggiora la riammissione a 30 giorni della protesi d'anca che passa da 1.72% a 6.04% e nell'area nefrologia la mortalità a 30 giorni per insufficienza renale cronica dal 5% al 8%.

1.5.3 - Dati economici

CONTO ECONOMICO

(dati in migliaia di euro €/000)

ID	CONTO ECONOMICO	Cons. 2023	Previsione 2024	Previsione 2025
A1	Contributi F.S.R.	100.213.043,48	98.934.516,66	96.412.874,53
A2	Saldo Mobilità	210.020.969,20	206.238.231,66	209.352.639,90
A3	Entrate Proprie	7.023.698,49	6.810.789,96	5.693.912,43
A4	Saldo Intramoenia	970.787,74	982.141,28	828.491,36
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-4.734.099,36	-5.289.206,33	-2.130.184,01
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	1.514.206,81	2.989.972,00	2.556.986,00
A	Totale Ricavi Netti	315.008.606,36	310.666.445,23	312.714.720,21
B1	Personale	134.194.279,30	139.377.596,18	144.321.443,08
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	47.712.976,02	48.871.254,31	52.202.051,00
B3	Altri Beni e Servizi	105.099.738,52	98.470.039,66	103.789.617,77
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.078.302,68	1.311.578,04	1.078.302,68
B5	Accantonamenti	6.598.124,84	2.262.747,54	540.911,01
B6	Variazione Rimanenze	-2.145.865,64	0,00	0,00
B	Totale Costi Interni	292.537.555,72	290.293.215,73	301.932.325,54
C1	Medicina Di Base	4.585.978,05	4.288.418,50	3.509.057,74
C2	Farmaceutica Convenzionata	0,00	0,00	0,00
C3	Prestazioni da Privato	8.717.105,73	8.942.983,81	920.000,00
C	Totale Costi Esterni	13.303.083,78	13.231.402,31	4.429.057,74
D	Totale Costi Operativi (B+C)	305.840.639,50	303.524.618,04	306.361.383,28
E	Margine Operativo (A-D)	9.167.966,86	7.141.827,19	6.353.336,93
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	8.276.581,41	10.611.884,99	11.022.072,90
G	Risultato Economico (E-F)	891.385,45	-3.470.057,80	-4.668.735,97

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità (deliberazione della Giunta Regionale 28/04/1998 n. 29-24445) e nel rispetto del D. Lgs. 118/2011. La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi ai principi civilistici

ed ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della società ed il risultato economico dell'esercizio.

Il bilancio consuntivo dell'Azienda è strutturato in tre parti: Conto Economico, Stato Patrimoniale e Nota Integrativa. Accanto ai Bilanci Consuntivi, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria predispose anche un Bilancio Preventivo e i vari monitoraggi trimestrali relativamente all'andamento dei costi e ricavi che trasmette al controllo regionale.

Gli ultimi bilanci di esercizio approvati dalla Regione sino all'anno 2019 avevano evidenziato un risultato positivo dell'Azienda, grazie soprattutto all'attività di produzione aziendale che era andata notevolmente ad incrementare dall'anno 2015 supportata da adeguati finanziamenti regionali.

L'effetto della situazione di emergenza che si è venuta a creare in Azienda per effetto della pandemia COVID dal mese di marzo 2020 (in particolare la sospensione dell'attività di produzione ordinaria non in urgenza e l'aumento dei costi per le acquisizioni di risorse in urgenza per la medesima motivazione) ha portato inevitabilmente a ripercussioni negative sui bilanci di esercizi degli anni seguenti. Il dato relativo al Consuntivo 2021 ha subito inevitabilmente l'"effetto pandemia" che ha portato ad una contrazione rilevante della produzione e contestualmente ad un incremento dei costi dovuti all'accaparramento dei beni necessari a fronteggiare il Coronavirus (dai reagenti, ai farmaci, ai dispositivi medici, ai dispositivi di protezione, alle risorse umane, ...). Il risultato del Bilancio Consuntivo 2021 è stato una perdita di circa € 9 milioni, ma le motivazioni che sottendono al risultato negativo sono da imputarsi esclusivamente ai costi ed alla mancata produzione stimati per far fronte alla gestione della pandemia COVID-19 dichiarata terminata al 31 marzo 2022. Ma ciononostante, anche l'anno 2022 aveva risentito ancora del protrarsi degli effetti della pandemia, oltre che dall'andamento di alcune voci che hanno pesantemente risentito degli effetti inflattivi indotti dalle ben note vicende internazionali (costi dell'energia in primo luogo). Ciononostante già il risultato di esercizio dell'anno 2022 aveva riportato l'Azienda in una situazione di equilibrio.

Il Bilancio Consuntivo 2023 si è chiuso con un risultato economico indubbiamente positivo pari a € 891.385,45. Il 2023 segna pertanto la riconferma di una situazione di equilibrio di bilancio iniziata nel 2022, dopo due anni pesantemente condizionati dalla pandemia COVID, nonostante le tensioni economiche iniziate nel 2022 e continuate nel 2023, collegate alla guerra in Ucraina. ed in Medio Oriente. Di particolare rilievo è il positivo risultato dell'incremento di produzione nell'aggregato della "mobilità" che evidenzia l'attrattività della struttura e l'ottima gestione che ha portato a superare i livelli di produzione dell'anno 2019 pre-pandemia.

Al momento di stesura del presente documento ancora non sono disponibili i dati relativi all'anno 2024 e pertanto si è ritenuto di pubblicare i dati dei preventivi 2024 e 2025 che presentano un risultato in perdita ma solo formalmente, in quanto la perdita esposta corrisponde esattamente all'importo dell'IVC che è una spesa incrementale giustificata che sarà finanziata successivamente dal FSN 2025-4 come ufficialmente comunicato dalla Regione; pertanto il bilancio di previsione 2024 e quello dell'anno 2025 sono da considerarsi anch'essi in equilibrio.

1.5.4 Produzione scientifica

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria, attraverso il Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione (DAIRI), ha avviato un ambizioso percorso di valorizzazione della ricerca sanitaria, con l'obiettivo di migliorare concretamente l'assistenza, le cure e i servizi offerti ai cittadini. Negli ultimi anni, questo impegno si è ulteriormente rafforzato, mirando ad attrarre talenti e professionisti qualificati, contrastando il rischio di depauperamento dei servizi che sta interessando il settore sanitario a livello nazionale.

Grazie a una visione strategica e a una crescente integrazione con l'Università del Piemonte Orientale (UPO), il DAIRI si è consolidato come uno degli elementi chiave dell'AOU AL, trasformandola in Azienda Ospedaliero-Universitaria a partire dal 1° gennaio 2024. Questo processo ha permesso di rafforzare la missione di ricerca e di avviare il percorso di candidatura come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), riconosciuto dalla Regione Piemonte per la sua compatibilità con la programmazione sanitaria regionale.

I risultati raggiunti testimoniano la solidità di questa strategia:

- Nel 2023 sono stati attivati 118 studi clinici, per un totale di 554 studi clinici attivi, con un coinvolgimento di 6981 pazienti arruolati
- La produzione scientifica ha generato 304 pubblicazioni scientifiche indicizzate e impattate, raggiungendo un Impact Factor (IF) normalizzato complessivo di 2006,4
- L'andamento dell'IF aziendale mostra una crescita significativa negli ultimi tre anni, con un IF grezzo passato da 2204,93 nel 2021 a 2237 nel 2023, e un aumento costante dell'IF normalizzato, pari a 2006,4 nel 2023
- La natura degli studi clinici attivi evidenzia un trend stabile per quelli profit e un incremento significativo del 16% degli studi non-profit nel 2023 rispetto al 2022
- La distribuzione dei promotori degli studi clinici nel 2023 vede il 44,9% attribuito a promotori esterni, il 34,7% al DAIRI e il 20,3% a promotori profit

Questi dati dimostrano la capacità dell'AOU AL di competere a livello nazionale ed europeo, partecipando a reti di ricerca e bandi internazionali. Il DAIRI ha rafforzato il ruolo dell'AOU AL come hub della conoscenza e dell'innovazione, unendo ricerca, formazione e assistenza sanitaria. Questo percorso ambizioso mira a garantire che l'Azienda diventi sempre più un polo di eccellenza scientifica, promuovendo la valorizzazione dei talenti, il trasferimento delle scoperte scientifiche nella pratica clinica e l'innovazione a favore della comunità.

Qui <https://www.ospedale.al.it/it/comunicazione/notizie/rendicontazione-scientifica-2024-dati-2023> la rendicontazione completa delle attività di ricerca.

1.6 - I macro-processi organizzativi

La mappatura dei macro-processi organizzativi è stata effettuata suddividendoli per aree di attività amministrative, tecniche e sanitarie per un totale di 123 processi:

Area	Numero di processi mappati
Amministrativa	76
Tecnica	11
Sanitaria	36
Totale	123

Per ciascun macro-processo si sono individuate le attività svolte.

La mappatura dei sotto processi e dei procedimenti dettagliata con la valutazione del rischio corruttivo e la mappatura dei sotto processi con la fattibilità di svolgimento in modalità agile è inserita rispettivamente nella sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” e nella sezione “Organizzazione e capitale umano” – “Organizzazione del lavoro agile” del Piano.

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
1	Appalti e Acquisti	Approvvigionamento beni di consumo	Predisposizione della documentazione, selezione dei fornitori, aggiudicazione, contrattualizzazione, aggiornamento anagrafiche e inserimento contratti, gestione degli ordini, liquidazioni
2	Appalti e Acquisti	Approvvigionamento servizi	Predisposizione della documentazione, selezione dei fornitori, aggiudicazione, contrattualizzazione, aggiornamento anagrafiche e inserimento contratti, gestione degli ordini, liquidazioni
3	Appalti e Acquisti	Approvvigionamento delle attrezzature sanitarie e non	Predisposizione della documentazione, selezione dei fornitori, installazione e collaudo, aggiudicazione, contrattualizzazione, aggiornamento anagrafiche e inserimento contratti, gestione degli ordini, liquidazioni
4	Appalti e Acquisti	Approvvigionamento di software e hardware non sanitari	Predisposizione della documentazione, selezione dei fornitori, istallazione e collaudo, aggiudicazione, contrattualizzazione, aggiornamento anagrafiche e inserimento contratti, gestione degli ordini, liquidazioni
5	Legale	Legale	Contenzioso legale e procedure stragiudiziali
6	Legale	Attività Amministrativa	Attività amministrativa, di segreteria, di liquidazione e di Processo Telematico
7	ICT	Gestione Infrastruttura - Gestione Data Center	Installazione software, configurazione ed aggiornamento server e storage; manutenzione in esercizio del sistema, progettazione, realizzazione, manutenzione dei DB aziendali; monitoraggio della capacità e le performance del database, e pianificazione bisogni di espansioni futuri; pianificazione, coordinamento e realizzazione misure di sicurezza per salvaguardare il database
8	ICT	Gestione Infrastruttura - Connettività	Gestione sistema di informazioni in rete; monitoraggio performance della rete
9	ICT	Gestione Postazioni di Lavoro e Hardware - Servizio di assistenza e manutenzione	Supporto hardware e software sui componenti oggetto del servizio; coordinamento dei servizi di Help Desk di I livello, Help Desk di II livello e tecnici per interventi on-site
10	ICT	Gestione Postazioni di Lavoro e Hardware - Attività IMAC	Installazione, Disinstallazione, Movimentazione, Aggiunta HW/SW e Modifica HW/SW di tutti i componenti della PDL o degli altri beni oggetto del servizio
11	ICT	Gestione Postazioni di Lavoro e Hardware - Laboratorio PdL	Verifica, prova e convalida, sia a livello hardware che software, delle PDL e di tutti i componenti oggetto del servizio

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
12	ICT	Gestione Postazioni di Lavoro e Hardware – Gestione inventario	Gestione base informativa completa e dettagliata dei beni oggetto delle PdL a disposizione dell’Azienda
13	ICT	Gestione degli applicativi – Gestione delle configurazioni	Analisi funzionali del flusso di lavoro ospedaliero ed organizzazione interna dei Servizi; configurazione applicativa con ruolo di amministratore software, in base alle specifiche esigenze dei reparti
14	ICT	Gestione degli applicativi – Gestione delle release	Verifica e consultazione linee guida Ministeriali e Regionali per il raggiungimento degli standard; verifica, test e collaudo degli aggiornamenti applicativi evolutivi richiesti dalle norme nazionali, regionali e l.g. AgID; gestione dei rapporti con fornitori e referenti istituzionali; gestione delle release per introduzione nuove funzionalità applicative; gestione delle funzionalità per la maggiore diffusione trasparente delle informazioni e dei documenti verso il cittadino
15	ICT	Gestione degli applicativi – Controllo dei livelli di servizio	Definizione di indicatori di prestazione KPI, modalità di calcolo e metodi di valutazione degli obiettivi di livello prestazionale e delle eventuali inadempienze dei concessionari dei servizi esternalizzati
16	ICT	Gestione degli applicativi – Governance, interoperabilità e trasparenza	Analisi dei requisiti e specifiche software e sistemi rispetto ai modelli di interoperabilità e agli standard tecnici, regionali e nazionali, implementazione e installazione in coerenza con tali vincoli
17	ICT	Gestione della sicurezza informatica	Inventario hardware e software, sistemi di protezione delle configurazioni di hardware e software sui dispositivi mobili, laptop, workstation e server; vulnerability Assessment, profilazione degli utenti, gestione delle vulnerabilità e difesa dai malware, gestione dei backup, protezione dei dati
18	ICT	Gestione richieste (help desk)	Attività di help desk e assistenza sia on-site che da remoto. Ricezione dei ticket di chiamata, intervento e chiusura del ticket
19	Risorse umane	Programmazione, acquisizione selezione del personale. Rendicontazione	Programmazione dei fabbisogni di personale, supporto alla Direzione Generale nell’individuazione delle priorità assuntive, raccolta esigenze, scelta procedura di selezione, procedura di assunzione. Rendicontazione e bilancio. Sistema informativo del personale

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
20	Risorse umane	Gestione giuridica del contratto di lavoro	Raccolta elementi endoprocedimentali necessari per la modifica dello stato giuridico d'ufficio o per istanza di parte, comunicazioni, acquisizione dei pareri necessari, ricerca accordi tra le parti, predisposizione proposta di atto di autorizzazione e dell'atto di modifica, notifica dell'atto definitivo e archiviazione
21	Risorse umane	Incarichi, performance individuale e valutazione	Definizione generali del quadro del sistema degli incarichi, valutazione delle proposte, definizione della retribuzione risultato/produttività, attribuzione dell'incarico, condivisione obiettivi di struttura e attribuzione obiettivi individuali. Supporto OIV
22			Valutazione annuale e calcolo delle retribuzioni di risultato/prestazione, verifica incarichi dirigenziali
23	Risorse umane	Gestione economica del personale	Rilevazione presenze e assenze, determinazione delle competenze stipendiali e dei relativi oneri, gestione stipendiale
24	Risorse umane	Cessazione del contratto di lavoro	Verifica delle condizioni di procedibilità, richiesta al/ai responsabile di pareri necessari, predisposizione dell'atto, notifica e archiviazione
25	Risorse umane	Relazioni sindacali	Verifica della richiesta e della necessità di contrattazione, convocazione incontro, gestione dei permessi dei rappresentanti sindacali, predisposizione sottoscrizione e trasmissione accordo
26	Risorse umane	Gestione dei collaboratori esterni	Raccolta esigenze, verifica impossibilità di svolgere l'attività con personale dipendente, verifica e predisposizione accordo con altra amministrazione pubblica o procedura di selezione, controllo attività svolta e liquidazione compensi
27	Amministrativo - Contabilità e Patrimonio/strutture e ordinarie	Ciclo Passivo	Programmazione fabbisogni, selezione fornitori, proposta d'ordine, validazione e emissione dell'ordine, ricezione, verifica fornitura e eventuale collaudo e inventariazione, ricevimento e registrazione fatture, pagamenti
28	Amministrativo - Contabilità e Patrimonio	Rilevazione di contabilità generale e bilancio	Stesura bilancio preventivo, monitoraggi periodici, bilancio preconsuntivo e consuntivo, accertamenti e verifiche preventive alla chiusura di bilancio
29	Amministrativo - Contabilità e Patrimonio	Gestione flussi di cassa	Accertamento della consistenza di cassa, verifiche di cassa Collegio sindacale, emissione documenti di riscossione e di pagamento
30	Amministrativo - Contabilità e Patrimonio	Gestione finanziamenti pubblici e privati	Presa d'atto dei finanziamenti ricevuti, assegnazione, monitoraggio e eventuale adeguamento dell'autorizzazione di spesa assegnata alle strutture (budget), rendicontazioni dello speso per finanziamento ed accantonamento a fondo per la parte di finanziamento non utilizzato

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
31	Amministrativo - Contabilità e Patrimonio	Gestione aspetti fiscali e tributari aziendali	Inserimento dati, acquisizione e verifica dati per l'elaborazione dei cedolini personale non dipendente, versamenti tributi erariali, I.N.P.S. e denuncia mensile UNIEMENS, I.V.A., predisposizione elenchi riepilogativi delle operazioni intracomunitarie (modello INTRASTAT), dichiarazioni redditi e sostituto d'imposta; trasmissione comunicazioni trimestrali delle fatture straniere emesse e ricevute e liquidazioni I.V.A. periodiche, consegna delle certificazioni aziendali per redditi assimilati a lavoro dipendente
32	Amministrativo - Contabilità e Patrimonio	Ciclo Attivo	Incasso somme derivanti da contributi per quota Fondo Sanitario Regionale, Flussi informativi regionali, pagamenti ticket, libera professione, erogazione prestazioni sanitarie a cittadini stranieri, lasciti e donazione, attività commerciale, emissione documenti necessari, verifica incassi, riscossione crediti
33	Amministrativo - Contabilità e Patrimonio	Gestione patrimonio immobiliare e mobiliare aziendale	Gestione dei beni in locazione, vendita di immobili e gestione di beni mobili. Liquidazioni premi assicurativi relativi alla detenzione di apparecchiature radiologiche e materiale radioattivo
34	Amministrativo - Contabilità e Patrimonio/ ASSIO/SSA Libera professione e servizi al cittadino	Libera Professione	Gestione amministrativa dell'attività libero professionale in regime di ricovero ed ambulatoriale negli spazi aziendali ed esterni e dell'attività aziendale a pagamento, fornendo il relativo supporto ai professionisti aziendali
35	Amministrativo	Cartelle cliniche	Rilascio agli aventi diritto di copia della cartella clinica e di altri documenti sanitari e archiviazione
36	Amministrativo	Segreteria COE118	Attività amministrative correlate ai rapporti con le Associazioni di Volontariato convenzionate per i trasporti in emergenza; gestione pratiche per corsi interni ed esterni; gestione autoparco e consegna materiali diversi presso le postazioni
37	Amministrativo	Segreteria amministrativa	Gestione pratiche per rendicontazione, liquidazione fatture relative ad attività sanitarie richieste a terzi
38	Amministrativo	supporto DMP	Controlli sulle prestazioni erogate comunicando sia i mancati pagamenti di prestazioni che le mancate disdette per il recupero dei crediti
39	Amministrativo	Portineria/accoglienza	Gestione delle attività di portineria ed informazione dei presidi; Controllo degli accessi, dei cortili interni e delle zone di parcheggio aziendali; Supporto alla gestione della cartellonistica nei presidi aziendali

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
40	Amministrativo	Gestione automezzi	Gestione dell'autoparco (rifornimenti e manutenzioni presso ditte convenzionate); Trasporto materiali diversi presso altre strutture ospedaliere, sia in regione che extra-regione, o tra i presidi dell'A.O.; Accompagnamento dei Direttori e di personale autorizzato dalla Direzione
41	Amministrativo	Privacy	Predisposizione ed aggiornamento documenti aziendali per l'attuazione della normativa sulla tutela dei dati personali in sinergia con la SC ICT per la parte relativa alle misure di sicurezza informatiche e con il Responsabile per la Protezione dei Dati (DPO)
42	Amministrativo	Convenzioni volontariato e servizi sanitari	Predisposizione degli atti deliberativi con i quali vengono approvati accordi/convenzioni con soggetti istituzionali esterni (di norma persone giuridiche pubbliche)
43	Amministrativo	Affari Generali	Segreteria, assegnazione e accettazione posta, ricevimento telefonico. Attività di recapito corrispondenza diversa anche verso l'esterno tramite commessi. Liquidazione spese di competenza. Caricamento dati in piattaforma AE riscossione e verifica
44	Amministrativo	Affari Generali	Gestione del protocollo generale
45	Amministrativo	Affari Generali	Gestione delle pratiche assicurative
46	Amministrativo	Attività Amministrative a supporto DH Onco ematologico	Preparazione carrello dei fascicoli personali per le visite ambulatoriali (ditta esterna) e consegna delle urgenze (a richiesta). Inserimento dati nei fascicoli personali, Archiviazione fascicoli utenti deceduti o sospesi e cartelle DH e reparti afferenti. Smistamento telefonate utenza agli ambulatori.
47	Amministrativo	D.P.O. e Responsabile della trasparenza e dell'anticorruzione aziendale	Attività di consulenza e di supervisione della normativa sulla privacy e dell'applicazione della normativa sulla trasparenza
48	Amministrativo	Alta formazione	Gestione convenzioni con Enti formatori/università/gestione pratiche inserimento tirocinanti/specializzandi
49	Amministrativo	Corsi di laurea UPO	Gestione amministrativa corsi di laurea UPO (cdl infermieri, fisioterapisti, medicina e chirurgia)
50	Formazione	Formazione ECM	Definizione delle politiche di valorizzazione e sviluppo delle risorse umane attraverso l'analisi dei bisogni formativi, la progettazione, l'erogazione e la valutazione dei percorsi formativi. Coordinamento delle attività di formazione ECM e gestione delle piattaforme regionali "Formazione in Sanità per la Regione Piemonte" e "Medmood".

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
51	Formazione	Formazione esterna e sponsorizzata	Istituzione pratica, caricamento dati sulla piattaforma regionale, emissione degli ordinativi di spesa e liquidazioni fatture
52	Formazione	Comitato Tecnico Scientifico	Coordinamento CTS Formazione
53	Processi amministrativi per la ricerca	Supporto Amministrativo alla Ricerca	Gestione degli aspetti autorizzativi, contrattualistici, normativi e regolatori legati alla ricerca scientifica, in collaborazione con il Clinical Trial Center e il Grant Office. Gestione degli aspetti economico-contabili dei progetti di ricerca, inclusa la rendicontazione e il monitoraggio dei fondi (pre e post award). Supporto nella stipula di accordi di collaborazione con istituti scientifici, ospedali e università, sia nazionali che internazionali. Coordinamento con le strutture amministrative interne per la gestione delle richieste agli uffici competenti e il problem solving.
54	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione Sistema Qualità Aziendale	Gestione della documentazione, delle registrazioni, delle non conformità delle azioni correttive e delle azioni di miglioramento, svolgimento di audit esterni e interni Gestione della customer satisfaction dell'utente esterno e interno, Supporto alle strutture nella definizione del PDTA
55	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Accreditamento istituzionale e mantenimento	Gestione della procedura di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte. Interfaccia Direzione e le strutture interessate, coordinamento gruppi di lavoro
56	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione dei flussi informativi sanitari	Coordinamento personale
57	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione dei flussi informativi sanitari	Gestione del flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), Gestione dei flussi ambulatoriali, Gestione amministrativa relativa a pazienti stranieri, rilevazione tempi di attesa prestazioni ambulatoriali, assistenza sulla gestione informatizzata dei ricoveri e day hospital, monitoraggio prericoveri
58	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione dei flussi informativi sanitari	Programmazione delle attività istituzionali e in libera professione.

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
59	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione dei flussi informativi sanitari	Supporto attività vaccini/tamponi covid 19
60	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Supporto amministrativo ai reparti	Gestione della Relazione con l'utenza (reclami di carattere relazionale), Gestione delle tempistiche apertura agende informatizzate, attività amministrative di supporto alla produzione sanitaria (front-office e back-office)
61	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Processo di budgeting	Definizione degli obiettivi strategici pluriennali dalla Direzione generale, invio schede di budget ai responsabili delle strutture, formulazione delle proposte di budget da parte dei responsabili, verifica della compatibilità economico-finanziaria e della coerenza degli obiettivi proposti, negoziazione proposte di budget, realizzazione budget generale. Supporto alle strutture e alla segreteria dell'OIV
62	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Sviluppo delle progettualità top down e bottom up	Definizione di progetti di miglioramento in coerenza con la strategia aziendale, le esigenze del cliente, ricerca di sponsorship e commitment da parte dei referenti, analisi dei dati, supporto al team di progetto per l'analisi e la riprogettazione del processo.
63	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Pianificazione e controllo strategico e sociale	Supporto alla Direzione Generale per le attività di pianificazione, programmazione, sviluppo e rendicontazione.
64	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Controllo di Gestione	Gestione CDG Aziendale, monitoraggio raccolta dati, elaborazione report. Gestione e controllo del DWH. Supporto alle strutture per la compilazione SDO, estrazioni e invio tracciato C,C2,C4. Gestione degli applicativi di Business Intelligence
65	Tecnico ed efficientamento energetico	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	Programmazione, pianificazione e controllo degli interventi sul patrimonio aziendale,
66	Tecnico ed efficientamento energetico	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	Progettazione diretta e supporto alla progettazione esterna per gli interventi previsti nel programma (lavori e impianti)
67	Tecnico ed efficientamento energetico	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	DL e DEC, supporto alla direzione lavori affidata all'esterno per gli interventi previsti nel programma (lavori e impianti)

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
68	Tecnico ed efficientamento energetico	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	Gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti e del patrimonio aziendale (diretta ed esterna)
69	Tecnico ed efficientamento energetico	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	Gestione delle procedure di affidamento per i lavori, i servizi di gestione, le forniture e i servizi di ingegneria, per tutti gli aspetti amministrativi, procedurali, contrattuali, giuridici, economico-contabili
70	Ingegneria clinica	Gestione attività IC	Rapporto con la Direzione e le altre strutture, rendicontazione attività, supervisione problematiche e ordinativi
71	Ingegneria clinica	Acquisizione di Tecnologie Sanitarie	Programmazione degli acquisti, predisposizione schede tecniche e collaudi
72	Ingegneria clinica	Gestione del parco tecnologico - inventario	Gestione Inventario tecnologico delle tecnologie sanitarie
73	Ingegneria clinica	Gestione del parco tecnologico - manutenzione	Manutenzione tecnologie sanitarie
74	Ingegneria clinica	Gestione del parco tecnologico - sicurezza	Organizzazione e realizzazione attività relative ai controlli di sicurezza e funzionalità
75	Ingegneria clinica	Gestione del parco tecnologico - valutazione	Valutazione fuori uso tecnologie sanitarie
76	Comunicazione	Partecipazione ed empowerment	Attivazione e coinvolgimento diretto di cittadini, pazienti e comunità nelle decisioni e nelle azioni che riguardano la loro salute e il loro benessere
77	URP	Gestione reclami	Gestione rapporti e corrispondenza utenti e interni
78	URP	Supporto informativo all'utenza	Supporto informativo ai cittadini, ascolto e mediazione
79	Ricerca e innovazione	Centro documentazione	Servizi di ricerca bibliografica, reperimento evidenze bibliografiche e EBM, Supporto alla valutazione delle competenze e della produzione scientifica dei ricercatori, editoria scientifica, censimento attività scientifica e valutazione indicatori bibliometrici (IF), progetti di health literacy e biblioteca per il paziente, gestione del patrimonio

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
80	Ricerca e innovazione	Ricerca e medicina traslazionale	Identificazione, promozione e sviluppo di iniziative e progetti di ricerca congiunti finalizzati a condividere esperienze e informazioni in aree tematiche di comune interesse
81	Ricerca e innovazione	Ricerca e medicina traslazionale	Funzionale gestione organizzativa dell'attività di collaborazione scientifica integrata avviata tra le parti
82	Ricerca e innovazione	Ricerca sanitaria e traslazionale	Formulazione di una domanda o ipotesi clinica o scientifica, raccolta e analisi di dati epidemiologici, utilizzo di campioni biologici e dati associati, allocazione di risorse finanziarie e infrastrutturali, coinvolgimento dei partecipanti, revisione delle conoscenze pregresse, traslazione dei risultati.
83	Comunicazione	Comunicazione interna, esterna, multimediale	Definizione del Piano di comunicazione, partecipazione alla messa a punto delle strategie innovative, per lo sviluppo della comunicazione interna, esterna, organizzativa, multimediale. Gestione del sito web aziendale, produzione e pubblicazione dei contenuti, gestione dei social media, coordinamento e organizzazione di eventi, relazioni con i media, comunicazione interna, produzione multimediale, monitoraggio e analisi delle performance comunicative, supporto alla divulgazione scientifica.
84	Comunicazione, divulgazione scientifica e brand reputation	Brand Reputation	Coordinamento azioni di Brand Reputation.
85	Comunicazione, divulgazione scientifica e brand reputation	Fundraising	Gestione relazioni e contatti donatori singoli, corporate, fondazioni
86	Ricerca e innovazione	Attività amministrativa	Segreteria Comitato scientifico, gestione atti e procedure finalizzati all'attività scientifica
87	Internistica	Ricovero presso area degenza	Individuazione tipo di ricovero (urgente/programmato), accettazione del paziente nel reparto, assegnazione posto letto, visita medica, prescrizione ed esecuzione esami, attivazione piano di cura e assistenza, dimissione
88	Internistica	Day Hospital	Prenotazione, accettazione del paziente, procedura, dimissione
89	Internistica	Ambulatoriale	Prenotazione, accettazione del paziente, visita medica, raccolta dati anagrafici e anamnestici, presa visione documentazione clinica, pianificazione iter diagnostico-terapeutico

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
90	Emergenza Urgenza –	Gestione emergenze, urgenze, Triage (PS)	Identificazione paziente e assegnazione codice, accesso Shock Room, Pronto o Sala d'Attesa, rivalutazione, visita medica esami e consulenze
91	Emergenza Urgenza –	Osservazione breve intensiva (OBI)	Osservazione clinica e strumentale e trattamento dei pazienti.
92	Emergenza Urgenza –	Ricovero (MECAU)	Accettazione paziente, anamnesi e visita, piano del ricovero (definizione e attuazione del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale delle singole giornate), dimissione
93	Chirurgico interventistica –	Prericovero chirurgico	Presenza incarico, visita e diagnostica, valutazione anestesiológica, ulteriore diagnostica, definizione percorso, programmazione ricovero
94	Chirurgico interventistica –	Day Surgery	Presenza in carico del paziente, rivalutazione, anamnesi, esami, visita, valutazione, piano del ricovero e pianificazione assistenziale, intervento chirurgico, definizione e attuazione del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale, valutazione andamento clinico assistenziale. pianificazione dimissione, pianificazione eventuali controlli successivi
95	Chirurgico interventistica –	Ambulatoriale	Prenotazione, accettazione, individuazione tipo attività clinica o prestazionale, raccolta dati anagrafici e anamnestici, presa visione documentazione clinica, pianificazione ed effettuazione iter diagnostico
96	Chirurgico interventistica –	Ricovero presso l'area di degenza	Individuazione tipo di ricovero (urgente/programmato), prericovero se programmato, presa in carico del paziente nel reparto, anamnesi e visita medica e valutazione infermieristica, intervento chirurgico, definizione e attuazione del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale della giornata, valutazione andamento clinico assistenziale, pianificazione dimissione e successivi controlli/interventi/attività ambulatoriali
97	Servizi ospedalieri	Diagnostica in regime di ricovero	Prenotazione richieste interne, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, caricamento esame sistema informatico integrato, archiviazione
98	Servizi ospedalieri	Diagnostica pre/post ricovero	Prenotazione richieste, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, archiviazione
99	Servizi ospedalieri	Diagnostica Day Hospital	Prenotazione richieste, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, archiviazione

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
100	Servizi ospedalieri	Diagnostica Day Surgery	Prenotazione richieste, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, archiviazione
101	Servizi ospedalieri	Diagnostica Ambulatoriale	Prenotazione richieste, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, archiviazione
102	Servizi ospedalieri	Terapeutica in regime di ricovero	Prescrizione terapia, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione somministrazione, consegna
103	Servizi ospedalieri	Terapeutica ambulatoriale	Prescrizione terapia, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione somministrazione, consegna
104	Anestesia e rianimazione e blocchi operatori	Coordinamento blocchi operatori	Accoglienza in sala del paziente chirurgico, gestione presidi/disinfettanti/farmaci, gestione informazioni, gestione del personale, coordinamento delle attività operatorie delle specialità e gestione degli spazi
105	Anestesia e rianimazione e blocchi operatori	Gestione blocchi operatori	Prima visita anestesiologicala, percorso diagnostico, eventuale rivalutazione anestesiologicala, sala operatoria, trasferimento a reparto di provenienza - day surgery -terapia intensiva.
106	Anestesia e rianimazione e blocchi operatori	Rianimazione polivalente	Accettazione in urgenza o elezione, processo terapeutico-diagnostico, dimissione
107	Anestesia e rianimazione e blocchi operatori	Terapia intensiva cardiocirurgica	Accettazione, processo diagnostico-terapeutico, dimissione
108	Anestesia e rianimazione e blocchi operatori	Anestesia e rianimazione pediatrica	Accettazione, processo diagnostico-terapeutico, dimissione
109	Anestesia e rianimazione e blocchi operatori	Analgesica del parto	Ambulatorio di Analgesia del parto, percorso diagnostico, sala parto o operatoria, reparto, visita post-partum

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
110	Anestesia e rianimazione e blocchi operatori	Terapia antalgica	Prenotazione, prima visita/controllo, percorso diagnostico terapeutico, dimissione
111	Pediatico ostetrico	Pronto soccorso pediatrico	Accettazione, anamnesi, visita, procedura/esami/terapia, ricovero o dimissione
112	Pediatico ostetrico	Day Hospital pediatrico	Prenotazione, accettazione, visita/procedura, dimissione
113	Pediatico ostetrico	Ambulatoriale	Prenotazione, accettazione, anamnesi/visita pianificazione iter diagnostico terapeutico
114	Pediatico ostetrico	Ricovero medico e chirurgico	Individuazione tipo di ricovero (urgente/programmato), prenotazione se programmato, presa in carico del paziente nel reparto, anamnesi e visita medica e prescrizione esami, esecuzione esami, attivazione piano di cura, dimissione
115	Pediatico ostetrico	Prericovero	presa incarico, visita e diagnostica, valutazione anestesiologicala, ulteriore diagnostica, definizione percorso, programmazione ricovero
116	Pediatico ostetrico	Day Surgery	prenotazione, accettazione, visita/procedura, valutazione andamento clinico assistenziale, pianificazione dimissione, dimissione
117	Riabilitazione	Ricovero	Valutazione appropriatezza ricovero, prenotazione ricovero, accettazione, valutazione medico fisiatra, valutazione e stesura progetto riabilitativo, attuazione programmi terapeutici/riabilitativi/assistenziali, preparazione e dimissioni
118	Riabilitazione	Day Hospital	Prenotazione, accettazione, impostazione progetto riabilitativo, effettuazione programmi riabilitativi, dimissione
119	Riabilitazione	Ambulatoriale	Accettazione, visita fisiatrica per impostare ciclo di sedute riabilitative, prenotazione sedute, prenotazione controllo fisiatrico a completamento del percorso, esecuzione ciclo riabilitativo, controllo medico fine percorso
120	Salute mentale	Ambulatoriale specialistico ADHD	Prenotazione, accettazione, visita medica valutazione, percorso terapeutico personalizzato, esecuzione del percorso terapeutico, visita e conclusione percorso

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
121	Salute mentale	Ricovero presso area di degenza	Accettazione, organizzazione dell'attività assistenziale, trattamento delle psicosi non primariamente affettive, dei disturbi episodici dell'umore, dei disturbi di personalità, dell'intossicazione acuta da alcool con anomalie del comportamento, dimissione
122	Salute mentale	Day Hospital	Identificazione trattamento, accoglienza e presa in carico del paziente, apertura della cartella clinica, visita medica e definizione terapia, programma terapeutico-riabilitativo individuala, attuazione piano di cura / assistenza, dimissione

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1 -Valore pubblico

Il presente PIAO è strettamente connesso con la pianificazione strategica dell’Azienda, da cui derivano le linee di sviluppo e gli obiettivi strategici, tenendo conto del contesto di riferimento sia in termini di opportunità che di vincoli, considerati però sempre come “elementi agibili”.

Il Piano Strategico delinea il posizionamento a cui si ambisce e il Valore Pubblico che si intende creare; il collegamento degli obiettivi assegnati alle varie strutture aziendali con il Piano Strategico assicura che le azioni previste nel PIAO abbiano tutte come obiettivo il mantenimento delle promesse di mandato e il miglioramento dei servizi resi agli utenti e agli stakeholder, creando un forte collegamento tra le performance e la creazione di valore pubblico.

Nel Piano Strategico 2025-2030 vengono chiaramente delineate le linee strategiche che porteranno ad aumentare il benessere reale dei portatori di interesse dell’Azienda.

Tra gli obiettivi del PIAO trasversalmente si ritrovano anche quelli legati ad azioni per migliorare l’accessibilità sia fisica che digitale dell’Azienda e quelli legati alla semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure.

2.1.1 Benessere e sostenibilità

Gli obiettivi strategici dell’Azienda previsti per il quinquennio 2025-2030 in coerenza con le attività istituzionali e sulla base dei documenti di programmazione economica e finanziaria sono volti a generare valore pubblico per i principali stakeholders.

L’Azienda, nella definizione delle proprie strategie, intende contribuire al raggiungimento degli obiettivi individuati nell’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile (SDG). Il concetto di sviluppo sostenibile in sanità si estrinseca nelle tre prospettive: **sociale, economica e ambientale**.



In particolare, **all’obiettivo 3 – Buona Salute e Benessere** per la popolazione del territorio di riferimento e **all’obiettivo 5 – Parità di genere**, **7 – Energia pulita e accessibile**, **8 – Lavoro dignitoso e crescita economica**, **9 – Imprese, innovazione e infrastrutture**, **10 – Ridurre le disuguaglianze**, **11- città e comunità sostenibili**, **12 – Consumo e produzione responsabili** rispetto all’impatto generato come azienda sul territorio di riferimento, ai propri lavoratori e al proprio stato di salute.

La necessità di **garantire qualità ed efficienza delle prestazioni erogate**, ritenuta prioritaria e attinente **all’integrazione tra dimensione economica e sociale della sostenibilità**, viene affiancata da una **crescente sensibilità per l’impatto ambientale**. Tra le azioni perseguite nel campo della sostenibilità, vi è l’uso razionale delle risorse naturali, le iniziative orientate al risparmio energetico e all’efficientamento, i progetti di riduzione del fabbisogno energetico, il monitoraggio delle emissioni, la prevenzione tramite la promozione di stili di vita sostenibili, gli acquisti verdi, i progetti per la salute e sicurezza sul luogo di lavoro e la gestione sostenibile dei rifiuti. In particolare, la **misurazione dell’aderenza dell’azienda ai principi di sviluppo sostenibile** è monitorata da indicatori atti a cogliere l’impatto ambientale, indicatori che

afferiscono alla quantità, qualità ed appropriatezza dell'assistenza sanitaria offerta rispetto ai bisogni del territorio, indicatori di performance economico-finanziaria e altri indicatori riferiti a parità di genere e benessere organizzativo. Di seguito si riportano alcuni macro - obiettivi di carattere trasversale che l'azienda si pone volti allo **sviluppo sostenibile** declinati in obiettivi strategici e operativi nella sezione performance.

Salute e benessere della popolazione

- Migliorare l'efficienza ottimizzando i processi per potenziare l'offerta, migliorare la qualità del servizio, ridurre i tempi di attesa e garantire i livelli assistenziali
Strumenti: ottimizzazione del percorso del paziente (ambulatoriale, chirurgico e medico) attraverso strumenti di operations management, miglioramento dell'efficacia della risposta ai bisogni di salute, potenziamento dell'attività e dei percorsi clinico assistenziali, rafforzamento delle alte specialità, sviluppo del sistema di qualità aziendale.
- Migliorare gli strumenti di governo, programmazione e monitoraggio per ottimizzare, semplificare e integrare le attività e per accrescere coscienza e consapevolezza nella gestione aziendale
Strumenti: gestione integrata e unificata dell'attività e dell'organizzazione, potenziamento del datawarehouse aziendale e dei sistemi di budget e reporting.
- Sviluppare e rafforzare le attività svolte per e con il territorio al fine di promuovere la realizzazione della rete territoriale
Strumenti: aggiornamento del piano di cronicità, strutturazione di percorsi assistenziali a livello territoriale, potenziamento delle reti territoriali, governo delle liste d'attesa a livello sovra aziendale.
- Sviluppare l'attività di ricerca in campo biomedico e nell'organizzazione dei servizi sanitari unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità al fine di diventare un'azienda di rilevanza nazionale e diventare catalizzatore di conoscenza
Strumenti: percorso di accreditamento IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) entro il 2026 (in base alle tempistiche ministeriali), progettazione e realizzazione di master e corsi di alta formazione, sviluppo di collaborazioni e integrazione con il mondo accademico e universitario.
- Migliorare il benessere del paziente: questo concetto integra aspetti clinici, come la sicurezza e l'efficacia delle terapie, con elementi esperienziali, come la qualità dell'ambiente ospedaliero, la comunicazione con gli operatori sanitari e la personalizzazione dell'assistenza, promuovendo un approccio centrato sulla persona e sui suoi bisogni globali.
Strumenti: efficientamento dei presidi ospedalieri e riqualificazione delle aree ospedaliere, individuazione di procedure e percorsi utili a ridurre il rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, individuazione di piani per eventi eccezionali o critici (piano pandemico, piano gestione sovrappollamento PS), l'efficientamento delle strutture, la definizione di percorsi clinico-assistenziali, il coordinamento e la coerenza dei messaggi attraverso la comunicazione, la revisione dell'area di accoglienza, l'integrazione di tecnologie digitali e il coinvolgimento attivo del paziente.
- Sicurezza lavoratori
Strumenti: formazione, informazione, addestramento, valutazione dei rischi e implementazione di azioni atte a ridurre al minimo i rischi, monitoraggio e vigilanza.
- Cybersicurezza

Strumenti: formazione del personale, valutazione dei rischi in materia di trattamento dei dati personali nello svolgimento delle attività lavorative, monitoraggio e vigilanza.

Efficientamento energetico

- Ridurre il fabbisogno energetico e monitoraggio delle emissioni

Strumenti: Attuazione di azioni concrete per l'efficientamento e l'uso intelligente e razionale dell'energia con interventi di efficientamento energetico degli impianti e delle attrezzature dei presidi ospedalieri, installazione di impianti fotovoltaici per contribuire all'auto efficienza energetica e alla riduzione dei costi di gestione, dei consumi e dell'impatto ambientale, campagne di sensibilizzazione del personale e dell'utenza. Individuazione di strategie di sostenibilità e sensibilizzazione del personale sulle tematiche legate agli spostamenti casa-lavoro.

Lavoro dignitoso e crescita economica, impresa, innovazione e infrastrutture

- Migliorare la trasparenza per dare valore ed implementare l'inclusione dei lavoratori nei processi lavorativi mediante diffusione di una corretta informazione

Strumenti: pubblicazione documentazione in apposita sezione della Intranet.

- Rafforzare il coinvolgimento dei lavoratori prevedendo un ruolo sempre più proattivo, favorendo una comunicazione interna di tipo smart e semplificando e rendendo più flessibili e agili i processi lavorativi

Strumenti: revisione della intranet, potenziamento della dotazione tecnologica e programmi avanzati, sensibilizzazione, diffusione e ampliamento dell'utilizzo della tecnologia digitale attraverso specifici corsi di formazione.

- Migliorare l'accesso fisico e digitale ai servizi e le prestazioni aziendali

Strumenti: semplificazione, reingegnerizzazione e digitalizzazione delle procedure/processi relative all'accesso e all'erogazione dei servizi, delle procedure di supporto e all'integrazione azienda – territorio. Introduzione di strumenti di intelligenza artificiale e machine learning per rispondere alle esigenze dei pazienti e dei propri operatori e per migliorare le prestazioni dei flussi di lavoro clinici e operativi.

- Incrementare il Benessere organizzativo

Strumenti: gruppo di lavoro e riunioni per individuare potenziali forme di stress e azioni di prevenzione e tutela, attuazione del “protocollo d'intesa per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza e delle aggressioni contro gli esercenti le professioni sanitarie dei presidi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria”, corsi di formazione per lo sviluppo di abilità come la gestione dei conflitti, comunicazione interpersonale, tecniche di de escalation. Ristrutturazione dei locali adibiti al servizio di ristorazione aziendale e predisposizione del nuovo capitolato di affidamento con l'obiettivo di aumentare la qualità del servizio. Attivazione Piano di welfare aziendale.

Parità di genere, riduzione delle disuguaglianze

- Realizzare iniziative volte a ridurre le disuguaglianze e quindi agire più o meno direttamente per promuovere la parità di genere.

Strumenti: Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Azienda, rappresentazione della situazione occupazionale del

personale maschile e femminile presente in azienda, piano triennale delle azioni positive. Azioni di miglioramento di alfabetizzazione sanitaria per favorire nei cittadini la capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli rispetto alla propria salute, percorso di tutela.

Tramite gli obiettivi strategici descritti nella sezione Performance, l'azienda persegue, nel medio-lungo periodo, il miglioramento degli indicatori di salute individuati dall'ONU.

2.1.2 - Semplificazione e digitalizzazione

La nomina del Responsabile per la Transizione Digitale (RTD) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria è avvenuta con Deliberazione n.40 del 27/01/2022. Con Deliberazione n.470 del 27/09/2024 è stata nominata l'ing. Cunietti, in sostituzione all'ing. Ricci.

La semplificazione amministrativa riveste un ruolo centrale per lo sviluppo socioeconomico, costituendo un fattore abilitante per la rimozione degli ostacoli amministrativi e procedurali allo sviluppo delle imprese, e ispira infatti diverse riforme settoriali contenute nel PNRR, all'interno delle singole Missioni.

Il processo di digitalizzazione dell'Azienda avviene su diversi fronti:

1. Ambito dei procedimenti amministrativi
2. Ambito dei processi sanitari
3. Ambito della ricerca
4. Ambito delle tecnologie ICT

1. Nell'ambito dei **procedimenti amministrativi** sono in corso di aggiornamento evolutivo i sistemi di gestione amministrativo-contabili all'interno di un più ampio progetto regionale che prevede la standardizzazione di sistemi informativi, basi di dati e processi gestionali. Sempre in questo contesto è stata completata dal 8 luglio 2024 la digitalizzazione del processo di gestione documentale di delibere, determine, contratti, protocollo e archivio documentale.

Il sito aziendale è in fase di revisione e aggiornamento nelle diverse sezioni per la sezione Amministrazione Trasparente. In fase di avvio la digitalizzazione della gestione dei reclami da parte dell'URP con una soluzione CRM, l'eliminazione totale del pagamento in contanti presso i punti di riscossione e dei pagamenti spontanei e la semplificazione e digitalizzazione della gestione dei trasporti.

2. Nell'ambito dei **processi sanitari** sono invece in corso numerosi e rilevanti interventi di durata pluriennale per la digitalizzazione ed innovazione dei sistemi di gestione ambulatoriale, chirurgica, della cartella clinica ospedaliera, della farmacoterapia, dell'area dell'emergenza-urgenza, dell'area radiodiagnostica, del laboratorio analisi anche in parallelo alle attività di messa in sicurezza del sistema informativo attraverso l'applicazione dei principi di Disaster Recovery ed uso delle infrastrutture in cloud ovvero messe a disposizione dai Poli Strategici Nazionali in relazione alla linee guida AgID. Per quanto riguarda l'ultimo punto la cartella clinica sanitaria è stata migrata il 4 novembre 2024 su infrastruttura cloud su Polo strategico Nazionale.

L'unitarietà organizzativa delle aree di ICT ed ingegneria clinica consente inoltre una migliore e più efficace gestione dei processi di acquisizione ed integrazione di sistemi diagnostici complessi (es. catene di automazione dei laboratori analisi, grandi apparecchiature).

3. L'ambito di digitalizzazione della **ricerca**, è trasversale all'ambito sanitario e a quello amministrativo, sia in termini di archiviazione e reperimento dei dati che della tracciabilità dell'attività specifica con l'attivazione di progetti e percorsi dedicati.

4. Infine, l'ambito delle **tecnologie ICT** segue le fondamentali indicazioni normative, le linee guida, le direttive regionali, oltre ai vincoli di aggiornamento tecnologico, quali strumenti per l'innovazione sempre più necessaria in termini di: sicurezza informatica (c.d. cybersecurity), costante aggiornamento dei sistemi operativi, sistemi di disaster recovery, sistemi in cloud e soluzioni di continuità operativa semplificazione.

Nell'ambito delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ci sono anche i numerosi DVA e i PDTA aziendali e sovra aziendali che sono in fase di revisione per aggiornamenti organizzativi e normativi.

2.1.3 - Accessibilità fisica e digitale

L'Azienda ha rinnovato completamente il proprio sito internet con una particolare attenzione all'utente: con un'architettura dell'informazione chiara, un approccio user centered che tiene conto di bisogni informativi e di punti di vista differenti e particolare attenzione è stata posta al tema dell'accessibilità. È stata infatti predisposta la scheda realizzata da AGID per la valutazione dei requisiti specifici e i contenuti che sono via via caricati rispettando tali criteri.

Prossimo obiettivo è il rinnovo del sito Intranet per dare al dipendente, sia sanitario sia amministrativo un portale, in cui vi sono racchiuse tutte le informazioni ed i documenti a valenza aziendale, in modo da essere facilmente reperibili.

L'Azienda in ottica di rimozione delle barriere architettoniche dagli spazi in uso ovvero di tutti gli ostacoli fisici che non permettono la completa mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita, si impegna continuamente ad affrontare i problemi legati al miglioramento della fruizione dell'ambiente costruito (es interventi di ristrutturazione dei reparti). Nell'ambito delle modalità di accesso fisico nel 2024 è stato approvato il progetto di riqualificazione delle degenze al piano ottavo che prevede al suo interno un bagno fruibile a pazienti con ridotte capacità motorie.

L'attività del Mobility manager favorisce una migliore accessibilità fisica ai dipendenti con mobilità ridotta o impedita garantendo una maggiore affidabilità e sicurezza degli spostamenti casa-lavoro, riducendo lo stress e favorendo maggiori benefici per la salute, opportunità di socializzazione e incentivi derivanti da comportamenti virtuosi.

2.1.4 - Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

L'emergenza epidemiologica da Covid-19, dichiarata una pandemia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'11 marzo 2020, ha impattato in modo dirompente sui sistemi finanziari, economici e sanitari degli Stati membri dell'Unione Europea. Alla fine del mese di maggio 2020 la Commissione Europea ha presentato il piano "Next Generation EU" (NGEU), un pacchetto di strumenti di recupero dall'emergenza e di investimenti strategici che mobilerà oltre 750 miliardi di euro per porre solide basi a beneficio delle future generazioni europee.

Ciascuno Stato membro è stato chiamato a predisporre e presentare alla Commissione Europea un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ossia un programma di riforme e investimenti che lo Stato membro si impegna a realizzare nell'arco temporale 2021–2026.

L'Italia ha presentato il suo PNRR, strutturato in 6 Missioni, che a loro volta raggruppano 16 Componenti funzionali a realizzare gli obiettivi economico-sociali definiti nella strategia del Governo.

Il PNRR è declinato attorno a tre assi strategici (Digitalizzazione e Innovazione, Transizione ecologica, Inclusione sociale) e a tre priorità trasversali (Donne, Giovani, Sud) che ciascuna Missione ha il compito di perseguire attraverso un approccio integrato.

Le 6 Missioni e lo stanziamento a livello nazionale sono:

Missione	Stanziamento
1 Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura (infrastrutture digitali, migrazioni al cloud, sportello digitale unico, ecc.)	46,3 Miliardi
2 Rivoluzione verde e transizione ecologica (agricoltura sostenibile, economia circolare, energie rinnovabili, ecc.)	69,8 Miliardi
3 Infrastrutture per una mobilità sostenibile	31,98 Miliardi
Istruzione e ricerca	28,49 Miliardi
5 Inclusione e coesione (formazione e riqualificazione dei lavoratori, politiche attive e formazione, sostegno dell'imprenditorialità femminile, ecc.)	27,62 Miliardi
6 Salute	19,72 Miliardi

Si dettagliano di seguito, per le missioni che coinvolgono questa AOUs, i finanziamenti ricevuti dalla Regione Piemonte, individuata quale "soggetto attuatore" del PNRR.

Missione 1 "Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo"

Le principali azioni contenute nella Missione sono:

- M1C1 - Digitalizzazione, innovazione e sicurezza nella PA
- M1C2 - Digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo
- M1C3 - Turismo e cultura 4.0

Relativamente alla digitalizzazione della Pubblica Amministrazione il Piano prevede il rafforzamento delle infrastrutture digitali della pubblica amministrazione, la facilitazione alla migrazione al cloud, un ampliamento dell'offerta di servizi ai cittadini in modalità digitale, la riforma dei processi di acquisto di servizi ICT.

L'AOUs di Alessandria ha ottenuto i finanziamenti per ciascuno degli **interventi della M1C1**, secondo la suddivisione che segue:

M1 C1 1.4.3 Rafforzamento dell'adozione di PagoPA e app. IO

Importo assegnato all'AOUs Alessandria: 59.044,00 €

Progetti identificati: Piattaforma PagoPA Territorio Nazionale - Attivazione Servizi

M1 C1 1.2 Abilitazione al cloud per le PA locali

Importo assegnato all'AOUs Alessandria: 176.655,00 €

Progetti identificati: Progetto di aggiornamento in sicurezza delle applicazioni in cloud per protocollo informatico, gestione documentale e conservazione digitale

M1 C1 1.1 Infrastrutture digitali

Importo assegnato all'AOUs Alessandria: 459.300,00 €

Progetti identificati: Progetto di aggiornamento in sicurezza delle applicazioni in cloud per protocollo informatico, gestione documentale e conservazione digitale

Missione 6: Salute

La Missione “Salute” (M6) contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti (C):

- M6 C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale
- M6 C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario, a sua volta suddivisa in:
 - M6 C2 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
 - 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) delle strutture sede di DEA per adeguarlo il parco dei software ospedalieri ai più recenti standard architetture, di sicurezza e di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
 - 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature), ossia gli asset tecnologici in dotazione presso le strutture ospedaliere, sostituendo tutto il parco delle grandi apparecchiature sanitarie vetuste (anzianità maggiore di 5 anni)
 - M6 C2 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile, ossi perseguire il miglioramento strutturale in materia di sicurezza delle strutture ospedaliere, con l’obiettivo di allinearle alle più moderne normative sismiche a livello internazionale. Per questa attività l’Azienda ospedaliera ha ricevuto i fondi dalla Pianificazione nazionale per gli investimenti complementari (PNC), destinati all’integrazione della Componente 2 della Missione 6.
 - M6 C2 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario
 - Subinvestimenti:
 - M6 C2 2.2 (a) Borse aggiuntive di formazione specifica in medicina generale
 - M6 C2 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere
 - M6 C2 2.2 (c) Corso di formazione manageriale
 - M6 C2 2.2 (d) Contratti di formazione medico - specialistica

L’AOU di Alessandria ha ricevuto i finanziamenti per gli interventi della M6 C2, secondo la suddivisione che segue:

M6 C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA)

Importo assegnato all’AOU Alessandria: 4.561.065 €

Progetti identificati: Rinnovamento Delle Tecnologie ICT Del Presidio Ospedaliero Civile e infantile

1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)

Importo assegnato all’AOU Alessandria: 7.912.606 €

Progetti identificati:

- n. 3 Tomografi computerizzati
- n. 1 Acceleratore lineare
- n. 1 Gamma Camera

- n. 3 Ecotomografi multidisciplinare
- Telecomandati digitali per esami di reparto
- n.1 Ortopantomografo
- n.1 PET/TC

M6 C2 1.2 PNC Verso un ospedale sicuro e sostenibile

Importo assegnato all'AOU Alessandria: 5.130.181,00 €

Progetti identificati: Interventi di adeguamento antisismico del Presidio Civile ed Infantile

M6 C2 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica-FSE

Importo assegnato all'AOU Alessandria: 725.501,00 €

Progetti identificati: Potenziamento delle infrastrutture digitali preposte al collegamento e all'immissione dei dati sanitari come previsto dalle linee guide FSE 2.0", PNRR Missione 6 Componente 2

M6 C2 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere

Importo complessivamente assegnato all'AOU Alessandria: 396.071,15 € di cui:

Finanziamento Modulo A – Modulo formativo Istituto Superiore di Sanità: 46.688,28 €

L'AOU è stata individuata come ente capofila, ai sensi di quanto previsto dalla D.G.R. n. 40 – 4801 del 18 marzo 2022, nonché Centro di Costo del Dipartimento interaziendale “Attività integrate ricerca e innovazione” per il coordinamento di iniziative strategiche in materia di formazione e qualificazione delle risorse umane del SSR, Finanziamento Modulo D riservato agli operatori del CC-ICA (igienisti, clinici, farmacisti, infection nurse, laboratoristi, ecc.): 47.461,98 €

Il corso sarà accreditato ECM ed erogato dall'AOU, individuata come Azienda sanitaria capofila agli operatori del CIOCICA di ogni Azienda sanitaria regionale da essa individuate.

2.2 (c) Corso di formazione manageriale

Importo complessivamente assegnato all'AOU Alessandria: 466.059,61 €

2.2 Performance

Il nostro PIAO in questa sottosezione vuole rispondere a diverse esigenze contemporaneamente:

1. FUNZIONE ORIENTATIVA
2. RESPONSABILIZZAZIONE
3. COSTRUZIONE DELL'IDENTITA' DI GRUPPO E DELL'AMBIZIONE COLLETTIVA
4. ACCOUNTABILITY

Gli indirizzi strategici sono programmati e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target* ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della *performance*.

Gli indicatori vengono definiti sulla base del Sistema di misurazione e valutazione della *performance*.

Costituiscono parte integrante del piano gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Ciò è funzionale a consentire la valutazione della *performance* individuale dei dirigenti.

Eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della *performance* organizzativa e individuale sono tempestivamente inserite all'interno del Piano. Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dall'organo di indirizzo politico amministrativo in caso di necessità che possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della *performance* effettuata con il supporto dei dirigenti.

2.2.1- Identità

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano nella sezione dedicata alle performance aziendali e deve essere sviluppata, specie per quanto riguarda la missione e l'albero della performance, attraverso l'apporto congiunto dei seguenti attori:

- a) vertici dell'amministrazione;
- b) dirigenti o responsabili apicali dei vari settori organizzativi;
- c) altri stakeholder interni (personale);
- d) stakeholder esterni.

In altri termini, ciascuno di questi attori contribuisce, secondo momenti e iniziative di condivisione che vengono individuati dall'organizzazione – e ciascuno in funzione del proprio ruolo – alla esplicitazione dell'identità dell'organizzazione che servirà come punto di riferimento per lo sviluppo delle fasi successive del processo di definizione del Piano in questa sottosezione.

Uno stakeholder è un soggetto – sia esso una persona, un'organizzazione o un gruppo di persone – influenzato o in grado di influenzare l'attività aziendale, le cui opinioni o decisioni, i cui atteggiamenti o comportamenti possono direttamente o indirettamente influire sul processo decisionale o sul raggiungimento di uno specifico obiettivo dell'organizzazione.



Figura 15 – Identità e attori

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria intende costruire un rapporto fiduciario con la comunità, anche per rafforzare il rapporto interno con i dipendenti; per questo intrattiene con i propri interlocutori rapporti di

dialogo e partecipazione, attraverso la completezza e la correttezza delle informazioni rese, ma soprattutto attraverso la condivisione delle scelte in fase programmatica: strategie e obiettivi sono stati frutto di confronto continuo con gli stakeholder, in particolare interni all'azienda ma non solo.

2.2.2 - Mandato istituzionale

L'Azienda è un ente pubblico, senza scopi di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie che si caratterizzano anche per la loro connotazione in termini di alta specialità. La missione è caratterizzata dalle funzioni di assistenza, didattica, di ricerca di base e clinica. In particolare, essa si qualifica nel farsi carico dei bisogni di salute con particolare attenzione alla fase acuta, assumendo, in relazione alle discipline di elevata specializzazione, il ruolo di riferimento a livello ultraprovinciale. L'Azienda sostiene la formazione, la ricerca, la traduzione nella pratica clinica di linee guida e buone pratiche in un'ottica di garanzia della qualità e della affidabilità dei servizi erogati e partecipa a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nei confronti della comunità di riferimento, contribuendo alla tutela e alla promozione della salute, con azioni dirette e attraverso il sostegno alle attività didattiche e di formazione del personale sanitario.

Le scelte sanitarie di ogni Azienda Sanitaria sono effettuate in coerenza con le politiche regionali e gli atti di programmazione nazionale e regionale.

L'azione dell'Azienda si ispira ai criteri di efficacia ed appropriatezza, di efficienza, di equità e di professionalità in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. È vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili gli impegni e i risultati.

I principi istituzionali su cui si basa sono:

- la tutela della salute
- la centralità della persona
- l'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi
- i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori

2.2.3 - L'albero delle performance

Le indicazioni regionali, integrate con esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno, vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti (e integrati con il sistema premiante di tutto il personale).

Nei piani operativi sono dettagliati gli obiettivi operativi, i quali vengono associati alcuni indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse.

La definizione della programmazione nella sottosezione relativa alla performance è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento e che verranno esplicitate nei paragrafi successivi.



Figura 16 - Declinazione strategie aziendali/obiettivi regionali

Abbiamo scelto la parola **PERSONE** per sintetizzare quelli che saranno gli obiettivi del prossimo quinquennio:



Figura 17 – Raffigurazione grafico delle performance

Tale acronimo costituisce la sintesi di quelli che sono gli obiettivi del piano strategico aziendale.

L’Azienda cura e valorizza modalità di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari, favorisce una cultura organizzativa che ha come valori centrali la partecipazione, la collegialità nell’assunzione delle decisioni che riguardano le tipologie e le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e che pone il paziente e i suoi bisogni a riferimento dell’attività dei professionisti e delle attenzioni dell’organizzazione nel suo complesso. Agisce secondo le aree strategiche, che riprendono l’acronimo **PERSONE**.

Persone al centro

Con questo obiettivo si intende porre l’attenzione sulle persone che ogni giorno lavorano in Azienda e che di essa fanno parte. Valorizzare il personale e incrementare il benessere organizzativo implica l’attuazione di politiche e investimenti di risorse mirati e finalizzati ad incrementare l’attrattività dell’Azienda stessa per attirare “talenti” e incentivare, in un “mercato del lavoro” difficile, la stabilità del personale e il miglioramento del servizio per l’utenza.

L’Azienda si pone pertanto l’obiettivo di coinvolgere sempre di più il personale nell’interazione con la direzione strategica, introdurre un sistema di welfare integrativo, sostenere la formazione, incrementare la produttività nel pieno rispetto della trasparenza.

In tale ambito si collocano anche tutte le azioni mirate alla prevenzione dei fenomeni corruttivi e all’attuazione di un piano di monitoraggio annuale.

Esiti, Efficacia e qualità delle cure

Al primo posto tra gli obiettivi strategici aziendali vi è quello di garantire la migliore performance, valutata attraverso le misure annuali definite dal Programma Nazionale Esiti (PNE) di AGENAS che riguardano indicatori di esito delle cure delle funzioni di produzione ospedaliera. L'appropriatezza prescrittiva, gli esiti di salute dei processi clinici, la sicurezza del paziente e la qualità dei dati costituiscono la misura della qualità dei servizi, degli esiti e dell'appropriatezza delle cure assicurando l'innovazione nel perseguimento della salute. L'obiettivo è quello di raggiungere e/o mantenere i valori più alti in tutti gli indicatori del PNE Treemap, posizionando l'Azienda ai primi posti tra gli ospedali nazionali garantendo un miglioramento generalizzato di tutti gli esiti.

L'efficacia delle cure si definisce attraverso l'appropriatezza, abbreviando i tempi della degenza ospedaliera grazie all'efficientamento del percorso di diagnosi e cura, della presa in carico del paziente al termine della fase acuta, riducendo i rischi connessi al prolungamento della degenza e attraverso l'individuazione di indicatori mirati per il monitoraggio dell'efficacia stessa. L'Azienda ha attivato appositi Piani di gestione di alcuni percorsi critici (ad esempio per la gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso - PGS) che dovranno essere ora implementati (aggiornamento del PGS, piano pandemico aziendale, ecc...).

Ricerca come cura e percorso verso IRCCS

Il percorso intrapreso negli ultimi anni dall'Azienda per integrare sempre di più la ricerca con i percorsi di cura e assistenza ai pazienti, si concluderà, per aprire nuove opportunità, con il riconoscimento dell'Azienda a IRCCS entro il 2026. Lo sviluppo della ricerca deve essere a 360° e deve includere non solo l'ambito clinico (seppur predominante) ma anche quello delle professioni sanitarie/assistenziali, della tecnologia (digitale, intelligenza artificiale), dell'innovazione organizzativa, dell'attività tecnico-amministrativa-professionale.

Sicurezza e Sostenibilità

La sicurezza come obiettivo da declinare:

- 1) sui lavoratori: prevenzione e protezione dei lavoratori, benessere organizzativo
- 2) sui pazienti: valutazione, monitoraggio, riduzione/eliminazione del rischio clinico
- 3) sui dati: cybersecurity, valutazione, monitoraggio, riduzione/eliminazione del rischio di violazione nel processo di trattamento dei dati personali

In tale contesto si inseriscono inoltre gli interventi di sicurezza "edilizia" ed efficientamento energetico.

La sostenibilità sociale, economica e ambientale deve essere perseguita a livello aziendale attraverso azioni concrete (completamento dei progetti PNRR, sviluppo del piano di edilizia sanitaria, efficientamento energetico, appropriatezza delle cure).

Organizzazione efficiente dei percorsi, equilibrio di bilancio

Con questo obiettivo si intende proseguire con i percorsi di efficientamento intrapresi dall'Azienda nei diversi ambiti di attività:



L'efficientamento dei percorsi passa attraverso diversi obiettivi specifici che includono il rispetto e la riduzione dei tempi di attesa anche attraverso ambulatori nel fine settimana, aperture straordinarie dei centri trasfusionali, appropriatezza delle prestazioni, equilibrio tra attività istituzionale e libera professione, degenze appropriate, continuità assistenziale, definizione di procedure e percorsi efficientanti, continuo monitoraggio dei dati e dei processi, utilizzo di strumenti tecnologici innovativi.

L'equilibrio di bilancio è un elemento imprescindibile per una sana gestione aziendale e tale obiettivo deve essere perseguito attraverso l'efficientamento dei percorsi interni e l'appropriatezza delle prestazioni..

“Nuovi” Ospedali e Innovazione a tutto tondo

I prossimi anni vedranno l'Azienda impegnata nella realizzazione delle opere di riqualificazione dell'Ospedale Infantile, nel potenziamento del Presidio di riabilitazione Borsalino e nello svolgimento delle procedure di competenza e delle attività propedeutiche per la realizzazione del Nuovo Ospedale Civile nel rispetto delle tempistiche e delle indicazioni regionali.

L'innovazione sarà perseguita in ogni ambito di attività: innovazione tecnologica e rinnovo delle attrezzature, innovazione organizzativa, digitalizzazione (Fascicolo Sanitario Elettronico), nuove tecnologie (intelligenza artificiale), innovazione e piano edilizia.

Empowerment ed accessibilità, aspettative e attese

L'empowerment è il concetto che riassume l'importante obiettivo di rafforzare sempre di più il ruolo dell'utenza (individualmente o in ambito di attività associativa) nella definizione dei piani di miglioramento dei servizi aziendali e di umanizzazione degli ambienti e dei processi di cura. L'accessibilità è elemento determinante per garantire ai cittadini il loro diritto alla cura e più in generale alla salute. Per accessibilità si intende la rimozione di barriere fisiche (architettoniche) ma anche il decoro e il comfort degli ambienti presso i quali l'attività sanitaria viene erogata/svolta, di barriere socio-culturali e strumentali (accessibilità digitale), di barriere sistemiche (tempi di attesa). L'obiettivo è quello di migliorare l'esperienza dell'utenza, i servizi anche non strettamente sanitari (comfort ambientale, pasti, ...), l'accesso alle informazioni, l'accesso ai servizi in tempi più rapidi possibili. Per raggiungere tali obiettivi l'Azienda prosegue la sua attività di misurazione delle aspettative e monitoraggio della soddisfazione dei clienti esterni ed interni. I tempi di attesa costituiscono altresì un punto fondamentale nel diritto alla cura dei cittadini e pertanto la loro riduzione costituisce obiettivo prioritario del prossimo Piano Strategico Aziendale. Tale obiettivo include la riduzione delle attese di specialistica ambulatoriale; la riduzione delle attese degli interventi in classe A e B, collaborazione con il territorio per gli interventi in classe C e D; miglioramento dei tempi di attesa in Pronto Soccorso, aperture di ambulatori nei giorni di sabato e domenica.

2.2.4 - Obiettivi strategici

Il contesto e lo scenario di riferimento costituiscono elementi imprescindibili che sono stati considerati nella definizione della presente sottosezione.

Le sette macroaree-obiettivo individuate nel Piano Strategico 2025-2030 sono state declinate in obiettivi operativi e progetti aziendali per i quali è stato definito un monitoraggio centrale.

L'implementazione dei progetti è in carico a gruppi di lavoro, coordinati da un project leader, e le azioni individuate hanno un owner di riferimento, un cronoprogramma di dettaglio (GANTT) e indicatori di

monitoraggio. Alcuni obiettivi sono ribaltati nelle schede di budget di ogni singola Struttura, mentre gli altri esclusi vengono valutati tramite il sistema premiante di tutto il personale.

Nel 2024 sono proseguiti e conclusi i progetti previsti dal Piano Strategico quinquennale 2019-2024.

Tali obiettivi trovano spazio nel Piano nella sottosezione Performance e nelle schede di budget delle strutture.

Per poter valutare gli impatti generati sul contesto interno ed esterno su cui opera l'azienda, gli obiettivi operativi specifici, gli obiettivi trasversali (semplificazione, piena accessibilità, pari opportunità) e i relativi indicatori di *performance* sono stati collegati alle strategie di creazione e protezione del Valore Pubblico individuando alcune macrocategorie. La misurazione degli impatti generati avverrà, in termini di benessere complessivo come indicatore composito sintetico, calcolabile quale media degli indicatori analitici di impatto.

Macro categoria	Descrizione
Sostenibilità sociale	Obiettivi/interventi volti a garantire condizioni di benessere umano (sicurezza e salute) ed equità lavoratori e comunità di riferimento agendo su livelli di trasparenza, sviluppo del capitale umano, adeguata risposta ai bisogni degli stakeholder, estraneità ad attività illecite volte a ottenere vantaggi personali.
Sostenibilità ambientale	Obiettivi/interventi volti a preservare l'ecosistema e il rinnovamento delle risorse naturali: orientati alla riduzione, conservazione e riciclo delle risorse naturali e alla riduzione delle emissioni.
Sostenibilità economica	Obiettivi/interventi volti a rispettare il vincolo di bilancio determinato dal raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e ad ottimizzare risorse economiche-patrimoniali.
Digitalizzazione	Obiettivi/interventi volti a migliorare le infrastrutture digitali e la connettività, nonché la trasformazione e l'innovazione della Azienda in chiave digitale.
Innovazione gestionale	Obiettivi/interventi volti a potenziare la capacità di risposta (offerta) dell'azienda verso le richieste dei propri stakeholder.
Qualità	Obiettivi/interventi volti a migliorare la qualità fruita rispetto alla domanda, erogata rispetto agli standard previsti, percepita rispetto alla soddisfazione.
Fragilità	Obiettivi/interventi volti a rispondere ai bisogni emersi per rafforzare l'ambito territoriale di assistenza agendo sulla gestione della cronicità e sviluppando servizi di telemedicina.
Ricerca	Obiettivi/interventi finalizzati alla produzione di innovazione e miglioramento nei processi di salute, anche attraverso la definizione di nuovi strumenti per la prevenzione, la diagnosi e cura o il loro aggiornamento.

In allegato (Allegato E) si riportano gli obiettivi strategici e operativi che verranno portati avanti nel quinquennio e in particolare nel 2025 esplicitando per ciascun obiettivo operativo, le responsabilità e i soggetti coinvolti, le finalità dell'obiettivo, la categoria di riferimento, l'indicatore/target e la scadenza.

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono anche la definizione delle priorità degli investimenti previsti dal piano investimenti aziendale. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting.

In particolare, tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di attuare tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse attraverso diversi canali (riunioni di Collegio di Direzione, accordi con i partner, conferenze stampa, riunione della Conferenza Aziendale di Partecipazione, intranet aziendale, newsletter aziendale, sito, sistema di Business Intelligence, ecc...).

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione.

Le dimensioni presidiate, come da scheda di budget, sono le seguenti:

- **Produzione:** obiettivi correlati ad aumento/mantenimento della produzione e del casemix
- **Utilizzo di risorse:** relativo all'efficientamento dell'assorbimento di risorse per l'erogazione di prestazioni
- **Processi:** obiettivi di organizzazione e processo correlati ai percorsi sanitari (Degenza Media, Tempo Operativo, Peso Medio, attrazione, % ricoveri inappropriati, tempi di attesa...)
- **Esiti:** in termini di mortalità, complicanze, ed esiti in termini di soddisfazione degli assistiti
- **Attività scientifica:** relativi alla produzione scientifica delle strutture e all'attività di ricerca

Tali obiettivi sono la conseguenza delle scelte strategiche e degli obiettivi strategici di performance; essi vengono assegnati a tutte le Strutture attraverso una fase di concertazione ed approfondimenti con tutti i Direttori/Responsabili, alla presenza dei Direttori dei Dipartimenti di appartenenza, definendo le risorse necessarie, gli indicatori e le tempistiche di raggiungimento.

In corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati. Lo stato di raggiungimento degli obiettivi, come tutta la reportistica di interesse viene aggiornata mensilmente e pubblicata sulla piattaforma di business intelligence aziendale.

Inoltre, anche sulla base degli obiettivi di budget e degli obiettivi del piano strategico avviene la valutazione individuale.

A fine anno l'Organismo indipendente di valutazione (OIV) (deliberato dalla Direzione Generale) valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Le logiche che sottendono alla definizione degli obiettivi di budget vengono articolate in base ai seguenti aspetti:

- Approccio multidimensionale alla valutazione delle performance
- Sviluppo armonico del sistema aziendale
- Rafforzamento ruolo dipartimento

- Il processo

L'assegnazione del budget si articola in base al seguente processo:

- La Direzione Generale definisce le linee programmatiche e gli obiettivi generali di riferimento per l'anno in accordo con la programmazione regionale;
- Le linee programmatiche, unitamente alla documentazione di supporto predisposta dal Controllo di Gestione, vengono trasmesse alle Strutture e nel 1° incontro di budget le schede di Budget vengono discusse con la Direzione Generale in modo da arrivare ad una definizione di obiettivi condivisi.

Si rimanda alla Sezione 4. - Sottosezione “Valore Pubblico” e “Performance” per gli strumenti e le attività di monitoraggio specifici.

Graduazione di peso degli obiettivi

Agli obiettivi vengono assegnati pesi diversificati per tipologia di centro di responsabilità.

Per quanto riguarda le strutture sanitarie vengono assegnati obiettivi comuni per il personale dirigente e per il personale di comparto, graduati con pesi diversi. Per quanto concerne le strutture amministrative la scheda con obiettivi di budget è unica e comprende obiettivi legati alle dimensioni quali appropriatezza ed efficienza, e obiettivi legati a progetti specifici.

Di seguito si riporta una tabella fac-simile per le strutture sanitarie.

AREA	OBIETTIVO	ALGORITMO	VALORE 2021	OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
POTENZIAMENTO PRODUZIONE	equilibrio di bilancio, produzione	consumo costi diretti, margine, risorse interne/ggdegenza, n. interventi chirurgici, volumi di prestazioni ambulatoriali				
UTILIZZO DELLE RISORSE	costi diretti	dispositivi medici, farmaci ed emoderivati...				
PROCESSI	degenza media, tasso occupazione PL/RO, peso medio, recupero tempi di attesa	AVG (giornate di degenza), (giornate di degenza/(posti letto*365)), AVG (peso del ricovero), AVG-TA)				
ESITI	Rispetto indicatori PNE, redistribuzione valore giornate di degenza	progetto, % PTCA entro 2gg dal ricovero				
AREA ATTIVITA' SCIENTIFICA	aumento attività scientifica, studi clinici, bandi finanziati	numero bandi finanziati, numero studi clinici, numero progetti presentati a bandi finanziati				
DATA	FIRMA DIR.GENERALE	FIRMA DIR.DIPARTIMENTO	FIRMA DIR. STRUTTURA	FIRMA COORDINATORE		

Figura 18 - Tabella Fac-Simile

Sono anche previsti

- **criteri di accesso:** le unità organizzative per poter accedere al premio di risultato dovranno garantire una soglia “standard” e, nel caso di mancato raggiungimento, la retribuzione di risultato è ridotta secondo parametri definiti.
- **obiettivi per il direttore di dipartimento** che concorrono alla sua valutazione: sono obiettivi legati alle capacità manageriali e di gestione della propria equipe

Raggiungimento degli obiettivi

La retribuzione di risultato viene corrisposta in rapporto al grado di raggiungimento degli obiettivi secondo la seguente percentuale:

Raggiungimento fino al 39%	premio di risultato	0%
Raggiungimento dal 40% al 49%	premio di risultato	50 %
Raggiungimento dal 50% al 59%	premio di risultato	60 %
Raggiungimento dal 60% al 69%	premio di risultato	70 %
Raggiungimento dal 70% al 79%	premio di risultato	80 %

Raggiungimento dal 80% al 100% premio di risultato 100 %

Il sistema premiante

Le fasi principali del processo di valutazione individuale sono le seguenti:

- **assegnazione**, entro il mese di marzo sono definiti, discussi ed assegnati gli obiettivi oggetto di valutazione;
- **monitoraggio**, ove applicabile il personale riceve report periodici con lo stato di avanzamento delle attività ed il valutato è tenuto a segnalare tempestivamente l'insorgenza di criticità e problemi che possano pregiudicare il raggiungimento degli obiettivi assegnati in maniera tale da poter rimodulare i parametri definiti in sede di negoziazione iniziale;

valutazione finale, entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello posto in valutazione il valutato deve predisporre le schede e le relazioni di autovalutazione come previsto dalle procedure, formalizzando la procedura con la sottoscrizione da parte del valutato e del valutatore.

La **valutazione individuale** analizza l'attività lavorativa effettivamente osservabile nell'anno oggetto di valutazione. Pertanto, il premio economico collegato è corrisposto in relazione:

- alla presenza effettiva in servizio;
- all'autorizzazione di giustificativi assimilati alla presenza (es. missioni, formazione, recupero ore, riposo compensativo, recupero festività non godute);
- ad assenze dovute obbligatoriamente in forza di disposizioni normative/contrattuali (ferie, recupero festività, riposo biologico).

Le altre assenze producono la riduzione della retribuzione annuale di **risultato/produzione collettiva** nelle seguenti misure:

- di un rateo mensile per assenze da 16 a 45 giorni
- di ratei mensili successivi in presenza di ulteriori multipli di 30 giorni di assenza.

Se si verificano controversie il valutato può ricorrere ad una procedura di conciliazione e produrre istanza di riesame corredata con la documentazione analizzata ed a sostegno della motivazione di contestazione.

Nel caso in cui il valutato non concordi con la valutazione di seconda istanza, lo stesso può ricorrere all'Organismo Indipendente di Valutazione che esprimerà un parere definitivo.

Per il dettaglio sul processo di budgeting si rimanda al Sistema di misurazione e valutazione della performance (SI.MI.VA.P), adottato con delibera n. 37 del 28/01/2021, ai sensi dell'art. 7 del d.lgs. 150/2009.

Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Piano sottosezione performance

FASE	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
Definizione linee di indirizzo strategiche															
Adozione del PIAO con validazione OIV															
Elaborazione proposta schede di budget															
Negoziazione obiettivi di budget															
Monitoraggio															
Verifica OIV															
Redazione relazione sulle performance anno precedente															

L'approvazione formale del Piano sottosezione Performance è la conclusione di un percorso che può essere ipotizzato come articolato nei seguenti passi logici:

PIAO 2025-2027

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da realizzare per il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello aziendale o di singola struttura.

Pertanto, vi deve essere un'integrazione logica tra il piano sezione performance ed il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio aziendale.

La coerenza dei contenuti del Piano agli indirizzi del bilancio di previsione viene realizzata tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da confluire in un unico GANTT temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi: dal Bilancio al Controllo di gestione, all'Organismo indipendente di valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, quali in primis il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

L'elaborazione del bilancio di previsione dovrebbe avvenire nella seconda metà dell'anno precedente quello di riferimento, in modo da poter essere adottato entro il 31 dicembre, salvo diverse disposizioni regionali.

In data 29.11.2024 è stato deliberato il Conto Economico Preventivo Provvisorio Tecnico per l'anno 2025.

Il fine è quello di creare un valido strumento che costituisca la base economico-finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali ed il ribaltamento degli obiettivi economici (e non solo) alle varie strutture aziendali.

In particolare, oltre al sistema autorizzativo per l'acquisto di beni e servizi posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori sulla base delle risorse effettivamente disponibili che costituisce un limite alla spesa, vanno considerati anche gli obiettivi di carattere economico-finanziario che ogni anno costituiscono un'ampia parte degli obiettivi di mandato assegnati dalla Regione alla Direzione aziendale.

Non essendo prevista una vera "Nota integrativa" al bilancio annuale di previsione, vengono redatte una Nota illustrativa delle modalità tecniche di redazione del bilancio ed una relazione accompagnatoria che motiva gli scostamenti più rilevanti sui costi e sulla produzione rispetto all'esercizio precedente alla luce delle scelte strategiche aziendali. Inoltre, il fascicolo del Bilancio di Previsione è composto altresì di un Piano Investimenti triennale e di un Piano dei Flussi di cassa prospettici (Rendiconto Finanziario)

Azioni per il miglioramento delle performance

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

Tale sezione è inoltre integrata con la sezione trasparenza al fine di individuare le aree chiave di misurazione del rapporto con i cittadini e fornirne trasparenza come massima leggibilità di tali informazioni da parte dei vari stakeholder.

Coerenza con la sottosezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza"

All'interno del PIAO, la coerenza della sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" con la sottosezione "Performance" è assicurata con modalità tali che l'attuazione di quanto previsto dalla prima sottosezione costituisca una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione sia organizzativa che individuale, da realizzarsi con:

- l’inserimento nel sistema di valutazione di obiettivi specifici programmati nella presente sottosezione;
- l’attuazione degli obiettivi individuati in tema di Amministrazione Trasparente;
- Coordinazione e collaborazione fra i responsabili delle Strutture ed i responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il corretto svolgimento delle procedure secondo le indicazioni previste dalla normativa vigente.

L’OIV garantisce la validità e verifica la coerenza tra quanto indicato nella sottosezione anticorruzione e trasparenza e gli obiettivi individuati nella sottosezione performance; dell’esito del raggiungimento degli obiettivi individuati (e dunque dell’esito della valutazione delle performance organizzativa ed individuale), viene dato specificamente conto nella Relazione delle performance (art. 10, d.lgs. 150/2009).

Come previsto dal Sistema di misurazione e valutazione della performance SIMIVAP, l’Azienda mensilmente pubblica i report per monitorare l’andamento delle Strutture ed il raggiungimento degli obiettivi e periodicamente la Direzione effettua incontri di monitoraggio al fine di apportare eventuali modifiche agli obiettivi inizialmente assegnati sulla base dell’attività del primo semestre. Le eventuali rimodulazioni di obiettivi e indicatori operate durante il ciclo della performance sono formalmente e tempestivamente comunicate all’OIV.

2.3 -Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

Il tema della prevenzione della corruzione e della trasparenza è a pieno titolo inserito nel nuovo strumento di programmazione (PIAO), con l’effetto della trasformazione del PTPCT (Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza), in Sottosezione “*Rischi Corruttivi e Trasparenza*” e costituisce finalità fondamentale, in quanto condizione abilitante per aumentare la probabilità di generare valore pubblico.

Di fatto, pur mantenendo finalità e struttura, in ragione delle indicazioni e degli orientamenti A.N.A.C., risponde ora anche ad una logica di integrazione con altri temi presenti nel PIAO.



Il presente documento, predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT - dott.ssa Delfina Legora, nominata con deliberazione n. 229 del 31 marzo 2021, confermata per il biennio 2023-2024 con deliberazione n. 592 del 29.12.2022) e per l’anno 2025 con deliberazione n. 693 del 31.12.2024, si presenta come aggiornamento complessivo con l’obiettivo di dare continuità alle iniziative da tempo intraprese dall’AOU AL in tema di prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi e, più in generale, ai fenomeni c.d. di “*maladministration*”.

Nello specifico, si prefigge di pianificare e programmare azioni ed interventi per contrastare il fenomeno dell’illegalità e prevenire i fenomeni corruttivi attraverso un contesto orientato ai valori della trasparenza, dell’integrità e dell’etica ed un percorso di cambiamento culturale che ponga al centro di ogni azione e decisione amministrativa l’obiettivo della qualità nei servizi, nelle prestazioni e nelle relazioni tra l’AOU AL e i cittadini/utenti.

Nella programmazione triennale delle misure di prevenzione della corruzione per il periodo 2025-2027, i dirigenti e tutto il personale, per i profili di competenza, hanno prestato un apporto fondamentale nell’individuazione delle linee strategiche da adottare per prevenire il rischio corruttivo; nello specifico:

- sono stati considerati, secondo una logica di miglioramento progressivo, gli esiti del monitoraggio del piano dell'anno precedente, anche al fine di evitare la duplicazione di misure e l'introduzione di misure eccessive, ridondanti e poco utili;
- sono stati considerati gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza fissati dagli organi di indirizzo anche per favorire la creazione nonché la protezione del valore pubblico.

La sottosezione comprende e conferma uno spazio dedicato alla Trasparenza, anche a seguito delle modifiche normative introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016 ed è corredata da n. 3 allegati:

- allegato A) “Mappatura e valutazione del rischio”
- allegato B) “Misure di prevenzione alla corruzione”
- allegato C) “Misure di Trasparenza”

Nell'ottica di una maggiore condivisione dei contenuti con i portatori di interesse, la stesura del presente documento è stata preceduta da una “consultazione aperta”, mediante apposito avviso pubblicato dal 14.01.2025 al 28.01.2025; alla scadenza di detta consultazione non è pervenuta alcuna osservazione.



Le disposizioni della presente sotto-sezione entrano in vigore dalla data di approvazione del PIAO e costituiscono atto fondamentale generale di direttiva, indirizzo ed operatività per tutte le strutture dell'Azienda, per tutti gli operatori e per tutti coloro che prestano servizio presso di essa, a qualunque titolo.

L'inosservanza di misure ed adempimenti previsti costituisce illecito disciplinare.

La prospettiva temporale è da ritenersi sino al 2027, con possibilità di effettuare ulteriori aggiornamenti annuali o, quando ritenuto necessario, in ragione di particolari vicende o mutamenti organizzativi rilevanti, quali:

- modifiche organizzative all'interno dell'AOU AL,
- modifiche normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del presente documento;
- nuovi indirizzi o direttive fornite dall'A.N.A.C.

Per quanto non espressamente previsto nel presente documento, l'attività di prevenzione della corruzione e sulla trasparenza trova applicazione secondo le previsioni della legge n. 190/2012, delle altre normative nazionali e regionali in materia, del Piano Nazionale Anticorruzione nelle sue edizioni.

Il concetto di “anticorruzione” e di “trasparenza”

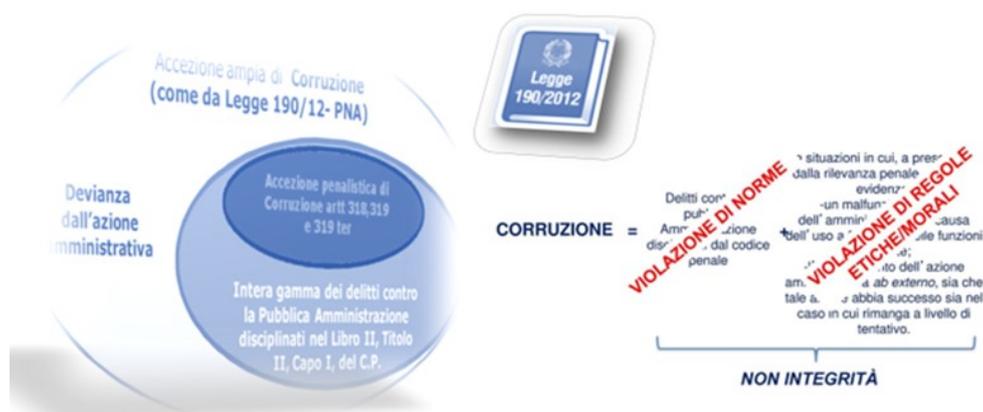
La missione della P.A. è quella di perseguire unicamente l'interesse della collettività, e qualora ciò non accada, perché alla cura del bene pubblico si preferisce il conseguimento di un'utilità privata, si è in presenza di un grave diminuzione del concetto della buona amministrazione. È evidente che, in un contesto caratterizzato da una P.A. che funziona poco e male, trova terreno fertile la corruzione che, a sua volta, è facilitata dalla scarsa trasparenza dell'agire della Pubblica amministrazione stessa. Allo scopo di introdurre nell'ordinamento italiano delle disposizioni finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo, è stata adottata la L. 190/2012.

Prima di esaminare i contenuti del presente documento, e per facilitarne la comprensione, si è ritenuto opportuno illustrare, brevemente, i concetti di “anticorruzione” e “trasparenza”, due definizioni aventi ciascuna un proprio ambito di applicazione ed una propria sfera di autonomia, anche se, nonostante ciò, esse agiscono, di norma, in simbiosi.

Ai sensi della l. 190/2012 e dei PNA, la definizione del concetto di corruzione è più ampia del reato stesso di corruzione e anche del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, previsti dal codice penale, e coincide con la “*maladministration*”, ovvero una serie di scelte operative e decisionali all’interno delle quali tende a prevalere l’interesse particolare del singolo a scapito di quello della collettività. Trattasi di condotte che cagionano il malfunzionamento della macchina amministrativa e che, pertanto, inquinano la P.A. (dall’interno o dall’esterno) portando a “sporcare” la sua immagine e incrinando, così, la fiducia che i cittadini nutrono nei suoi confronti.

In particolare, nel concetto di “*maladministration*” rientrano fatti e/o relazioni giuridiche di vario genere quali conflitti di interessi, favoritismi, clientelismi, occupazione illegittima di cariche pubbliche o di incarichi, doppi incarichi, sprechi, assenteismi, ritardi o inefficienze che si traducono in disfunzioni patologiche della PA che, seppur prive di rilevanza penale, comunque minano i principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità della stessa (art. 97 Cost.).

L’ampliamento del concetto di corruzione è il frutto della diversa logica della prevenzione rispetto alla repressione: il sistema di prevenzione mira ad intervenire su ciò che può accadere e non guarda solo a ciò che è accaduto, si rivolge all’organizzazione e non solo all’azione; in sostanza il focus si sposta dalla patologia dell’illecito alla presenza di un rischio e la strategia di contrasto si rivolge ai conflitti di interesse, da evitare, conoscere, controllare, mettere in trasparenza.



L’art. 1, comma 1, della L. 241/1990 include tra i criteri generali che regolano l’agire della pubblica amministrazione, il principio della trasparenza, destinato a regolare i rapporti tra governatori e governati.

Il principio della trasparenza, infatti, è da intendersi come immediata e facile controllabilità di tutti i momenti e di tutti i passaggi in cui si esplica l’operato della P.A., allo scopo di garantire la sua imparzialità ed il suo buon andamento, così come espressamente sancito dalla nostra Carta Costituzionale.



Proprio per tale ratio si è spesso usata la definizione di “casa di vetro” con riferimento alla pubblica amministrazione allo scopo di evidenziare l’esigenza che il suo operato debba, perentoriamente, essere reso facilmente conoscibile agli occhi di tutti.

La “**TRASPARENZA**”, quindi, intesa quale misura cardine dell’intero impianto anticorruzione, attuata principalmente attraverso la pubblicazione dei dati e delle informazioni elencate dal d.lgs. 33/2013 sul sito web nella sezione "Amministrazione trasparente".



L’obiettivo è consentire di porre in essere un controllo generalizzato e diffuso grazie alla massima circolazione possibile delle informazioni tra il sistema amministrativo ed il mondo esterno, favorendo, così, il rapporto tra le pubbliche amministrazioni e i diritti dei cittadini.

L’intento di unire il concetto di anticorruzione a quello di trasparenza è quello di plasmare, attraverso tale relazione, la figura di una P.A. quanto più trasparente, integra, pulita e libera da possibili condizionamenti illeciti nonché restia a qualsiasi fenomeno di stampo corruttivo.

Oltre al decreto attuativo 33/2013, che ha istituzionalizzato la prima e fondamentale misura di contrasto al fenomeno della corruzione nella p.a., hanno fatto seguito ulteriori interventi parimenti rilevanti ai fini della lotta alla corruzione:

- il d.lgs. n. 39/2013 che ha introdotto una disciplina ad hoc in materia di incarichi pubblici fornendo una precisa definizione delle ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità degli stessi;
- il DPR n. 62/2013 attraverso il quale si è introdotto il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici riportante misure ad hoc volte a prevenire possibili attività corruttive;
- il d.lgs. n. 97 /2016 intervenuto come correttivo del decreto legislativo n. 33/2013 in materia di Accesso Civico “semplice” e Accesso Civico “generalizzato”;
- il d.lgs. n. 50/2016 in materia di contrattualistica pubblica (fino al vigente Codice Appalti - d.lgs. 36/2023 e d.lgs 209/2024 “*Disposizioni integrative e correttive al codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36.*”)
- l’istituto del whistleblowing
- la formazione e la rotazione del personale
- il divieto di pantouflage
- l’astensione in caso di conflitto di interessi

che verranno approfonditi nel paragrafo 2.3.2. “*Misure generali di prevenzione della corruzione*”.

Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

Il sistema della prevenzione della corruzione introdotto nel nostro ordinamento si realizza attraverso un’azione coordinata su due diversi livelli: il livello nazionale ed il livello decentrato; a livello nazionale, l’organo che ha il compito specifico della prevenzione della corruzione nelle P.A. è l’ANAC che, attraverso il PNA, coordina l’attuazione di quanto previsto dalla L. 190/2012 (cd. legge anticorruzione), come di seguito rappresentato:

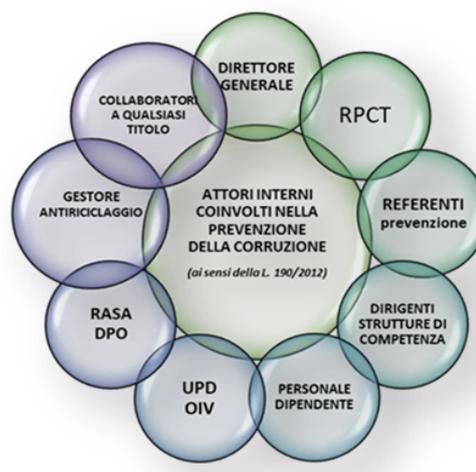
L. 190/2012 - D.LGS 33/2013- D LGS 97/2016	IL RUOLO DELL'ANAC	I COMPITI DELLA P.A.
Attori, organizzazione e responsabilità	Adotta il PNA, che costituisce atto di indirizzo per la P.A	Nominare il RPCT
Individuazione Aree di rischio comuni a tutte le P.A.	Individua i principali rischi di corruzione ed i relativi rimedi	Adottare il piano anticorruzione, conformemente alle previsioni normative ed alle indicazioni fornite dal PNA
Integrazione fra corruzione e trasparenza	Individua obiettivi, tempi e modalità di adozione e attuazione delle misure di contrasto alla corruzione”.	Assicurare la pubblicazione delle informazioni e garantire il diritto di accesso ai sensi di legge
Misure generali di prevenzione e possibili misure specifiche	Adotta linee-guida in tema di prevenzione della corruzione	Integrare trasparenza e anticorruzione nella programmazione strategico gestionale
Sistema sanzionatorio in caso di mancata osservanza delle disposizioni	Adotta linee-guida in tema di trasparenza	Tenere conto, nella misurazione e valutazione della performance, degli obiettivi connessi all’anticorruzione e trasparenza
Obblighi di pubblicazione e Diritto di accesso	Esercizio poteri ispettivi (con varie modalità) specificatamente sanzionatori in tema di trasparenza	Adottare sistemi di monitoraggio e verifica interna sull’effettiva attuazione del Piano anticorruzione

A livello decentrato, tale sistema di prevenzione non riguarda solo il RPCT, ma l'intera struttura organizzativa; l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni ente, infatti, dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT che del sistema predetto è il principale coordinatore.

Il ruolo di coordinamento del RPCT, infatti, non deve in nessun caso essere interpretato come una deresponsabilizzazione degli altri soggetti, in particolare dei responsabili delle unità organizzative, in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio.

Tale coordinamento, oltre a rafforzare il ruolo di presidio del RPCT, consente una condivisione di obiettivi e la diffusione delle “buone pratiche”, con conseguente maggiore probabilità di una concreta efficacia degli strumenti e delle azioni poste in essere, ovvero stimola e responsabilizza maggiormente i diversi soggetti all’effettiva attuazione delle misure.

Nel caso specifico dell’AOU AL, concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità e partecipano al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti, ciascuno per il proprio ruolo e responsabilità, come di seguito indicato



SOGGETTO	RUOLO
Direttore Generale	<p>Il Direttore Generale è l'organo cui compete l'adozione iniziale del PIAO ed i successivi aggiornamenti; nello specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne dà comunicazione all'ANAC; adotta tutti i provvedimenti e gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, nonché gli atti volti a garantire il necessario coordinamento e collegamento tra il Piano e gli altri atti di programmazione.
RPCT	<p>Svolte le funzioni previste dalla Legge n. 190/2012 e dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. (sostituito dott.ssa Patrizia Negri); nello specifico, come integralmente riportate nell'Allegato 3 della delibera ANAC n.1064/2019, che si intendono integralmente richiamate, ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> elabora la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e propone modifiche in caso di accertate significative violazioni non espressamente previste o in seguito a significativi e perdurevoli cambiamenti dell'organizzazione; effettua la mappatura dei processi aziendali, la valutazione dei rischi e la conseguente indicazione delle misure atte a prevenirli; verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità; individua il personale da inserire nei percorsi di formazione su indicazione dei responsabili delle diverse strutture. <p>Il RPCT, oltre alla relazione secondo il modello ANAC, da pubblicarsi nella sezione "amministrazione trasparente", predispone una relazione descrittiva dell'attuazione delle misure di prevenzione, da trasmettere alla Direzione Generale e all'OIV, anche ai fini del collegamento con il ciclo di gestione delle performance.</p>
OIV	<p>Tale organo, nominato con apposita deliberazione del DG (da ultima, la n. 337 del 17/07/2023) , si inquadra nell'ambito dell'articolato sistema dei soggetti dell'anticorruzione ed ha tra le funzioni più rilevanti quella di verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che le misure per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale e che nella misurazione di valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Con deliberazione n. 625 del 21 giugno 2017 è stato approvato il Regolamento di funzionamento dell'OIV, successivamente modificato con deliberazione n. 337 del 17/07/2023, nel rispetto dei poteri e delle competenze individuate dalla vigente normativa in materia.</p>
Dirigenti strutture sanitarie	<p>Devono prestare particolare attenzione e fornire ampia collaborazione al RPCT in tema di tutte le questioni di carattere sanitario e non, individuate da ANAC quali possibili aree di rischio specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> attività libero-professionale e liste di attesa; attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero; utilizzo farmaci, dispositivi e altre tecnologie e contatti con i rappresentanti; corretta tenuta e tempestivo rilascio di documentazione sanitaria; sperimentazioni cliniche; sponsorizzazioni; alienazione di immobili da parte dell'AOU AL. <p>In sede di definizione "Budget 2022" delle Strutture, è stato inserito, quale obiettivo per i Dirigenti, la partecipazione fattiva e collaborativa con l'RPCT della mappatura dei rischi corruttivi su tutti i processi gestiti, nonché l'individuazione delle misure di contrasto e monitoraggio dell'applicazione delle stesse.</p>
Dirigenti strutture amministrative	<p>I dirigenti e le strutture amministrative:</p> <ul style="list-style-type: none"> partecipano al processo di gestione del rischio, e segnatamente adottano misure gestionali finalizzate alla prevenzione della corruzione; propongono le misure di prevenzione al RPCT; assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; assicurano il reperimento, l'elaborazione e la corretta pubblicazione dei documenti, dei dati e delle informazioni ai fini dell'alimentazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web, e in ogni caso, garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal D.Lgs. 33/2013 (art. 43, co. 3, D. Lgs. 33/2013). gestiscono, anche nel coordinamento con l'Ufficio all'uopo incaricato e/o con il RPCT, le istanze di

SOGGETTO	RUOLO
	accesso civico “generalizzato” di loro competenza (art. 43, co. 4, D.Lgs. 33/2013).
<i>Direttori di dipartimento</i>	Rivestono un incarico di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale e pertanto hanno il compito di coordinare e vigilare che i singoli Direttori si attengano alle indicazioni del presente Piano anche in materia di Trasparenza.
<i>Referenti prevenzione corruzione e per la trasparenza</i>	<p>Sono chiamati ad assolvere a tutte le incombenze indicate dal PIAO – Sezione Anticorruzione e Trasparenza, nonché a svolgere - in ogni caso - i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lato prevenzione della corruzione: <ul style="list-style-type: none"> • fornire tutte le informazioni necessarie al RPCT ai fini dell’individuazione delle aree a più elevato rischio corruzione; • formulare specifiche proposte volte all’adozione di misure di prevenzione del rischio; • relazionare al RPCT, a richiesta o, comunque, con cadenza periodica, gli esiti del monitoraggio; • segnalare tempestivamente al RPCT ogni episodio di illecito; • assicurare l’osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; • adottare le misure gestionali, quali l’avvio di procedimenti disciplinari di rispettiva competenza; • osservare le misure contenute nel Piano. • Lato trasparenza: <ul style="list-style-type: none"> • assicurare, con riferimento alla propria area di competenza, come specificate nel presente Piano, la raccolta e/o l’elaborazione di tutti i dati oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale, sezione “Amministrazione Trasparente”; • garantire, previo coordinamento con il RPCT, nel rispetto dei termini di legge e della qualità della pubblicazione, il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione e il costante aggiornamento dei dati pubblicati.
<i>Gestore antiriciclaggio</i>	È stata individuata come “gestore dell’antiriciclaggio” Aziendale la dott.ssa Patrizia Negri, Dirigente S.S. Libera Professione e Coordinamento servizi al Cittadino. Con deliberazione n. 741 del 30/12/2021 è stato adottato il “Regolamento in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo”, successivamente integrato con deliberazione n. 480 del 28.10.2022 ai fini dell’attività di controllo interventi PNRR M6 Salute.
<i>RASA</i>	Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell’inserimento e dell’aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. E’ intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Nel corso dell’anno 2021 è stato nominato come RASA un dirigente della S.C. Area appalti innovativi e procedure d’acquisto sovrazionali che, a seguito di cessazione dal servizio, è stato sostituito dal dott. Gianluca Miglietta, dirigente della medesima struttura (nomina effettuata con deliberazione n.. 118 del 10.03.2022).
<i>DPO</i>	Oltre a favorire l’osservanza della normativa supportando il Responsabile del Trattamento dei Dati o svolgendo valutazioni di impatto e audit in materia di protezione dei dati, funge da interfaccia fra tutti i soggetti coinvolti: autorità di controllo, interessati, servizi e strutture. Il responsabile della Protezione dei dati personali è la Dott.ssa Silvia Straneo, nominata, ai sensi dell’art.37 del GDPR, con deliberazione n. 176 dell’01.03.2018.
<i>UPD</i>	Collabora con il RPCT alla predisposizione del Codice di Comportamento, ne cura l’aggiornamento e l’esame delle segnalazioni di violazione dello stesso, la raccolta degli atti delle condotte illecite accertate e sanzionate. Con deliberazioni n. 278 del 20.07.2010 e n. 35 del 30/01/2020 sono stati nominati i componenti dell’UPD, rispettivamente, per il personale del comparto e per la dirigenza; con deliberazione n. 270 del 20.07.2010 e n. 653 del 22.06. 2017 sono stati adottati i relativi Regolamenti.
<i>Personale dipendente</i>	Partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nella presente sottosezione, nel Codice di comportamento Aziendale, diventano parte attiva tramite le segnalazioni di illeciti mediante la procedura “whistleblower”.
<i>Collaboratori (a</i>	Devono essere informati del presente Piano e devono osservare le misure ivi contenute ed eventualmente

SOGGETTO	RUOLO
<i>qualsiasi titolo)</i>	segnalare le situazioni di illecito che riscontrino. Anche ad essi si applica il Codice di comportamento Aziendale.
Direttore generale	Nomina il RPCT - deliberazione n. 229 del 31 marzo 2021, conferma per il biennio 2023-2024 con deliberazione n. 592 del 29.12.2022) e per l'anno 2025 con deliberazione n. 693 del 31.12.2024,
RPCT	La L. 190/2012 all'art. 1, comma 8 prevede: “ <i>la responsabilità per mancata predisposizione del Piano e per la mancata adozione di misure per la selezione e la formazione dei dipendenti; la responsabilità disciplinare ed amministrativa per il caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato e il responsabile della prevenzione non possa dimostrare le seguenti circostanze</i> ”:
Dirigenti Area di competenza	Rispondono della mancata attuazione delle misure previste per la prevenzione della corruzione ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di aver vigilato sull'osservanza del Piano
Referenti	Sono responsabili della corretta attuazione e osservanza delle disposizioni contenute nella Legge n. 190/2012 e nella presente sottosezione. - Devono osservare le disposizioni del Codice di comportamento
OIV	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori; • Verifica l'assolvimento degli obblighi di trasparenza; • Verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predisporre; • Verifica che il Piano sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza
UPD	Competente alla contestazione degli addebiti ed all'istruttoria del procedimento disciplinare quando, per i fatti contestati, si reputi applicabile una sanzione disciplinare superiore alla censura scritta
Personale dipendente	Ai sensi della L. 190/2012 art. 1, comma 14, la violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce, infatti, illecito disciplinare.
Collaboratori (a qualsiasi titolo)	I collaboratori e i consulenti a qualsiasi titolo dell'AOU AL rispondono, al pari degli altri dipendenti, per la mancata osservanza delle prescrizioni previste dal Piano.

Attività svolta nel 2024

Nel corso dell'anno 2024, anche sulla base di un'analisi delle criticità riscontrate negli anni precedenti, si è data priorità al fondamentale sviluppo (a tutti i livelli organizzativi) di una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate, a partire dalla “Mappatura dei processi”. A seguito del conferimento della qualificazione giuridica di Azienda ospedaliero universitaria all'Azienda ospedaliera “SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo” di Alessandria, infatti, si è proceduto, in collaborazione con i direttori /dirigenti delle strutture interessate, ad una **revisione della mappatura dei processi** e relativa valutazione dei rischi, al fine di renderli coerenti con la nuova organizzazione interna, così come da allegati A) e B) del PIAO. L'identificazione del rischio ha rivestito un ruolo centrale per la costruzione di una efficace strategia di prevenzione della corruzione, avendo l'obiettivo di individuare quegli eventi rischiosi che potrebbero verificarsi in relazione ai processi mappati, incidendo sull'attività dell'amministrazione e sulla sua capacità di perseguire gli obiettivi di interesse pubblico predefiniti.

Dal mese di gennaio 2024 è on line il nuovo **sito internet aziendale** www.ospedale.al.it ;lo studio di fattibilità per la realizzazione della nuova versione è stato inserito tra gli obiettivi di innovazione e qualità in materia di prevenzione della corruzione 2024-2026. Nella sezione “**Amministrazione Trasparente**” sono state aggiornate le seguenti sezioni: “Bandi di gara e contratti “e “Concorsi pubblici” sia per quanto riguarda la modalità di inserimento dei dati, sia per l'inclusione di un filtro per facilitare la ricerca esterna dei documenti pubblicati.

A partire dal mese di marzo 2024, il RPCT ha partecipato al “FORUM RPCT ASR piemontesi” al fine favorire le valutazioni sul ruolo e le modalità di sviluppo di attività, attraverso la costituzione di appositi

gruppi di lavoro e relativi coordinatori, tra cui “Definizione di un Corso di formazione FAD “regionale” per i dipendenti a partire da quelli disponibili e definizione regole di “assolvimento” (es. obbligatorio e periodico)”; a tal fine, ha contribuito condividendo il proprio materiale didattico (slides) in tema di formazione sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza.

Con deliberazione n. 209 del 30.04.2024 è stato adottato il nuovo Regolamento che disciplina le tipologie, i criteri e le procedure per il rilascio al personale dipendente dell’autorizzazione da parte dell’Azienda per l’esercizio di **attività extraistituzionali**, non comprese nei compiti e doveri di ufficio, ai sensi dell’art. 53 del D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.

Nel mese di luglio si è provveduto, quale fase di **monitoraggio** di 1[^] livello, a richiedere ai soggetti interessati, mediante compilazione di apposita scheda illustrativa delle attività di prevenzione della corruzione, relativa al 1[^] semestre 2024.

E’ stato riproposto ai dipendenti, con particolare riguardo ai neo-assunti, il corso di **formazione** dal titolo “La prevenzione della corruzione e la trasparenza quali dimensioni del valore pubblico”, finalizzato a promuovere le conoscenze di base in materia di prevenzione della corruzione e obblighi di trasparenza secondo le più recenti novità normative.

Con deliberazione n. 218 del 10.05.2024 è stato adottato il “Regolamento aziendale per attività di consulenza/formazione/training finanziata da soggetti privati” che ricomprende **l’attività di tutoring e partecipazione a programmi formativi scientifici**, riconoscendo, così, nella trasparenza dei rapporti un importante fattore di deterrenza dei fenomeni corruttivi, affinché non appaia influenzata da interessi privati di natura pubblicitaria e commerciale.

In tema di Privacy, sono state adottate le seguenti **Procedure aziendali**:

- n. 45 “Gestione audit in tema di privacy” con lo scopo di definire i meccanismi e gli strumenti di monitoraggio degli audit in tema di privacy considerati strumento efficace per raggiungere la compliance e utile a dimostrare l’effettiva attenzione del titolare del trattamento dei dati personali rispetto alle tematiche Privacy.
- n. 48 “Gestione dati personali particolari e sanitari nelle banche dati aziendali e rilascio dei dati” con lo scopo di definire le modalità relative alla gestione di richieste di dati personali e sanitari raccolte in banche dati all’interno della nostra organizzazione per attività di analisi, ricerca, raffronto ai fini dell’innovazione dei processi e delle attività soprattutto sanitarie da parte degli incaricati e delegati al trattamento debitamente autorizzati e sotto la responsabilità del titolare dei trattamenti dati dell’AOU AL.

Per quanto riguarda il **PNRR “Missione 6”**, l’AOU AL ha provveduto a tracciare le operazioni relative all’utilizzo delle risorse del PNRR, in una contabilità separata, raccogliendo tutte le informazioni utili relative, ai controlli sulla regolarità delle procedure, all’emissione degli ordini, al conseguente impegno di spesa, liquidazione e pagamento.

Nel corso dell’anno, ai sensi della P11 “**Internal Auditing**”, è proseguita l’attività di controllo sugli interventi PNRR – M6 Salute (check-lis), da parte del gruppo di lavoro appositamente costituito.

Per quanto concerne il “**diritto di accesso**”, nel 2024 sono pervenute n. 4 richieste di accesso civico generalizzato.

Nell’ambito dell’**informatizzazione dei processi**, nello specifico la gestione del protocollo e degli atti deliberativi, è stato acquisito un nuovo programma in sostituzione di quello esistente, al fine di garantire la sicurezza e l’integrità dei dati e la puntuale registrazione.

Il programma formativo di **Cyber Security** (portale ECM Piemonte <https://www.formazione sanitapiemonte.it/>), al fine di consentire a tutti i dipendenti di acquisire il giusto grado di consapevolezza nella Cyber Security è proseguito anche nel 2024. Sulla Intranet aziendale, infine, è stata prevista una sezione dedicata alla “Categoria Cybersecurity” al fine di prevenire i rischi cyber che possono derivare da cattive abitudini.

Si sono attivati sulla piattaforma Syllabus i corsi di formazione relativi ai moduli “Privacy” e “Transizione digitale” per cui verrà dato maggiore impulso nel corso dell’anno 2025 per estendere maggiormente la conoscenza degli argomenti trattati al maggior numero possibile di dipendenti.

Obiettivi di valore pubblico

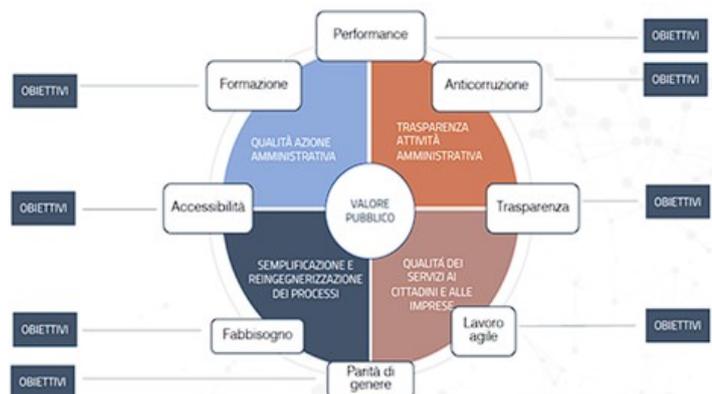
Le disposizioni di questa sottosezione si pongono in diretta continuità con i precedenti piani triennali aziendali di contrasto alla corruzione e si pongono e in raccordo con i contenuti illustrati nella precedente Sottosezione 2.2 – Performance, secondo le disposizioni normative in materia.

La realizzazione dei seguenti obiettivi è finalizzata al perseguimento e protezione di valore pubblico dell’Azienda:

OBIETTIVI 2025-2027	AZIONI	SOGGETTI	TEMPI
<i>Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione</i>	Monitoraggio delle misure individuate dai Dirigenti/Responsabili delle Strutture con conseguente, eventuale, variazione del livello di rischio anche all’esito delle risultanze dei monitoraggi e delle verifiche.	RPCT/Direttori di Struttura	semestrale
	Conferma/Aggiornamento mappatura dei processi	RPCT/Direttori di Struttura	annuale
	Attuazione di azioni coerenti con prescrizioni, delibere ANAC	RPCT	tempestiva
<i>Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione</i>	Azioni di monitoraggio delle misure di prevenzione corruzione	RPCT	semestrale e/o a campione
	Monitoraggio delle segnalazioni dei whistleblowers	RPCT	tempestiva
<i>Diffondere la cultura dell’integrità</i>	Proseguimento formazione in tema di prevenzione della corruzione	RPCT	annuale
<i>Maggiori livelli di trasparenza</i>	Monitoraggio pubblicazione e aggiornamento dei contenuti da inserire nella sezione del sito istituzione “Amministrazione trasparente”	RPCT	annuale e/o a campione
<i>Monitoraggio misure PNRR</i>	Implementazione del sistema di controlli relativi alle procedure di gestione dei fondi ai sensi della P11 “Internal auditing”	Gruppo di lavoro individuato nella P11	mensile
<i>Trasparenza</i>	Pubblicazione e aggiornamento della sezione “Amministrazione trasparente” secondo la tempistica dettata dalla vigente normativa	RPCT/strutture coinvolte	annuale
	La piena attuazione della trasparenza comporta anche che le strutture coinvolte prestino la massima cura nella trattazione delle istanze di accesso civico “semplice” e generalizzato. Tutte le informazioni necessarie per consentire l’esercizio di		

	entrambi gli accessi sono pubblicate nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale	
--	---	--

Al fine di facilitare l’implementazione di tali iniziative, risulta necessario che le stesse siano traslate in obiettivi organizzativi, in modo da creare un effettivo collegamento al Piano della performance, ovvero con una correlazione diretta degli obiettivi strategici relativi all’anticorruzione e trasparenza con gli obiettivi di performance organizzativa e individuale.



Fonte: slide incontro di formazione "Integrità e Trasparenza per PIAO e PNRR. Sfide di valore pubblico" -- 24 maggio 2023

2.3.1. - Processo di gestione del rischio

Il rischio, inteso come il possibile divario tra la manifestazione di un fenomeno e la situazione attesa e, quindi, come un evento futuro e incerto, può influenzare il raggiungimento degli obiettivi di un’organizzazione.

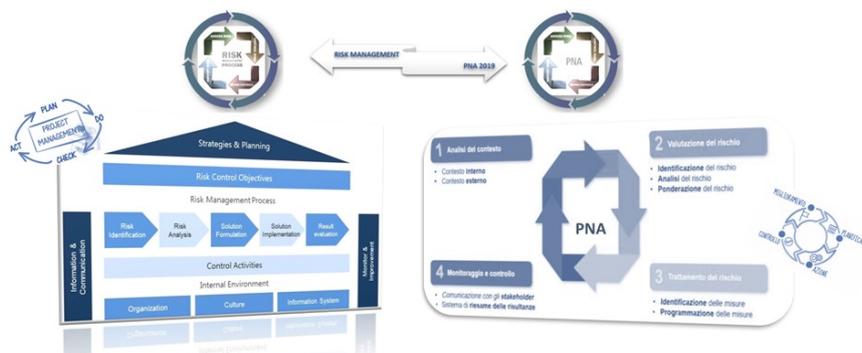
Spetta alle Amministrazioni valutare e gestire il rischio corruttivo mediante la gestione del rischio, quale strumento finalizzato a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi.

Il mezzo per attuare la gestione del rischio è la pianificazione, mediante l’adozione del piano anticorruzione (di cui alla presente sottosezione) che si articola nelle seguenti fasi:

- mappatura (ricognizione e analisi) di processi ed attività;
- individuazione delle aree con presenza di rischio;
- individuazione dei processi/attività all’interno delle aree;
- analisi e valutazione del rischio;
- definizione di misure possibili di prevenzione;
- attuazione delle misure;
- monitoraggio e valutazione.



Per detta attività, il legislatore ha voluto introdurre anche nella Pubblica Amministrazione le logiche del c.d. “Risk Management”, modello in base al quale il fine è quello di prevenire, e non solo reprimere, il fenomeno corruttivo mediante un processo con cui si individua e si stima il rischio cui un’organizzazione è esposta e si sviluppano strategie e procedure operative per governarlo.; la logica del Risk management consiste nel selezionare le aree, gli uffici o i processi organizzativi che fanno registrare un rischio più elevato e, conseguentemente, definire le priorità di intervento.



Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica amministrazione. Tuttavia, vi sono delle aree di rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte; la L. n. 190 ha già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni:

aree comuni a tutte le P.A.

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture);
- Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale);
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;

aree ulteriori per il settore sanitario

- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso;
- Attività libero professionale;
- Formazione del personale;
- Liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

MISURE ATTUATIVE

Per i contenuti e le indicazioni sulla gestione del rischio, l’AOU AL ha tenuto conto delle indicazioni fornite dai PNA succedutisi nel tempo. L’intero processo (attività di identificazione, di analisi e di ponderazione dei rischi) ha richiesto il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza.

Nel corso del 2024, e sulla base dell’esperienza proveniente dalle mappature realizzate nelle annualità precedenti, le strutture interessate sono state chiamate ad effettuare una revisione ed aggiornamento dei singoli processi/procedimenti valutando il livello di rischio nelle diverse aree (Relazione semestrale); gli esiti sono rappresentati dagli allegati A) e B), di mappatura con individuazione rischi e misure specifiche, che considerano tratti di attività nei quali si è ritenuto di intervenire.



2.3.2 - Analisi del contesto

Il PNA 2019 ha introdotto, nell'Allegato 1, nuove indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi implicanti un'importante revisione del precedente sistema. Se da un lato restano invariate le macro fasi del processo di gestione del rischio, per ciascuna fase, tuttavia, vengono fornite indicazioni di metodo puntuali al fine della loro realizzazione che tutte le amministrazioni, operando secondo il principio di gradualità nel tempo, sono tenute a rispettare per giungere a quelli che possiamo definire “gli obiettivi” del processo di gestione del rischio:

- analisi del contesto (esterno/interno);
- mappatura dei processi;
- valutazione del rischio;
- trattamento del rischio;



L'analisi del contesto esterno si sostanzia nell'acquisizione dei dati e delle informazioni rilevanti (dati economici, dati giudiziari, nonché informazioni sulla percezione del fenomeno corruttivo da parte degli stakeholders) e nell'interpretazione degli stessi per rilevare il rischio corruttivo.

L'analisi del contesto interno richiede una selezione delle informazioni e dei dati funzionali all'individuazione delle caratteristiche organizzative dell'amministrazione che possano influenzare il profilo di rischio; la parte principale dell'analisi deve focalizzarsi sulla individuazione e disamina dei processi organizzativi, attraverso la mappatura di tutte le attività svolte dall'amministrazione.

L'analisi del contesto, finalizzata ad ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Amministrazione, deve essere svolta sotto due profili:

Come specificato dall'ANAC, **la mappatura dei processi** è “*un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio*”.

La valutazione del rischio consiste in un'analisi dei rischi corruttivi fondata su un approccio di tipo qualitativo, ossia fondata su valutazioni motivate dei soggetti coinvolti nel processo di analisi. Essa ha inizio con l'identificazione degli eventi rischiosi, ovvero l'individuazione dei comportamenti o fatti che possano concretizzarsi nell'ambito dei processi dell'amministrazione, sfociando in fenomeni di “*mala administration*”; si procede, quindi, con l'analisi del rischio per individuare i fattori abilitanti dei fenomeni corruttivi. L'obiettivo finale è la stima del livello di esposizione e la conseguente fase di ponderazione del rischio, focalizzando l'attenzione sui processi o attività maggiormente a rischio

Analisi del contesto esterno

Una fase indispensabile del processo di gestione del rischio è quella relativa al contesto esterno, che consente a ciascuna amministrazione di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo, attraverso l'acquisizione e l'interpretazione dei dati nonché l'estrazione di elementi utili.

Tale analisi mira ad inquadrare le caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio nel cui ambito l'Amministrazione esplica le proprie funzioni. Ciò consente di comprendere le dinamiche relazionali che in esso si sviluppano e le influenze (o pressioni) a cui la stessa può essere sottoposta da parte dei vari portatori di interessi operanti sul territorio; in tal modo è possibile elaborare una strategia di gestione del rischio calibrata su specifiche variabili ambientali e quindi potenzialmente più efficace.

In termini generali ed in linea con quanto precisato dall'ANAC, l'analisi del contesto esterno a ciascuna amministrazione ha l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale essa opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

MISURE ATTUATIVE

Per quanto riguarda l'analisi del contesto esterno (scenario nazionale e regionale), è stata svolta un'attività di acquisizione di dati, informazioni e statistiche forniti in documenti, relazioni e report ufficiali prodotti da varie istituzioni, relativi a fenomeni di criminalità e corruzione, sia a livello locale, regionale che nazionale quali: ISTAT, Camera di Commercio, ANAC, Il Sole 24 ore – Lab 24, – Libera Piemonte, Ministero dell'Interno, Osservatorio IRES Piemonte, Direzione Investigativa Antimafia (DIA), oltre ai più importanti indici basati sulla percezione pubblicati annualmente da Transparency International (Corruption Perception Index o CPI).

Per quanto riguarda il contesto interno, l'analisi ha tenuto conto dell'assetto organizzativo interno al fine di individuare tutti livelli di responsabilità e gli eventuali profili di complessità organizzativa, nonché l'esame dello stato della gestione per processi e per attività (vedasi "mappatura dei processi").

Di seguito i risultati conseguiti a seguito delle suddette analisi.

Lo scenario nazionale

La criminalità organizzata italiana è in continua trasformazione adeguandosi alle mutevoli condizioni dei mercati per massimizzare i propri introiti illeciti. La Direzione Investigativa Antimafia, nella sua ultima relazione semestrale, descrive un contesto della criminalità organizzata di stampo mafioso meno violento e più affaristico, fatto di corruzione e intimidazione, capace di rivolgere il proprio sguardo anche alle nuovissime tecnologie.

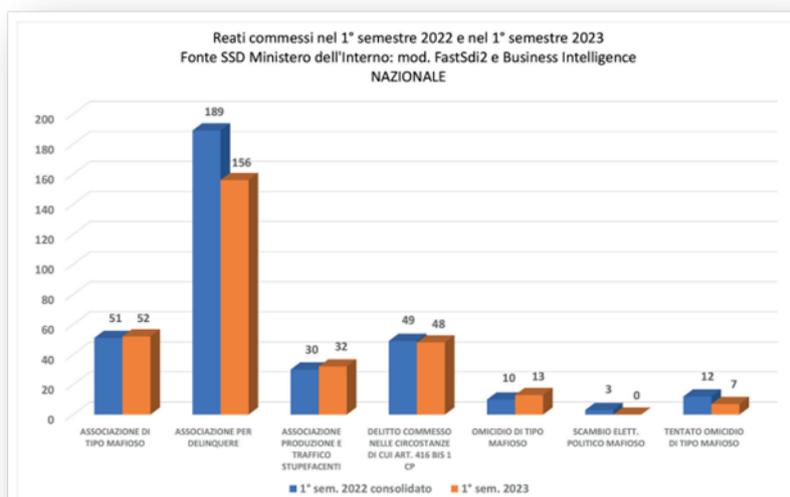
Le organizzazioni criminali di tipo mafioso, nel loro incessante processo di adattamento alla mutevolezza dei contesti, hanno implementato le capacità relazionali sostituendo l'uso della violenza, sempre più residuale, con strategie di silenziosa infiltrazione e con azioni corruttive e intimidatorie.



Dalla relazione DIA riferita al 1^o semestre 2023 (ultimo dato pubblicato a tutt'oggi) emerge quanto segue:

“L’analisi degli elementi info-investigativi estratti dal patrimonio informativo della DIA riferito al primo semestre del 2023 restituisce uno scenario della criminalità organizzata italiana che conferma come le organizzazioni mafiose, da tempo avviate ad un processo di adattamento alla mutevolezza dei contesti socio-economici ed alla vantaggiosa penetrazione dei settori imprenditoriali, abbiano implementato le capacità relazionali sostituendo l’uso della violenza, sempre più residuale ma mai ripudiato, con strategie di silenziosa infiltrazione e con azioni corruttive”.

Con riferimento all’andamento della delittuosità nel primo semestre 2023, confrontato con lo stesso periodo dell’anno precedente, si riporta il grafico finalizzato ad inquadrare, a livello nazionale, il fenomeno della minaccia mafiosa nel più ampio quadro delle manifestazioni criminali generali.



Fonte: Relazione DIA – 1^o semestre 2023

Nell’attuale fase di ripresa economica, la soglia di attenzione delle Istituzioni tutte è particolarmente concentrata sul rischio di accaparramento da parte della ‘ndrangheta (e non solo) di fondi pubblici stanziati per il perfezionamento del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). In ragione di tale possibile minaccia va tenuta alta la guardia al fine di scongiurare ogni tentativo di infiltrazione mafiosa negli appalti pubblici.

L’azione di contrasto alla forza economico-finanziaria della criminalità organizzata condotta dalla DIA si riflette anche nell’ambito del dispositivo nazionale di prevenzione del riciclaggio dei proventi di attività criminose, delineato dal d.lgs. n. 231 del 21 novembre 2007.

Nel corso degli anni, l’esperienza investigativa ha dimostrato che le organizzazioni criminali cercano costantemente di influenzare le procedure degli appalti pubblici fin dalla fase iniziale della pianificazione e progettazione delle opere. Tale penetrazione può avvenire, ad esempio, attagliando i bandi di gara al soggetto

da favorire oppure redigendo i medesimi bandi con requisiti di ammissione e condizioni esecutive particolarmente generici, tali da non consentire un'efficace azione di controllo.

Altre condotte indebite consistono nell'aderire ad appalti "sotto soglia" per i quali la normativa sugli obblighi di pubblicità e trasparenza è meno rigida. L'infiltrazione mafiosa può verificarsi anche dopo l'assegnazione dell'appalto, con estorsioni dirette a danno delle imprese affidatarie, aventi l'obiettivo di costringerle a subappaltare servizi ad aziende affiliate.

La DIA ha continuato a raccogliere, tramite il proprio Osservatorio Centrale sugli Appalti Pubblici (O.C.A.P.) e le sue articolazioni periferiche, gli elementi informativi acquisiti nel corso delle operazioni di accesso e dei monitoraggi delle opere pubbliche. In quest'ambito, nel semestre in esame, sono stati conclusi 1.025 monitoraggi nei confronti di altrettante imprese, come esposto nella tabella seguente:

AREA	I SEMESTRE 2023	
	IMPRESE	PERSONE
Nord	175	4.007
Centro	89	541
Sud	761	7.004
TOTALE	1.025	11.552

Fonte: Relazione DIA – 1° semestre 2023

Percezione della corruzione a livello nazionale



L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International misura la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Lo fa basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli "puliti": il punteggio dell'Italia nel 2023 è 56, lo stesso dello scorso anno e del 2021, ben tre punti in più rispetto al 2020. Dal 2012 sono stati guadagnati 14 punti.

Il tema centrale dell'Indice di Percezione della Corruzione 2023 è «corruzione e ingiustizia». Secondo il Rule of Law Index, il mondo sta sperimentando un declino nel funzionamento dei sistemi giudiziari.

I Paesi con i punteggi più bassi in questo indice hanno un punteggio molto basso anche nel CPI, evidenziando una chiara connessione tra accesso alla giustizia e corruzione. È incoraggiante vedere che il nostro paese sta facendo progressi nella lotta contro la corruzione. Tuttavia, c'è ancora spazio per ulteriori miglioramenti affinché l'Italia possa continuare a salire nella classifica e rafforzare la fiducia dei cittadini nella trasparenza e nell'integrità delle istituzioni. In occasione della presentazione del Rapporto di Transparency a Roma del

30.01.2024, il Presidente Busia ha ricordato come “Anac stia lavorando alla realizzazione di una Piattaforma unica della Trasparenza, che consentirà più trasparenza, minori costi e dispendio di tempi ed energie, e minori oneri amministrativi per le Pubbliche amministrazioni. Perché trasparenza è strumento di efficienza”.

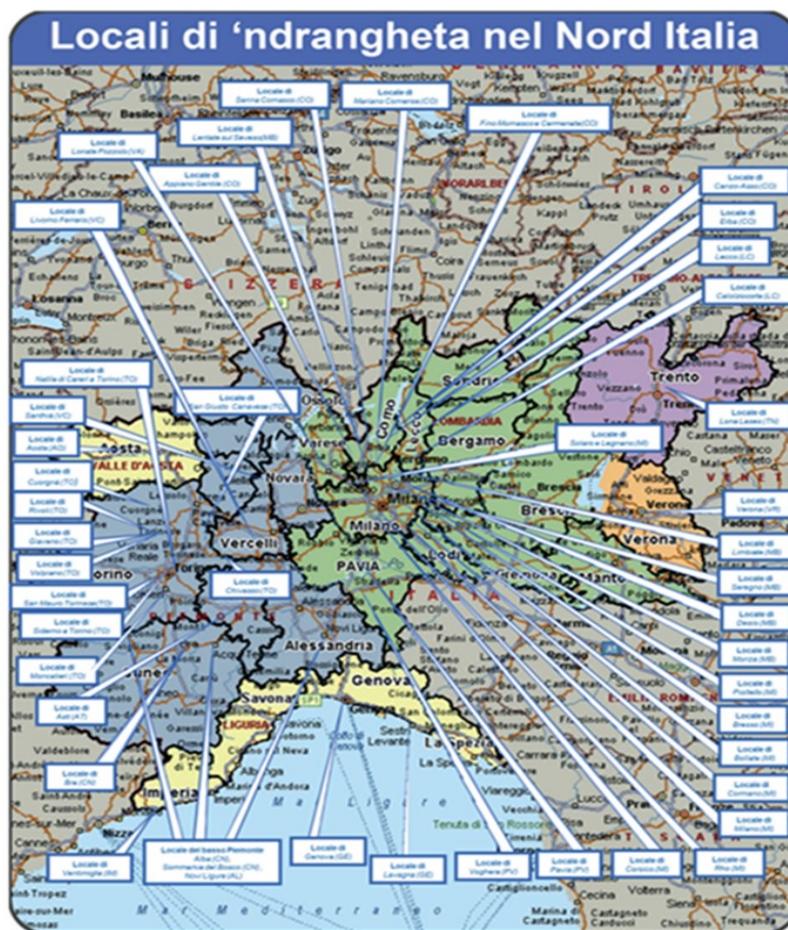
A livello nazionale, il progetto “Misurazione del rischio di corruzione” rende disponibile un set di indicatori per quantificare il rischio che si verifichino eventi corruttivi a livello territoriale, utilizzando le informazioni contenute in varie banche dati. Grazie al progetto l'Autorità ha individuato una serie di indicatori di rischio corruzione utili per sostenere la prevenzione e il contrasto all'illegalità e promuovere la trasparenza nell'azione della Pubblica Amministrazione.

Lo scenario regionale

Sempre secondo quanto riportato nella Relazione della DIA relativa al primo semestre 2023, la capacità di adattamento delle organizzazioni criminali ai mutamenti degli scenari economici e l'attitudine a sfruttare le opportunità che questi offrono continua a destare la costante attenzione da parte delle autorità prefettizie, della magistratura e delle forze dell'ordine anche e soprattutto in relazione alle immissioni di finanziamenti pubblici dei prossimi anni.

Ciò, in particolare, con riferimento a Regioni quali il Piemonte il cui tessuto socio-economico è da tempo rientrato tra le mire criminali delle mafie tradizionali ed in particolare della 'ndrangheta che qui si è affermata grazie alla sua spiccata vocazione imprenditoriale ed all'abilità di agire in maniera silente.

Tale presenza è sancita anche da numerose sentenze, molte delle quali già passate in giudicato, che confermano come i sodalizi calabresi si siano insinuati tessendo talvolta rapporti mutualistici con taluni esponenti della sfera economico-produttiva e con sodalizi di altre matrici criminali mafiosi. Le attività investigative eseguite negli ultimi anni documentano, infatti, come la 'ndrangheta si sia radicata in quest'area prevalentemente nel settore del narcotraffico, delle estorsioni, dell'usura, nel reimpiego di capitali illeciti in diversificate attività produttive e commerciali, condizionando gli equilibri economici e, talvolta, politici locali.



Fonte: Relazione DIA – 1^ semestre 2023

Per quanto concerne le altre matrici criminali, le più recenti evidenze investigative e di analisi consentono di rilevare come la mafia siciliana continui a coltivare interessi nella Regione per lo più connessi ai settori dei trasporti ed a quello della ristorazione con finalità di riciclaggio. Seppur non vi siano segnali di radicamento di consorterie camorristiche in Piemonte, si è talvolta avuta contezza della presenza di soggetti ad esse contigui e in rapporti affaristici con esponenti dei locali gruppi ‘ndranghetistici.

Con riferimento alla criminalità straniera, continua a segnalarsi la coesistenza di una pluralità di gruppi etnici balcanici, africani e romeni, dediti per lo più al traffico ed allo spaccio di stupefacenti, allo sfruttamento della prostituzione e alla commissione di reati predatori.

Nello specifico, le organizzazioni criminali albanesi confermano di aver ormai assunto un ruolo di primo piano in relazione al traffico internazionale di cocaina, spesso in interazione con esponenti di sodalizi ‘ndranghetisti, mentre la criminalità maghrebina risulta, nell’area, per lo più dedita allo spaccio di hashish ed ecstasy.

Le associazioni di matrice nigeriana ripropongono da tempo, anche in Piemonte, gli schemi delinquenziali tipici dei “secret cult”, così come confermato da recenti evidenze investigative e giudiziarie.

La criminalità romena, invece, pare dedita quasi esclusivamente alla commissione di reati predatori, comunque in grado di generare un diffuso allarme sociale. Ciò vale anche con riferimento a gruppi criminali di origine sinti insediatisi in Piemonte in relazione ai quali, talvolta, sono emerse sinergie con esponenti di sodalizi ‘ndranghetisti specie per l’approvvigionamento e la custodia di armi.

Da ultimo, si segnala la presenza di bande di minorenni, per lo più di origine nordafricana, che si sono resi spesso responsabili di rapine e aggressioni.

Lo scenario del sud-est Piemonte (AL-AT)

Le azioni, investigativa e giudiziaria, mosse negli ultimi anni nei confronti delle organizzazioni di matrice ‘ndranghetista operanti nella provincia di Alessandria hanno fatto emergere come anche questo territorio non risulti immune da tali infiltrazioni.

Per quanto attiene alla criminalità straniera, nella provincia alessandrina, risultano operative talune organizzazioni composte da soggetti di origine africana ed albanese dedite al traffico di stupefacenti ed alla prostituzione; la criminalità di origine romena è attiva, per lo più, nel compimento di reati predatori.

Nel basso alessandrino risulta presente il “locale del basso Piemonte” attivo anche sul territorio astigiano. Con riferimento alla criminalità straniera, organizzazioni composte da soggetti di origine africana ed albanese gestiscono il traffico di stupefacenti ed il mercato della prostituzione.

Nella provincia di Asti si registra la presenza di sodalizi ‘ndranghetisti riconducibili al già citato locale del basso Piemonte ed al locale. Il 23 marzo 2023, la Guardia di finanza ha dato esecuzione ad un’ordinanza di custodia cautelare, emessa dal Tribunale di Asti, nei confronti di 10 persone, albanesi e italiani, ritenute responsabili dei reati di associazione a delinquere, truffa, riciclaggio, emissione ed utilizzo di fatture per operazioni inesistenti e sottrazione fraudolenta al pagamento di imposte.

Analisi del contesto interno

Il lavoro di analisi dell’assetto organizzativo interno consente l’individuazione di tutti livelli di responsabilità, gli eventuali profili di complessità organizzativa (considerati questi ultimi fattori rientranti nell’ambito delle opportunità corruttive) nonché l’esame dello stato della gestione per processi e per attività, grazie al quale è possibile disporre di elementi informativi sul loro corretto sviluppo. L’analisi del contesto, al fine di consentire l’acquisizione di tutte le necessarie informazioni per una corretta identificazione del rischio corruttivo interno, è stata svolta sotto un duplice profilo:

- quello relativo alla struttura organizzativa dell'AOU AL, di cui si è dato evidenza nelle altre sezioni del PIAO (alle quali si rimanda per ogni approfondimento);
 - quello relativo alla mappatura dei processi organizzativi (profilo gestionale)
- che costituiscono una parte fondamentale per una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Una volta effettuata la rilevazione della struttura organizzativa, occorre procedere alla fase relativa alla mappatura dei processi, fase che consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio.

2.3.3 - La mappatura dei processi

La mappatura dei processi costituisce la prima fondamentale fase dell'analisi del contesto interno finalizzato alla previsione e gestione del rischio in quelle aree e processi che risultano essere particolarmente esposti a fenomeni di corruzione, così da renderli presidiati attraverso il rafforzamento di misure di prevenzione e monitoraggio.

Tale fase consiste in un insieme di attività correlate che creano valore trasformando delle risorse (input) in un prodotto (output) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente); in sostanza, è il "che cosa" deve essere attuato per addivenire a un "qualcosa", ovvero al provvedimento finale.

Tale attività, quindi, deve porre l'attenzione su "uomini e mezzi" utilizzati per raggiungere il risultato in quanto è proprio in questa fase che si possono celare comportamenti illeciti; ad esempio, il processo per giungere al provvedimento di aggiudicazione di un appalto è costituito da una serie di attività come la modalità di scelta del contraente, la stesura del capitolato, la nomina della commissione, la valutazione delle offerte, che possono modificare indebitamente il risultato della gara.

Una mappatura adeguata consente, inoltre, di evidenziare eventuali duplicazioni, ridondanze e inefficienze così da migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

MISURE ATTUATIVE

Da diversi anni l'AOU AL utilizza la mappatura dei processi per avere una visione globale dell'organizzazione e fornire una rappresentazione unica e condivisa dei processi decisionali ed operativi, mettendone in evidenza le reciproche interazioni, descrivendone le caratteristiche, la dinamica temporale e i risultati. I processi analizzati sono stati individuati partendo dalle Aree definite dalla legge 190/2012 e dai PNA ad alto rischio ed effettuando una valutazione del rischio delle diverse fasi/attività. L'obiettivo è che l'intera attività svolta venga gradualmente esaminata ai fini di identificare aree che, in ragione della natura e della peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Con riferimento ai rapporti tra RPCT e dirigenti dell'amministrazione, la legge stessa indica che i dirigenti nonché i responsabili apicali dell'amministrazione sono tenuti a collaborare con il RPCT in sede di mappatura dei processi; l'individuazione delle misure idonee a prevenire gli specifici rischi rientra, infatti, nei compiti di ogni dirigente che, in quanto competente per la propria struttura, è a conoscenza dei processi e delle rispettive attività.

Specificatamente, è principale compito di ciascun dirigente il controllo ed il monitoraggio, in modo da far emergere le vulnerabilità dei processi più critici per la corruzione, per potere poi, conseguentemente, “mitigare” tali vulnerabilità come misure di riduzione del rischio adeguate.

Le matrici di mappatura, in ottemperanza alle prescrizioni dell’ANAC, sono costituite da due sezioni: la prima contenente informazioni di carattere generale (indicazione della denominazione e dell’acronimo dell’ufficio, del nominativo dirigente responsabile e di una breve descrizione dei processi assegnati alla competenza dell’ufficio) e la seconda relativa allo svolgimento del processo di gestione del rischio.

- Identificazione dei processi

Tale attività permette di formalizzare un “elenco dei processi” aggregato nelle cosiddette “aree di rischio”,

- Descrizione dei processi

Dopo aver identificato i processi, come sopra evidenziato, è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione; si ritiene prioritario partire almeno dai seguenti elementi di base:

- breve descrizione del processo;
- attività che scandiscono e compongono il processo;
- la tipologia di Rischio;
- il grado di Rischio;
- la descrizione della misura individuata;
- responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo.

- Rappresentazione dei processi, relativa ai correlati procedimenti.

E’ opportuno che i processi vengano raggruppati in Aree di rischio definite dalla L. 190/2012 ed alle quali vanno aggiunte quelle previste dal PNA; tali aree possono essere distinte in generali e specifiche; quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale, incarichi e nomine), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte (ad es. liste d’attesa e attività libera professione per le aziende del SSN).



Fig. 1 identificazione e descrizione

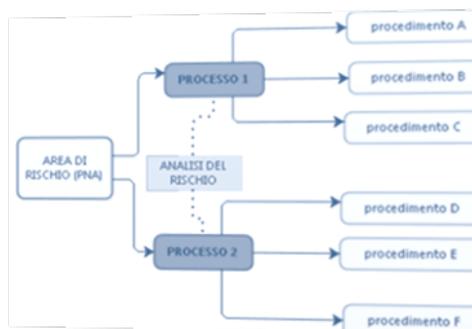


Fig. 2 rappresentazione

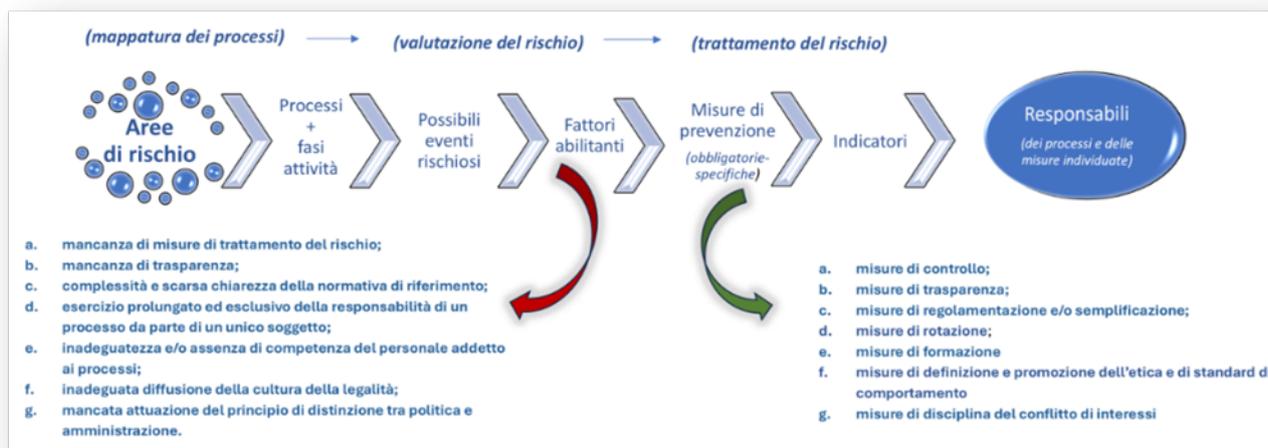
A seguito dell’adozione dell’ultimo Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 133 dell’08/03/2023, nonché del conferimento della qualificazione giuridica di Azienda ospedaliero universitaria all’Azienda ospedaliera “SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo” di Alessandria, si è proceduto, in collaborazione con i direttori /dirigenti delle strutture interessate, ad una revisione della mappatura dei processi e relativa valutazione dei rischi, al fine di renderli coerenti con la nuova organizzazione interna, così come da allegati A) e B) del presente PIAO.

2.3.4 - La valutazione del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo: pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati, stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o eventi di corruzione.

L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi.



MISURE ATTUATIVE

L'AOU AL, adeguandosi al cambiamento richiesto da ANAC, adotta un sistema di valutazione qualitativo, che viene di seguito descritto, e che deve rispettare un generale principio di prudenza in base al quale, in presenza di situazioni dubbie, va sempre data la valutazione del rischio più alta, evitando la sottostima (che non permetterebbe di attuare le opportune misure di prevenzione o mitigazione).



Le attività di identificazione e analisi dei rischi sono state condotte dai Dirigenti delle Strutture interessate alla mappatura dei processi, sotto il coordinamento del RPCT; una volta identificati i rischi si è proceduto alla loro analisi, consistente nella valutazione della probabilità che si realizzino e delle conseguenze che possono verificarsi (fattori: probabilità e impatto)

vale a dire il grado di probabilità che l'evento corruttivo si verifichi moltiplicato per l'impatto (economico, organizzativo, reputazionale, ecc.) che il verificarsi dell'evento corruttivo comporterebbe.



dove:



Probabilità

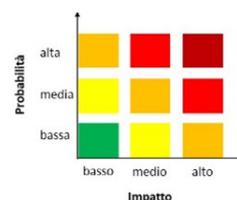
- La Probabilità misura la frequenza di accadimento (n° di volte che un evento si ripete in un determinato intervallo di tempo)
- Oggetto di osservazione:
 - L'evento rischioso (es.: pilotamento della procedura di gara)
 - Fattori agevolanti l'evento rischioso (es.: discrezionalità del processo)



Impatto

- L'impatto rileva l'effetto generato come conseguenza del verificarsi dell'evento
- Driver di valutazione:
 - Impatto organizzativo
 - Impatto economico/finanziario
 - Impatto reputazionale
 - ?

Rischio



Quanto ai criteri di valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi, l'ANAC suggerisce di tradurli operativamente in **INDICATORI DI RISCHIO** (*Key risk indicators*) in grado di fornire indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

L'AOU AL ha scelto di declinare tali fattori in una scala crescente di 3 valori di livello di rischio in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti:

BASSO	<i>La probabilità di accadimento è rara e l'impatto economico, organizzativo e reputazionale genera effetti trascurabili o marginali; non è richiesto nessun tipo di trattamento immediato</i>
MEDIO	<i>L'accadimento dell'evento è probabile e l'impatto produce effetti minori e mitigabili; il trattamento di questo rischio deve essere pianificato</i>
ALTO	<i>La probabilità di accadimento è alta o ricorrente - L'impatto genera effetti seri il cui trattamento deve essere contestuale - L'impatto reputazionale è prevalente sull'impatto organizzativo ed economico; il trattamento deve essere immediato</i>

La valutazione del rischio

Attività centrale per la costruzione della strategia di prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche e che viene espressamente richiesta dalla Legge n. 190/2012 e successivamente richiamata dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e dai suoi aggiornamenti.

Rappresenta la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato, autovalutato dai responsabili di processo e ponderato al fine di individuare le possibili misure di correzione e prevenzione. Pertanto, non costituisce un mero adempimento formale, ma uno “*strumento in progress*” di conoscenza, di intervento e di miglioramento.



MISURE ATTUATIVE

Per ogni processo è stata effettuata l'analisi del rischio connesso al processo o ad una sua fase; laddove, per rischio, in conformità alla definizione data dal PNA, si è inteso l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'AOU AL dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento. I rischi sono stati analizzati, determinando la probabilità che si verifichino in futuro e il loro impatto, al fine di stabilire come devono essere gestiti secondo i seguenti parametri:



Si è altresì tenuto conto di eventuali fattori abilitanti del rischio corruttivo; nello specifico, per ciascun fattore, a titolo esemplificativo, e non esaustivo, si riportano gli indicatori ed i criteri di valutazione:

FATTORE ABILITANTE	INDICATORE DI RISCHIO	CRITERI DI VALUTAZIONE
Inadeguatezza della regolazione del processo	Grado di discrezionalità	1. Il processo è discrezionale, con disciplina generica in legge: Rischio ALTO 2. Il processo è discrezionale, disciplinato dalla legge e da un regolamento o un atto amministrativo generale: Rischio MEDIO 3. Il processo è vincolato per legge oppure è disciplinato da un atto generale che non lascia alcun margine di valutazione all'operatore: Rischio BASSO
Opacità, per assenza o carenza di trasparenza	Grado di trasparenza del processo	La disciplina normativa del processo non prevede alcuna forma di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali e non sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013: Rischio ALTO 2. La disciplina normativa del processo prevede forme di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali oppure sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013. Rischio MEDIO 3. La disciplina normativa del processo prevede forme di pubblicazione di dati, di provvedimenti finali o endoprocedimentali e sono previste pubblicazioni ai sensi del D.lgs. n. 33/2013 Rischio BASSO
Eccessiva complessità del processo, e/o presenza di eccessivi oneri burocratici	Grado di semplificazione amministrativa	1. Il processo presenta una complessità che non pare giustificata, con eccessivi oneri burocratici: Rischio ALTO 2. Il processo è complesso, pur senza oneri burocratici sproporzionati: Rischio MEDIO 3. Il processo non è complesso oppure anche se complesso, senza oneri burocratici sproporzionati, è completamente informatizzato: Rischio BASSO
Monopolio di potere	Grado di concentrazione del potere decisionale	1. Il dirigente che adotta gli atti o esprime il parere di legittimità è anche responsabile del procedimento e non sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture: Rischio ALTO 2. Il dirigente che adotta gli atti o esprime il parere di legittimità è anche responsabile del procedimento ma sono coinvolte nell'istruttoria altre strutture Rischio MEDIO 3. Il dirigente che adotta gli atti o esprime il parere di legittimità non è il responsabile del procedimento e altre strutture sono coinvolti nell'istruttoria Rischio BASSO

Identificazione del rischio

La fase di identificazione degli eventi rischiosi inizia con l'individuazione dei comportamenti o fatti che possono concretizzarsi nell'ambito dei processi dell'amministrazione, sfociando in fenomeni di *maladministration*. Dal punto di vista organizzativo, i reati di corruzione non emergono improvvisamente; si comincia con alcune criticità e alcuni errori nella gestione dei processi che diventano sistematici e che creano un contesto favorevole alla corruzione.



MISURE ATTUATIVE

Anche nel corso del 2024, l'identificazione del rischio ha rivestito un ruolo centrale per la costruzione di una efficace strategia di prevenzione della corruzione, avendo l'obiettivo di individuare quegli eventi rischiosi che potrebbero verificarsi in relazione ai processi mappati, incidendo sull'attività dell'amministrazione e sulla sua capacità di perseguire gli obiettivi di interesse pubblico predefiniti.

Per procedere alla identificazione dei possibili eventi che possono favorire potenzialmente la "corruzione" (nella ampia accezione del presente Piano) si è tenuto conto di un insieme di dati derivanti da:

- eventuali reclami esterni pervenuti all'AOU AL e/o al RPCT, proprio per verificare possibili casi di *maladministration*;
- eventuali segnalazioni pervenute direttamente al RPCT dai c.d. whistleblower;
- eventuali segnalazioni sul ritardo non occasionale nella conclusione di procedimenti amministrativi;
- eventuali procedimenti disciplinari, in particolare per violazioni al Codice di comportamento;
- indicazioni del PNA e delle linee guida e orientamenti di ANAC.

Di seguito alcuni esempi di "comportamenti a rischio", nonché gli eventi rischiosi individuati dall'AOU AL per ciascuna Area di rischio generali individuata dal PNA:

<i>COMPORAMENTO A RISCHIO</i>	<i>DESCRIZIONE</i>
<i>uso improprio o distorto della discrezionalità</i>	comportamento attuato mediante l'alterazione di una valutazione, delle evidenze di una analisi o la ricostruzione infedele o parziale di una circostanza al fine di distorcere le evidenze e rappresentare il generico evento non già sulla base di elementi soggettivi, ma piuttosto di dati volutamente falsati
<i>alterazione/manipolazione/utilizzo improprio di informazioni</i>	gestione impropria mdi informazioni, atti o documenti sia in termini di eventuali omissioni di allegati o parti integranti delle pratiche, sia dei contenuti e dell'importanza dei medesimi
<i>rilevazione di notizie riservate/violazione del segreto d'ufficio</i>	divulgazione di informazioni riservate e/o, per loro natura, protette dal segreto d'Ufficio, per le quali la diffusione non autorizzata, la sottrazione o l'uso indebito costituisce un "incidente di sicurezza"
<i>alterazione dei tempi</i>	differimento dei tempi di realizzazione di un'attività al fine di posticiparne l'esito oppure velocizzarlo nel caso in cui l'obiettivo sia quello di facilitare i termini di esecuzione
<i>elusione delle procedure di svolgimento delle attività e di controllo</i>	omissione delle attività di verifica e controllo, in termini di monitoraggio, sull'efficace ed efficiente realizzazione della specifica attività
<i>pilotamento di procedure e attività ai fini della concessione di privilegi</i>	alterazione delle procedure al fine di privilegiare un determinato soggetto
<i>conflitto di interessi</i>	situazione in cui la responsabilità decisionale è affidata ad un soggetto che ha interessi personali o professionali in conflitto con il principio di imparzialità (art. 6 bis L 241/90 "obbligo di astensione")

Ponderazione del rischio

Definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi è importante per individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio.

La ponderazione consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento, in base ai seguenti criteri:

- priorità agli eventi di corruzione, che possono ricorrere nei processi con il sistema di controlli meno efficace;

- a parità di controllo, priorità agli eventi di corruzione che hanno la modalità di rischio maggiore;
- a parità di modalità di rischio, priorità alle aree con quantità di rischio maggiore;
- a parità di quantità di rischio, priorità agli eventi più probabili.

Combinazioni Valutazioni finali		RATING
IMPATTO – PROBABILITA'	PROBABILITA'	
Alto	Alto	Priorità massima
Alto	Medio	Priorità elevata
Medio	Alto	
Alto	Basso	Priorità media
Medio	Medio	
Basso	Alto	Priorità bassa
Medio	Basso	
Basso	Medio	Priorità minima
Basso	Basso	

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

MISURE ATTUATIVE

Tale fase si è articolata nelle seguenti sotto-fasi:

- priorità di trattamento: nella quale si è provveduto all'individuazione dei rischi sui quali intervenire prioritariamente;
- individuazione delle misure: per ciascuno di questi, sono state individuate le misure per eliminare o ridurre il rischio;
- indicazione del Responsabile e del termine di attuazione: indicati per ciascuna misura da attuare.

Trattamento del rischio

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri.

Il trattamento del rischio si articola in:

- definizione delle priorità di intervento
- identificazione e pianificazione delle misure
- priorità di trattamento

MISURE ATTUATIVE

Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, sono state individuate e valutate le misure di prevenzione che possono essere distinte in due tipologie, generali e specifiche.

Le misure generali intervengono trasversalmente su più strutture organizzative o, in taluni casi, sull'intera Amministrazione ed incidono sul sistema complessivo di prevenzione, senza riferirsi ad una singola ipotesi di rischio (misure trasversali); le misure specifiche hanno invece l'obiettivo di ridurre uno specifico rischio individuato nelle precedenti fasi di valutazione e consistono pertanto in un intervento di tipo mirato (allegati A) e B) al presente PIAO).

Le decisioni circa la priorità del trattamento si basano essenzialmente sui seguenti fattori:

- livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
- obbligatorietà della misura: va data priorità alla misura obbligatoria rispetto a quella ulteriore;
- impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.

La metodologia prevede che le valutazioni siano rese, con cadenza annuale, dai singoli dirigenti responsabili dei processi considerati; non deve essere intesa in veste di mero adempimento formale, bensì come un processo costante e sinergico, anche in una logica di performance.

Identificazione delle misure

L'obiettivo di questa fase è quella di individuare, per quei rischi (e attività del processo cui si riferiscono) ritenuti prioritari, l'elenco delle possibili misure di prevenzione della corruzione collegate a tali rischi.

Le misure, che devono essere adeguatamente programmate e monitorate, si distinguono in:

- **Misure generali**, che comprendono tutte quelle azioni comuni ai processi a rischio, riguardanti l'organizzazione nel suo complesso, e che possono contribuire a ridurre la probabilità di commissione di comportamenti corruttivi (per le quali si rimanda al paragrafo 2.3.2);
- **Misure specifiche** che riguardano singole attività a rischio che afferiscono a processi/procedimenti dell'Amministrazione e sono finalizzate a definire il sistema di trattamento del rischio specifico per ciascun processo; l'individuazione di tali misure è compiuta dal RPCT con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza (per l'AOU AL, si rimanda all'allegato "B").

Programmazione delle misure

Adottare misure anticorruzione all'interno della P.A. è essenziale per prevenire atteggiamenti illeciti e affrontare eventuali casi di corruzione.

Le misure, ulteriori a quelle obbligatorie, devono essere pensate in relazione al grado di efficacia nella neutralizzazione, alla sostenibilità economica e organizzativa delle stesse e all'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'amministrazione nella consapevolezza che la gestione del rischio deve essere dinamica e favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.



MISURE ATTUATIVE

Sulla base dei possibili rischi corruttivi identificati dalle Strutture, sono state programmate le misure finalizzate alla gestione del rischio rilevato ed individuati indicatori necessari alla verifica della corretta attuazione delle stesse.

Una volta individuate le misure di prevenzione/mitigazione del rischio, si è proceduto a definire

- le tempistiche di realizzazione delle stesse;
- le responsabilità di attuazione;
- gli indicatori misurabili di monitoraggio

Nella programmazione delle misure, il RPCT ha tenuto in debita considerazione le risultanze dei monitoraggi sulle misure di prevenzione previste nell'anno precedente, i contributi e le osservazioni pervenute dai Dirigenti, lo stato di attuazione delle stesse nonché le criticità rappresentati con l'apposita relazione semestrale.

Di seguito si riporta la programmazione per il triennio in esame:

	delle procedure poste in essere nel 2024; attuazione continua degli obblighi in materia di trasparenza
2026	analisi degli esiti dell'applicazione delle procedure attivate nel 2025 ed eventuale revisione; attuazione continua degli obblighi in materia di trasparenza
2027	definizione di procedure di affinamento e miglioramento del Piano; ricognizione della normativa in materia di contrasto ai fenomeni corruttivi, valutando l'eventuale integrazione dei regolamenti vigenti e l'emanazione di nuove norme interne; eventuale ridefinizione di obiettivi da assegnare ai Responsabili di Area inerenti direttamente il tema della trasparenza e dell'anticorruzione

Nel corso dell'anno 2025, anche e soprattutto in considerazione del nuovo atto aziendale (deliberazione n. 641 del 17/12/2024, non ancora in vigore in quanto in attesa del nulla osta regionale) saranno riconsiderati tutti i processi e rianalizzati dal punto di vista del rischio corruttivo e delle misure di prevenzione da mettere in campo sulla base del nuovo assetto organizzativo.

Per quanto concerne la “**Trasparenza**” si prevedono le seguenti misure:

- predisposizione di uno strumento per la registrazione degli accessi al sito “Amministrazione trasparente” (cd. contatore visite);
- verifiche mirate da parte del RPCT sullo stato di pubblicazione dei dati;
- aggiornamento della sezione “Trasparenza” del PTPCT, ove necessario.

Infine, nel triennio, si continuerà a: erogare formazione specifica al personale dipendente in materia di prevenzione della corruzione; promuovere un'ampia condivisione dell'obiettivo della prevenzione della corruzione e di implementazione della trasparenza dell'attività amministrativa mediante il coinvolgimento di tutti i dirigenti processo di valutazione del rischio all'interno delle Strutture di rispettiva competenza.

Misure trasversali di prevenzione del rischio

INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI

L'AOU AL è da anni impegnata in un processo evolutivo volto al miglioramento dei servizi offerti attraverso lo snellimento dei procedimenti amministrativi, la digitalizzazione dei canali di comunicazione, il potenziamento delle attività di assistenza telematica. La strategia digitale dell'AOU AL si pone l'obiettivo, tra gli altri, di spingere il contribuente a servirsi sempre più dei canali digitali per operare e comunicare, con preferenza ai canali tradizionali. Lo sviluppo dei servizi digitali per tutte le categorie di utenti (cittadini, imprese, intermediari, professionisti, enti e pubbliche amministrazioni) potrà condurre sempre più ad una maggiore facilità nella consultazione dei dati, all'acquisizione e gestione automatica dei flussi, alla semplificazione degli adempimenti e all'evoluzione del modello di assistenza digitale.

L'informatizzazione dei processi rappresenta, pertanto, una delle misure trasversali particolarmente efficace, dal momento che incrementa sensibilmente la tracciabilità delle operazioni aziendali e la loro riconducibilità ai soggetti che hanno assunto le decisioni nelle diverse fasi della procedura.

Inoltre, consente l'apertura dell'organizzazione verso l'esterno e quindi una maggiore possibilità di controllo sull'attività da parte dell'utenza, pur nel rispetto della privacy e della sicurezza informatica degli atti, delle informazioni e dei dati trattati.

I cambiamenti in ambito tecnologico, organizzativo e manageriale, che impattano sull'intera organizzazione Aziendale, che vengono già gestiti attraverso strumenti applicativi, riguardano:

- la gestione del protocollo e delle delibere/determine;
- la gestione rilevazione presenze automatizzato;
- la digitalizzazione dei processi clinici e amministrativi;
- il sistema informativo sanitario;

- i servizi on line per il cittadino per ritiro referti, prenotazione visite ed esami, pagamenti messi a disposizione da PagoPA;
- informatizzazione delle agende di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali, anche in regime di libera professione;
- sistema di prenotazione digitalizzato “elimina code” sul sito <https://prenota.zerocoda.it/>

L’informatizzazione dei processi richiede di porre l’attenzione sui possibili attacchi informatici che stanno diventando sempre più raffinati per riuscire a intaccare la sicurezza dei propri dati.

L’AOU AL, consapevole di questo, nel 2022 e 2023, ha organizzato un programma formativo di Cyber Security (portale ECM Piemonte <https://www.formazione sanitapiemonte.it/>), al fine di consentire a tutti i dipendenti di acquisire il giusto grado di consapevolezza nella Cyber Security. Il corso fa parte di una serie di interventi da parte dell’AOU AL per potenziare il livello di sicurezza informatica della rete che veicola concetti fondamentali per la gestione sicura e consapevole degli strumenti ICT Aziendali.



Con deliberazione n. 150 del 21/03/2023 è stato approvato il regolamento Aziendale per l’utilizzo dei servizi ICT in conformità alle novità legislative ed organizzative nel frattempo intervenute, per fronteggiare in maniera più efficace, in un’ottica di accountability, il fenomeno sempre più diffuso del cyber risk, e ridurre i rischi di attacchi informatici, con conseguente perdita e/o divulgazioni di dati; tale regolamento disciplina le condizioni di utilizzo delle risorse informatiche e di comunicazione che l’AOU AL mette a disposizione degli operatori per l’esecuzione delle funzioni di competenza.

Nel 2024, infine, sulla Intranet aziendale è stata prevista una sezione dedicata alla “Categoria Cybersecurity” al fine di prevenire i rischi cyber che possono derivare da cattive abitudini.

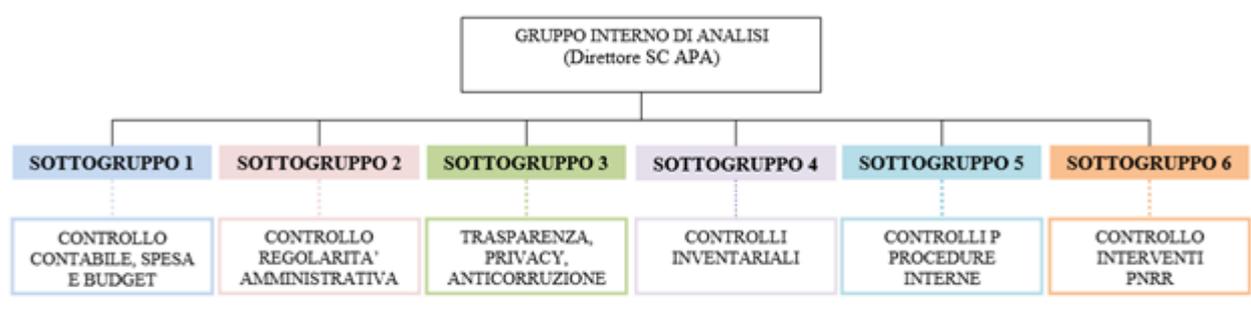


Nel 2025 è previsto l’inserimento di un rilevatore di customer satisfaction sulla fruibilità dell’accessibilità informatica per l’utente.

ACCESSO TELEMATICO A DATI, documenti e procedimenti e riutilizzo dati, documenti procedimenti d. lgs. 82/2005 “Codice dell’Amministrazione digitale”; l’AOU AL assicura la disponibilità, la gestione, l’accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dell’informazione in modalità digitale, nell’interesse degli utenti, dell’informazione e della comunicazione. La gestione dei procedimenti amministrativi è attuata in modo da consentire, mediante strumenti informatici, la possibilità per il cittadino di verificare, anche con mezzi telematici, i termini previsti ed effettivi per lo specifico procedimento e il relativo stato di avanzamento, nonché di individuare l’ufficio e il funzionario responsabile del procedimento.

MONITORAGGIO RISPETTO TERMINI PROCEDIMENTALI: attraverso tale azione emergono omissioni ritardi o anche ritmi del procedimento troppo veloci che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi. In occasione dell'assunzione del Regolamento per l'adozione degli atti amministrativi e provvedimenti Aziendali, adottato con deliberazione n. 247 del 25.05.2022, cui è allegata, quale parte integrante e sostanziale, apposita "Tabella delle competenze e procedimenti ed atti privatistici delegati", nella quale, oltre ai referenti, sono evidenziati i termini entro i quali deve concludersi un determinato procedimento.

MONITORAGGIO ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA: mediante l'applicazione della procedura aziendale P11 "Internal auditing" integrata con il monitoraggio "tempi di attesa". Lo scopo è quello di definire i meccanismi e gli strumenti di monitoraggio e valutazione interni collocati in un percorso di miglioramento della qualità dell'azione amministrativa aziendale (intesa in senso ampio) e si pone, tra l'altro, l'obiettivo di contribuire al perseguimento di legittimità e correttezza dei processi aziendali prevenendo eventuali rilievi formali e situazioni di "maladministration". Al fine di realizzare l'integrazione tra i controlli interni è stato istituito il Gruppo Interno di Analisi (GIA), quale organismo in Staff alla Direzione Aziendale, che riferisce al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario per le parti di competenza.



A seconda delle tipologie di atti sottoposti a verifica, al gruppo potranno partecipare i Dirigenti o titolari di posizione organizzativa che hanno predisposto il provvedimento nell'ottica di creare un confronto immediato e per garantire la massima partecipazione e condivisione al processo di analisi e verifica.

RAFFORZAMENTO DEGLI STRUMENTI DI CONTROLLO: a titolo esemplificativo, e non esaustivo, si riportano alcune tipologie di controllo adottate:

- Atti organizzativi interni: mediante adozione di regolamenti, procedure Aziendali, istruzioni operative;
- Regolarità amministrativa: controlli mirati a verificare eventuale presenza di irregolarità;
- Appalti: adeguata motivazione affidamenti diretti; capitolati con requisiti e criteri di aggiudicazione non discriminatori; consultazioni preliminari di mercato.

L'AOU AL ha, inoltre, introdotto ulteriori misure di sicurezza per la tutela delle informazioni contenute nelle proprie banche dati. In primo luogo, ha previsto un'apposita politica per la gestione delle credenziali di accesso degli utenti all'Anagrafe tributaria e agli altri applicativi informatici, ispirata ai principi di necessità, pertinenza, non eccedenza e minimizzazione previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati personali.

Lo scopo fondamentale della politica citata è quello di promuovere e garantire la congruenza tra le linee di lavoro richieste e quelle effettivamente necessarie alle funzioni svolte da ogni dipendente-utente del sistema, sia al momento della concessione dell'abilitazione all'accesso alle informazioni contenute nella banca dati, sia durante il successivo svolgimento dell'attività lavorativa.

Con deliberazione n. 218 del 10.05.2024 è stato adottato il “Regolamento aziendale per attività di consulenza/formazione/training finanziata da soggetti privati” che ricomprende l’attività di tutoring e partecipazione a programmi formativi scientifici, riconoscendo, così, nella trasparenza dei rapporti un importante fattore di deterrenza dei fenomeni corruttivi, affinché non appaia influenzata da interessi privati di natura pubblicitaria e commerciale.

Con riferimento alle attività classificate ad “alto rischio” ai sensi del presente Piano, i Responsabili e i Direttori delle strutture Aziendali cui le stesse afferiscono, verificano la rispondenza dei seguenti principi generali:

- segregazione delle responsabilità e dei compiti e previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;
- tracciabilità dei processi e delle responsabilità, attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta in qualunque momento la verifica del processo stesso in termini di congruità, coerenza, responsabilità e rispetto della normativa;
- assegnazione dei compiti e funzioni in coerenza con le competenze, i poteri e le responsabilità inerenti la qualifica posseduta e il profilo professionale di appartenenza;
- legalità in forza del quale gli atti e le attività devono essere posti in essere nel più rigoroso rispetto delle norme di legge, dei regolamenti, delle procedure Aziendali;
- rispetto dell’ordine cronologico nella trattazione delle pratiche, fatti salvi i casi di urgenza che devono essere espressamente richiamati nel provvedimento.

Consultazione e comunicazione

La fase di “consultazione e comunicazione” è trasversale, e potenzialmente contestuale, a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio:

- **attività di consultazione** dei soggetti interni (personale, referenti, etc.) ed esterni (stakeholders) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione; tale attività ha riguardato innanzitutto la fase di elaborazione della presente sotto-sezione, mediante apposito avviso pubblicato in data 14.01.2025 sul sito web dell’AOU AL, per la consultazione on line da parte dei soggetti portatori di interessi, al fine di acquisire le loro osservazioni;
- **attività di comunicazione** (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi; in questa fase particolare attenzione è stata rivolta alla definizione delle attività di comunicazione tra: i dirigenti/responsabili delle strutture e il RPCT per favorire l’azione di monitoraggio dell’attuazione delle misure di prevenzione e il rispetto degli obblighi normativi di pubblicazione;

La comunicazione implica un flusso costante ad ogni livello dell’organizzazione e, quindi, una maggiore condivisione; al contempo, una maggiore condivisione, contribuisce a migliorare la conoscenza e la consapevolezza dei singoli all’interno dell’organizzazione, generando un circuito positivo di interazione finalizzata al miglioramento.

Infine, importanti strumenti di comunicazione utilizzati dall’AOU AL sono:

- il sito internet istituzionale, che ha la finalità di comunicare ai cittadini le informazioni generali sull’AOU AL, sui risultati raggiunti, nonché quelle sui servizi offerti e sui professionisti in essa operanti; l’accesso al sito istituzionale avviene attraverso l’indirizzo www.ospedale.al.it da parte di chiunque;
- la intranet, che è il sito destinato ai dipendenti, contenente le principali informazioni, documenti, regolamenti interni, procedure e modulistiche per il funzionamento Aziendale; si accede alla intranet direttamente dai computer delle proprie postazioni lavorative, grazie all’autenticazione individuale già registrata al momento dell’accesso alla rete Aziendale.

Monitoraggio e riesame

La fase di gestione del rischio si completa con il monitoraggio e il riesame attraverso cui verificare l’attuazione e l’adeguatezza delle misure di prevenzione individuate in fase di mappatura dei processi, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire, in tal modo, di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

In tal senso, il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

È fondamentale, in tal senso, il contributo dei dirigenti e dei funzionari referenti, nonché l’intervento di tutti i responsabili delle singole unità organizzative interessate dal processo di attuazione delle singole misure.

Gli esiti del monitoraggio relativo all’attuazione del piano dell’anno precedente costituiscono la base di partenza per la predisposizione della Sezione in esame, secondo una logica di miglioramento progressivo.

Il monitoraggio sull’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione è condotto dal RPCT mediante la richiesta ai Responsabili delle strutture coinvolte, di informazioni sullo stato di avanzamento dell’attuazione delle misure stesse.

MISURE ATTUATIVE

L’attività di monitoraggio rappresenta un momento fondamentale di verifica dell’attuazione e dell’idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, individuate dalla presente sezione.

L’obiettivo di tale verifica è quello di accertare la corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, nel rispetto delle modalità e tempistiche previste.

L’attività di monitoraggio relativa all’attuazione delle misure di cui alla Sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” di cui al PIAO 2024-2026, (Relazione primo semestre 2024), non ha evidenziato rilevanti elementi di criticità; le misure presentano un buon grado di attuazione, risultando in gran parte ben strutturate e recepite dal personale dell’amministrazione, negli anni formato su tali assi tematici.

Gli esiti della descritta attività di monitoraggio, relativi all’intera annualità 2024, saranno riportati nella relazione annuale che il RPCT è tenuto ad elaborare ai sensi dell’art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 e che è pubblicata sulla pertinente pagina di Amministrazione Trasparente del portale dell’AOU AL.

Il riesame si sostanzia in un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Il riesame, pertanto, riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Per le modalità adottate dall’AOU AL, si rimanda al paragrafo 4.2 “*Sottosezione Monitoraggio Rischi Corruttivi e Trasparenza*”

2.3.5. – Misure generali di prevenzione della corruzione

Vengono di seguito espone le misure generali, già attuate, che intervengono trasversalmente sui processi e quindi su più strutture organizzative o, in taluni casi, sull’intera organizzazione.

Per ciascun ambito, vengono di seguito riportate le misure di prevenzione adottate dall’AOU AL:

AMBITO	MISURA
<i>Obblighi di pubblicità</i>	Osservanza degli obblighi di trasparenza ai sensi del d.lgs. 33/2013 e s.m.i.
<i>Formazione</i>	Realizzazione di percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza al fine di diffondere la “cultura” della legalità e dei valori etici
<i>Codice di comportamento</i>	Aggiornamento, semplificazione e divulgazione del codice di comportamento (approvato con Deliberazione n. 594 del 29.12.2022); vigilanza sul rispetto del codice da parte dei direttori e dei dirigenti
<i>Rotazione del personale</i>	Nei settori dove la misura è stata ritenuta utile ed applicabile, con riguardo innanzitutto ai Responsabili del procedimento, i Coordinatori del personale delle professioni sanitarie, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Gestore dell’Antiriciclaggio, il RASA, incarichi all’interno delle commissioni di selezione, ecc.
<i>Conferimento incarichi istituzionali ed extra-istituzionali</i>	Adozione di modalità e criteri per il conferimento di incarichi istituzionali e per l’autorizzazione ad attività ed incarichi extra-istituzionali
<i>Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali</i>	Dichiarazioni rese da parte dei soggetti interessati; verifica e monitoraggio situazioni di inconferibilità di incarichi dirigenziali e verifica e monitoraggio del rispetto dell’obbligo di comunicazione di situazioni potenziali di incompatibilità
<i>Conflitto di interessi</i>	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse
<i>Pantouflage</i>	Applicazione delle disposizioni previste dall’art. 53, comma 16-ter del D.Lgs n. 165/2001
<i>Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la PA</i>	Applicazione delle disposizioni previste dall’art. 35-bis del D. Lgs 165/2001
<i>Whistleblowing</i>	Garantire la tutela della riservatezza del dipendente che segnala un illecito
<i>Patti di integrità</i>	Predisposizione e adozione di protocolli di legalità o patti di integrità per l’affidamento di forniture (inserimento in avvisi, bandi di gara e lettere di invito della clausola di salvaguardia relativa al rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità)
<i>Informatizzazione dei processi</i>	Eliminare o ridurre in modo significativo gli interventi manuali e il rischio di possibili alterazioni dei dati.

A partire dal mese di marzo 2024, l'AOU AL ha partecipato al FORUM RPCT ASR piemontesi al fine favorire le valutazioni sul ruolo e le modalità di sviluppo delle seguenti attività, attraverso la costituzione di appositi gruppi di lavoro e relativi coordinatori:



CdP RPCT ASR Piemontesi
Incontro del 6/03/2024

Condivisione Proposta Gruppi di lavoro e
individuazione Coordinatori



- ❖ Definizione e di un Corso di formazione FAD “regionale” per i dipendenti a partire da quelli disponibili e definizione regole di “assolvimento” (es. obbligatorio e periodico)
- ❖ Regolamenti e procedure: condivisione buone pratiche, con particolare riferimento al tema del conflitto di interesse (Coordinamento ASL CN1);
- ❖ Audit di 2° livello (Coordinamento Regione Piemonte);
- ❖ Monitoraggio dei progetti PNRR (Coordinamento Regione Piemonte);
- ❖ Pubblicazioni in amministrazione trasparente (Coordinamento Regione Piemonte);
- ❖ Bandi di gara e contratti (Coordinamento Regione Piemonte);
- ❖ Giornata della Trasparenza (Coordinamento ASL BI);
- ❖ Strumenti di comunicazione (Coordinamento ASL AT);
- ❖ Proctoring (Coordinamento AOU AL CDSS).

Di seguito, con riferimento alle singole misure generali di prevenzione della corruzione, si riportano le attività realizzate dall'AOU AL.

Obblighi di pubblicità

Il d.lgs. n. 33/2013 ha dato concreta attuazione a quanto previsto dalla legge n. 190/2012, operando, esso, un riordino, all'interno di un unico corpus normativo, delle disposizioni riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche amministrazioni.

Tale provvedimento risponde all'esigenza di assicurare la trasparenza come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle Pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, attraverso la tempestiva pubblicazione delle notizie sui siti istituzionali delle amministrazioni medesime (Amministrazione Trasparente).

A tal fine individua un'ampia serie di documenti e di atti la cui pubblicazione costituisce un vero e proprio obbligo da parte delle Pubbliche amministrazioni; chiunque ha il diritto di conoscere, fruire gratuitamente ed utilizzare tutti i documenti e le informazioni oggetto di un obbligo di pubblicazione ai sensi di detto decreto.

Con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, l'ANAC ha approvato tre nuovi schemi di pubblicazione con l'obiettivo di mettere a disposizione delle amministrazioni/enti strumenti che consentano loro un più agevole ed omogeneo popolamento della sezione “Amministrazione Trasparente”, in conformità ai requisiti di qualità delle informazioni di cui all'art. 6 del d.lgs. n. 33/2013 e nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dal medesimo decreto. È stato, altresì, approvato il documento “Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013” contenente indicazioni utili per la pubblicazione su requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse (all. 4).

MISURE ATTUATIVE

L’AOU AL ottempera alle disposizioni in tema di trasparenza per costruire l’AOU AL come una casa di vetro, effettivamente trasparente” dando attuazione al principio di TRASPARENZA, intesa come mero diritto di accesso agli atti, bensì come “accessibilità totale” delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività svolta, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche.

Tutte le strutture che operano flussi di dati, documenti e informazioni per le pubblicazioni in “Amministrazione Trasparente” sono tenute a prestare la massima attenzione al rispetto e protezione dei dati personali nella pubblicazione di dati, documenti, informazioni.

Dal mese di gennaio 2024 è on line il nuovo sito internet aziendale www.ospedale.al.it



Lo studio di fattibilità per la realizzazione della nuova versione è stato inserito tra gli obiettivi di innovazione e qualità in materia di prevenzione della corruzione 2024-2026.

Il passaggio alla nuova versione del sito ha comportato l’analisi e la verifica delle funzionalità presenti e utilizzate dalla precedente versione e la messa in atto di opportune misure atte a garantire la continuità della fruibilità e accessibilità dei contenuti pubblicati.

Questa fase di verifica ha permesso di evidenziare criticità dovute alla obsolescenza della versione del software precedentemente utilizzato, permettendo di realizzare gli interventi necessari a garantire le continuità di utilizzo del sito.

Al suo interno, ai sensi del d.lgs. 33/2013 è presente la sezione “Amministrazione trasparente” raggiungibile direttamente dal link <https://trasparenza.ospedale.al.it/>

> Disposizioni generali
> Organizzazione
> Consulenti e collaboratori
> Personale
> Bandi di concorso
> Performance
> Enti controllati
> Attività e procedimenti
> Provvedimenti
Controlli sulle imprese
> Bandi di gara e contratti
> Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici
> Bilanci
> Beni immobili e gestione patrimonio
> Controlli e rilievi sull'amministrazione
> Servizi erogati
> Pagamenti dell'amministrazione
> Opere pubbliche
Pianificazione e governo del territorio
Interventi straordinari di emergenza
Informazioni Ambientali
Strutture Sanitarie Private Accreditate
> Altri contenuti
Attuazione Misure PNRR

Azienda Ospedaliero - Universitaria di Alessandria

Le Pubbliche Amministrazioni sono tenute, ai sensi del D.Lgs n. 33 del 14/03/2013, così come modificato dal D.Lgs.vo n. 97 del 25/5/2016, a pubblicare dati riguardanti il loro assetto organizzativo, procedure adottate e prestazioni rese.

Nella presente sezione "Amministrazione Trasparente" vengono raccolte tutte le informazioni di cui è prevista la pubblicazione rispettando lo schema contenuto nel Decreto stesso e nelle Delibere attuative della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche - Autorità Anticorruzione - **A.N.AC.**

Molte delle informazioni sono già pubblicate da tempo nel sito dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Alessandria, e le sezioni rinviano a dette pagine.

Whistleblowing

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Alessandria SS Antonio e Biagio e C. Arrigo (AOU AL) ha aderito al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali adottando la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi.

I dipendenti e i collaboratori dell'AOU AL che intendono segnalare situazioni di illecito (fatti di corruzione e altri reati contro la Pubblica Amministrazione, fatti di supposto danno erariale o altri illeciti amministrativi) di cui sono venuti a conoscenza possono utilizzare le modalità di segnalazione di seguito elencate:

a) all'indirizzo web: <https://aossantonioebiagioecarrigoalessandria.whistleblowing.it>

b) mediante invio all'indirizzo di posta elettronica anticorruzione@ospedale.al.it

c) tramite servizio postale (anche posta interna). In tal caso, affinché sia tutelata la riservatezza, la segnalazione deve essere inserita in una busta chiusa con la dicitura "RISERVATA-PERSONALE" recante il seguente indirizzo: "Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'AOU Antonio e Biagio e C. Arrigo - Via Venezia 16 - 15121- Alessandria;

d) segnalazione orale utilizzando le linee telefoniche aziendali dedicate di contatto con il RPCT per il tramite del centralino aziendale e richiesta di colloquio riservato.

La segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e dallo stesso gestita mantenendo il dovere di confidenzialità nei confronti del segnalante.

Il Regolamento aziendale in materia di Whistleblowing e i relativi allegati:

1. Modello per la segnalazione scritta;
2. Informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativa alla tutela del trattamento dei dati personali dei dipendenti pubblici che segnalano condotte illecite (cd whistleblowing);
3. Informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 14 del regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativa alla tutela del trattamento dei dati personali di soggetti segnalati e che non sono stati ottenuti presso l'interessato;

sono reperibili al seguente link <https://trasp.ospedale.al.it/pubblicazioneFtp/DL33/Allegati/84722.pdf>

Ai sensi del sopra citato Decreto, la stessa è organizzata in sottosezioni all'interno delle quali sono inseriti i documenti e le informazioni relative.

Cliccando sull'identificativo di una sottosezione, è possibile accedere direttamente ai contenuti o a una pagina specifica della sottosezione.

All'interno di ogni sottosezione, sono stati indicati:

- la denominazione e il contenuto dell'obbligo di trasparenza;
- il dirigente responsabile dell'elaborazione dei dati;
- il dirigente responsabile della trasmissione dei dati;
- il dirigente responsabile della pubblicazione dei dati;
- il termine di scadenza per la pubblicazione e quello per l'aggiornamento dei dati;
- il monitoraggio con l'indicazione del soggetto responsabile e delle relative tempistiche.

L'AOU AL potrà rendere noti e disponibili altre informazioni e documenti necessari per garantire efficienza, efficacia ed economicità delle prestazioni rese, sempre nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dati personali. Qualora sia necessario pubblicare documenti o dati già pubblicati in altre parti del sito, viene creato un collegamento ipertestuale ai contenuti stessi.

La durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali.

Con mail del 22.11.2024, l'RPCT ha provveduto a dare massima informazione circa i contenuti della delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 relativa all'approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del d.lgs. 33/2013, e delle istruzioni operative (all. 4) ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto, nonché la messa a disposizione di ulteriori schemi (da all. 5 a all. 14) per i quali è stato previsto un differimento di 12 mesi al fine di consentire l'aggiornamento delle sezioni all'interno di "Amministrazione Trasparente".

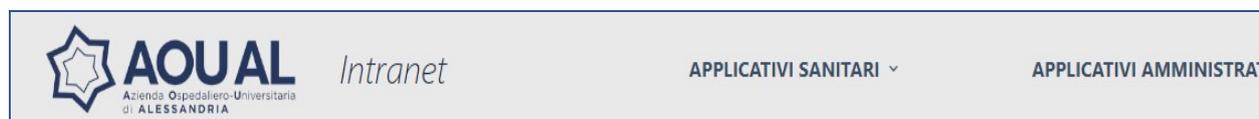
Per quanto riguarda il monitoraggio sul rispetto di tali obblighi, l'attività si svolge su più livelli:

- il RPCT svolge un'attività di controllo sull'adempimento dei medesimi da parte dei soggetti preposti;
- l'OIV attesta, su apposita griglia fornita dall'ANAC, l'assolvimento degli obblighi;
- l'ANAC svolge il controllo a livello centrale.



Il 15.07.2024 l'OIV ha rilasciato, così come per gli anni precedenti, l'attestazione asserente l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione a tutto il 30.05.2024.

L'OIV non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza dello stesso (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile. Tale documento è stato pubblicato su "Amministrazione Trasparente" – Altri contenuti – Prevenzione Corruzione – al link <https://trasparenza.ospedale.al.it/altri-contenuti/altri-contenuti-prevenzione-corruzione> Infine, al fine di potenziare ulteriormente un clima di trasparenza diffuso, già al proprio interno, l'AOU AL intende migliorare un'informazione tempestiva, puntuale e capillare nella SEZIONE INTRANET, <http://intranetnew.ao907.net/> che viene sviluppata cercando di soddisfare le esigenze di ogni singolo operatore.



Viene inserita, quale Allegato C) alla presente sezione, la tabella generale ove sono individuate, per ciascun obbligo di pubblicazione, le articolazioni aziendali responsabili, nonché le articolazioni deputate alla produzione e/o trasmissione del dato. Tale tabella è stata aggiornata ai sensi degli allegati 2) e 9) del PNA 2022 e dell'all. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023 "Atti e documenti da pubblicare in "amministrazione trasparente" sottosezione "bandi di gara e contratti".



Ai sensi della sopra citata delibera ANAC, ove gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle

piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. 33/2013 (artt. 6 e 8, co. 3), in Amministrazione Trasparente viene indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

In tale allegato sono indicati i responsabili dell'aggiornamento delle informazioni, così come individuate dal D.lgs. 33.2013 e s.m.i. e dalle delibere ANAC, vale a dire:

- cadenza annuale, per i dati che, per loro natura, non subiscono modifiche frequenti o la cui durata è tipicamente annuale;
- cadenza semestrale, per i dati che sono suscettibili di modifiche frequenti ma per i quali la norma non richiede espressamente modalità di aggiornamento eccessivamente onerose in quanto la pubblicazione implica per l'amministrazione un notevole impegno, a livello organizzativo e di risorse dedicate;
- cadenza trimestrale, per i dati soggetti a frequenti cambiamenti;
- aggiornamento tempestivo, per i dati che è indispensabile siano pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.

Qualora la norma non menzioni in maniera esplicita l'aggiornamento, si deve intendere che l'aggiornamento debba essere tempestivo.

Processo di attuazione del programma

Nello specifico:

- Il RPCT che vigila sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate; in particolare, provvede a:
 - coordinare eventuali riscontri a specifiche richieste/controlli da parte dell'A.N.A.C. in materia
 - supportare l'OIV nelle attività di verifica in materia di trasparenza
 - monitorare la regolarità e tempestività dei flussi informativi
- I Dirigenti Responsabili degli uffici devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, nonché la loro esattezza; come previsto dall'art. 16, comma 1 bis, del D. Lgs. 165/2001, concorrono alla definizione delle misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di cattiva amministrazione e assumono, per quanto di competenza, la responsabilità di attuazione del presente programma.
- L'OIV verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma e quelli indicati nel Piano della Performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori. All'OIV spetta il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità secondo gli indirizzi formulati dall' A.N.A.C.
- L'A.N.A.C. controlla l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Per quanto riguarda le funzioni di monitoraggio all'Autorità compete un ruolo generale di coordinamento, indirizzo e supervisione esercitato anche attraverso l'adozione di specifiche linee guida che sono di riferimento per tutte le pubbliche amministrazioni. L'Autorità svolge inoltre funzioni di vigilanza diretta rispetto alle verifiche effettuate dagli OIV e di vigilanza indiretta rispetto alle amministrazioni nei confronti delle quali riceve segnalazioni di mancato o parziale adempimento degli obblighi previsti di pubblicazione.

Nella tabella che segue si individuano i soggetti responsabili e gli indicatori di risultato.

TRASPARENZA	
<i>SOGGETTI RESPONSABILI</i>	RPCT e soggetti individuati nello schema di cui all'allegato C) del presente Piano – OIV (valuta gli adempimenti in materia di trasparenza secondo le direttive ANAC)
<i>INDICATORI DI RISULTATO</i>	100% dati a pubblicazione obbligatoria Rispetto dei tempi indicati nel sopracitato allegato C)

Accesso agli atti



L'accesso ai documenti amministrativi ha totalmente rivoluzionato il rapporto tra l'amministrazione e gli amministrati, favorendo la partecipazione di quest'ultimi ai meccanismi decisionali che interessano la P.A.

Prima della l. 241/1990 mancava nell'ambito del nostro ordinamento una disciplina generale che regolasse in modo puntuale l'evolversi del procedimento amministrativo e, questo, determinava l'ovvia conseguenza che l'iter procedimentale fosse condotto in maniera discrezionale ad opera della pubblica amministrazione, discrezionalità, di fatto, favorita anche dalla segretezza con cui si caratterizzavano i documenti amministrativi.

Il d.lgs. 33/2013 ha introdotto la nozione di accesso civico, per distinguerla da quella di accesso classico o documentale, ai sensi degli articoli 22 ss. della legge n. 241/1990 sul procedimento amministrativo.

Nello specifico, l'accesso civico possiede due volti, così come si evince dall'art. 5, comma 1 d.lgs. n. 33/2013, modificato dal d.lgs. n. 97/2016:

- da un lato vi è l'accesso civico "semplice", disciplinato dal co. 1 dell'art 5 d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale all'obbligo in capo alle P.P.A.A. di pubblicare documenti, informazioni o dati corrisponde il diritto di chiunque, senza alcun onere di motivazione, di richiedere gli stessi, nei casi in cui la loro pubblicazione sia stata omessa da parte della P.A. inadempiente. Trattasi, dunque, di documenti ed atti di per sé pubblici e quindi conoscibili e da chiunque fruibili in maniera del tutto gratuita.
- dall'altro lato vi è l'accesso civico "generalizzato" (Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97) equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita *Freedom of information act* (Foia). Esso è delineato dal co. 2 dell'art. 5 del d.lgs. 33/2013, secondo cui per favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e per promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque - senza alcun onere di motivazione - ha il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalla P.A., ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. 33/2013. Trattasi, dunque, di un regime di accesso ben più esteso rispetto al dettato precedente, in quanto consente di accedere non solo ai dati e documenti per i quali esistono specifici obblighi di pubblicazione, ma anche ai documenti ulteriori per i quali, cioè, non esiste l'obbligo di pubblicazione e che l'amministrazione deve comunque fornire al richiedente (nel rispetto dei limiti espressamente sanciti dal co. 5 bis del succitato decreto).

Sostanziale differenza tra il diritto di accesso civico ed il diritto di accesso classico (ex art. 22, l. 241/90), si ravvisa nel fatto che, mentre per l'accesso civico non sussiste alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, nell'accesso documentale, viceversa, l'istanza di accesso

competete esclusivamente a coloro che abbiano un interesse giuridico diretto, concreto ed attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata, collegata al documento al quale è richiesto l'accesso. Inoltre, con l'accesso civico non si prescrive alcun obbligo di motivazione dell'istanza, cosa che, invece, è prescritta per l'accesso classico.

Ulteriore differenza è da ravvisare nel fatto che, mentre con l'accesso classico si esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso al fine di sottoporre l'amministrazione ad un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, oltre che quello semplice, sono riconosciuti proprio allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali.

È importante ricordare che, per le differenze suddette, l'accesso agli atti di cui alla legge 241/90 continua sicuramente a sussistere anche se in modo parallelo rispetto all'accesso civico (generalizzato e non) operando, appunto, sulla base di norme e presupposti diversi.

MISURE ATTUATIVE

Il RPCT è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice" finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente. Sussistendone i presupposti, entro il termine di trenta giorni, ha cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e di comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Il RPCT segnala all'ufficio di disciplina, al vertice politico e all'OIV i casi in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui sia stata riscontrata la mancata pubblicazione. Con riferimento all'accesso civico generalizzato, il RPCT riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta.

Con deliberazione n. 429 del 12.04.2017, è stato adottato il Regolamento Aziendale che disciplina le modalità di esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, diritto di accesso civico semplice e diritto di accesso generalizzato. Per assicurare l'esercizio di tale diritto, nella sezione "Amministrazione Trasparente" sotto la voce "Altri contenuti - Accesso Civico" sono pubblicate le necessarie modalità di esercizio del diritto, informazioni relative al Responsabile al quale può essere presentata la richiesta, nonché il nome del titolare del potere sostitutivo.

In conformità alle previsioni normative, l'AOU AL ha istituito il "Registro degli Accessi", consistente nell'elenco delle richieste (in ordine cronologico) secondo le tre diverse modalità di accesso, con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta, nonché del relativo esito con la data della decisione:

 Azienda Ospedaliero-Universitaria di ALESSANDRIA REGISTRO DI ACCESSO AGLI ATTI										
N.	TIPOLOGIA ACCESSO	STRUTTURA COMPETENTE	OGGETTO	PERVENUTA TRAMITE	PROROGA INDATA	DATA	CONTROINTERESSATI	ESITO	PROROGA INDATA	DATA

Tale Registro viene pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web Aziendale con cadenza semestrale e funge da adeguato presidio del potenziale rischio corruttivo, portando a negare l'accesso solo laddove trattasi di documenti non nella disponibilità dell'AOU AL, ovvero già fruibili sul sito web Aziendale.

Nel 2024 sono pervenute 4 richieste di accesso agli atti, tutte di accesso civico generalizzato.

I tempi, le modalità di attuazione della presente misura e i soggetti responsabili sono sintetizzati nella seguente tabella.

FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI
<i>Monitoraggio delle richieste di accesso civico generalizzate pervenute e verifica del rispetto degli obblighi di legge</i>	Per tutta la validità del presente Piano	RPCT	Registro delle richieste di accesso pervenute
<i>Monitoraggio dell'attuazione della misura</i>	Semestrale	RPCT	Numero richieste di accesso pervenute per tipologia

Formazione



La legge n. 190/2012 attribuisce fondamentale importanza alla formazione del personale sulle attività e i procedimenti sensibili alla corruzione amministrativa e sulla trasparenza, in quanto rappresenta uno dei più rilevanti strumenti per prevenire il rischio di fenomeni corruttivi, rafforzare le competenze dei dipendenti ed il senso dell'etica e della legalità.

Lo scopo è quello di garantire a coloro che operano nella P.A. un bagaglio di conoscenze ulteriori e specifiche con riguardo a temi particolarmente delicati.

Attraverso l'investimento in una formazione più mirata, rispetto al passato, si vuole rendere il dipendente più responsabile e consapevole delle proprie scelte amministrative, eliminando, o almeno riducendo ai minimi termini, decisioni illecite compiute inconsapevolmente o per ignoranza.

MISURE ATTUATIVE

L'AOU AL ritiene imprescindibile il perseguimento di una svolta di tipo culturale; con obiettivo principale la promozione e diffusione della cultura della legalità.

Sino al 2022, la programmazione formativa Aziendale si è sviluppata in sintonia con il lavoro intrapreso negli anni passati, in conformità con gli obiettivi nazionali e regionali normati per l'acquisizione dei livelli di competenza previsti dal Sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM); ad esempio il corso di aggiornamento e-learning in materia di prevenzione della corruzione, della durata di quattro ore, dal titolo *“Le strategie e gli strumenti di prevenzione della corruzione”*.

Dal mese di novembre 2023 si è provveduto a presentare un nuovo corso e-learning dal titolo *“La prevenzione della corruzione e la trasparenza quali dimensioni del valore pubblico”*, finalizzato a promuovere le conoscenze di base in materia di prevenzione della corruzione e obblighi di trasparenza secondo le più recenti novità normative.

L'obiettivo è quello di fornire elementi adeguati ad individuare il rischio di comportamenti che possono integrare fattispecie di reato, di illeciti disciplinari nonché di illeciti amministrativi; gli argomenti, suddivisi in cinque moduli, sono stati individuati in funzione dell'ampiezza e della generalità dei dipendenti e trattati in modo da consentirne la



comprensione a tutti i livelli.

Il corso è stato riproposto da fine 2024 a febbraio 2025 compreso, così come da Piano di Formazione adottato con deliberazione n. 2 del 10.01.2024.

<p>Modulo 1 - Prevenzione corruzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La creazione del Valore Pubblico ✓ Legge 190/2012 e decreti attuativi ✓ La gestione del rischio corruttivo <p>Modulo 2 - Organi responsabili della prevenzione della corruzione nella P.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ANAC ✓ Il ruolo del PNA nel sistema di prevenzione della corruzione ✓ Organi Interni all'Amministrazione <p>Modulo 3 - Piano Integrato di Attività e Organizzazione</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sottosezione «Rischi corruttivi e Trasparenza» ✓ Le misure di prevenzione <p>Modulo 4 - Trasparenza</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bilanciamento tra trasparenza e privacy ✓ Attestazioni degli OIV in materia di assolvimento agli obblighi di pubblicazione ✓ Accesso agli atti della P.A. <p>Modulo 5 - Principio di trasparenza nel Codice dei contratti pubblici e PNRR</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La trasparenza nelle procedure di gara ✓ Trasparenza e anticorruzione negli appalti PNRR <p>Modulo test finale</p>

Nel triennio in esame, si continuerà:

- ad erogare formazione specifica al personale dipendente in materia di prevenzione della corruzione;
- a promuovere un'ampia condivisione dell'obiettivo della prevenzione della corruzione e di implementazione della trasparenza dell'attività amministrativa mediante il coinvolgimento di tutti i dirigenti nel processo di valutazione del rischio all'interno delle Strutture di rispettiva competenza.

I tempi, le modalità di attuazione della presente misura e i soggetti responsabili sono sintetizzati nella seguente tabella.

FORMAZIONE				
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI
<i>Formazione verso tutti i dipendenti sui temi della prevenzione della corruzione e la trasparenza</i>	Annuale	RPCT	n. dipendenti/ n. dipendenti formati	Maggior sensibilizzazione del personale sui temi trattati

Codice di comportamento

Il Codice di comportamento rappresenta uno degli strumenti essenziali di prevenzione della corruzione, introdotto dalla L. 190/2012 (D.P.R. n. 62/2013).

Lo scopo è quello di prevenire il compimento di atti illeciti all'interno dei pubblici uffici attraverso l'imposizione di una serie di oneri posti in capo ai singoli dipendenti che ne fanno parte, primo fra tutti il dovere di svolgere le proprie mansioni nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza in alcun modo poter abusare della posizione o dei poteri di cui si è titolari.

Inoltre, con esso, si pone in capo ai dipendenti anche l'obbligo di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano per la prevenzione della corruzione, di cui alla presente sotto-sezione.

La violazione dei doveri prescritti nel Codice comportamentale causa, in capo al dipendente trasgressore, il sorgere di una responsabilità disciplinare, rilevante anche ai fini della responsabilità penale, civile, amministrativa e contabile.

Con il D.P.R. 81/2023 è stato emanato il regolamento che contiene le modifiche al Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. n. 62/2013 previsto dall'art. 54 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 "Testo Unico sul pubblico impiego".



L'intervento di aggiornamento si è reso necessario alla luce dello sviluppo e diffusione della tecnologia e dell'innovazione all'interno del nostro paese ed era previsto dall'art. 4, secondo comma del d.l. n. 36/2022 (Decreto Piano Nazionale di ripresa e resilienza "PNRR") anche al fine di tutelare l'immagine

della pubblica amministrazione. Le modifiche introdotte hanno un impatto sia sotto il profilo disciplinare sia sotto il profilo formativo. I punti più salienti riguardano:

- l'utilizzo di account istituzionali è consentito per i soli fini connessi all'attività lavorativa o ad essa riconducibili e non può in alcun modo compromettere la sicurezza o la reputazione dell'amministrazione;
- ciascun messaggio in uscita deve consentire l'identificazione del dipendente mittente e deve indicare un recapito istituzionale al quale il medesimo è reperibile;
- è vietato l'invio di messaggi di posta elettronica, all'interno o all'esterno dell'amministrazione, che siano oltraggiosi, discriminatori o che possano essere in qualunque modo fonte di responsabilità dell'amministrazione.
- nell'utilizzo dei propri account di social media, il dipendente utilizza ogni cautela affinché le proprie opinioni o i propri giudizi su eventi, cose o persone, non siano in alcun modo attribuibili direttamente alla pubblica amministrazione di appartenenza.

MISURE ATTUATIVE

Con deliberazione n. 594 del 29.12.2022 è stato aggiornato il Codice di Comportamento in conformità sia alla D.G.R. del 25 febbraio 2022 n. 9-4694 di approvazione "*Linee guida per la predisposizione dei Codici di comportamento delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte*", che all'art. 4 del D.L. 36 del 30.04.2022 "*Aggiornamento dei codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica*", nonché alla luce del nuovo Regolamento sullo smart working, adottato con deliberazione n. 306 dell'01.07.2022.

Nel nuovo Codice particolare rilevanza è stata attribuita alla descrizione del conflitto di interessi, prevedendo le regole di comportamento e gli obblighi di comunicazione del dipendente per la gestione di tali conflitti, nonché il ruolo che assume il dirigente in merito alle iniziative da intraprendere a seguito delle dichiarazioni ricevute.

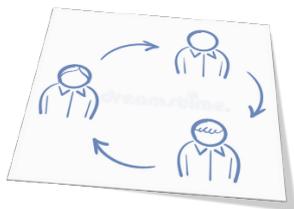
Il conflitto di interessi rappresenta infatti un importante presupposto della corruzione e il modo con il quale le organizzazioni lo gestiscono può avere importanti ripercussioni sull'efficacia e sull'efficienza delle stesse nel conseguimento della loro missione e nel contrasto dei fenomeni corruttivi. Sono state, inoltre, fornite le indicazioni di comportamento da seguire nell'utilizzo dei social network, così come quelle relative ai comportamenti che le dipendenti e i dipendenti devono tenere in tema di rapporti con i mezzi di informazione.

Strettamente connesso al Codice di comportamento è il Regolamento per la gestione dei conflitti di interesse adottato con deliberazione n. 598 del 29.12.2022.

I tempi, le modalità di attuazione della presente misura e i soggetti responsabili sono sintetizzati nella seguente tabella.

CODICE DI COMPORTAMENTO				
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI
<i>Monitoraggio della conformità del comportamento dei dipendenti alle previsioni del Codice</i>	Annuale	Dirigenti	N. sanzioni applicate nell'anno- Riduzione/aumento sanzioni rispetto all'anno precedente	Maggior consapevolezza delle regole di comportamento previste dal Codice

Rotazione del personale



La rotazione c.d. “ordinaria” del personale è una delle misure organizzative che le Amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. È stata introdotta dall’art. 1, comma 5, lettera b), della legge 190/2012. La richiamata disposizione ha previsto la rotazione di dirigenti e funzionari che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione. Il fine è quello di evitare, in via preventiva, il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa.

La rotazione c.d. “straordinaria” nasce invece come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni illeciti, di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare. Essa è prevista dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego (art. 16, comma 1, lettera l-quater) che prevede la valutazione dell’Amministrazione in merito alla rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, con il fine di tutelare l’immagine di imparzialità dell’Amministrazione.

MISURE ATTUATIVE

La disciplina Aziendale in materia è costituita dal Regolamento Aziendale per la gestione degli incarichi dirigenziali, formalizzato nella deliberazione n. 50 del 31 gennaio 2019, revisionato nel 2021 con deliberazione n. 81 del 10.02.2021 a seguito dell’individuazione di nuove strutture

Negli ultimi anni è proseguita la rotazione del personale nei settori dove la misura è stata ritenuta utile ed applicabile, con riguardo innanzitutto ai Responsabili del procedimento, i Coordinatori del personale delle professioni sanitarie, il RASA, incarichi all’interno delle commissioni di selezione, ecc.

In tema di rotazione ordinaria, sono definiti i seguenti criteri della rotazione:

- individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione (le misure di rotazione vengono applicate nelle aree e nei processi ad alto e medio rischio corruzione);
- valutazione delle competenze espresse dal personale di tali strutture e formazione/affiancamento al personale subentrante;
- fissazione della periodicità (la rotazione è programmata su base pluriennale e in maniera graduale in modo da renderne trasparente il processo e stabilirne i nessi con le altre misure di prevenzione per evitarne un improvviso depauperamento delle conoscenze);
- monitoraggio e verifica (è stata formalizzata la procedura Aziendale P11 “internal auditing” che prevede verifiche interne standardizzate anche in materia di procedure relative a trasparenza ed anticorruzione), revisionata nel 2022 ai fini di includere le modalità finalizzate al controllo interventi PNRR – M6 Salute;
- misure alternative in caso di impossibilità di rotazione.

In sede di concreta applicazione della normativa citata, naturalmente, sarà necessario altresì considerare che i limiti temporali previsti devono tenere conto anche dell’esigenza di portare a conclusione le attività strategiche dell’ufficio e consentire un efficace affiancamento del dipendente individuato per l’avvicendamento.

Ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevedono misure alternative, quali meccanismi di collaborazione tra diversi ambiti su atti potenzialmente critici ad elevato rischio (lavoro in team che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

Conferimento e autorizzazioni incarichi extraistituzionali

Lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni nonché del personale in regime di diritto pubblico è disciplinato dall'art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 e, fino al 31/12/2025, dalla disciplina contenuta all'interno dell'art. 3-quater del D.L. nr. 127 del 21/09/2021 convertito dalla L. nr. 165 del 19/11/2021 applicabile ai Professionisti delle Professioni Sanitarie individuati dalla legge nr. 43/2006. Ai sensi di tali normative, i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato possono svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati a seguito di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza. L'elevata specializzazione di alcune professionalità interne alla P.A. può dar luogo a opportunità di incarichi esterni o extra-istituzionali, il cui esercizio deve essere temperato con il disposto costituzionale dell'art. 98 (servizio esclusivo della Nazione) e con l'esigenza di evitare il sorgere di situazioni di conflitto di interessi, potenzialmente sussistente tra l'attività svolta ed eventuali interessi contrapposti derivanti dall'attività extra-istituzionale.

MISURE ATTUATIVE

Al fine di assicurare l'assoluta imparzialità e trasparenza dell'operato dei propri dipendenti e la non commistione con attività extra-istituzionali l'autorizzazione dell'incarico è soggetta al rispetto del nuovo Regolamento adottato con deliberazione n. 209 del 30.04.2024, che disciplina le tipologie, i criteri e le procedure per il rilascio al personale dipendente dell'autorizzazione da parte dell'Azienda per l'esercizio di attività extraistituzionali, non comprese nei compiti e doveri di ufficio, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.

L'AOU AL pubblica i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante, sulla pertinente sezione di Amministrazione Trasparente.

Inoltre, tutti gli incarichi conferiti dall'AOU AL vengono caricati sulla piattaforma "PerlaPA" tramite la funzionalità "Anagrafe delle prestazioni".



I cittadini possono liberamente consultare tutti gli incarichi presenti nella banca dati collegandosi al sito www.consulentipubblici.gov.it



Nella tabella che segue sono sintetizzati i tempi, le modalità, i soggetti responsabili dell'attuazione della misura.

CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI				
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI
<i>Divieto assoluto di svolgere incarichi anche a titolo gratuito senza la preventiva autorizzazione dell'AOU AL</i>	Ogni qualvolta si verifichi il caso	Tutti i dipendenti dell'AOU AL	N. richieste/N. dipendenti N. sanzioni disciplinari per mancata comunicazione/N. dipendenti	Maggiori controlli
<i>Monitoraggio attuazione della misura</i>	Annuale	Dirigente SC Area Politiche Risorse Umane	N. richieste/N. dipendenti N. sanzioni disciplinari per mancata comunicazione/N. dipendenti	Maggiori controlli

Inconferibilità – incompatibilità incarichi dirigenziali

Al fine di scongiurare ipotesi di conflitto tra le funzioni pubbliche e interessi privati derivanti da altre posizioni ricoperte da soggetti titolari di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice è stato emanato, in base alla delega prevista dalla L. n. 190/2012, il d.lgs. n. 39/2013 “*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*”. Il sistema normativo introdotto dal decreto prevede che le amministrazioni che conferiscono incarichi dirigenziali o amministrativi di vertice, debbano effettuare controlli finalizzati ad accertare la insussistenza di situazioni di inconferibilità e di incompatibilità dei soggetti interessati.

MISURE ATTUATIVE

L’attività di prevenzione consiste nella preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell’incarico; conferimento dell’incarico solo all’esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso); pubblicazione contestuale dell’atto di conferimento dell’incarico, ai sensi dell’art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell’art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013; adottare i provvedimenti conseguenti:

- all’atto del conferimento degli incarichi sopra indicati, viene acquisita apposita dichiarazione di assenza di una situazione di inconferibilità, resa ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- l’accertamento della insussistenza di situazioni di inconferibilità è effettuato mediante verifica della veridicità della dichiarazione resa dall’interessato. Conformemente alle previsioni normative;
- le suddette dichiarazioni sono pubblicate nella Sezione “Amministrazione trasparente”.



Con deliberazione n. 406 del 20.09.2022 è stato approvato il Regolamento per la costituzione ed il funzionamento del Servizio Ispettivo Aziendale, tra le cui attività rientra quella di verificare eventuali incompatibilità, cumuli di impieghi del personale dipendente.

Con deliberazione n. 209 del 30.04.2024 è stato adottato il nuovo Regolamento sulla disciplina delle incompatibilità e svolgimento di incarichi extraistituzionali.

Nella tabella che segue sono sintetizzati i tempi, le modalità, i soggetti responsabili dell’attuazione della misura.

INCONFERIBILITA' PER INCARICHI DIRIGENZIALI				
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI
Obbligo di acquisire preventiva dichiarazione prima di conferire l'incarico	Sempre prima di ogni incarico	Soggetti responsabili dell'istruttoria del provvedimento finale della nomina o del conferimento dell'incarico	N. dichiarazioni/N. incarichi (100%) N. verifiche/N. dichiarazioni	Puntualità nella richiesta, raccolta e monitoraggio delle dichiarazioni

Conflitto di interesse



La gestione dei conflitti d'interesse costituisce elemento fondamentale della strategia di prevenzione dei fenomeni di cattiva amministrazione ed è finalizzato a creare le condizioni per assicurare lo svolgimento dell'attività amministrativa, in modo imparziale ed effettivamente orientato al perseguimento dell'interesse pubblico.

Il contrasto al conflitto di interessi è regolato, in via generale, dalle disposizioni contenute dall'art. 6 bis della legge 7 agosto 1990, n. 241, a cui si aggiungono quelle più specifiche previste dal D.lgs. n. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici), e, specie per i contratti PNRR e PNC, del D.L. n. 77/2021, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108 (c.d. Decreto Semplificazioni), e quelle contenute nel D.P.R. n. 62/2013 e s.m.i.

I conflitti di interesse, che possono essere valutati sia come vizio di legittimità di un provvedimento che come fattore abilitante del rischio corruttivo, si pongono alla base di numerose normative che possono essere sintetizzate nelle seguenti fattispecie:

- conflitto d'interessi a carico dei funzionari e relativo obbligo di astensione (art. 6 bis L. 241/1990, d.lgs. 165/2001, D.P.R. 62/2013 e s.m.i.);
- conferimento di incarichi extraistituzionali (art. 53 d.lgs. 165/2001);
- affidamenti di incarichi a soggetti esterni all'Amministrazione;
- inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico (d.lgs. 39/2013);
- divieto di c.d. "*pantouflage*" - incompatibilità successiva alla cessazione del rapporto di pubblico impiego (art.16 ter del d.lgs. 165/2001);
- conflitto di interessi nei pubblici appalti (art. 16 del d.lgs. 36/2023 “).

MISURE ATTUATIVE

Con deliberazione n. 598 del 29.12.2022, in ottemperanza alle indicazioni dell'ANAC (delibera n. 158/2022) è stato adottato il Regolamento sulla gestione del conflitto di interesse, quale documento “aggiuntivo” al vigente Codice di Comportamento (aggiornato con deliberazione n. 594 del 29.12.2022), con l'obiettivo di definire la politica di gestione che l'AOU AL intende adottare per individuare le circostanze che generano, o potrebbero generare conflitti di interesse e le misure interne da adottare per prevenire tali situazioni.

Le attività “extra-istituzionale” e il “conferimento incarichi” sono soggette al rispetto del nuovo Regolamento adottato con deliberazione n. 209 del 30.04.2024.

Vengono altresì individuate direttive precise sugli eventi e sulle occasioni in cui è necessario presentare le dichiarazioni inerenti il conflitto d'interessi, attività propedeutica alla successiva verifica delle stesse.

Sono conservate le dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto da presentarsi:

- prima dell'atto di conferimento di un incarico;
- all'atto di assegnazione ad un Ufficio;
- prima dell'atto di nomina al ruolo di RUP;
- prima della nomina a membro di commissione di concorso o di gara;
- in tutte le altre ipotesi previste dal Codice di comportamento

I tempi, le modalità di attuazione della presente misura e i soggetti responsabili sono sintetizzati nella seguente tabella.

ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI
Segnalazione da parte dei dipendenti di ogni situazione di conflitto anche potenziale	Tempestivo, immediato	RPCT/ Dirigenti (responsabili della verifica e del controllo nei confronti dei dipendenti)	N. Segnalazioni/N. Dipendenti N. Controlli/N. Dipendenti	Sensibilizzazione del personale sul "conflitto di interessi" Rafforzamento dei controlli
Segnalazione da parte dei dirigenti al diretto superiore di eventuali conflitti di interesse anche potenziali	Tempestivo, immediato	RPCT	N. Segnalazioni volontarie/N. Dirigenti N. Controlli/N. Dirigenti	
Monitoraggio della attuazione della Misura	Annuale	RPCT/Dirigenti	N. Segnalazioni/N. casi Scoperti - N. Provvedimenti disciplinari/N. mancate segnalazioni	

Conferimento di attività successive alla cessazione dal servizio (pantouflage)



La disciplina del c.d. "pantouflage" trova la sua fonte nell'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. 165/2001 che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Lo scopo è quello di scoraggiare comportamenti impropri dei dipendenti che approfittando della propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose presso soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

MISURE ATTUATIVE

In materia di Pantouflage, quale misura di prevenzione, viene data regolarmente comunicazione scritta in merito alla normativa di legge vigente al personale in procinto di terminare il rapporto di lavoro, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della stessa.

La medesima clausola è inserita nel contratto di assunzione dei dipendenti: il dipendente deve informare all'atto dell'assunzione su eventuali rapporti di collaborazione con soggetti privati nel triennio precedente, qualora tali soggetti abbiano un interesse nell'attività o nelle decisioni del suo ufficio pubblico.

Con deliberazione n. 291 del 05/04/2018 è stata regolamentata la possibilità di autorizzare rapporti di collaborazione con soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza.

Ulteriori misure di mitigazione del rischio che l'AOU AL intende attuare, sono:

- la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente (e in aggiunta le funzioni richiamate dall'art. 21 D.Lgs. n. 39/2013) si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016;
- nel Codice di comportamento è richiamata espressamente la normativa generale sul pantouflage prevista dall'art. 53, co. 16-ter, del decreto legislativo n. 165/2001, stabilendo che il dipendente è tenuto, anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro, a essere leale e corretto nei confronti

dell'AOU AL e a tal proposito assume l'impegno di non svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del servizio o dell'incarico, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati nei cui confronti il dipendente ha esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Agenzia negli ultimi tre anni di servizio, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 53, comma 16-ter, decreto legislativo n. 165/2001.

Nella tabella che segue sono sintetizzati i tempi, le modalità, i soggetti responsabili dell'attuazione della misura.

PANTOUFLAGE				
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI
<i>Adeguamento Patto di Integrità e atti di affidamento</i>	In essere	RUP	Risultanze dell'audit campionario del RPCT	Rafforzamento dei controlli

Formazione commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.



Dalla legge n. 190/2012 sono state introdotte nuove forme di incompatibilità nel caso di condanna con sentenza anche non passata in giudicato per i reati ricompresi nella parte del codice penale riservata ai delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione (art. 35 bis del decreto legislativo n. 165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46 della legge n.190/2012).

I soggetti condannati con sentenza, anche non definitiva:

- non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi
- non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture o per la concessione o l'erogazione di contributi, sovvenzioni, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi, forniture.

Qualora la causa di divieto intervenga durante l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del D.lgs. n.165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

MISURE ATTUATIVE

L'AOU AL ha adottato disposizioni funzionali a garantire il rispetto della normativa; ai fini dell'applicazione degli artt. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 e dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, viene verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi.

È prevista la raccolta delle dichiarazioni rese dai componenti delle suddette commissioni - attestanti quanto previsto dal predetto art. 35-bis del D.lgs. n. 165/2001.

L'Area Politiche Risorse Umane compie le necessarie verifiche, sull'esistenza di eventuali condanne, prima del conferimento di incarichi e funzioni sopra citati.

Nella tabella che segue sono sintetizzati i tempi, le modalità, i soggetti responsabili dell'attuazione della misura.

FORMAZIONE COMMISSIONI, ASSEGNAZIONE UFFICI.....				
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI
Acquisizione delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 35-bis del d.lgs 165/2001/ assenza conflitto interesse o ulteriore causa di astensione	Controlli sulle dichiarazioni a campione, con cadenza almeno semestrale	Dirigente Struttura interessata al procedimento	N. controlli/N. Nomine o conferimenti	Rafforzamento dei controlli

Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)

La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti è stata introdotta nel nostro ordinamento quale misura di prevenzione della corruzione, imponendo alle Amministrazioni di individuare una procedura finalizzata a garantire tale tutela e a stimolare le segnalazioni da parte del dipendente.



Il termine whistleblowing (soffiare nel fischietto) è di origine anglosassone e indica la situazione in cui una persona, che lavora all'interno di un ente o di un'AOU AL pubblica o privata, è testimone di un comportamento irregolare, illegale, potenzialmente dannoso per la collettività e decide di segnalarlo.

WHISTLEBLOWING DECRETO LEGISLATIVO 10 MARZO 2023, N. 24

Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019

Particolare attenzione è stata e sarà sempre più attribuita alla misura di prevenzione cosiddetta "whistleblowing", anche ai sensi del d.lgs. 24/2023, disciplina normativa volta a garantire un elevato livello di protezione di coloro che segnalano minacce o pregiudizi al pubblico interesse di cui sono venuti a sapere nell'ambito delle loro attività professionali.

Sono legittimate a segnalare comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato, le persone che operano nel contesto lavorativo di un soggetto del settore pubblico o privato, in qualità di:

- dipendenti pubblici (ossia i dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs 165/01, ivi compresi i dipendenti di cui all'art.3 del medesimo decreto, nonché i dipendenti delle autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza o regolazione; i dipendenti degli enti pubblici economici, degli enti di diritto privato sottoposti a controllo pubblico, delle società in house, degli organismi di diritto pubblico o dei concessionari di pubblico servizio);
- lavoratori subordinati di soggetti del settore privato;
- lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- collaboratori, liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- volontari e i tirocinanti, retribuiti e non retribuiti,
- azionisti e le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso soggetti del settore pubblico o del settore privato.

Il RPCT svolge un ruolo di primo piano anche nella gestione delle segnalazioni in materia di whistleblowing; oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute" da ritenersi obbligatoria.

MISURE ATTUATIVE

L'AOU AL, nell'aderire al progetto "WhistleblowingPA" di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali, ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi e in quanto ritiene importante dotarsi di uno strumento sicuro per le segnalazioni; la piattaforma è attiva dall'anno 2019.

In data 26.11.2024 l'RPCT ha partecipato al webinar  WHISTLEBLOWINGPA dedicato ai gestori delle segnalazioni delle organizzazioni che hanno aderito alla versione gratuita di WhistleblowingPA per le Pubbliche Amministrazioni. Il corso si è focalizzato principalmente sui seguenti temi:

- Adempimenti in termini di privacy
- Gestione del processo di segnalazione

I dipendenti, collaboratori, volontari e tirocinanti dell'AOU AL che intendono segnalare situazioni di illecito (fatti di corruzione, o altri illeciti amministrativi) di cui sono venuti a conoscenza possono utilizzare le modalità di segnalazione di seguito elencate:

- all'indirizzo web: <https://aossantonioebiagioecarrigoalessandria.whistleblowing.it>
- mediante invio all'indirizzo di posta elettronica anticorruzione@ospedale.al.it
- tramite servizio postale (anche posta interna). In tal caso, affinché sia tutelata la riservatezza, la segnalazione deve essere inserita in una busta chiusa con la dicitura "RISERVATA-PERSONALE" recante il seguente indirizzo: "Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'AOU AL SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo - Via Venezia 16 - 15121- Alessandria;
- segnalazione orale utilizzando le linee telefoniche Aziendali dedicate di contatto con il RPCT per il tramite del centralino Aziendale e richiesta di colloquio riservato.

La segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e dallo stesso gestita mantenendo il dovere di confidenzialità nei confronti del segnalante.

L'accesso a tale piattaforma è disponibile sul sito istituzionale dell'Azienda per mezzo di un link <https://www.ospedale.al.it/amministrazione-trasparente> /; da quest'ultimo è possibile al suddetto regolamento, al modulo di richiesta ed all'informativa dedicata al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679)



Con [deliberazione n. 500 del 7/11/2023](#), infine, è stato adottato il Regolamento per la gestione di segnalazioni di violazione di normative nazionali e dell'Unione Europea.

Nella tabella che segue sono sintetizzati i tempi, le modalità, i soggetti responsabili dell'attuazione della misura.

WHISTLEBLOWING				
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI
Tutela del dipendente che segnala illeciti	In essere	RPCT	N. segnalazioni pervenute/N. irregolarità riscontrate	Sensibilizzazione del personale sull'importanza dell'istituto del whistleblowing

Nel 2024 non sono pervenute segnalazioni di illeciti tramite la piattaforma “Whistleblowing”. E’ pervenuta attraverso altri canali un’unica segnalazione di comportamenti scorretti tenuti da personale in Azienda ma non dipendente per cui il RPCT si è attivato per conoscere l’effettiva presa in carico da parte di chi di competenza, in modo da poter concordare eventuali misure che, al di là della veridicità o meno di quanto segnalato, possano essere utili ad un percorso condiviso di valutazione del rischio e di definizione delle misure da mettere in campo per prevenire il verificarsi di tali eventi

Patto di integrità



Ulteriore strumento volto ad assicurare la legalità e la trasparenza nell’esecuzione dei contratti pubblici è il Patto d’integrità, introdotto dalla Legge 190/2012 (art. 1 co. 17), dispone che *“Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara”*.

I patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell’azione amministrativa (art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici. Rappresenta, quindi, un complesso di regole di comportamento rafforzative di condotte già doverose per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara, in funzione di prevenzione del fenomeno corruttivo nel delicato settore dei contratti pubblici.

Si tratta di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione degli operatori economici alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente.

MISURE ATTUATIVE

Nell’ambito di una delle aree a più alto rischio, quale quella degli acquisti, l’AOU AL implementa, fra le misure preventive, quella relativa all’adozione, in qualità di stazione appaltante, di uno specifico patto d’integrità che i concorrenti ad una gara d’appalto devono accettare come presupposto condizionante la loro partecipazione; la sua espressa accettazione rappresenta condizione di ammissione a tutte le procedure di gara indette dall’Azienda.

Il Patto è stato integrato ai sensi del PNA 2022, includendo l’obbligo per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici (divieto di *pantouflage*).

Oltre al format utilizzato per i Patti d’integrità, attualmente sono stati adottati i seguenti modelli:

- dichiarazione di assenza di conflitto di interessi potenziale: tale dichiarazione è resa, da tutti i dipendenti che sono coinvolti nell’attività negoziale dell’AOU AL, incluso il Responsabile, al Dirigente della Struttura, al momento dell’assegnazione all’ufficio. Tale dichiarazione dovrà essere aggiornata immediatamente, previa segnalazione degli interessati, qualora le situazioni di conflitto maturino medio tempore tra una dichiarazione annuale e l’altra.

- comunicazione di astensione in presenza di un conflitto di interessi reale: tale dichiarazione deve essere resa dai dipendenti coinvolti in attività negoziale al Dirigente della Struttura.
- dichiarazione di assenza di conflitto di interessi resa dal dipendente a cui siano conferiti poteri discrezionali, decisionali, valutativi e di giudizio in una specifica procedura di gara, diverso dal RUP.
- dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del RUP.
- dichiarazione in merito alla sussistenza delle condizioni per la nomina della Commissione giudicatrice ed alla inesistenza di cause di incompatibilità e di astensione ai sensi dell'art. 93 del Decreto legislativo. 36/2023.

2.4 - Trasparenza

L'intento di unire il concetto di anticorruzione a quello di trasparenza è quello di plasmare, attraverso tale connubio, la figura di una P.A. quanto più trasparente, integra, pulita e libera da possibili condizionamenti illeciti nonché restia a qualsiasi fenomeno di stampo corruttivo.

La delega al Governo, disposta con la L. 190/2012, di adottare un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche amministrazioni, nasce come una delega volta, in primis, a contrastare il dilagare dei fenomeni corruttivi nella P.A. Da qui, l'adozione del Codice della; attraverso di esso, si è considerata la trasparenza dell'agire pubblico quale strumento necessario alla lotta avverso la corruzione e gli illeciti nell'ambito dei pubblici uffici.



La L. 190/2012, infatti, ha attribuito alla trasparenza la funzione di prevenire fenomeni corruttivi e di *"maladministration"*, intesa come distorsione della imparzialità dell'agire amministrativo, per effetto del condizionamento di interessi particolari. Quindi, trasparenza come pilastro della strategia della prevenzione della corruzione; da ciò deriva il diverso rapporto che deve intercorrere tra Amministrazione (che gestisce il potere nell'interesse della collettività) e cittadino e nel conseguente concetto del "dare conto" esplicitato nella trasparenza e nei relativi obblighi, attuata principalmente attraverso la pubblicazione dei dati e delle informazioni elencate dal d.lgs. 33/2013 sui siti web istituzionali nella sezione "Amministrazione trasparente".

Con il d.lgs. n. 97/2016, che ha novellato il d.lgs. n. 33/2013, la disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni è stata riordinata attraverso una più incisiva integrazione con la materia dell'anticorruzione.

Tale decreto ha disciplinato un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello della precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle P.A., nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Lo scopo, quindi, è quello di favorire la partecipazione e l'effettivo controllo sull'operato delle Pubbliche Amministrazioni, affinché il perseguimento del pubblico interesse si realizzi in modo efficiente ed efficace, senza spreco di risorse e in un continuo miglioramento. In questo modo, attraverso la pubblicazione on-line, si offre la possibilità agli stakeholder di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della performance ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel ciclo di gestione delle performance.

La trasparenza si pone, pertanto, come strumento per avere una amministrazione che operi in maniera eticamente corretta e che persegua obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando l'accountability (come principio di responsabilità per i risultati raggiunti) nel rapporto con i cittadini, anche al fine di recuperare un sentimento di fiducia tra quest'ultimi e l'Amministrazione.

Infine, come precisato da ANAC nel PNA 2022, con l'introduzione del PIAO la trasparenza concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico, essa infatti *“favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni”*.

MISURE ATTUATIVE

La trasparenza è assicurata mediante:

- la pubblicazione di documenti sulla sezione «Amministrazione Trasparente», ovvero tutti i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblici e chiunque ha diritto di conoscerli, e di fruirne gratuitamente, senza autenticazione; i dati sono pubblicati in formato di tipo aperto ai sensi dell'articolo 68 del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al d.lgs. 82/2005, e sono riutilizzabili senza ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citarne la fonte e di rispettarne l'integrità);
- la libertà di accesso di chiunque ai dati e ai documenti detenuti dall'Azienda; l'istanza può essere trasmessa all'ufficio che detiene i dati, le informazioni e i documenti ovvero all'ufficio relazioni con il pubblico anche per via telematica, secondo le modalità previste dal d.lgs. n. 82/2005 (codice dell'Amministrazione digitale).

Le iniziative a sostegno della diffusione della trasparenza si sostanziano in attività di promozione consistenti, principalmente, nei seguenti strumenti:

- Sito web aziendale: esso rappresenta per l'Azienda il principale ed immediato strumento di comunicazione con l'esterno e fornisce utili informazioni sull'organizzazione e sulla gestione dell'Azienda, sulle sue strutture, sui servizi offerti e le relative modalità di accesso;
- Casella di posta elettronica aziendale: la cosiddetta E-mail aziendale info@ospedale.al.it costituisce lo strumento efficace, veloce e sicuro con cui l'Azienda può diffondere circolari, informazioni e notizie di interesse del personale;
- Carta dei servizi sanitari: è uno strumento che presenta le informazioni necessarie per accedere ai servizi erogati dall'Azienda e che illustra i diritti e i doveri dei cittadini;
- Opuscoli per il paziente: forniscono utili informazioni circa l'accesso alle strutture dell'Azienda ed ai servizi offerti;
- Indagini di *customer satisfaction*: strumento volto alla misurazione del grado di soddisfazione degli utenti in ordine ai servizi offerti dall'Azienda, per poi apportare i necessari miglioramenti;
- Formazione ad hoc dei dipendenti nella materia della trasparenza e dell'integrità.

Bilanciamento tra trasparenza e privacy

L'esigenza di trasparenza cui è tenuta la P.A. trova, tuttavia, il suo limite nella contrapposta a tutela della riservatezza dei dati personali anche alla luce del GDPR - General Data Protection Regulation. Ogni forma di accesso muove in una direzione opposta rispetto alla riservatezza. Pertanto, è fondamentale individuare come queste due contrapposte esigenze possano co-esistere e trovare un equilibrio nell'ordinamento.



La P.A. è chiamata a dare adempimento al Regolamento Europeo UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali. Il Regolamento, noto anche come “GDPR General Data Protection Regulation” ha ad oggetto la *“tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati”* (art. 1, par. 1) e disciplina i trattamenti di dati personali, sia nel settore privato che nel settore pubblico.

In particolare prevede che *“Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità”*; ovvero laddove la diffusione on line di dati, informazioni e documenti, comporti un trattamento di dati personali, le esigenze di pubblicità e trasparenza devono essere opportunamente temperate con la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati (minimizzazione dei dati) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

Il potenziale conflitto tra i due interessi contrapposti si risolve attraverso il bilanciamento in delle due esigenze contrapposte, da un lato quella della riservatezza, dall'altro quella della trasparenza, adottando la soluzione adeguata al caso concreto; nel dare riscontro alla richiesta di accesso generalizzato, occorre scegliere le modalità meno pregiudizievoli per gli interessati, privilegiando l'ostensione di documenti con l'omissione dei dati personali in esso presenti, laddove l'esigenza informativa, alla base dell'accesso generalizzato, possa essere raggiunta senza implicare il trattamento dei dati personali.

MISURE ATTUATIVE

L'AOU AL, al fine di ottemperare al disposto normativo e di garantire la tutela del diritto alla riservatezza nel bilanciamento con la trasparenza, ha provveduto nel corso degli anni a dare concreta attuazione alle disposizioni in materia di trattamento dei dati, oltre all'adozione della procedura aziendale P29 sulla gestione del “data breach”, con le seguenti deliberazioni:

- n. 176 del 1 marzo 2018 con la quale si è provveduto alla nomina del Responsabile aziendale della protezione dei dati (DPO) ex art.37 GDPR;

- n. 439 del 24 maggio 2018 con la quale si è provveduto all'adozione del Registro dei trattamenti ex art.30 GDPR (mediante un gestionale condiviso con tutte le strutture aziendali);
- n. 522 del 10 dicembre 2019 con la quale è stato approvato il nuovo regolamento aziendale in materia di trattamento dei dati, successivamente modificata con atto n. 562 del 15/12/2023;
- n. 420 del 27/07/2021 di Istituzione del gruppo di lavoro Aziendale ``Privacy`` al fine di collaborare con il DPO nell'esecuzione dei compiti attribuiti allo stesso con l'atto di designazione; collaborare con il settore Qualità per verificare in sede di audit l'osservanza delle disposizioni in materia di protezione dati da parte delle strutture aziendali; proporre progetti formativi e collaborare con la struttura deputata alla formazione per lo svolgimento dei corsi FAD e in aula, che verranno autorizzati; 5) fornire supporto alle strutture Aziendali per i riscontri ad eventuali richieste o segnalazioni da parte degli interessati; aggiornare la pagina del sito dedicata alla privacy; partecipare ad incontri con gruppi di lavoro di altre Aziende Sanitarie e/o Ospedaliere per condividere progetti e azioni;
- n. 328 del 20/07/2022 di approvazione del regolamento Aziendale in materia di videosorveglianza e adempimenti conseguenti;
- n. 150 del 21/03/2023 ad oggetto "Approvazione regolamento Aziendale utilizzo servizi ICT" (che ha sostituito il precedente, adottato con deliberazione n. 395 del 09/07/2021).

Nel 2024 sono state adottate le seguenti Procedure aziendali:

- Procedura aziendale n. 45 "*Gestione audit in tema di privacy*" con lo scopo di definire i meccanismi e gli strumenti di monitoraggio degli audit in tema di privacy considerati strumento efficace per raggiungere la compliance e utile a dimostrare l'effettiva attenzione del titolare del trattamento dei dati personali rispetto alle tematiche Privacy.
- Procedura aziendale n. 48 "*Gestione dati personali particolari e sanitari nelle banche dati aziendali e rilascio dei dati*" con lo scopo di definire le modalità relative alla gestione di richieste di dati personali e sanitari raccolte in banche dati all'interno della nostra organizzazione per attività di analisi, ricerca, raffronto ai fini dell'innovazione dei processi e delle attività soprattutto sanitarie da parte degli incaricati e delegati al trattamento debitamente autorizzati e sotto la responsabilità del titolare dei trattamenti dati dell'AOU AL.

La trasparenza nei contratti pubblici

In considerazione della rilevanza dell'attività negoziale della P.A., assumono prioritaria importanza le misure di prevenzione della corruzione specificamente previste in materia di contratti pubblici, soprattutto alla luce degli adempimenti volti alla puntuale attuazione degli obiettivi del PNRR; settori più a rischio di fenomeno corruttivo in quanto pubblico e privato interagiscono e vi è un elevato interesse economico.

Tra le misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi, nell'ambito delle procedure di affidamento di contratti pubblici, particolare rilievo assume la gestione dei conflitti di interesse (art. 16 d.lgs. 36/2023, ai sensi del quale, "*si verifica conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come minaccia concreta ed affettiva alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione*").

Il rischio può toccare tutte le fasi della procedura di gara, da quella della programmazione a quella della selezione del contraente, all'esecuzione del contratto; il potenziale corruttivo, infatti, spesso risiede nella

complessità delle fasi che caratterizzano una procedura di gara e nella costante interazione tra funzionari pubblici e imprese.

In tema di contrattualistica pubblica, la principale novità in vigore dal 1° gennaio 2024 riguarda certamente il mondo degli appalti, per il quale diventa obbligatorio l'utilizzo di piattaforme digitali "certificate" e che rientra tra gli obiettivi più rilevanti del PNRR. In tale ambito, la trasparenza costituisce, oltre al presupposto di imparzialità dell'Amministrazione, la non discriminazione dei concorrenti; intende essere soprattutto un principio posto a presidio di garanzia "ex ante" di una effettiva competizione ai fini della gara... ed "ex-post" per un efficace controllo sull'operato dell'aggiudicatario, mediante specifici obblighi di pubblicazione (dalla programmazione, alla scelta del contraente – dall'aggiudicazione all'esecuzione del contratto) creando, quindi, un meccanismo volto ad ostacolare comportamenti illeciti.

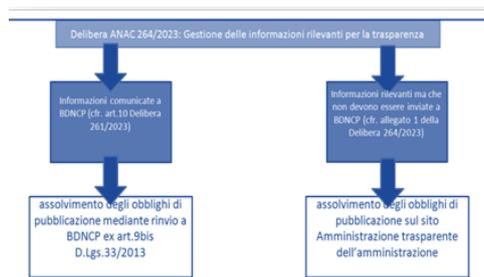


Il nuovo Codice appalti, di cui al d.lgs. 36/2023, ha introdotto rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni relative ai contratti, basate sulla valorizzazione del principio dell'unicità dell'invio (c.d. "once only"), realizzato con la trasmissione di ciascun dato una 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.

L'articolo 19 del Codice dei contratti pubblici, in linea con l'articolo 50 del CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale – d.lgs. 82/2005), *rubricato "Disponibilità dei dati delle pubbliche amministrazioni"*, prevede che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurino la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti (fasi di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione). L'articolo 21, comma 2, del Codice aggiunge che *"Le attività inerenti al ciclo di vita (...) sono gestite, (...), attraverso piattaforme e servizi digitali fra loro interoperabili"*.

La digitalizzazione dei contratti pubblici pone le basi su una serie di principi, tra cui quello della tracciabilità (insieme alla trasparenza) delle attività svolte nel processo di affidamento dei contratti pubblici, ciò include l'accessibilità ai dati e alle informazioni, nonché la conoscibilità dei processi decisionali automatizzati: si riconosce espressamente a tutti i cittadini, la possibilità di richiedere la documentazione di gara, nei limiti consentiti dall'ordinamento vigente, per il tramite dell'istituto dell'accesso civico.

La nuova disciplina è basata su due direttrici: da un lato, l'estensione degli obblighi di trasparenza all'intero ciclo di vita degli appalti pubblici che, in base all'art. 21, si articola in programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione, dall'altro, la semplificazione degli adempimenti attraverso l'introduzione del principio dell'invio unico degli atti da parte della singola stazione appaltante alla BDNCP gestita da Anac, la quale dovrà fungere sia da collettore degli atti di gara ai fini della loro pubblicità legale sia da Piattaforma unica della trasparenza ai fini dell'assolvimento da parte delle amministrazioni pubbliche degli obblighi di trasparenza di cui al d.lgs. 33/2013, potendo le singole stazioni appaltanti procedere alla pubblicazione dei dati e informazioni nella sotto-sezione "Bandi di gara e contratti" di Amministrazione trasparente tramite un mero collegamento ipertestuale proprio alla BDNCP.



Le informazioni che costituiscono oggetto di trasmissione alla BDNCP sono individuate nella Delibera ANAC n. 261/2023, mentre le modalità di pubblicazione, tramite collegamento ipertestuale ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto, da inserire nella sezione "Amministrazione Trasparente", sono indicate nella Delibera ANAC n. 264/2023 (Allegato 1 "Obblighi Amministrazione Trasparente").

Di seguito, i dati raccolti dalla BDNCP



https://dati.anticorruzione.it/superset/dashboard/appalti/?native_filters_key=BR/FdkaZ2yknGsGS6ahlXTJUMYwm4bDmzIG72Upx2L9N1jmwxf6n3YrEdt-0eFUr

Presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici opera il fascicolo virtuale dell'operatore economico che consente la verifica dell'assenza delle cause di esclusione di cui all'articolo 94 e per l'attestazione di cui all'articolo 103 per i soggetti esecutori di lavori pubblici, nonché dei dati e dei documenti relativi ai criteri di selezione di cui all'articolo 100 che l'operatore economico inserisce.

Rispetto al previgente Codice, anche la disciplina dell'accesso agli atti è stata informatizzata, tanto che l'articolo 35 prevede che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti assicurino in modalità digitale l'accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, mediante acquisizione diretta dei dati e delle informazioni inseriti nelle piattaforme. Sulle piattaforme digitali vengono resi disponibili l'offerta dell'aggiudicatario, i verbali di gara nonché gli atti, i dati e le informazioni relative all'aggiudicazione.

L'introduzione del correttivo al Codice dei Contratti Pubblici, ovvero il Decreto Legislativo n. 209/2024 costituisce un ulteriore passo verso la digitalizzazione in diversi campi legislativi; tra gli interventi principali, spicca l'obbligo per le stazioni appaltanti di adottare processi di gestione digitale delle informazioni. Questo cambiamento mira a garantire una maggiore tracciabilità delle operazioni, ridurre i margini di errore e rendere più efficace il controllo sull'esecuzione dei contratti.

MISURE ATTUATIVE

Fino al 31 dicembre 2023 l'AOU AL ha assicurato la trasparenza dei contratti pubblici come declinata nell'"Allegato 9" del PNA 2022, mediante pubblicazione aggregata per ogni procedura di gara, al fine di garantire una migliore comprensione dello svolgimento delle procedure contrattuali.

Le pubblicazioni da effettuarsi nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente" sono indicate nell'allegato C) al presente documento, alla voce "BANDI DI GARA E CONTRATTI".

Resta naturalmente ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo “ReGiS” descritta nella parte Speciale del PNA 2022 come aggiornata dalle Linee guida e circolari.

Nel 2024, infine, nella sezione “Amministrazione Trasparente” sono state aggiornate le sezioni a fianco, sia per quanto riguarda la modalità di inserimento dei relativi dati, sia per l’inclusione di un filtro per facilitare la ricerca esterna dei documenti pubblicati.



In ordine alla piena operatività del sistema ed alla completa transizione al nuovo contesto digitale, che tenga in considerazione i dovuti collegamenti con la documentazione di gara da pubblicare su Amministrazione Trasparente, sarà necessaria una gradualità dovuta sia alle numerose attività tecnico-operative (oltreché amministrative) da svolgere, che alla realizzazione dei servizi di cooperazione applicativa di ANAC, in fase di perfezionamento.

Trasparenza e PNRR

Il settore dove le organizzazioni mafiose e la corruzione riescono a prosperare maggiormente è quello della spesa pubblica; con l’arrivo dei fondi del PNRR si accende ancora di più il rischio di infiltrazioni mafiose nell’utilizzo di tali fondi. L’opportunità offerta dal PNRR richiede, quindi, un’attività di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza al fine di garantire un impiego ottimale delle risorse stanziare in attuazione dello stesso.

Il PNA 2022, approvato dal Consiglio dell’A.N.AC il 16 novembre 2022, ha posto l’attenzione sulla trasparenza dei contratti pubblici sia in virtù dei regimi derogatori nelle procedure di affidamento introdotte a causa dell’emergenza sanitaria, sia per favorire il raggiungimento degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Nella Parte Speciale del PNA 2022 (Trasparenza in materia di contratti pubblici) l’Autorità ha affrontato il tema della trasparenza degli interventi finanziati con le risorse del PNRR.

Le attività di gestione, monitoraggio e rendicontazione degli interventi di tutte le linee di investimento afferenti al PNRR, sono effettuate tramite il sistema sviluppato dalla Ragioneria Generale dello Stato (ReGiS). Tale sistema - previsto dalla Legge di Bilancio 2021 e dal DPCM 15 settembre 2021 – rappresenta la modalità unica attraverso cui le Amministrazioni centrali e territoriali, gli uffici e le strutture coinvolte nell’attuazione adempiono agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR.

Il monitoraggio consiste nell’osservare e valutare sistematicamente il cronoprogramma procedurale, l’avanzamento e l’attuazione dei progetti finanziati dal piano a cura del RUP; nello specifico, successivamente all’assegnazione dei fondi i contributi vengono erogati:

- a titolo di acconto dall’Amministrazione titolare;
 - a titolo di rimborso delle spese sostenute a stato avanzamento lavori tramite la rendicontazione parziale su ReGiS;
 - a titolo di saldo a conclusione delle opere e rendicontazione finale;
- in quanto i PNRR sono programmi basati sulle prestazioni”; questo significa che i pagamenti dell’Unione Europea sono condizionati al conseguimento degli obiettivi e dei traguardi – cosiddetti “target” (obiettivi

quantitativi) e “milestone” (traguardi qualitativi) – individuati per ciascuna misura del PNRR e per i quali è stabilita una precisa scadenza temporale.

MISURE ATTUATIVE

L’Azienda ha provveduto a tracciare le operazioni relative all’utilizzo delle risorse del PNRR, in una contabilità separata, raccogliendo tutte le informazioni utili relative, ai controlli sulla regolarità delle procedure, all’emissione degli ordini, al conseguente impegno di spesa, liquidazione e pagamento.

Nello specifico si è provveduto ad attivare una contabilità di progetto per ogni CUP; contabilità analitica PNRR con attribuzione di specifici centri di costo; individuazione di apposite autorizzazioni di spesa dedicate per una migliore tracciabilità; raccolta sistematica di ogni documento per ogni atto PNRR (contratti, provvedimenti, ordini, DDT, note di liquidazione, fatture, ordinativi di pagamenti e relative quietanze).

Tale documentazione giustificativa è stata predisposta su apposite schede excel in modo da renderle disponibili per le attività di controllo e audit.

Nel recepire quanto disposto dal PNA 2022, all’interno del proprio sito web ha individuato una sezione denominata **“Attuazione misure PNRR”** al fine di consentire una modalità di accesso standardizzata ed immediata ad informazioni aggiornate sullo stato di attuazione delle misure del PNRR. La competenza su detti adempimenti è rimessa ai RUP competenti.



Ai sensi della P11 “Internal Auditing”, nel 2024, le modalità finalizzate al controllo interventi PNRR – (mediante apposite check-lis), sono state regolarmente espletate dal gruppo di lavoro appositamente costituito; . non sono emerse particolari criticità.

Le attività di controllo hanno riguardato i seguenti aspetti:

- regolarità amministrativo – contabile delle spese esposte a rendicontazione;
- rispetto delle condizionalità e di tutti gli ulteriori requisiti connessi alle Misure (investimenti/riforme) PNRR, in particolare del principio DNSH, del contributo che i progetti devono assicurare per il conseguimento del Target associato alla misura di riferimento, del contributo all’indicatore comune e ai tagging ambientali e digitali nonché dei principi trasversali PNRR.
- adozione di misure di prevenzione e contrasto di irregolarità gravi quali frode, conflitto di interessi, doppio finanziamento nonché verifiche dei dati previsti dalla normativa antiriciclaggio (“titolare effettivo”);
- rendicontazione, sul sistema informativo utilizzato, delle spese sostenute ovvero dei costi maturati in caso di utilizzo di opzioni di semplificazione dei costi.

Di seguito si riportano le attività di verifica e di controllo riguardanti i progetti PNRR, ai sensi della P11:

Fase Progettuale	Tipo controllo / attività	Rif. Fase Amministrativa	Tempistica di svolgimento	Chi controlla
PROCEDURA DI GARA PER L’AGGIUDICAZIONE DEGLI APPALTI	Controlli ordinari di regolarità amministrativo-contabili previsti	Espletamento procedura di gara	Durante tutte le fasi della procedura di gara	RUP controllo ex-ante

	dalla normativa vigente			Gruppo di audit		
	Misure ex ante per il rispetto delle condizionalità specifiche, del principio DNSH e di tutti i requisiti e principi trasversali del PNRR nonché quelli connessi alla misura (investimento) a cui è associato il progetto oggetto di procedura di gara	Predisposizione ed approvazione avviso/bandi gara	Prima della pubblicazione bando di gara.	RUP Gruppo di audit		
		Stipula contratto d'appalto	Prima della stipula contratto con il soggetto realizzatore.			
	Misure ex ante di prevenzione e contrasto dei conflitti di interessi e di verifica sul titolare effettivo	Predisposizione ed approvazione avviso/bando di gara	Prima della pubblicazione bando di gara.			
		Nomina/Affidamento incarico del personale direttamente coinvolto nella procedura di gara	Prima della sottoscrizione dell'incarico/contratto			
		Istruttoria domande di partecipazione alla gara	Durante l'istruttoria delle domande pervenute			
		Stipula contratto appalto	Prima della sottoscrizione del contratto.			
	Registrazione dati procedura sul sistema informativo	Conclusione procedura di gara (es. dopo aggiudicazione efficace e stipula contratto d'appalto)	Al termine della procedura di gara - anche prima del caricamento e rendicontazione delle spese ad essa afferenti			
	Registrazione esiti dei controlli di regolarità previsti dalla normativa vigente e delle Misure ex ante poste in essere					
	Fase Progettuale	Tipo controllo / attività	Rif. Fase Amministrativa		Tempistica di svolgimento	Chi controlla
	ESECUZIONE DEL CONTRATTO D'APPALTO	Verifiche sul rispetto delle condizionalità specifiche, dei principi trasversali PNRR e del principio DNSH e di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto compreso il contributo all'indicatore comune e ai tagging ambientali e digitali.	Esecuzione contratto d'appalto (presentazione SAL)		Durante la verifica di ciascun SAL presentato dall'appaltatore	RUP controllo ex-ante Gruppo di audit
Controlli di regolarità amministrativo - contabili previsti dalla normativa vigente; Controlli interni di gestione ordinari		Esecuzione contratto d'appalto (presentazione SAL - Fatture)	Durante tutte le fasi di attuazione del contratto (es. Regolare esecuzione - Approvazione SAL - emissione fatture - atti di liquidazione e pagamenti)	RUP controllo ex-ante Gruppo di audit		
Fase Progettuale	Tipo controllo / attività	Rif. Fase Amministrativa	Tempistica di svolgimento	Chi controlla		
RENDICONTAZIONE DELLE SPESE ALL'AMMINISTRAZIONE CENTRALE	Registrazione sul sistema dei dati relativi alle spese sostenute e/o ai costi maturati;	Sostenimento/Maturazione dei Costi	Al termine dell'effettivo sostenimento della spesa (ossia dopo il pagamento) o della maturazione dei costi	RUP Gruppo di audit		

	<p>Attestazione sul sistema di svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo - contabili previsti dalla normativa vigente;</p> <p>Attestazione sul sistema di attuazione delle misure ex ante di prevenzione e contrasto dei conflitti di interessi.</p> <p>Attestazione sul sistema delle misure ex ante di verifica sul titolare effettivo</p> <p>Attestazione sul sistema delle misure per il rispetto delle condizionalità specifiche, del principio DNSH, dei principi trasversali PNRR e di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto compreso l'eventuale contributo all'indicatore comune.</p>	<p>Rendicontazione spese ed elaborazione Rendiconto di Progetto</p>	<p>Periodicamente, in occasione di ogni rendicontazione di spesa presentata dal SA all'Amministrazione centrale titolare di Misure PNRR</p>	
--	---	---	---	--

Resta naturalmente ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo "ReGiS" utilizzato per il caricamento, a cadenza mensile, dei dati di competenza dell'AOU AL .

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano

Nella presente sezione vengono illustrate la struttura organizzativa e le attività svolte dall’Azienda in termini, in particolare, di organizzazione del lavoro agile, di assunzione del personale e di formazione dello stesso.

Lo stato delle risorse umane dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria nel triennio è il seguente.

PROFILO	31/12/2022	31/12/2023	31/12/2024
01-Medici	380	393	424
02-Odontoiatri e Veterinari			1
03-Dirigenza Sanitaria	43	47	48
04-Dirigenza PTA	17	17	16
05-Infermieri	975	1017	1015
06-Infermieri pediatrici	80	77	76
07-Ostetriche	22	23	23
08-Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	65	71	72
09-Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	70	78	77
10-Altro personale Tecnico Sanitario	16	18	20
11-Personale Funzioni Riabilitative	71	71	69
12-Personale Vigilanza e Ispezione		1	1
13-Operatore Socio Sanitario	354	370	387
14-Assistente Sociale	2	2	2
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	157	165	167
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	216	220	229
Totale personale dipendente	2468	2570	2627
01U-Medici Convenzionati Universitari	2	4	8
Totale complessivo	2470	2574	2635
01C-Medici Convenzionati ACN servizio emergenza territoriale 118	41	34	26
Totale Globale	2511	2608	2661

L’azienda nel corso del 2022 ha consolidato le assunzioni finalizzate per fronteggiare la pandemia Covid, assicurando un costante investimento in termini di dotazione di risorse umane iniziando un percorso di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di cui all’art. 1, comma 268, lettera b), della Legge n. 234/2021 e successive proroghe e modificazioni comportando un’importante riduzione della quota di personale a tempo determinato in favore di assunzioni a tempo indeterminato.

Da dati emerge inoltre l’incremento il personale universitario a seguito della costituzione dell’Azienda ospedaliero-universitaria “SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo” di Alessandria per effetto del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 62 28/12/2023

Di seguito si riporta il grafico che compara le assunzioni e le cessazioni. Si segnala che il divario tra assunzioni e cessazioni per quanto attiene la professione medica, ha finalmente invertito la tendenza anche grazie alle assunzioni tramite l’articolo 1 comma 548-bis della legge n. 145 del 2018 (il cosiddetto “Decreto Calabria”) che ha normato la possibilità per i medici specializzandi di essere assunti a tempo determinato, con automatica conversione del contratto a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità, a partire dal 2°anno di corso di specializzazione. Permane sempre la difficoltà a reperire nuovo personale in determinate discipline a fronte di una carenza sistemica di nuovo personale medico anche se in taluni ambiti

si è finalmente riusciti a soddisfare le esigenze di reclutamento, come indicato dal potenziamento del personale medico. Il dato dei medici convenzionati 118 fornisce un quadro di criticità con una sensibile riduzione del personale convenzionato, criticità diffusa in ambito regionale.

Di seguito il bilancio delle assunzioni e delle cessazioni:

Profilo	31/12/2023	Assunti	Cessati	31/12/2024
01-Medici	393	70	39	424
01-Medici Convenzionati Universitari	4	4		8
02-Odontoiatri e Veterinari		1		1
03-Dirigenza Sanitaria	47	2	1	48
04-Dirigenza PTA	17		1	16
05-Infermieri	1017	74	76	1015
06-Infermieri pediatrici	77	2	3	76
07-Ostetriche	23	3	3	23
08-Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	71	5	4	72
09-Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	78	6	7	77
10-Altro personale Tecnico Sanitario	18	5	3	20
11-Personale Funzioni Riabilitative	71	7	9	69
12-Personale Vigilanza e Ispezione	1			1
13-Operatore Socio Sanitario	370	50	33	387
14-Assistente Sociale	2			2
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	165	12	10	167
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	220	20	11	229
Totale complessivo	2574	261	200	2635

3.1 - Struttura organizzativa

Per quanto riguarda il modello di gestione, l’Azienda separa “direzione generale strategica” e “direzioni operative”, collocando le funzioni di indirizzo e controllo in strutture in *staff* alla Direzione aziendale e le altre, a seconda della specifica natura, in capo alla *line* o all’area organizzativo gestionale (dipartimenti e altre strutture).

Il modello organizzativo adottato dall’Azienda è coerente con le indicazioni normative vigenti e tiene conto del ruolo di ospedale di riferimento dell’Area sovra zonale Piemonte sud-est, coincidente con la provincia di Alessandria e Asti (popolazione ammontante a circa 600.000 abitanti).

L’Azienda si articola in:

- una Direzione aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- tre sedi ospedaliere;
- dipartimenti strutturali, caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie;
- dipartimenti interaziendali comprendenti strutture appartenenti ad Aziende Sanitarie diverse per la gestione integrata di attività assistenziali e gestionali;

- e) dipartimenti funzionali e gruppi di progetto, interdisciplinari con omogeneità di obiettivi;
- f) aree funzionali di degenza o di servizi dentro un dipartimento o tra più dipartimenti con obiettivi comuni di assistenza per la condivisione di spazi, personale e attrezzature omogenei;
- g) strutture complesse, con attribuzione di risorse nell'ambito del dipartimento strutturale di afferenza, individuate, per i settori medico e sanitario, con riferimento alle discipline di cui al D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. e alle funzioni attribuite a questa Azienda con le delibere della Giunta Regionale n. 1-600/2014 e n. 1-924/2015; per i settori amministrativi, tecnici, gestionali e di staff con riferimento a competenze distinte che si sono andate definendo nello sviluppo delle attività e sono state recepite nelle disposizioni regionali di riferimento;
- h) strutture semplici dipartimentali o a valenza aziendale, per le discipline di cui al D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. e i settori di attività, la cui complessità organizzativa non giustifica la presenza di struttura complessa;
- i) strutture semplici quali articolazioni organizzative interne alle strutture complesse;
- j) strutture semplici autonome di staff quali articolazioni incaricate di funzioni di indirizzo e controllo in staff alla Direzione aziendale.

3.1.1 – Relazioni Sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali è lo strumento per costruire relazioni stabili tra Azienda o Ente e soggetti sindacali, improntate alla partecipazione consapevole, al dialogo costruttivo e trasparente, alla reciproca considerazione dei rispettivi diritti ed obblighi, nonché alla prevenzione e risoluzione dei conflitti.

Attraverso il sistema delle relazioni sindacali si attua il contemperamento della missione di servizio pubblico delle Aziende ed Enti a vantaggio degli utenti e dei cittadini con gli interessi dei lavoratori; si migliora la qualità delle decisioni assunte; si sostengono la crescita professionale e l'aggiornamento del personale, nonché i processi di innovazione organizzativa e di riforma della pubblica amministrazione; si attua la garanzia di sicure condizioni di lavoro.

Nel corso del 2024 sono stati effettuati n.21 incontri con le organizzazioni sindacali del comparto sanità, principalmente per affrontare gli argomenti sanciti dal CCNL di riferimento, sottoscritto in data 02 novembre 2022. Le trattative hanno determinato la sottoscrizione di n. 7 accordi per una maggior tutela dei lavoratori dell'Azienda.

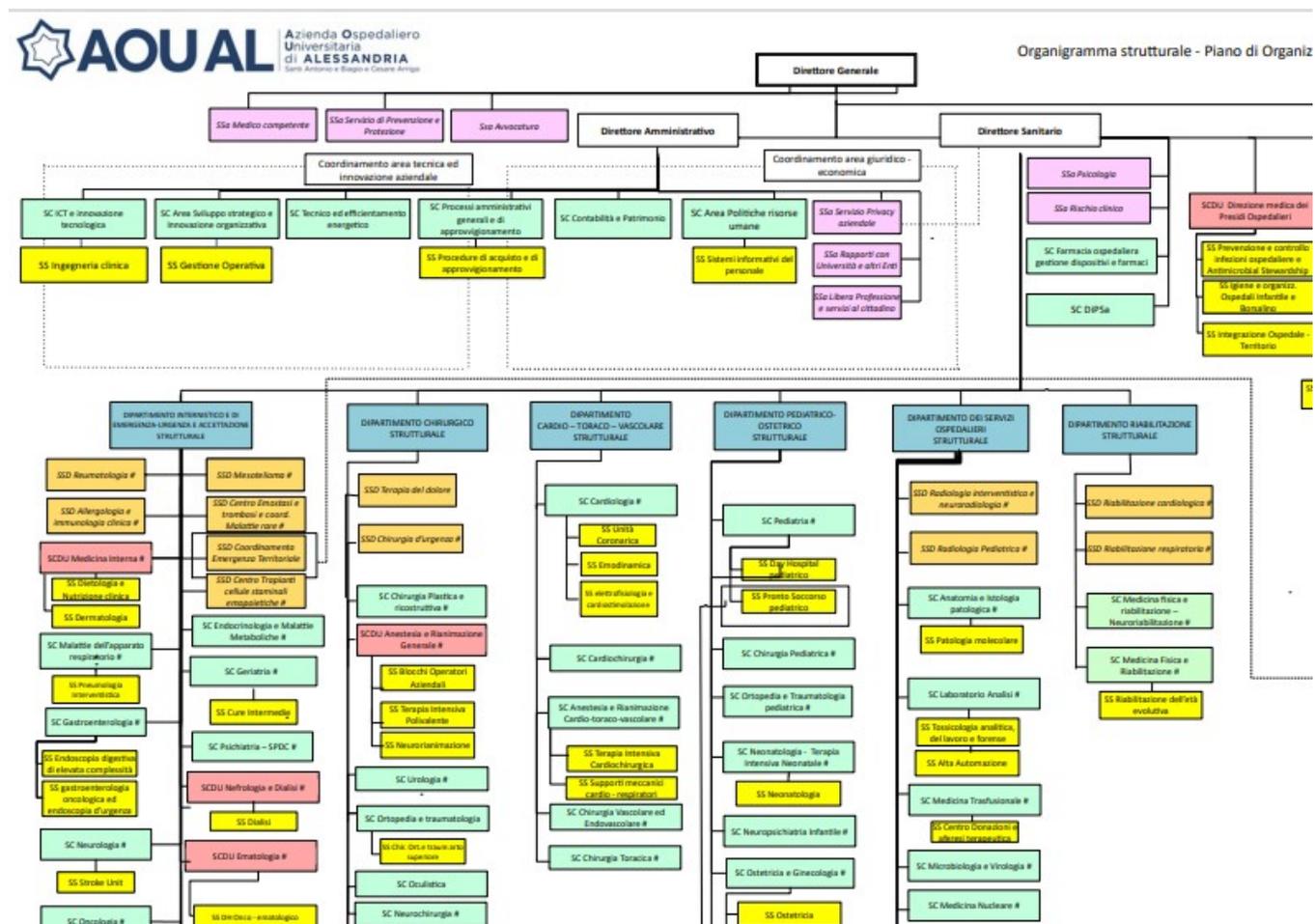
Le trattative sindacali hanno anche interessato le delegazioni sindacali del personale afferente dirigenza dell'area Sanità e della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa (PTA) afferente all'area contrattuale delle Funzioni Locali. Nel 2024 sono stati effettuati n. 16 incontri con la dirigenza area sanità, principalmente per affrontare le novità introdotte dal CCNL siglato in data 23 gennaio 2024; in particolare sono stati sottoscritti n. 7 accordi. Sono stati svolti 10 incontri con la dirigenza PTA con la sottoscrizione di n. 4 accordi.

3.1.2 - Organigramma

L'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e s.m.i. adottato dal Direttore Generale in applicazione dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento della Giunta Regionale;

L'Azienda Ospedaliero Universitaria con deliberazione n. 344 del 5 luglio 2024 ha adottato il nuovo Atto Aziendale ed il relativo Organigramma. Con D.G.R. n. 6-173 del 20 settembre 2024, la Regione Piemonte ha recepito, ai sensi della D.C.R. n.167-14087 del 3 aprile 2012, l'Atto Aziendale adottato con la predetta deliberazione n.344 del 5 luglio 2024, divenuto definitivo con Deliberazione n. 446 del 24 settembre 2024.

Di seguito si riporta l'organigramma aziendale in vigore alla data di pubblicazione del PIAO:



3.1.3 – Dettaglio della struttura organizzativa

La tabella sottostante rappresenta la consistenza del personale afferenti ai vari dipartimenti/aree funzionali al fine di comprendere meglio la dimensione delle strutture e l'ampiezza media in termini di numero di dipendenti in servizio al 31/12/2024.

PROFILO	PRESENTI 31/12/2024
DIP. INTERNISTICO E DI EMERG.-URGENZA E ACCET. - DIEA (INT)	441
01-Medici	116
01-Medici Convenzionati Universitari	3
05-Infermieri	217
10-Altro personale Tecnico Sanitario	8
13-Operatore Socio Sanitario	92
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	5
DIP. CHIRURGICO	435
01-Medici	100
01-Medici Convenzionati Universitari	3
02-Odontoiatri e Veterinari	1
05-Infermieri	226
06-Infermieri pediatrici	2
10-Altro personale Tecnico Sanitario	7
11-Personale Funzioni Riabilitative	4
13-Operatore Socio Sanitario	89
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	3
DIP. INTERNISTICO E DI EMERG.-URGENZA E ACCET. - DIEA (DEA)	218
01-Medici	21
05-Infermieri	169
13-Operatore Socio Sanitario	28
DIP. CARDIO - TORACO - VASCOLARE	209
01-Medici	53
05-Infermieri	118
13-Operatore Socio Sanitario	37
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	1
DIP. PEDIATRICO - OSTETRICO	330
01-Medici	65
05-Infermieri	100
06-Infermieri pediatrici	74
07-Ostetriche	22
10-Altro personale Tecnico Sanitario	4
13-Operatore Socio Sanitario	62
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	3
DIP. DI RIABILITAZIONE	157
01-Medici	20
05-Infermieri	45
11-Personale Funzioni Riabilitative	63
13-Operatore Socio Sanitario	29

DIP. SERVIZI OSPEDALIERI	279
01-Medici	41
03-Dirigenza Sanitaria	28
05-Infermieri	31
08-Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	68
09-Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	72
13-Operatore Socio Sanitario	31
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	8
DIP. ATTIVITA' INTEGRATE RICERCA E INNOVAZIONE	53
01-Medici	1
01-Medici Convenzionati Universitari	1
03-Dirigenza Sanitaria	4
04-Dirigenza PTA	1
05-Infermieri	3
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	18
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	25
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	344
04-Dirigenza PTA	14
05-Infermieri	8
11-Personale Funzioni Riabilitative	1
13-Operatore Socio Sanitario	3
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	125
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	193
DIREZIONE GENERALE	13
01-Medici	1
03-Dirigenza Sanitaria	1
05-Infermieri	4
12-Personale Vigilanza e Ispezione	1
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	2
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	4
DIREZIONE SANITARIA	156
01-Medici	6
01-Medici Convenzionati Universitari	1
03-Dirigenza Sanitaria	15
04-Dirigenza PTA	1
05-Infermieri	94
07-Ostetriche	1
08-Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	4
09-Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	5
10-Altro personale Tecnico Sanitario	1
11-Personale Funzioni Riabilitative	1
13-Operatore Socio Sanitario	16
14-Assistente Sociale	2
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	2
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	7
Totale complessivo	2635

Si riporta, in seguito, il personale suddiviso per fascia e per età per comprendere più nel dettaglio la composizione del personale.

PROFILO	31/12/2024					Totale
	18-30	31-40	41-50	51-60	>60	
01-Medici	17	165	117	74	51	424
01-Medici Convenzionati Universitari		1	2	5		8
02-Odontoiatri e Veterinari		1				1
03-Dirigenza Sanitaria	1	7	13	19	8	48
04-Dirigenza PTA		2	3	9	2	16
05-Infermieri	199	247	212	318	39	1015
06-Infermieri pediatrici	2	10	5	46	13	76
07-Ostetriche	6	11	5	1		23
08-Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	12	31	10	16	3	72
09-Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	17	27	9	17	7	77
10-Altro personale Tecnico Sanitario	7	6	3	4		20
11-Personale Funzioni Riabilitative	15	13	16	17	8	69
12-Personale Vigilanza e Ispezione	1					1
13-Operatore Socio Sanitario	14	28	96	168	81	387
14-Assistente Sociale			1	1		2
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	7	20	28	81	31	167
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	18	33	45	88	45	229
Totale complessivo	316	602	565	864	288	2635

In dettaglio la suddivisione del personale dipendente per genere:

PROFILO	31/12/2024		Totale
	F	M	
01-Medici	224	200	424
01-Medici Convenzionati Universitari	1	7	8
02-Odontoiatri e Veterinari	1		1
03-Dirigenza Sanitaria	42	6	48
04-Dirigenza PTA	9	7	16
05-Infermieri	807	208	1015
06-Infermieri pediatrici	75	1	76
07-Ostetriche	23		23
08-Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	31	41	72
09-Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	59	18	77
10-Altro personale Tecnico Sanitario	19	1	20
11-Personale Funzioni Riabilitative	59	10	69
12-Personale Vigilanza e Ispezione	1		1
13-Operatore Socio Sanitario	327	60	387
14-Assistente Sociale	2		2
15-Comparto - Ruolo Tecnico e Professionale	69	98	167
16-Comparto - Ruolo Amministrativo	174	55	229
Totale complessivo	1923	712	2635

Di seguito il numero di personale suddiviso per sesso e tipologia di rapporto di lavoro

PROFILO			31/12/2024 Totale
	Femmine	Maschi	
TEMPO PARZIALE	149	28	177
TEMPO PIENO	1774	684	2458
Totale complessivo	1923	712	2635

3.1.4 – Sistema degli incarichi dirigenziali

A seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale, si sono attivate le procedure di attribuzione delle strutture semplici (dipartimentali/aziendali – afferenti a strutture complesse) di nuova costituzione, in esito alla procedura positiva di verifica e relativo avviso interno.

Prosegue inoltre l'attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa resisi vacanti.

Per effetto della deliberazione n. 539 del 30/11/2023 dal 1° dicembre 2023 a seguito della sottoscrizione dell'accordo in merito ai criteri generali e modalità operative utilizzate, ai sensi del precedente CCNL Area Sanità 19.12.2019, siglato tra la delegazione datoriale e la delegazione sindacale in data 20 settembre 2023, è stata adottata la nuova graduazione degli incarichi relativi alla dirigenza sanitaria valorizzati come di seguito riportato:

Incarico	Precedente graduazione	Nuova graduazione	Valorizzazione annua in €	Incarichi assegnati al 31/12/2024
Incarico Direzione Struttura Complessa	A.a	A	24.500	39
	A.b			
Incarico Responsabilità Struttura Semplice a valenza dipartimentale	B1	B1	20.000	14
Incarico Responsabilità Struttura Semplice che costituisce articolazione di struttura complessa	B2.a	B2	18.200	37
	B2.b			
Incarico di natura professionale di altissima specializzazione	C0.a	C0	22.000	4
	C0.b			
Incarico di natura professionale di alta specializzazione	C1.a	C1	17.500	82
	C1.b			
Incarico di natura professionale	C2	C2	13.000	40
	C3	C3	10.000	41
	=====	C4+	8.000	17

Incarico	Precedente graduazione	Nuova graduazione	Valorizzazione annua in €	Incarichi assegnati al 31/12/2024
	C4	C4	6.200	26
Incarico di natura professionale conferito ai dirigenti con meno di cinque anni di esperienza	D	D	1.500	134
	D+	D+	4.000	23

Gli elementi innovativi del sistema di graduazione degli incarichi sono i seguenti:

- il riconoscimento al dirigente neoassunto (< 5 anni) dell’incarico “D” oppure dell’incarico “D+” in relazione all’inquadramento in discipline per le quali è perdurante l’oggettiva difficoltà di reclutamento;
- attribuito d’ufficio l’incarico di natura professionale di tipologia “C4+” di nuova introduzione, in esito alla valutazione positiva conseguita in occasione dei 10 anni di carriera.

In materia di incarichi dirigenziali, già disciplinati dal precedente CCNL Area Funzioni Locali del 17.12.2020 alla sezione III (dirigenti amministrativi tecnici e professionali, di seguito “dirigenti ATP”) titolo III, capo II, è stato siglato in data 28/12/2023 un accordo in merito ai criteri generali e modalità operative utilizzate. Successivamente con delibera n. 610 del 29/12/2023 è stata adottata la nuova la graduazione degli incarichi con decorrenza dal 1° gennaio 2024, valorizzati come di seguito riportato:

Tipologia incarico	Graduazione	Valorizzazione precedente	Valorizzazione dal 1° gennaio 2025	Incarichi assegnati al 31/12/2024
Incarico direzione S.C.	A	19.163,95	20.000,00	5
Incarico responsabile SSD/SSA	B1	17.323,93	17.500,00	5
Incarico responsabile SS	B2	12.817,09	13.000,00	3
Incarico di natura professionale	C1	12.535,65	12.500,00	1
Incarico di natura professionale	C2	9.035,65	9.000,00	0
Incarico di natura professionale	C3	7.535,65	7.000,00	0
Incarico di natura professionale	C4	5.500,00	5.500,00	1

3.2 – Organizzazione del lavoro agile (POLA)



Il POLA è lo strumento di programmazione del lavoro agile e delle sue modalità di attuazione e sviluppo. Il Piano deve individuare le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in questa modalità, che almeno il 15 % dei dipendenti possa avvalersene.

Il POLA individua pertanto le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale del comparto 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 gli stakeholders esterni.

Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

L'azienda con l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), in ottemperanza a quanto previsto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, definisce in un unico documento di programmazione e governance gli aspetti in materia di performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione. All'interno del PIAO è presente il POLA, ovvero il Piano Operativo Lavoro Agile che individua le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti al fine di garantire il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo gli stakeholders esterni.

Di seguito si riporta il dettaglio per mese e per anno del numero delle giornate svolte in modalità agile secondo la modalità ordinaria:

ANNO	MESE	GIORNATE DI LAVORO AGILE
2022	7	22
2022	8	119
2022	9	194
2022	10	239
2022	11	215
2022	12	223
2022 Totale		1012
2023	1	213
2023	2	221
2023	3	229
2023	4	171
2023	5	233
2023	6	196
2023	7	195
2023	8	183
2023	9	214
2023	10	249
2023	11	223
2023	12	175
2023 Totale		2502
2024	1	252
2024	2	270
2024	3	257
2024	4	229
2024	5	254
2024	6	221
2024	7	221
2024	8	147
2024	9	223
2024	10	284
2024	11	247
2024	12	227
2024 Totale		2832
Totale complessivo		6346
Stima di CO2 / KG risparmiata per singola tratta lavoratori	Totale	KG di CO2 risparmiati anno 2024 = 311*2*2332
Totale	311	1.481.604

Di seguito si riporta la divisione per genere dei dipendenti “smart workers”

Donne	43
Uomini	24

Ogni responsabile di servizio afferente all’area amministrativa, tecnica e professionale ha prodotto una relazione accurata con l’identificazione dei processi effettuabili da remoto e i soggetti coinvolti. Le relazioni sono state corredate da una specifica analisi del fabbisogno informatico al fine di valutare le esigenze di connettività tramite VPN. L’azienda non ha fornito ulteriori postazioni informatiche ai dipendenti, che hanno utilizzato il proprio dispositivo nel rispetto di quanto descritto nell’apposito regolamento ed informativa consegnata in fase di attivazione della modalità agile.

Al fine di ottimizzare la gestione del lavoro a distanza con i propri colleghi e/o collaboratori è stato strategico il potenziamento e aggiornamento delle postazioni di lavoro interne al fine di adeguare il parco tecnologico dell’Azienda per sostenere questa nuova modalità operativa. In particolare, è stato implementato l’acquisto di nuovi PC, portatili, Webcam e l’aggiornamento delle licenze Office 365 con la piattaforma MS Teams, queste azioni hanno consentito di dotare l’azienda di uno strumento di vertice tecnologico per il lavoro a distanza e la collaborazione. Anche dal punto di vista della sicurezza informatica è stata potenziata l’infrastruttura di rete con investendo risorse per l’acquisizione di licenze per garantire connessioni protette tramite VPN.

L’esperienza di questi due anni ha permesso anche di rilevare aspetti positivi e negativi del lavoro agile e fornire gli elementi decisionali su cui ipotizzare i futuri interventi per potenziare l’efficacia e l’efficienza dell’azione amministrativa.

Modalità attuative

Si riportano di seguito le principali modalità attuative per l’attivazione del lavoro agile per i propri dipendenti:

Definizione degli accordi individuali. Il lavoratore che intende avviare la modalità di lavoro agile dovrà concordare con il proprio responsabile la definizione dell’accordo individuale, in forma scritta, che contenga la descrizione le modalità di esecuzione del lavoro da remoto: attività, obiettivi, tempi, fasce di contattabilità, durata e modalità di valutazione

Avvio della modalità di lavoro agile. Il lavoratore presta la propria attività lavorativa, in accordo col proprio responsabile e in modo da garantire il presidio delle attività della struttura, utilizzando lo strumento del lavoro agile e rispettando i contenuti previsti dall’accordo individuale.

Valutazione della performance del lavoratore agile. Al termine del periodo previsto dall’accordo individuale, la prestazione resa sarà valutata dal Responsabile, secondo quanto specificatamente previsto dall’accordo individuale e in coerenza con i criteri e le modalità indicate nel presente POLA.

Il Regolamento e lo schema di accordo-tipo sono riportati in allegato al presente Piano.

Tale documentazione è stata discussa e condivisa con le rappresentanze sindacali e con il CUG nell'apposito tavolo tecnico del 16/05/2022 e di contrattazione del 22/06/2022 con sottoscrizione di accordo specifico.

I contenuti del documento definiscono i diversi aspetti del lavoro in modalità agile che l'Azienda intende assumere:

- i dipendenti coinvolti, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, garantendo parità, pari opportunità e assenza di ogni forma di discriminazione;
- le modalità di definizione dell'accordo individuale e dei contenuti necessari;
- la formazione sulle varie tematiche che riguardano il lavoro agile e le sue peculiarità;
- l'organizzazione del lavoro, con particolare attenzione al coordinamento tra le attività svolte in sede e in modalità agile;
- la strumentazione e la connettività, essenziali per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile;
- gli orari di lavoro, la reperibilità e il diritto alla disconnessione;
- le modalità di valutazione della performance del lavoratore agile;
- diritti e doveri del lavoratore agile;
- gli aspetti di salute e sicurezza del lavoratore agile.

In sintesi, il dipendente interessato allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve:

- compilare apposita istanza scritta (allegata al sistema qualità aziendale) con la quale si manifesta l'intenzione, si dichiara la conformità della dotazione informatica in proprio possesso utilizzata per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile con particolare riguardo ai seguenti requisiti minimi di sicurezza: antivirus funzionante; firewall attivo; sistema operativo aggiornato e si acquisisce il parere favorevole del Responsabile;
- sottoscrizione di accordo individuale, di durata annuale (eventualmente rinnovabile), attraverso il format (allegato al sistema qualità aziendale);
- Prendere visione del regolamento e dell'informativa in materia di sicurezza sul lavoro contenente l'indicazione dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla modalità peculiare di svolgimento della prestazione lavorativa in smart working.

Di seguito, i soggetti, processi e strumenti del lavoro agile:

- Dirigenti
- .1 programmazione e monitoraggio degli obiettivi;
 - .2 mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro;
 - .3 garanzia di adeguate forme di rotazione del personale della propria struttura;

- .4 garanzia di prevalenza della prestazione lavorativa in presenza, salvo eccezioni previste da normativa o casi eccezionali legati a particolari condizioni di salute documentate e confermate dal Medico Competente;
- .5 verifica dell'attività svolta dal lavoratore in modalità agile;
- .6 garanzia di un adeguato livello di fruizione dei servizi sia verso l'utenza interna che esterna;
 - Servizio Personale
- .7 predisposizione modulistica necessaria all'attivazione delle prestazioni lavorative in modalità agile;
- .8 adozione le disposizioni regolamentari in materia anche tenendo conto delle innovazioni normative;
- .9 produzione gli atti necessari per l'attivazione delle istanze su richiesta dei dipendenti
- .10 aggiornamento e controllo dell'elenco dei dipendenti autorizzati con i relativi progetti individuali
- .11 supporto e chiarimenti in relazione alla corretta applicazione del lavoro agile
- .12 monitoraggio l'istituto del lavoro agile
 - Servizio ICT
- .13 supporto tecnologico e concessione autorizzazioni informatiche per lo svolgimento delle attività da remoto
- .14 supervisione delle eventuali vulnerabilità e dei rischi connessi agli aspetti di sicurezza informatica
 - Responsabile della Transizione Digitale
- .15 individuare i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari per programmare triennialmente l'implementazione di una fase di sviluppo avanzato del lavoro agile.
 - Servizio Formazione
- .16 Implementare programmi formativi volti ad accrescere le competenze digitali dei dipendenti
 - OIV
- .17 parere sui risultati complessivi in termini di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza complessiva dello smart working a regime
 - Comitato Unico di Garanzia,
- .18 indicazioni operative per l'adozione del lavoro agile
- .19 promotore del benessere dei lavoratori e di una cultura di genere libera da discriminazioni,
- .20 monitoraggio degli impatti del lavoro agile, anche attraverso indagini e strumenti di rilevazione

L'Azienda al fine di attivare il lavoro agile in forma semplificata aveva già prodotto una mappatura dei processi. Pertanto, partendo dalla ricognizione dei processi effettuata, sono stati selezionati i macroprocessi, divisi in fase, tipici delle strutture afferenti alle diverse strutture dirigenziali e dipartimentali. Per ogni fase, si è richiesta l'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile, di quelle che possono essere prevalentemente svolte da remoto e di quelle che, al contrario, non hanno tale caratteristica. Per queste ultime, si è chiesto di specificare se, prevedendo un adeguamento organizzativo e/o tecnologico, lo potrebbero diventare e di descrivere l'eventuale adeguamento. L'azienda sta attuando una serie di misure

volte alla dematerializzazione dei documenti e al potenziamento degli applicativi e dei servizi connessi con il protocollo. La dematerializzazione delle delibere delle determine è stato il primo passo verso una completa dematerializzazione dei documenti e degli atti. In particolare, nel corso del 2022 si avvierà il fascicolo digitale contenente tutti gli atti e i documenti protocollati in forma elettronica.

Soggetto	Adempimenti
Dipendente	Presenza visione regolamenti ed informative; Produzione istanza controfirmata dal responsabile; Sottoscrizione accordo; Autocertificazione misure minime di sicurezza Registrazione delle giornate svolte in modalità agile sulla piattaforma di gestione del cartellino orario personale;
Dirigente	Autorizza la prestazione lavorativa; Vigila sull'articolazione delle giornate svolte in modalità agile; Controlla e verifica il raggiungimento degli obiettivi programmati;
R.L.S	Sottoscrive informativa per la sicurezza
Datore di Lavoro	Sottoscrive informativa per la sicurezza
Ufficio Personale	Gestisce l'istruttoria di attivazione delle richieste di attivazione di prestazioni in modalità agile; Trasmette le istanze accolte al servizio ICT per l'attivazione delle procure informatiche necessarie; Effettua monitoraggi periodici sullo stato complessivo di attivazione delle prestazioni e la frequenza di fruizione;
Servizio informatico	Garantisce il supporto informatico necessario per l'abilitazione della prestazione lavorativa da remoto, in funzione alle esigenze specifiche dei profili richiedenti;

3.2.1 – I fattori abilitanti del lavoro agile/remoto

Obiettivi:

- miglioramento dell'organizzazione aziendale, innovazione dei processi e digitalizzazione;
- dematerializzazione, condivisione dei processi e riduzione dei costi.

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
INDICATORI SALUTE ORGANIZZATIVA				
1) Coordinamento organizzativo del lavoro agile	X	X		
2) Monitoraggio del lavoro agile	X	X	X	X
3) Programmazione per obiettivi e/o progetti e/o processi	X	X	X	X

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
4) Mappatura dei procedimenti amministrativi da svolgersi in smart working	X	X	X	X
INDICATORI SALUTE PROFESSIONALE				
5) % dirigenti/P.O. partecipanti a corsi di formazione su competenze direzionali su lavoro agile nell'ultimo anno			X	X
6) % dirigenti/P.O. adottanti approccio per obiettivi e/ progetti e/o processi per coordinare il personale	X	X	X	X
7) % lavoratori agili partecipanti a corsi di formazione su lavoro agile nell'ultimo anno		X	X	X
8) % di lavoratori che lavorano che per obiettivi e/o progetti e/o processi	X	X	X	X
9) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi su competenze digitali		X	X	X
10) % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione (collegamento informatico aziendale)	X	X	X	X
INDICATORI SALUTE ECONOMICA FINANZIARIA				
11) Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile		X	X	X
12) Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	X	X	X	X
13) Investimenti in digitalizzazione di servizi, progetti, processi		X	X	X
INDICATORI SALUTE DIGITALE				
14) Sistema VPN	X	X	X	X
15) Intranet	X	X	X	X
16) Sistemi di collaboration (es. Documenti in cloud)	X	X	X	X

Obiettivi:

- monitoraggio dello stato di avanzamento

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
INDICATORI SALUTE ORGANIZZATIVA				
1) Lavoratori agili effettivi	X	X	X	X

2) Giornate lavoro agile	X	X	X	X
3) Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/P.O. e dipendenti, articolato per genere, per età, per stato di famiglia			X	X

Performance organizzative

Obiettivi:

- Miglioramento dell'efficienza ed efficacia dell'attività lavorativa

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
ECONOMICITA'				
1) Riflesso economico: Riduzione costi			X	X
2) Riflesso patrimoniale: minor consumo di patrimonio a seguito della razionalizzazione degli spazi			X	X
EFFICIENZA				
1) Produttiva: diminuzione assenze, aumento produttività			X	X
2) Economica: Riduzione di costi per output di servizio			X	X
EFFICACIA				
1) Quantitativa: Quantità erogata, quantità fruita			X	X
2) Qualitativa: Qualità erogata, qualità percepita			X	X

Impatti

Obiettivi:

- Miglioramento dell'immagine dell'azienda con gli stake-holders e maggiore coinvolgimento dei dipendenti

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
IMPATTI ESTERNI			X	X
1) Sociale: per gli utenti, per i lavoratori				
2) Economico: per i lavoratori				
IMPATTI INTERNI				
1) Miglioramento/Peggioramento salute organizzativa			X	X
2) Miglioramento/Peggioramento salute professionale			X	X

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
3) Miglioramento/Peggioramento salute economico/finanziaria			X	X
4) Miglioramento/Peggioramento salute digitale			X	X

Programma di formazione in tema di lavoro agile / sicurezza informatica

L'azienda ha attivato un programma formativo di Cyber Security Awareness (di seguito CSA), tramite l'utilizzo di una specifica piattaforma di e-learning dedicata alla Formazione Cognitiva.

Il Piano Formativo è formato da moduli formativi omogenei che in modalità di erogazione standard, vengono rilasciati con una frequenza mensile. Un modulo formativo è formato da 3 video-lezioni, la cui durata è mediamente di 5/7 minuti. Ogni lezione è seguita da un test di apprendimento "ripetibile", costituito da 4 domande a risposta multipla.

Un modulo formativo complessivamente genera un impegno medio per l'utente di 25/30 minuti al mese, includendo in questo tempo medio anche l'esecuzione dei relativi test di apprendimento.

Le lezioni sono caratterizzate da criteri di propedeuticità e per poter accedere alla lezione successiva è necessario rispondere positivamente ad almeno 3 domande su 4. Le 4 domande vengono ricavate automaticamente da un pool di domande predefinito, secondo un criterio di casualità, per cui ad ogni tentativo si ha la proposizione di nuove domande, poste secondo un ordine altrettanto casuale.

È indispensabile ripetere il test se non si è conseguito il livello minimo necessario per poter passare alla lezione successiva, ma è possibile ripetere il test anche quando si sia conseguito un risultato di 3 su 4, con l'obiettivo di portarsi in condizioni di eccellenza, corrispondente al risultato di 4 esatte su 4 disponibili. Nel paragrafo dedicato alla "gamification" si potrà comprendere come il raggiungimento di una condizione di eccellenza, assuma un significato anche in termini di gratificazione dell'utente, qualificandone la partecipazione.

Ogni 3 moduli formativi (in modalità di erogazione a standard, ogni 3 mesi), viene proposto un nuovo test di 5 domande a risposta multipla (non ripetibile) che serve come momento di consolidamento e di valutazione del livello di apprendimento.

È importante precisare che tutti i contenuti delle video-lezioni, sono forniti anche in formato testuale, e questo come ulteriore opportunità di fruizione.

Elenco processi ed indicatori delle attività effettuabili in modalità agile

Si rimanda ad apposito elenco allegato al PIAO (Allegato D).

3.2.2 – I servizi che sono "smartizzabili" e gestibili da remoto

Possono costituire oggetto di lavoro agile le attività che, data la loro peculiarità, sono suscettibili di essere delocalizzate potendo essere eseguite a distanza senza la necessità di una costante presenza fisica del dipendente presso la specifica sede di lavoro, compatibilmente con l'esigenza di garantire un adeguato presidio alla struttura di appartenenza. Per ulteriori approfondimenti, si rimanda all'art. 2 del Regolamento per il lavoro agile (smart working) anno 2022, adottato con deliberazione n. 306 dell'01.07.2022.

3.2.3 – I soggetti che hanno la precedenza nell’accesso al lavoro agile/remoto

Ai sensi dell’art. 6 del sopra citato Regolamento per il lavoro agile (smart working) anno 2022, l’accesso al lavoro agile è consentito a tutto il personale dipendente dell’Azienda, ricorrendo, ove necessario e consentito, a criteri di rotazione tra i dipendenti di ciascuna struttura, privilegiando tuttavia il dipendente:

- affetto da patologia, debitamente attestata da certificato medico o dal Medico Competente dell’Azienda, che lo renda maggiormente esposto al contagio o le cui conseguenze, in caso di contrazione del virus, siano particolarmente rischiose per la sua salute;
- con esigenze di accudimento dei figli minori di età compresa fra 0 e 13 anni (compresi) a seguito dell’eventuale sospensione dei servizi educativi per l’infanzia e dell’attività didattica;) in stato di gravidanza;
- con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell’articolo 3, comma 3, della L.104/1992.

I requisiti sopra elencati devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda

3.2.4 – Prospettive future

A seguito dell’introduzione dell’istituto del lavoro agile nei nuovi contratti della Direzione Area Sanità e Dirigenza dell’Area delle funzioni locali (Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa) è in fase di revisione il regolamento per lo svolgimento del lavoro agile.

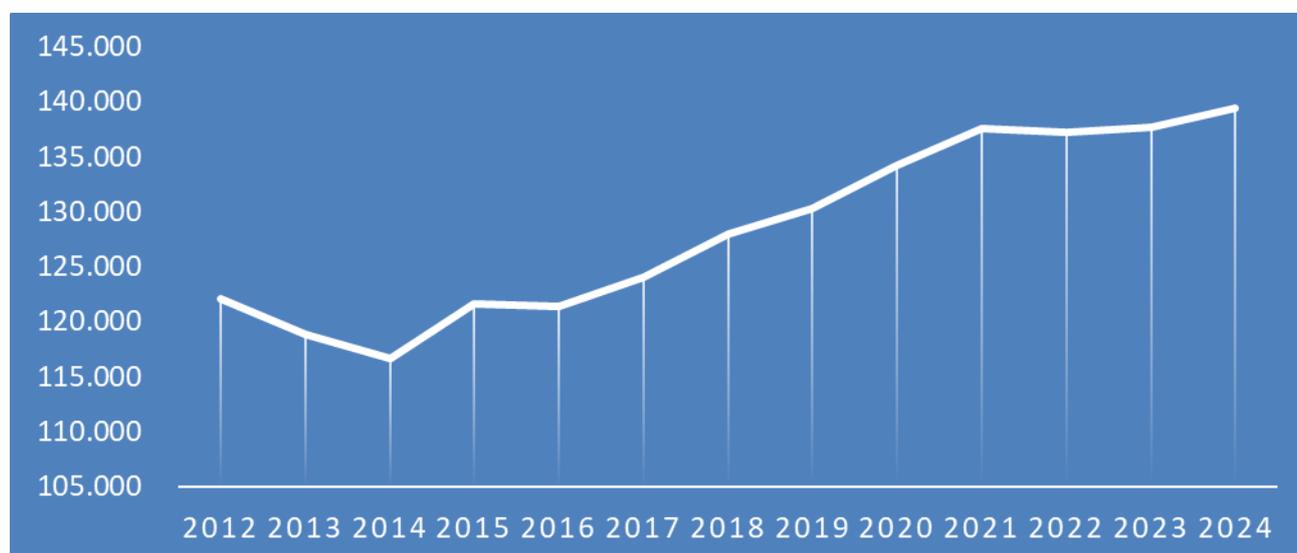
3.3 – Piano triennale dei fabbisogni di personale



Ai sensi del D.Lgs. 165/2001, le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l’impiego delle risorse disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi, predispongano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività.

L’attuale Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (PTFP) di questa azienda è stato approvato con DGR n. 30-7328 del 31/07/2023, recepita con deliberazione aziendale n. 404 del 08.09.2023. Con DGR Piemonte n. 46-6202 del 07/12/2022 è stata validata la pianificazione delle assunzioni per l’emergenza Covid ed ha fissato altresì il Tetto di spesa del personale che per l’anno 2024, quantificato per questa Azienda in € 139.408,00. Successivamente con D.G.R. n. 33-538 del 16 dicembre 2024, la Regione Piemonte ha fornito indicazioni alle ASR per l’adozione dei Piani triennali dei fabbisogni di personale per il triennio 2023-2025, da trasmettere entro il 16 gennaio 2025, confermando i tetti di spesa del personale anni 2023 e 2024 e approvando i tetti di spesa del personale anno 2025, Con la citata DGR, la Regione Piemonte ha autorizzato le ASR; nelle more dell’adozione, trasmissione e approvazione dei PTFP 2023-2025, a proseguire con il piano assunzionale programmato sulla base dei PTFPP 2022-2024, annualità 2024, approvati con DGR n. 30-7328 del 31 luglio 2023, recepita con deliberazione aziendale n. 404 del 8 settembre 2023, stabilendo che il fabbisogno per l’anno 2025 e seguenti potrà essere rideterminato in adeguamento a nuove condizioni maturate e/o in relazione ad eventuali successive modifiche normative

anno	tetti di spesa (migliaia di €)	incremento	%
2012	122.101		
2013	118.796	- 3.305	-3%
2014	116.618	- 2.178	-2%
2015	121.571	4.953	4%
2016	121.410	- 161	0%
2017	124.000	2.590	2%
2018	128.000	4.000	3%
2019	130.294	2.294	2%
2020	134.162	3.868	3%
2021	137.561	3.399	3%
2022	137.228	- 333	0%
2023	137.699	471	0%
2024	139.408	1.709	1%
2025	139.408	0	0%



Di seguito si riporta il piano triennale del fabbisogno 2024 approvato nelle more dell'approvazione del nuovo piano che dovrà essere approvato

DO_2024

	CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note
		TP	PT	TP	PT	totale				
		PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO							
	INFERMIERE	969	56	974	56	1030	35.301	11.954	35.165.568	
	INFERMIERE - Ex DS					0	37.974	0	0	
	INFERMIERE PEDIATRICO	63	17	63	17	80	35.301	936	2.753.469	
	INFERMIERE PEDIATRICO - Ex DS					0	37.974	0	0	
	OSTETRICA	22	2	22	2	24	34.787	282	817.490	
	OSTETRICA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	DIETISTA	5	1	5	1	6	34.787	72	208.721	
	DIETISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	ASSISTENTE SANITARIO	1		1		1	34.787	12	34.787	
	ASSISTENTE SANITARIO - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	71	1	76	1	77	34.787	894	2.591.619	
	TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	81	1	81	1	82	34.787	948	2.748.159	
	TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TECNICO AUDIOMETRISTA	2		2		2	34.787	24	69.574	
	TECNICO AUDIOMETRISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TECNICO AUDIOPROTESISTA					0	34.787	0	0	
	TECNICO AUDIOPROTESISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA	8		8		8	34.787	96	278.295	
	TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	6		6		6	34.787	72	208.721	
	TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TEC. ORTOPEDICO					0	34.787	0	0	
	TEC. ORTOPEDICO - Ex DS					0	37.460	0	0	
	FISIOTERAPISTA	46	8	46	8	54	34.787	636	1.843.702	
	FISIOTERAPISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	LOGOPEDISTA	8		8		8	34.787	96	278.295	
	LOGOPEDISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	ORTOTTISTA	2		2		2	34.787	24	69.574	
	ORTOTTISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	EDUCATORE PROFESSIONALE					0	34.787	0	0	
	EDUCATORE PROFESSIONALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
	OTTICO					0	34.787	0	0	
	OTTICO - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TERAPISTA OCCUPAZIONALE					0	34.787	0	0	
	TERAPISTA OCCUPAZIONALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
	PODOLOGO					0	34.787	0	0	
	PODOLOGO - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	3		3		3	34.787	36	104.360	
	TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV. - Ex DS					0	37.460	0	0	
	ODONTOTECNICO					0	34.787	0	0	
	ODONTOTECNICO - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'					0	34.787	0	0	
	TEC. NEUROPSICOMOTRICITA' - Ex DS					0	37.460	0	0	
	TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					0	34.787	0	0	
	TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	IGIENISTA DENTALE					0	34.787	0	0	
	IGIENISTA DENTALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
	MASSAGGIATORE NON VEDENTE	1		1		1	34.787	12	34.787	
	MASSAGGIATORE NON VEDENTE - Ex DS					0	37.460	0	0	

DO_2024

	CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note	
		TP	PT	TP	PT	totale					
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE				0	48.494		0		
		INFERMIERE PEDIATRICO				0	48.494		0		
		OSTETRICA					0	47.980		0	
		DIETISTA					0	47.980		0	
		ASSISTENTE SANITARIO					0	47.980		0	
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA					0	47.980		0	
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO					0	47.980		0	
		TECNICO AUDIOMETRISTA					0	47.980		0	
		TECNICO AUDIOPROTESISTA					0	47.980		0	
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA					0	47.980		0	
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA					0	47.980		0	
		TEC. ORTOPEDICO					0	47.980		0	
		FISIOTERAPISTA					0	47.980		0	
		LOGOPEDISTA					0	47.980		0	
		ORTOTTISTA					0	47.980		0	
		EDUCATORE PROFESSIONALE					0	47.980		0	
		OTTICO					0	47.980		0	
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE					0	47.980		0	
		PODOLOGO					0	47.980		0	
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.					0	47.980		0	
		ODONTOTECNICO					0	47.980		0	
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'					0	47.980		0	
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					0	47.980		0	
		IGIENISTA DENTALE					0	47.980		0	
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE					0	47.980		0	
		RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE				0	47.980		0	
		RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO				0	47.313		0	
			SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.				0	47.313		0	
			SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA				0	47.313		0	
		RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	1		1	1	47.313	3	11.828	
		COLLAB. AMM.VO PROFESS.	1		1	1	47.313	3	11.828		
			2	0	2	0	2		23656,5		

DO_2024

CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note
	TP	PT	TP	PT	totale				
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	INFERMIERE	969	56	974	56	1030	35.301	11.954	35.165.568
	INFERMIERE - Ex DS					0	37.974	0	0
	INFERMIERE PEDIATRICO	63	17	63	17	80	35.301	936	2.753.469
	INFERMIERE PEDIATRICO - Ex DS					0	37.974	0	0
	OSTETRICA	22	2	22	2	24	34.787	282	817.490
	OSTETRICA - Ex DS					0	37.460	0	0
	DIETISTA	5	1	5	1	6	34.787	72	208.721
	DIETISTA - Ex DS					0	37.460	0	0
	ASSISTENTE SANITARIO	1		1		1	34.787	12	34.787
	ASSISTENTE SANITARIO - Ex DS					0	37.460	0	0
	TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	71	1	76	1	77	34.787	894	2.591.619
	TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA - Ex DS					0	37.460	0	0
	TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	81	1	81	1	82	34.787	948	2.748.159
	TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO - Ex DS					0	37.460	0	0
	TECNICO AUDIOMETRISTA	2		2		2	34.787	24	69.574
	TECNICO AUDIOMETRISTA - Ex DS					0	37.460	0	0
	TECNICO AUDIOPROTESISTA					0	34.787	0	0
	TECNICO AUDIOPROTESISTA - Ex DS					0	37.460	0	0
	TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA	8		8		8	34.787	96	278.295
	TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA - Ex DS					0	37.460	0	0
	TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	6		6		6	34.787	72	208.721
	TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA - Ex DS					0	37.460	0	0
	TEC. ORTOPEDICO					0	34.787	0	0
	TEC. ORTOPEDICO - Ex DS					0	37.460	0	0
	FISIOTERAPISTA	46	8	46	8	54	34.787	636	1.843.702
	FISIOTERAPISTA - Ex DS					0	37.460	0	0
	LOGOPEDISTA	8		8		8	34.787	96	278.295
	LOGOPEDISTA - Ex DS					0	37.460	0	0
	ORTOTTISTA	2		2		2	34.787	24	69.574
	ORTOTTISTA - Ex DS					0	37.460	0	0
	EDUCATORE PROFESSIONALE					0	34.787	0	0
	EDUCATORE PROFESSIONALE - Ex DS					0	37.460	0	0
	OTTICO					0	34.787	0	0
	OTTICO - Ex DS					0	37.460	0	0
	TERAPISTA OCCUPAZIONALE					0	34.787	0	0
	TERAPISTA OCCUPAZIONALE - Ex DS					0	37.460	0	0
	PODOLOGO					0	34.787	0	0
	PODOLOGO - Ex DS					0	37.460	0	0
	TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	3		3		3	34.787	36	104.360
	TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV. - Ex DS					0	37.460	0	0
	ODONTOTECNICO					0	34.787	0	0
	ODONTOTECNICO - Ex DS					0	37.460	0	0
	TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'					0	34.787	0	0
	TEC. NEUROPSICOMOTRICITA' - Ex DS					0	37.460	0	0
	TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					0	34.787	0	0
	TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - Ex DS					0	37.460	0	0
	IGIENISTA DENTALE					0	34.787	0	0
IGIENISTA DENTALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
MASSAGGIATORE NON VEDENTE	1		1		1	34.787	12	34.787	
MASSAGGIATORE NON VEDENTE - Ex DS					0	37.460	0	0	

DO_2024

	CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note	
		TP	PT	TP	PT	totale					
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	2		2		2	34.787	24	69.574	
		ASSISTENTE SOCIALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	1		1		1	34.120	12	34.120	
		ASSISTENTE RELIGIOSO - Ex DS					0	37.460	0	0	
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.					0	34.120	0	0	
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST. - Ex DS					0	37.460	0	0	
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA	2		2		2	34.120	24	68.240	
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	27		27		27	34.120	324	921.243	
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	48	3	48	3	51	34.120	612	1.740.126		
	COLLAB. AMM.VO PROFESS. - Ex DS					0	37.460	0	0		
		1368	89	1378	89	1467			50040423,22		
ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO SENIOR					0	32.481	0	0	
		PUERICULTRICE SENIOR					0	32.481	0	0	
		MASSIOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE SENIOR	1	3	1	3	4	32.008	48	128.032	
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO Senior					0	32.008	0	0	
		ASSISTENTE DELL'INFORMAZIONE					0	31.395	0	0	
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE INFORMATICO	1		1		1	31.395	12	31.395	
		OPERAT. TECN. SPECIALIZZATO SENIOR	3		3		3	31.395	36	94.184	
RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE TECNICO	12		12		12	31.395	138	361.038		
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	83	4	83	4	87	31.395	1.032	2.699.933		
		100	7	100	7	107			3314580,655		
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO					0	30.462	0	0	
		MASSIOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE					0	30.462	0	0	
	PUERICULTRICE					0	30.462	0	0		
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	350	18	350	18	368	30.018	4.352	10.886.703	
RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	35		35		35	29.443	420	1.030.514		
RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	18	1	18	1	19	29.443	228	559.422		
		403	19	403	19	422			12476639,52		
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO / OTA	55	8	55	8	63	27.882	732	1.700.786	
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	24	9	24	9	33	27.882	360	836.452	
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN.	53	18	53	18	71	27.882	828	1.923.840	
	COMMESSO	2	3	2	3	5	27.882	48	111.527		
		134	38	134	38	172			4572604,831		

DO_2024

CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note
	TP	PT	TP	PT	totale				
	2528,00	160,00	2548,00	160,00	2708,00			109698131,14	
	2688		2708						

Personale Ordinario

A	COSTO BASE DOTAZIONE ORGANICA	109.698.131
	di cui (A) Indennità di Esclusività	7.270.106
	di cui (A) personale stabilizzato ai sensi della L. 234/2021	1.558.296
B	ALTRI COSTI DOTAZIONE ORGANICA, con oneri (fondi + IVC + RIA + Ind. Dipartimento + Inail, ecc.)	36.157.729
C	TOTALE COSTO DOTAZIONE ORGANICA	145.855.861
D	ALTRI COSTI DEL FABBISOGNO 2024 (*)	1.705.423
E	TOTALE COSTO FABBISOGNO 2024	147.561.284
F	di cui COSTI EXTRA TETTO DI SPESA (**)	55.763
	di cui (F) Indennità di Esclusività	1.545.613
	di cui (F) Incremento salariale CCNL Comparto Sanità 2019-2021	4.926.422
	di cui (F) personale da progetti di reinternalizzazione	697.216
	di cui (F) personale finanziato (progetti di ricerca, borse di studio, ecc.)	930.843
	di cui (F) costi incrementali di personale di nuova assunzione ex. DM 77/2022 (personale COT, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Infermiere di Famiglia o di Comunità) finanziato attraverso appositi provvedimenti (es. PNRR, DL. 34/2020, ecc.)	
	TETTO DI SPESA 2024	139.408.321
	SALDO: Costo Fabbisogno netto – Tetto di Spesa	-2.895

32,98% (percentuale sul costo-base)

In corso di valutazione l'applicazione D.L. n.34/2020 (terapie sub/intensive "Arcuri")

(*) riportare il totale degli importi della scheda "Piano Fabbisogno 2024" relativamente a costi base per: tipologia rapporto di lavoro "Non Dipendente" + Supplenze + "Acquisto di prestazioni"

(**) riportare gli eventuali costi (base) di personale che non rientrano nel Tetto di Spesa regionale, appositamente annotati nella scheda "Piano Fabbisogno 2024".

Non rientrano nel tetto di spesa:

- costo del personale dei servizi oggetto di reinternalizzazione (D.L. 35/2019, art.11, c. 3) in accordo a quanto stabilito con DGR 5.3.2021 n. 8-2933 (da indicare in apposita cella);
- l'eventuale personale ESACRI/ ex Croce rossa;
- l'eventuale personale per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali aggiuntive finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa appositamente finanziato;
- il costo del personale contrattualizzato per l'emergenza COVID-19, da imputarsi come "di cui" nell'apposito prospetto;
- le risorse dei fondi del trattamento accessorio del personale, determinate ai sensi del D.L. 35/2019, in relazione al personale contrattualizzato per l'emergenza COVID-19;
- i costi corrispondenti all'incremento, oneri inclusi, dell'indennità di esclusività a favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari, ai sensi dell'art.1, comma 407, L. 30 dicembre 2020, n. 178 (da indicarsi in apposita cella);
- dei costi corrispondenti all'adeguamento contrattuale di cui al CCNL 2019-2021 del 02 no-vembre 2022 - Comparto Sanità (da indicarsi in apposita cella);
- eventuale ulteriore spesa di personale finanziata da esterni.

Il tetto di spesa include:

- i costi dei rinnovi CCNL post 2004, ad eccezione del CCNL Comparto Sanità 2019-2021;
 - il personale delle ASR operante nelle strutture SAAPA e COQ;
 - l'eventuale ulteriore spesa di personale aziendale finanziata a carico del bilancio aziendale per nuove progettualità.
- La definizione del detto tetto di spesa del Personale deve intendersi determinato in conformità alle disposizioni recate dall'art.11, comma 2 del DL 35/2019 convertito in L60/2019 e s.m.i.

Si attesta che i costi derivanti dal presente Piano del Fabbisogno del Personale rientrano nei limiti di cui ai tetti di spesa per il personale per il triennio 2022 – 2024 approvati per ciascuna ASR con specifica D.G.R.

Il Direttore dell'ASR : dr. Valter ALPE

AltriCostiDotazione 2022_24

ALTRI COSTI DELLA DOTAZIONE ORGANICA		
Comparto		
Fondi comparto: condizioni di lavoro e incarichi	(anno 2021)	6.429.040,80
Fondi comparto: premialità e fasce	(anno 2021)	7.152.723,63
Totale fondi Comparto		13.581.764,43
<i>di cui incremento fondi CCNL Comparto Sanità 2019-2021</i>		<i>0,00</i>
Totale fondi Comparto - al netto di incremento fondi CCNL Comparto Sanità 2019-2021		13.581.764,43
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_DGR 5 marzo 2021, n. 9-2934 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	449.542,70
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti dalle modalità operative definite con DD 1391/A1406B/2022 del 27 luglio 2022 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	586.956,52
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti da stanziamenti nazionali COVID-19 di cui DGR 3 agosto 2022, n. 81 - 5534 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
Dirigenza PTA		
Fondi dirigenza PTA: retribuzione di risultato	(anno 2021)	285.453,92
Fondi dirigenza PTA: retribuzione di posizione	(anno 2021)	340.793,85
Fondi dirigenza PTA: lavoro disagiato	(anno 2021)	0,00
Totale fondi Dirigenza PTA		626.247,77
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_DGR 5 marzo 2021, n. 9-2934 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	143.975,07
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti dalle modalità operative definite con DD 1391/A1406B/2022 del 27 luglio 2022 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti da stanziamenti nazionali COVID-19 di cui DGR 3 agosto 2022, n. 81 - 5534 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
Dirigenza Area Sanità		
Fondi dirigenza medica e sanitaria: retribuzione di risultato	(anno 2021)	2.198.998,93
Fondi dirigenza medica e sanitaria: retribuzione degli incarichi	(anno 2021)	8.704.705,44
Fondi dirigenza medica e sanitaria: retribuzione delle condizioni di lavoro	(anno 2021)	2.190.144,51
Totale fondi Dirigenza Sanitaria		13.093.848,88
<i>di cui fondi ex L. 205/17 art. 1 Commi 435 e 435bis</i>	(anno 2021)	<i>349.550,90</i>
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_DGR 5 marzo 2021, n. 9-2934 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	552.416,70
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti dalle modalità operative definite con DD 1391/A1406B/2022 del 27 luglio 2022 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti da stanziamenti nazionali COVID-19 di cui DGR 3 agosto 2022, n. 81 - 5534 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
Maggiorazione retribuzione di posizione per incarichi di Direzione di Dipartimento (e similari) a carico dei bilanci aziendali	(anno 2021)	144.000,00
RIA annua	(anno 2021)	316.079,00
Indennità Mancato Preavviso	(anno 2021)	0,00
Vacanza contrattuale	(anno 2021)	466.956,75
Assegni Nucleo Familiare	(anno 2021)	383.650,00
TOTALE (al netto applicazione DL 35/2019) (*)		26.530.104,94
	ONERI su TOTALE (**)	6.632.526,24
Premio Inail	(anno 2021)	740.039,29
	IRAP su TOTALE	2.255.058,92
	TOTALE COMPLESSIVO (*)	36.157.729,38
	totale (con oneri) incremento fondi contrattuali non computato (DL Calabria)	2.313.409,47
	totale (con oneri) COVID incremento fondi contrattuali non computato (DL Calabria)	783.586,96
(*) il TOTALE è al netto dell'incremento dei fondi ai sensi dell'art. 11 del DL 35/2019 (risorse extra Tetto di Spesa)		
(**) percentuale oneri = 25% (importo medio, stimando il 35% del peso delle competenze fisse)		

3.3.1 – Il programma della formazione del personale

Premessa

La nostra Azienda **considera** la formazione e l'aggiornamento del personale elemento strategico in quanto rappresentano:

- per l'Organizzazione uno strumento di sviluppo e valorizzazione del personale volto a promuoverne le competenze tecniche, organizzative e relazionali necessarie a garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e lo sviluppo delle innovazioni
- per i Professionisti la risorsa per perseguire il proprio sviluppo professionale e personale in coerenza con il proprio ruolo e gli obblighi aziendali
- per la Comunità una grande occasione di sviluppo culturale avviato grazie al percorso sinergico in collaborazione con l'UPO, per lo sviluppo delle attività connesse alla didattica che ha condotto alla costituzione, con decorrenza dal 1° gennaio 2024, dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria, a cui afferiscono il presidio civile "SS. Antonio e Biagio", il presidio infantile "C. Arrigo" e il presidio riabilitativo "Teresio Borsalino".

Contesto di riferimento

La Formazione è l'insieme delle attività tese a preparare/ sviluppare e potenziare le conoscenze e le competenze dei professionisti (sapere, saper fare, saper essere).

Il Piano di formazione del personale (PAF) fa parte dei documenti di programmazione presenti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), elaborato in coerenza con il Piano Strategico Aziendale 2025 – 2030.

Più in generale la programmazione formativa aziendale si sviluppa in sintonia con il lavoro intrapreso negli anni, in conformità con gli obiettivi nazionali e regionali normati per l'acquisizione dei livelli di competenza previsti dal Sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM). Nello specifico la nostra Azienda è inserita nell'Albo regionale dei Provider accreditati per la formazione.

Ruolo della Azienda Ospedaliero – Universitaria nel contesto regionale

La Regione Piemonte, con deliberazione n. 40-4801 del 18 marzo 2022, ha attribuito al Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione – DAIRI istituito tra la nostra Azienda e l'ASL AI, la funzione di supporto regionale per le attività di organizzazione per la ricerca sanitaria e biomedica nelle ASR.

In considerazione degli obiettivi operativi attribuiti al DAIRI con l'approvazione della citata DGR, la nostra Azienda fu individuata quale Centro di Costo del Dipartimento interaziendale "Attività integrate ricerca e innovazione" tra l'Azienda di Alessandria e l'ASL AI per lo svolgimento di attività di coordinamento di iniziative strategiche in materia di formazione e qualificazione delle risorse umane del SSR.

Per quanto sopra esposto e sulla base di accordi istituzionali intercorsi tra la Regione Piemonte e il citato Dipartimento, la nostra Azienda è subentrata dal 1° ottobre 2022 al CSI nel contratto di gestione della Piattaforma Regionale E.C.M., diventando così un riferimento importante per le aziende sanitarie piemontesi.

Inoltre, la Regione Piemonte ha affidato alla nostra Azienda dal 2023 l'organizzazione, la gestione e la pianificazione del Corso di formazione Manageriale per l'esercizio delle funzioni di direzione di Strutture Complesse.

Nell'ambito delle azioni finanziate dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), l'Azienda è stata individuata come ente capofila per il piano straordinario di formazione regionale in tema infezioni correlate all'assistenza con un target di oltre 21.000 partecipanti entro giugno 2026 e tra le ASR deputate alla organizzazione ed erogazione del corso di formazione per manager e middle manager del SSN.

Nel 2025 la nostra Azienda proseguirà nello svolgimento delle funzioni di provider regionale per l'accreditamento ECM non solo dell'attività formativa dell'Area Emergenza – Urgenza rivolta al personale sanitario della regione Piemonte, sulla base della convenzione stipulata con Azienda Zero, ma anche delle iniziative FAD in tema di Medicina Trasfusionale.

Aspetti strategici della formazione

La formazione del personale rappresenta una risorsa e uno strumento a sostegno dell'Amministrazione per il raggiungimento degli obiettivi strategici, contribuendo – attraverso lo sviluppo delle professionalità e delle competenze del personale - alla realizzazione della propria **mission pubblica** che ha una triplice natura: assistenza, ricerca e didattica.

La Formazione nel nostro contesto aziendale è chiamata a sostenere lo sviluppo di diverse competenze:

1. **competenze tecnico-specialistiche** - finalizzate all'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche di ciascuna professione e disciplina.
2. **competenze di processo** (comunicativo relazionali) – rientrano quelle relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni (Istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro
3. **competenze di sistema** (organizzativo gestionali) – utili per le attività e le procedure idonee al miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie.

Priorità Formative per la riqualificazione e potenziamento delle competenze tecniche e trasversali per livello organizzativo e per filiera professionale

Per definire le strategie e gli obiettivi *prioritari* della formazione, la Direzione raccoglie le indicazioni e i suggerimenti delle strutture aziendali, coinvolgendo i direttori/responsabili e il personale con funzioni di coordinamento.

Attraverso una **scheda** viene chiesto alle figure apicali e ai coordinatori delle professioni sanitarie di indicare, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali, i **bisogni formativi percepiti**, le aree e i contenuti ritenuti prioritari per migliorare le conoscenze / competenze del personale.

La rilevazione nel 2025 ha evidenziato la necessità di **migliorare le competenze in aree specialistiche, di tipo tecnico/professionale**, ma è stato rilevato anche il bisogno di percorsi formativi attinenti alla **promozione di competenze “trasversali” nell'area gestionale/organizzativa e della relazione/comunicazione**.

La programmazione formativa aziendale viene orientata nel *triennio 2025-2027* a:

sostenere la **qualità** degli interventi formativi erogati attraverso il coinvolgimento interprofessionale e intersettoriale del personale al fine di sviluppare il legame con il sistema organizzativo, la sinergia con l'Università, l'integrazione con l'Azienda Sanitaria Locale nel percorso di riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

assicurare lo **sviluppo** della ricerca e del miglioramento della qualità professionale nel rispetto di quanto indicato dalla Regione Piemonte nella D.G.R. n. 25-6787 del 27 aprile 2023 in cui è stata attestata la coerenza e la compatibilità con la programmazione sanitaria regionale prevista per il riconoscimento a IRCCS

promuovere la **crescita professionale** anche attraverso l'accesso a percorsi di alta formazione ai dipendenti a elevato potenziale

assicurare sia la **formazione specialistica** rivolta ai vari gruppi professionali sia la **formazione trasversale** rivolta a tutte le categorie e figure professionali

I **criteri** adottati per ottenere gli obiettivi:

promuovere **progetti di formazione** - intervento per la riorganizzazione di specifici processi aziendali e sistemi di comunicazione integrata

stimolare un **clima organizzativo** orientato al dibattito, allo sviluppo di interazioni tra professionisti attraverso momenti formativi aziendali quali spazi di confronto e approfondimento

potenziare il **coordinamento efficace** dei soggetti interessati all'intero processo formativo, dall'analisi dei bisogni alla verifica dei risultati, pianificando e progettando la formazione su un'attenta analisi dei bisogni reali

investire sulla **crescita** delle risorse umane e professionali interne coinvolgendo il personale nel processo formativo non solo come discenti ma anche come referenti dipartimentali e di area, docenti, tutor, facilitatori;

sostenere un **equilibrio** tra contenuti di carattere tecnico-professionale, organizzativo e relazionale nel programma formativo dei dipendenti

tendere all'**equità** di accesso nelle attività di formazione prevedendo, quando necessario, un coinvolgimento a rotazione, secondo un'equilibrata percentuale di tutto il personale interessato allo sviluppo delle specifiche competenze

assicurare la **valutazione** dell'efficacia degli interventi formativi connessi alla ricaduta sui servizi.

Il Documento che definisce le attività di formazione e aggiornamento da attuare nell'arco dell'anno, sia in termini di contenuti che di risorse economiche, è il **Piano Aziendale della Formazione (PAF)**.

Il documento descrive due livelli di programmazione strategica:

-una programmazione macro-organizzativa / aziendale dove emergono gli obiettivi e i programmi generali dell'Azienda

-una programmazione specifica che rappresenta le attività proposte dai Direttori / Responsabili delle strutture aziendali.

Il Piano formativo Aziendale (PAF) è orientato a sviluppare le competenze degli operatori per garantire efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza.

Per il ruolo regionale attribuito al DAIRI in tema di ricerca e formazione è prevista la prosecuzione del percorso formativo, destinato a tutti i profili professionali a partire dalle figure dei coordinatori di ricerca, denominato “Ricerca & Formazione”: si tratta di un programma corposo, articolato in quattro macroaree (area bibliografica, area metodologica, area statistica e area comunicazione), con una serie di corsi che, per la maggior parte, sono stati condivisi con i colleghi che fanno parte della rete regionale della ricerca e quindi aperti al personale delle aziende sanitarie piemontesi.

Il Piano Aziendale della Formazione (PAF) è articolato per livello organizzativo con l’elencazione di tutte le iniziative formative per le quali sono stati riportati:

- target di destinazione (struttura, dipartimento, gruppo professionale, etc.)
- responsabile scientifico /direttore dei corsi/referente organizzativo
- obiettivi formativi nazionali di riferimento, contenuti principali e risultati attesi
- aree tematiche regionali di riferimento
- partecipanti (numero e profilo o altre caratteristiche)
- metodologie didattiche (aula, fad, fsc, etc.)
- docenze
- durata del corso
- area dossier – tipologia obiettivi formativi (obiettivi formativi tecnico professionali, di processo, di sistema).
- impegno economico previsto

Risorse disponibili

Risorse economiche: La Direzione Aziendale definisce annualmente la quota di risorse da destinare a iniziative di formazione e aggiornamento costituendo un apposito Budget.

Risorse umane: Oltre la presenza attiva di docenti e formatori interni, al fine di sviluppare proficui rapporti di collaborazione, è prevista la possibilità di coinvolgere docenti esterni ritenendo importante il contributo proveniente da professionisti dell’Università, del Territorio, di Ordini professionali e di altre Strutture sanitarie.

Risorse strutturali e tecnologiche: per lo svolgimento dell’attività formativa interna si dispone di: salone di rappresentanza, area didattica con un’aula ordinaria, aula informatica con Personal Computers, Centro di Simulazione istituito d’intesa con UPO e attualmente ubicato all’8° piano del Monoblocco, videoproiettori, lavagne a fogli mobili, strumentazioni (es. manichini). Come Provider regionale ECM ci si avvale di uno specifico sistema informativo (Piattaforma regionale ECM)

Accesso ai percorsi di formazione

Per le procedure di accesso alla formazione - in sede, individuale fuori sede e con spese a carico di terzi (sponsorizzata) - si rimanda ai regolamenti aziendali vigenti allegati (Allegati: n. 1 Regolamento “Autorizzazione dei dipendenti a iniziative di formazione e aggiornamento professionale” adottato con deliberazione DG n. 331 del 31.05.2021; n. 2 Regolamento Sponsorizzazioni adottato con deliberazione N. 605 DEL 29/12/2022)

In sintesi, la formazione e l'aggiornamento professionale del personale dipendente si realizza attraverso:

- aggiornamento obbligatorio in sede (in orario di lavoro);
- aggiornamento obbligatorio fuori sede (in orario di lavoro);
- aggiornamento facoltativo;
- aggiornamento professionale attraverso l'utilizzo della riserva oraria prevista dal CCNL della dirigenza dell'area Sanità.

Di seguito si riporta il totale delle ore di formazione obbligatoria effettuate nel corso del 2024 tramite l'utilizzo della riserva ore per la Dirigenza Sanitaria e le ore di aggiornamento obbligatorio in sede e fuori sede:

Area	Ore Effettuate
COMPARTO	21.858
DIRIGENZA MEDICA	11.720
DIRIGENZA NON MEDICA	1.915
Totale complessivo	35.494

Per il personale del comparto, come previsto dal CCNL, **nel corso del 2024 sono state accolte n. 57 istanze per l'utilizzo dei permessi retribuiti per il diritto allo studio nella misura massima di 150 ore per ciascun anno solare. Il totale delle ore fruite per l'anno ammonta a 2.275 ore.**

Obiettivi e Risultati attesi della formazione

Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) vengono valutati a vari livelli:

A) **a livello dell'organizzazione la valutazione dell'efficacia formativa** può essere effettuata utilizzando vari strumenti del Sistema Qualità quali non conformità, azioni correttive, audit di carattere organizzativo e/o clinico, indicatori. Al Responsabile Scientifico/Direttore del corso è richiesto, già in fase di progettazione, di prevedere, laddove possibile, indicatori di attività, utili a valutare le ricadute pratiche e documentare il miglioramento dei processi assistenziali. Per le azioni formative finalizzate a generare impatti significativi o a fornire orientamenti pratici per il futuro, è attivata una valutazione della ricaduta organizzativa: ne sono esempio iniziative formative maggiormente legate alla realizzazione di obiettivi strategici, progetti di innovazione, nuove politiche. Il Comitato Scientifico della Formazione a tal fine individua di norma, all'interno del Piano annuale, un progetto di tipo multidisciplinare, un progetto di formazione sul campo e un progetto di formazione d'aula per i quali effettuare il monitoraggio. Sono conservate agli atti della segreteria del Comitato le relazioni conclusive sulle attività svolte, redatte dai Responsabili Scientifici/ Direttori dei corsi interessati. Gli esiti delle valutazioni costituiscono il prerequisito utile anche ai fini dell'analisi dei bisogni e quindi della programmazione di iniziative formative da parte delle strutture interessate.

B) **per la valutazione del livello delle performances individuali** viene utilizzato come strumento di misurazione la mappa delle competenze secondo il modello della Qualità aziendale. Tale mappa descrive, per

ciascun dipendente e per settore di attività, le competenze professionali e organizzative/relazionali già acquisite, secondo una scala crescente, le aree da potenziare e, conseguentemente, gli obiettivi formativi. Collegata a questa valutazione è la scheda di rilevazione del bisogno formativo compilata annualmente da ciascuna struttura organizzativa in occasione della formulazione del Piano di Formazione aziendale; nella fattispecie è prevista una sezione dedicata alla descrizione dello scostamento tra le competenze richieste e quelle possedute nell'ambito del bisogno formativo rilevato ed eventualmente derivante dai giudizi contenuti nelle schede di valutazione individuale.

3.3.2 – Le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG) nelle aree dirigenziali medica e dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo e nell'area personale del comparto del S.S.N è stato da ultimo costituito presso Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria, con Deliberazione del Direttore Generale n. 78 del 10/02/2021. Il CUG è un organismo posto al servizio di tutto il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria che persegue gli obiettivi principali che si possono così sinteticamente riassumere:

- Conseguire la parità, pari opportunità e ampliare le garanzie nella formazione, nell'avanzamento professionale di carriera e nel trattamento economico e retributivo, da ogni pregiudizio che possa derivare oltre che dalle discriminazioni legate al genere anche da ogni forma di discriminazione diretta o indiretta legata a fattori di rischio quali età, orientamento sessuale, razza, origine etnica disabilità e lingua;
- Favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico ed il benessere organizzativo contrastando ogni forma di discriminazione e di violenza morale o psicologica;
- Promuovere l'introduzione di strumenti di conciliazione tra lavoro professionale e familiare e la realizzazione di nuove politiche dei tempi di vita e di lavoro.

Tra le funzioni propositive, consultive e di verifica attribuite al CUG, è prevista ai sensi della Direttiva 4 marzo 2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG) la “**predisposizione di piani di azioni positive**”, intendendosi per “azione positiva” un'azione che, con fatti concreti, mira a favorire l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne e prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze sessuali, morali o psicologiche nel contesto lavorativo.

Il Piano d'azioni positive allegato al presente documento è composto da due parti:

- la prima è dedicata all'analisi del contesto organizzativo, ovvero dei dati sulla composizione e distribuzione del personale per genere e sulla fruizione di istituti per la conciliazione vita lavoro, congedi/permessi per disabilità, congedi parentali, ecc.
- La seconda individua le iniziative ovvero gli obiettivi e le azioni positive che si intende intraprendere in Azienda nel corso del triennio di riferimento anche con il coinvolgimento di soggetti esterni.

L'obiettivo generale è migliorare la qualità ed il benessere dei lavoratori, nel rispetto delle politiche aziendali. Il trattamento delle pari opportunità assume quindi una valenza trasversale e si integra in tutte le fasi del ciclo di gestione delle performance. Il PAP 2025-2027 è allegato al presente PIAO (Allegato F) e vi sono illustrati sia gli obiettivi raggiunti nel 2024 (che brevemente si riportano) sia gli obiettivi per il biennio 2025-2027.

Nell'anno 2024 sono state realizzate le seguenti azioni del PAP 2024-2026:

Iniziativa n.1:

Diffusione di informazioni e sensibilizzazione sul ruolo del CUG e sulle tematiche di competenza. In occasione dell'evento formativo "Il Comitato Unico di Garanzia: ruoli e interventi di benessere a favore dei dipendenti" organizzato in data 18.12.2024, il Presidente del CUG Dott.ssa Monica Franscini, ha tenuto un intervento su costituzione ruolo e modalità di funzionamento del CUG.

Iniziativa n. 2:

Diffusione di informazioni su bandi e iniziative di altri enti a sostegno della genitorialità, inclusione, pari opportunità, donne vittime di violenza, corsi di formazione. L'azione è stata intrapresa nel 2024 con la pubblicazione di bandi e iniziative nella sezione delle notizie "IN EVIDENZA" della pagina intranet aziendale e proseguirà nel corso del 2025.

Iniziativa n.3:

Diffusione di informazioni relative alla gestione dei conflitti in ambito aziendale e al ruolo del Consigliere di Fiducia: in data 17.09.2024 ha avuto luogo un evento di divulgazione in merito alla figura della Consigliera di Fiducia a cura dell'Avv. Federica Riccò, Consigliera di Fiducia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria nominata con Delibera 553 del 05.12.2023, destinato ai lavoratori e loro rappresentanti sindacali. In data 18.12.2024 nel corso dell'evento "Il Comitato Unico di Garanzia: ruoli e interventi di benessere a favore dei dipendenti" la Consigliera di Fiducia dell'AOU ha illustrato le sue funzioni e il suo ruolo.

Iniziativa n. 4:

Benessere aziendale: individuazione di posti auto riservati al personale reperibile. In occasione dell'incontro con la Direzione amministrativa in data 25.09.2024 è stato riferito che a decorrere da febbraio 2025, previo intervento di riparazione del cancello, saranno resi disponibili i posti auto richiesti.

3.3.3 – Le azioni di prevenzione e tutela della salute dei lavoratori

L'Azienda persegue gli impegni di tutela assunti mediante il proprio Sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro all'interno del quale è esplicitata la relativa Politica che è disponibile sul sito internet aziendale. Alla luce di detti impegni è costante lo sforzo teso ad identificare e gestire i rischi connessi alle attività lavorative aggiornando periodicamente il Documento di valutazione dei rischi e le procedure ad esso correlate, ivi compresi i piani di risposta alle emergenze non sanitarie.

L'attività di valutazione e gestione dei rischi è stata accompagnata da un'attività formativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro che coinvolge a vario livello tutti i lavoratori dell'Azienda. **Nel 2024 sono stati organizzati / accreditati 19 corsi differenti (di cui 13 corsi residenziali, 5 corsi FAD e 1 convegno) per un totale di 132 edizioni (di cui 103 residenziali e 29 FAD) e 542 ore d'aula. Sono state registrate 3.173 partecipazioni (di cui 2.164 in aula e 1.009 da remoto) e 19.313 ore di formazione complessiva (di cui 10.991 in aula e 8.322 da remoto).**

In aggiunta l'Azienda, attraverso il proprio Medico Competente, mette a disposizione uno specifico programma volontario di promozione della salute (rif. art.25 comma 1 lettera a) del D. Lgs.81/08) consistente in:

- **CONSULENZA DIETOLOGICA**, finalizzata a elaborare diete personalizzate, volte a incentivare corretti stili di alimentazione in relazione al fabbisogno nutrizionale del lavoratore;
- **CONSULENZA FISIATRICA**, indirizzate a un programma riabilitativo in relazione ai problemi di salute connessi all'apparato locomotore dei dipendenti;
- **CONSULENZA PSICHIATRICA E/O PSICOLOGICA** per la gestione di disagio personale e/o lavorativo;
- **CONSULENZA CENTRO IPERTENSIONE** in presenza di fattori di rischio per la gestione delle criticità associate;
- **VACCINAZIONI** a disposizione in relazione al contesto epidemiologico propone vaccinazioni (es. antinfluenzali).

Il programma può essere attivato o su richiesta del dipendente interessato o su proposta del Medico Competente stesso in occasione delle visite periodiche a seguito di rilevazione di fattori di rischio particolari (età, sesso, sovrappeso, menopausa, fumo di tabacco ecc.),



Con Deliberazione n.398 del 29/08/2023 l'Azienda ha infine aggiornato la composizione del gruppo di lavoro a cui è stato attribuito il compito di valutare e monitorare i rischi connessi allo stress lavoro correlato e alle aggressioni anche fornendo spunti per una migliore gestione del rischio. Il Gruppo di lavoro ha altresì definito mediante le procedure interne le modalità attuative del un **"Protocollo d'intesa per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza e delle aggressioni contro gli esercenti le professioni sanitarie nelle strutture sanitarie e nei presidi dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria"** sottoscritto il giorno 8 febbraio

2023 con Prefettura, Questura, Comando provinciale Arma dei Carabinieri e Comando provinciale Guardia di Finanza. Attraverso tali modalità attuative è stato altresì definito il sistema attraverso il quale i lavoratori possono segnalare al gruppo di lavoro gli eventi di aggressione subita durante l'esercizio delle proprie attività consentendo al Gruppo di lavoro di avere le informazioni necessarie per meglio identificare i determinanti di rischio su cui costruire le misure di gestione di rischio.

Con il sistema di segnalazione il lavoratore aggredito può richiedere l'attivazione di specifici supporti messi a disposizione dall'Azienda quali:

- **SUPPORTO PSICOLOGICO** in caso di disagio personale connesso all'evento
- **SOPRALLUOGO DA PARTE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE** nel caso in cui l'evento abbia evidenziato criticità strutturali e/o organizzative che possono rendere necessari interventi di prevenzione
- **SUPPORTO PSICOLOGICO DI REPARTO** qualora l'evento abbia messo coinvolto intere strutture oppure abbia evidenziato una necessità di confronto su modalità comunicative interne
- **PARERE LEGALE** mediante colloquio con la S.S.a. Avvocatura.

Sezione 4. Monitoraggio

L'art. 6, comma 3, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, e l'art. 5, comma 2, del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, prevedono modalità differenziate per la realizzazione del monitoraggio, come di seguito indicate:

- sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, monitoraggio secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, monitoraggio secondo le modalità definite dall'ANAC;
- Sezione “Organizzazione e capitale umano”, dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, con riferimento alla coerenza con gli obiettivi di performance.

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

4.1 - Sottosezione valore pubblico e performance

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative in cui si articola e ai singoli dipendenti, viene effettuato secondo le modalità previste dal decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m., in accordo con il Sistema di misurazione e valutazione delle performance vigente (Sistema).

Come previsto dal tale Sistema, l'Azienda mensilmente pubblica i report per monitorare l'andamento delle Strutture ed il raggiungimento degli obiettivi e periodicamente la Direzione effettua incontri di monitoraggio al fine di apportare eventuali modifiche agli obiettivi inizialmente assegnati sulla base dell'attività del primo semestre. Le eventuali rimodulazioni di obiettivi e indicatori operate durante il ciclo della performance sono formalmente e tempestivamente comunicate all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Secondo quanto stabilito dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D.lgs. n. 150/2009, l'Organismo Indipendente di Valutazione svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance dell'Azienda rispetto agli obiettivi programmati, segnalando l'esigenza di interventi correttivi. Valida, inoltre, la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione. La Relazione riporta gli esiti delle attività condotte contestualmente ai risultati più generali ottenuti dall'Azienda nel suo complesso, sottolineando la sinergia tra l'attività sanitaria e quella amministrativa.

La rappresentazione dei risultati in un unico documento costituisce sia uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ottimizzare la programmazione di obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente, sia uno strumento di *accountability* attraverso il quale rendicontare a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel periodo considerato rispetto agli obiettivi programmati.

L'Azienda utilizza inoltre lo strumento della customer satisfaction per la rilevazione dell'opinione degli utenti interni ed esterni e per il monitoraggio della performance organizzativa, al fine di individuare altresì fattori di cambiamento in un'ottica di miglioramento continuo.

4.2 - Sottosezione Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

Il sistema di monitoraggio e verifica periodica della sotto-sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” rappresenta elemento fondamentale del processo di gestione del rischio, attraverso cui verificare l’attuazione e l’adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso consentendo, in tal modo, di apportare le modifiche necessarie.

Il sistema di monitoraggio complessivo per la verifica dell’attuazione delle misure e sulla idoneità delle stesse, si articola in due livelli:

MONITORAGGIO 1^ LIVELLO	<i>si basa sull’autovalutazione da parte dei Direttori/Referenti mediante apposita relazione semestrale in base alla quale il RPCT verifica il grado di attuazione delle misure programmate, la valutazione della loro efficacia, i punti di forza e di debolezza rilevati e le eventuali proposte migliorative.</i>
MONITORAGGIO 2^ LIVELLO	<p><i>compete al RPCT e si articola nelle seguenti fasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Verifiche ordinaria sull’osservanza degli adempimenti previsti dalla presente sezione del P.I.A.O.</i> • <i>Verifiche a campione sull’attinenza ai principi e criteri stabiliti nel Piano nonché sulle modalità di attuazione delle misure di prevenzione previste e realizzate</i> • <i>Riesame</i> • <i>Audit interno.</i>

In relazione ad eventuali eventi “sentinella”, il RPCT ha facoltà di disporre ulteriori e specifici monitoraggi.

1 MONITORAGGIO di 1^ livello

Con specifico riferimento agli indicatori di monitoraggio previsti nell’allegato B), l’RPCT provvede a richiedere ai responsabili delle strutture interessate, una relazione semestrale relativa allo stato di attuazione delle misure di prevenzione individuate in fase di mappatura dei processi ed efficacia delle stesse rispetto dei valori attesi, nonché l’indicazione di eventuali modifiche dovute a criticità riscontrate o ad eventuale segnalazione di episodi di illeciti.

MONITORAGGIO 1^ LIVELLO (autovalutazione direttori/dirigenti di struttura)				
	AZIONI	RESPONSABILI	STRUMENTI OPERATIVI	TEMPI
Gestione del rischio	Verifica dello stato di aggiornamento della mappatura dei processi, della valutazione del rischio e delle misure programmate	Direttori/Dirigenti Strutture	Autovalutazione tramite apposita relazione su richiesta del RPCT	semestrale
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione delle misure	Direttori/Dirigenti Strutture	Autovalutazione tramite apposita relazione su richiesta del RPCT	semestrale

Per l’aggiornamento in esame, si è tenuto conto delle indicazioni pervenute a seguito richiesta relazione semestrale e, di conseguenza, si è provveduto ad aggiornare gli allegati A) e B); ove non sono state segnalate criticità, si sono mantenute le misure già esistenti.

2 MONITORAGGIO di 2^ livello

In tale fase, le informazioni rilevate attraverso tale forma di “autovalutazione” sono vagliate dal RPCT al fine di verificare la veridicità delle stesse e l’osservanza delle misure di prevenzione del rischio individuate in fase di mappatura.

MONITORAGGIO 2^ LIVELLO (verifica RPCT relazioni pervenute)

	AZIONI	RESPONSABILI	STRUMENTI OPERATIVI	TEMPI
Gestione del rischio	Verifica dello stato di aggiornamento della mappatura dei processi, della valutazione del rischio e delle misure programmate	RPCT	Verifica Relazioni dei Direttori/Dirigenti di struttura	semestrale
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione delle misure	RPCT Direttori/Dirigenti Strutture	Verifica Relazioni dei Direttori/Dirigenti di struttura	semestrale

Il RPCT, in base agli esiti delle relazioni (analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte, suggerimenti pervenuti), nonché in merito all'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, predisporre la relazione annuale prevista dall'art. 1, co.14, della L.n.190/2012.

2a Riesame

Il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi trascurati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri di analisi e ponderazione del rischio.

RIESAME				
Gestione del rischio	AZIONI	RESPONSABILI	STRUMENTI OPERATIVI	TERMINI
	Verifica attività svolta in materia di anticorruzione e	Direzione generale	Relazione del RPCT	semestrale
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione delle misure individuate	Direzione generale	Relazione del RPCT	semestrale
Efficacia del piano	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte, suggerimenti e rendicontazione dati acquisiti in occasione del monitoraggio	RPCT	Predisposizione, trasmissione e pubblicazione della Relazione annuale riportante l'esito del monitoraggio	annuale

2b Attività di Audit (nel rispetto della procedura Aziendale P11 "Internal Auditing")

Tale attività annuale ha lo scopo di monitorare l'attuazione delle misure di contrasto e prevenzione della corruzione, di valutazione dei rischi e di modifiche e/o definizione di eventuali ulteriori misure di prevenzione.

AUDIT INTERNO		
RESPONSABILE	MODALITA'	CRITERI DI CAMPIONAMENTO
RPCT	<ul style="list-style-type: none"> su base campionaria ad evento, in caso di evidenza o segnalazione di un fatto illecito riconducibile alla nozione di corruzione, così come considerata nel presente Piano 	riguardano le misure di prevenzione di quei processi: <ul style="list-style-type: none"> risultati a più elevata esposizione al rischio; per i quali sono pervenute segnalazioni (whistleblowing o altri canali); attinenti a quelle strutture che non hanno fatto pervenire la relazione richiesta (autovalutazione)

Gli esiti di tale monitoraggio sono propedeutici per i successivi aggiornamenti della "mappatura dei processi" e della stessa sotto-sezione.

4.3 - Sezione organizzazione e capitale umano

In relazione alla sezione "Organizzazione e capitale umano", Organismo Indipendente di Valutazione, inoltre, monitora, su base triennale, la coerenza degli obiettivi di performance con le risorse umane e il miglioramento delle competenze del personale.

Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale coincidono con gli obiettivi delle strutture organizzative di propria responsabilità.

Di seguito, gli attori principali del processo di valutazione dell'Azienda sono identificati nelle seguenti figure:

Direttore di dipartimento Direttore di SC non dipartimentalizzata Responsabile SSA	Direttore Sanitario o amministrativo per competenza	Direttore Generale
Direttore SC / Responsabile SSD Direttore di dipartimento Direttore Sanitario o	Direttore di dipartimento	Direttore Sanitario o amministrativo, per competenza
Responsabile SS / Dirigenza	Direttore SC /Responsabile SSD	Direttore dipartimento
	Responsabile SSA	Direttore Sanitario o amministrativo
Comparto e incarichi di funzione	Diretto responsabile a cui afferrisce il valutato	Il superiore/referente del valutatore, attivato a richiesta del dipendente interessato

Nella tabella sottostante si riporta un prospetto riassuntivo degli strumenti di monitoraggio per ciascuna sezione del Piano.

Sezione	Strumenti	Modalità	Tempistiche	Responsabile
Performance	Report	Invio a ciascun Responsabile	Mensilmente da Aprile a Ottobre	Direzione con competenze performance
	Incontri di monitoraggio	Incontri con ciascun responsabile	Primo semestre	Direzione generale
	Relazione annuale sulla performance	Predisposizione e approvazione relazione	Giugno	OIV
Rischi corruttivi e trasparenza	Monitoraggio indicatori individuati nel l'allegato B)	Responsabile del monitoraggio individuato nell'allegato A)	Individuate per ciascuna misura	RPCT/Direttori di struttura
	Griglia di rilevazione ANAC	Compilazione e acquisizione dell'attestazione OIV	Entro la scadenza prevista annualmente dall'ANAC	RPCT/OIV
Organizzazione e capitale umano	Coerenza obiettivi performance con risorse umane e miglioramento competenze personale	Schede di valutazione individuali	Annualmente	Diretto responsabile

Norme Finali

Per quanto non espressamente previsto o non disciplinato dal presente Piano, si fa espresso rinvio alla normativa vigente in materia.

Trattandosi di uno strumento di programmazione, lo stesso potrà essere oggetto di modifiche in relazione alle normative che intervengono sulla materia, all'emersione di nuovi rischi e alle modifiche organizzative.



Allegati



Sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”:

- A. “Mappatura e valutazione del rischio”
- B. “Misure di Prevenzione alla corruzione”.
- C. “Misure di trasparenza”

Sezione “Organizzazione e capitale umano”

- D. POLA – “Elenco Processi e indicatori”
- E. PAF – “Elenco corsi 2025”
- F. PAP – “Piano delle Azioni Positive 2024-2026”
- G. OBIETTIVI – “Tabella Obiettivi 2025”