



ASL VCO

AZIENDA SANITARIA LOCALE

Verbano Cusio Ossola

All. A

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
P.I.A.O.
dell'ASL VCO 2025-2027**

(Annualità 2025)

29.1.2025

INDICE		Pag.
	Premessa	4
Sezione 1	Scheda anagrafica dell'amministrazione	6
Sottosezione 1.1	Contesto interno ed esterno all'azienda	6
Sottosezione 1.2	Popolazione	10
Sottosezione 1.3	Risorse umane	11
Sottosezione 1.4	Macroaree di intervento dell'azienda	12
1.4.1	Macro area prevenzione	12
1.4.2	Macro area territoriale	16
1.4.3	Macro area ospedaliera	21
Sezione 2	Valore pubblico, performance e anticorruzione	28
Sottosezione 2.1	Valore pubblico	28
2.1.1	Obiettivi di valore da realizzare nel triennio 2024-2026	30
Sottosezione 2.2	Performance	37
2.2.1	Albero della Performance	38
2.2.2	Aree Strategiche	40
2.2.3	Obiettivi strategici	42
2.2.4	Legame tra aree strategiche ed obiettivi strategici per l'anno 2025	44
2.2.5	Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	48
2.2.6	Sistema di misurazione e valutazione della performance	49
2.2.7	Collegamento con il Piano di Prevenzione della corruzione e trasparenza	50
2.2.8	Coerenza con la programmazione economico finanziaria e di bilancio	51

2.2.9	Azioni pre il miglioramnto del ciclo di gestione della performance	51
Sottosezione 2.3	Rischi corruttivi e trasparenza	52
Sezione 3	Organizzazione e capitale umano	89
Sottosezione 3.1	“Struttura organizzativa”	89
Sottosezione 3.2	“Organizzazione del lavoro agile”	97
Sottosezione 3.3	“Piano triennale dei fabbisogni di personale”	108
Sottosezione 3.4	Formazione del personale”	111
Sottosezione 3.5	“Piano delle azioni positive”	115
Sezione 4	“Monitoraggio P.I.A.O.”	123
Allegati	Allegati da A1 a A5	

PREMESSA

L'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021 ha introdotto nell'ordinamento il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.), il decreto, che è stato poi convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113 del 6.8.2021, si inserisce tra le misure previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.R.R.) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione, rafforzare la capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni e garantire la semplificazione.

Il documento deve essere adottato da tutte le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il P.I.A.O. si configura come un documento di programmazione che si caratterizza per:

-  essere correlato con gli obiettivi strategici e di mandato assegnati dalla Regione alle Direzioni Generali traducendo, a livello aziendale e in una prospettiva di medio periodo, le priorità strategiche che devono essere perseguite;
-  avere validità triennale;
-  essere aggiornato annualmente nel corso del triennio di riferimento;
-  essere rivolto sia verso l'esterno, al fine di rappresentare i principali obiettivi strategici e le modalità del loro monitoraggio e rendicontazione, sia verso l'interno dell'Azienda per fornire una riferimento strategico per l'azione gestionale e per la programmazione annuale;
-  integrare tutti gli strumenti di pianificazione e programmazione già presenti in Azienda al fine di fornire una visione di sintesi integrata;
-  diventare lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance.

Il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6 del D.L. n. 80/2021. Con il D.P.R. n. 81 del 24.6.2022 è stato adottato il primo regolamento attuativo con il quale sono stati individuati i Piani assorbiti dalle corrispondenti sezioni del P.I.A.O. con la conseguente soppressione, per le amministrazioni tenute alla adozione, degli adempimenti connessi alla loro adozione. Per le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti sono stati soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del P.I.A.O., i seguenti Piani:

Piano della Performance	(di cui all'art. 10, commi 1, lett.a, e 1-ter del D. Lgs. 150/2009)
Piano Organizzativo del lavoro agile (POLA)	(di cui all'art. 14, c. 1, della l. n. 124/2015)
Piano dei fabbisogni	(di cui all'art. 6, commi 1, 4, 6 del D.Lgs n. 165/2001)
Piano di prevenzione della corruzione	(di cui all'art. 1, commi 5, lett. a, 60, lett. a, della L. n. 190/2012)
Piano delle azioni positive	(di cui all'art. 48, c. 1, del D.lgs. n. 198/2006).

Con il DM n. 132 del 30.6.2022 (del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze) è stato adottato il secondo regolamento attuativo con il quale si è previsto l'adozione di un Piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni tenute all'adozione del P.I.A.O. Il DM n. 132 ha previsto la suddivisione del P.I.A.O. in 4 sezioni (a loro volta suddivise in sottosezioni):

Sezione 1.	"Scheda anagrafica dell'amministrazione"
Sezione 2.	"Valore pubblico, performance e anticorruzione" (con le relative sottosezioni)
Sezione 3.	"Organizzazione e capitale umano "
Sezione 4.	"Monitoraggio"

Indicazioni operative in materia di P.I.A.O. sono state fornite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, che ha emanato la circolare n. 2 dell'11.10.2022. In particolare sono stati forniti chiarimenti ed informazioni in merito al quadro normativo e sul funzionamento del Portale PIAO messo a disposizione delle Amministrazioni dal 1° luglio 2022 per il caricamento, la pubblicazione dei Piani e la consultazione da parte di tutti i cittadini.

Ad oggi l'ASL VCO ha approvato:

con atto n. 506 del 30.6.2022	il P.I.A.O. 2022-2024 per l'annualità 2022 (il termine del 31 gennaio venne differito al 30 aprile e, poi, al 30 giugno)
con atto n. 77 del 31.1.2023	il P.I.A.O. 2023-2025 per l'annualità 2023.
con atto n. 73 del 31.1.2024	il P.I.A.O. 2024-2026 per l'annualità 2024.

Si è ora predisposto il P.I.A.O. 2025-2027 con riguardo all'annualità 2025.

Il documento è stato inviato al Presidente ed ai Componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione che, in data 29.1.2025, ha validato il documento, con particolare riferimento alla sottosezione 2.2. "Performance".

Coinvolgimento stakeholder interni ed esterni

Il processo di adozione del P.I.A.O. per l'annualità 2024 si è realizzato con la messa in atto di una procedura aperta alla partecipazione degli stakeholder, interni ed esterni all'azienda. In particolare è stato pubblicato, sul sito internet e intranet aziendale, un avviso, (prot. asl vco n. 3064/2025), con il quale si è richiesto, con riguardo al P.I.A.O. 2024 (di cui alla deliberazione n. 73 del 31.1.2024) di formulare (utilizzando l'indirizzo di posta elettronica anticorruzione@aslvcvco.it) proposte e suggerimenti utili per aggiornare il documento.

Occorre osservare che, con riferimento alla consultazione, non è pervenuta alcuna osservazione.

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Ente	AZIENDA SANITARIA LOCALE DEL VERBANO CUSIO OSSOLA
Indirizzo	Via Mazzini n. 117 28887 Omegna (VB)
Pec	protocollo@pec.aslvco.it
C.F./P.IVA	00634880033
Sito Web	WWW.ASLVCO.IT
Pag. Facebook	ASL VCO
Acc. Instagram	ASL VCO

1.1 Contesto interno ed esterno all'azienda

L'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio ed Ossola nasce come ASL 14 dall'accorpamento, avvenuto il 1° gennaio 1995, delle 3 precedenti Unità Sanitarie Locali (l'Usl 55 di Verbania, 56 di Domodossola e 57 di Omegna). E' denominata ASL VCO dal 1° gennaio 2008 ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

La rappresentanza dell'azienda è in capo al Direttore Generale.

L'Azienda presenta un'estensione territoriale di circa 2.332,86 km quadrati, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 71 abitanti/Kmq e comprende 81 Comuni, di seguito elencati, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola per un totale di abitanti, al 31.12.2023 di 164.950.

I Comuni che afferiscono all'ASL VCO sono i seguenti:

Area Ossola: Antrona - Schieranco - Anzola d'Ossola - Baceno - Bannio Anzino - Beura Cardezza - Bognanco - Borgomezzavalle (unione di Viganella e Seppiana) - Calasca Castiglione - Ceppo Morelli - Craveggia - Crevoladossola - Crodo - Domodossola - Druogno - Formazza - Macugnaga - Malesco - Maserà - Montecrestese - Montescheno - Ornavasso - Pallanzeno - Piedimulera - Pieve Vergonte - Premia - Premosello Chiovenda - Re - Santa Maria Maggiore - Tocco - Trasquera - Trontano - Vanzone con San Carlo - Varzo - Villadossola - Villette - Vogogna.

Area Cusio: Ameno (NO) - Armeno (NO) - Arola - Casale Corte Cerro - Cesara - Germagno - Gravellona Toce - Loreglia - Madonna del Sasso - Massiola - Miasino (NO) - Nonio - Omegna - Orta San Giulio (NO) - Pella (NO) - Pettenasco (NO) - Quarna Sopra - Quarna Sotto - S.Maurizio d'Opaglio (NO) - Valstrona.

Area Verbano: Arizzano - Aurano - Baveno - Bee - Belgirate - Brovello Carpuogno - Cambiasca - Cannero Riviera - Cannobio - Caprezzo - Cossogno - Ghiffa - Gignese - Gurro - Intragna - Mergozzo - Miasina - Oggebbio - Premeno - San Bernardino Verbano - Stresa - Trarego Viggiona - Verbania - Vignone.

Al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi nell'atto aziendale vigente si è previsto un unico distretto nell'ambito del quale sono state individuate tre Aree territoriali in considerazione delle diversità geomorfologiche e sociali.

Ai sensi dell'art. 3, co. 1-quater, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. sono **organi dell'Azienda**: - il Direttore Generale - il Collegio Sindacale - il Collegio di Direzione.

L'A.S.L. V.C.O. è inserita organicamente nel servizio sanitario regionale piemontese con la finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione residente mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio assistenziale nazionale e regionale.

Come emerge dal vigente atto aziendale (di cui alla deliberazione n. 602/2022) la missione dell'Azienda è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, nel contempo, assicurare che tali attività servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione.

La visione dell'Azienda si caratterizza per la capacità di sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie all'interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale e sovrazonale, al fine di realizzare una rete integrata di servizi per la tutela della salute, in un'ottica di miglioramento continuo, di innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità.

I valori fondanti che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione afferiscono alla: - centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute; - continuità assistenziale dei percorsi di cura al fine di consentire la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura; - sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi sui loro diritti e opportunità; - collaborazione con le Istituzioni locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore;- approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute; - tutela e cura delle persone più deboli o con disabilità, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana; -contenimento dell'attività di ricovero (deospedalizzazione) evitandone l'uso improprio, da realizzare attraverso la continuità assistenziale, utile a garantire un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria senza soluzioni di continuità; - qualità dei servizi da realizzare lavorando sull'efficacia ed appropriatezza clinica, costruendo percorsi diagnostici terapeutici assistenziali improntati alla medicina basata sulle evidenze scientifiche, sulla sicurezza e sulla gestione del rischio, sull'appropriatezza organizzativa, sulla promozione della prevenzione; - aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali; - sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro al fine di garantire la massima tutela per le persone che fruiscono dei servizi e per gli operatori; - integrazione tra la dimensione clinica e quella economica; - messa in atto di azioni volte alla

prevenzione ed alla repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012; - trasparenza dell'attività amministrativa.

L'Azienda si caratterizza per una organizzazione di tipo dipartimentale: dall'organigramma aziendale vigente si evince che i Dipartimenti dell'ASL VCO costituiti da dipartimenti aziendali e da dipartimenti interaziendali.

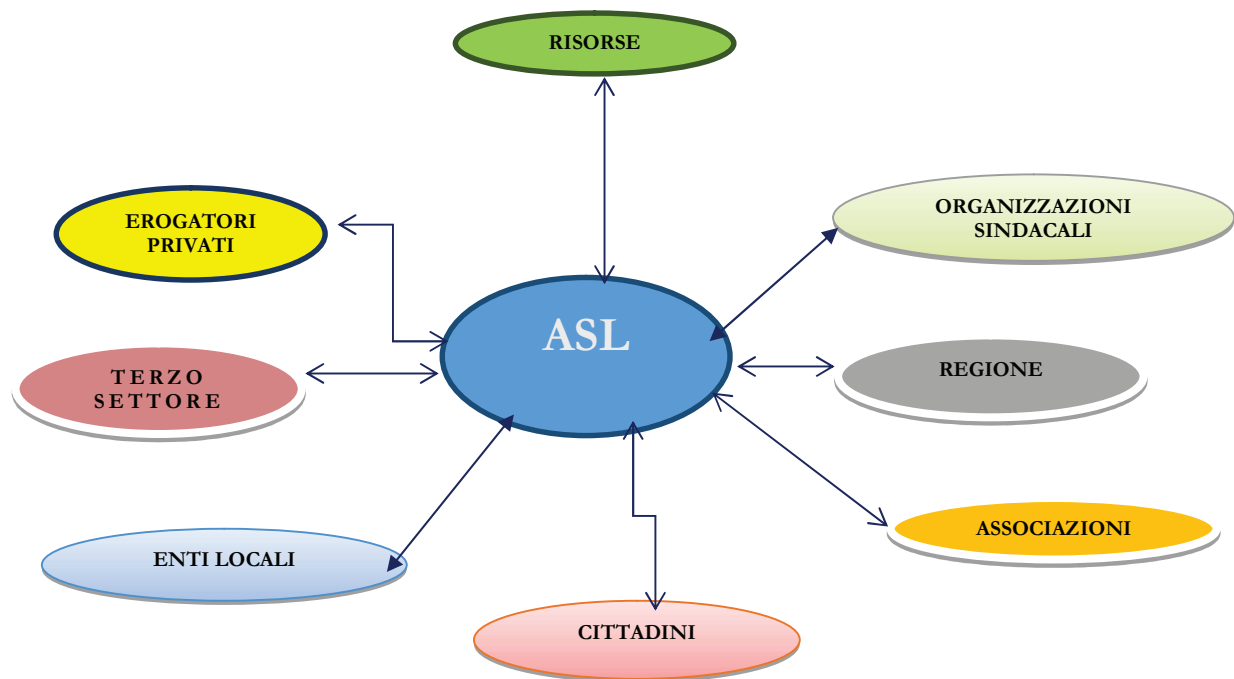
Dipartimenti aziendali

Dipartimenti territoriali:	aziendali	Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento Materno Infantile.
Dipartimenti ospedalieri:	aziendali	Dipartimento delle patologie mediche, delle patologie chirurgiche, dei servizi diagnostici e terapie di supporto.

Dipartimenti interaziendali

Dipartimenti interaziendali:	territoriali	di Salute Mentale, in accordo con l'ASL di Biella e l'ASL di Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle tre aziende sanitarie - <u>delle Dipendenze</u> , in accordo con l'Asl di Biella, Novara e Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle aziende coinvolte.
Dipartimenti funzionali	interaziendali	Sono stati, inoltre, individuati i seguenti Dipartimenti con il coinvolgimento: dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO ovvero: - Medicina dei Laboratori - Medicina fisica e riabilitativa.

Il sistema delle relazioni esterne aziendali



Il processo di partecipazione messo in atto dall'Azienda afferisce ai seguenti soggetti portatori di interessi:

I Cittadini singoli ed associati: l'azienda favorisce la partecipazione attiva del cittadino nella definizione delle scelte che riguardano la salute. La partecipazione è esercitata dal singolo cittadino e/o attraverso associazioni di tutela dei diritti o di volontariato: gli strumenti organizzativi con cui assicurare la partecipazione sono rappresentati, oltre che dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, anche dalla Conferenza di Partecipazione.

La Regione Piemonte: nello svolgimento della propria attività l'A.S.L. V.C.O. assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi, i vincoli definiti dalla Regione Piemonte. Il servizio sanitario regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano, in rete, i servizi e le attività delle aziende sanitarie.

Gli Enti Locali: l'Azienda persegue una sempre miglior relazione con gli Enti Locali anche nel rispetto della normativa regionale: la L.R. n. 18 del 6.8.2007 ribadisce il ruolo determinante della Conferenza dei Sindaci. La funzione di indirizzo, a livello distrettuale, nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie, è affidata al Comitato di Distretto.

Il terzo settore: il terzo settore, che il PSSR 2012-15 definisce come un punto di forza del modello sociale della Regione, nelle sue molteplici tipologie ed articolazioni rappresenta per l'azienda un interlocutore privilegiato poiché costituito dal complesso di soggetti che concorrono alla gestione dei servizi e degli interventi per la salute delle persone.

Il personale: rappresenta la principale risorsa per l'azienda.

Le organizzazioni sindacali dei dipendenti aziendali: l'azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e favorisce lo sviluppo e la trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità.

I soggetti erogatori privati: l'azienda, nel rispetto delle indicazioni regionali, regola i propri rapporti con i produttori privati accreditati di prestazioni sanitarie, ubicati sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, tramite la stipula di contratti ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.

1.2 Popolazione

L'Azienda:

- presenta un'estensione territoriale di circa 2.332,86 km quadrati (di cui 480,64 verbano, 272,63 Cusio e 1.579,59 Ossola);
- ha una densità abitativa di 71 abitanti/km2 (di cui 132 Verbanio, 146 Cusio e 39 Ossola);
- comprende 81 Comuni, per un totale di 164.950 abitanti al 31.12.2023 (dato ad oggi disponibile), così divisi tra maschi e femmine:

Fonte: Uffici Anagrafe Comuni ASL VCO				
Popolazione ASL VCO: distribuzione per genere al 31.12.2023				
Ambito territoriale	Maschi	Femmine	Totale	Di cui: M//F > =65 anni
Verbano	30.646	32.745	63.391	17.714
Cusio	19.311	20.460	39.771	11.271
Ossola	30.257	31.531	61.788	17.795
Totale ASL VCO	80.214	84.736	164.950	46.780

La suddivisione della popolazione dell'ASL VCO per fasce d'età (fonte dati ICT) è la seguente

0-14 anni	10%
15-64 anni	62%
oltre 65 anni	28%

L'indice di vecchiaia dell'ASL VCO (che indica il numero di anziani (65 anni e oltre) presenti nella popolazione ogni 100 bambini (0-14 anni) è di 277 così suddiviso:

Verbano	278
Cusio	272
Ossola	281

1.3 Risorse umane

Il **personale dipendente** impiegato negli anni 2021 - 2024 è il seguente:

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	al 31.12.2024
Dipendenti di ruolo	1.744	1.809	1.890	1.886
Incaricati	5	1	14	8
Supplenti	19	9	12	13
Covid a tempo determinato	155	22	4	0

Il personale dipendente di ruolo in servizio dal 2021 al 2024 è così costituito:

	N° unità personale al 31.12.2021	N° unità personal e al 31.12.202 2	N° unità personale al 31.12.2023	N° unità personale al 31.12.2024
Ruolo sanitario di cui:	1.217	1.257	1.271	1.250
Medici	272	249	235	228
Farmacisti/biologi/psicologi	26	25	28	28
Infermieri/Ostetriche	734	787	793	776
Altro personale sanitario	114	119	136	157
Fisioterapisti/educatori	71	77	79	61
Ruolo professionale di cui:	3	4	4	4
Dirigenti	3	4	4	4
Ruolo Tecnico di cui:	323	323	69	83
Dirigenti	2	1	2	5
Comparto	321 (di cui 198 OSS)	322 (di cui 240 OSS)	67 (Nota)	78
Nuovo Ruolo socio sanitario di cui:	/	/	295	305
Oss	/	/	285	293
Assistenti Sociali	/	/	10	12
Ruolo Amministrativo di cui:	201	225	251	244
Dirigenti	8	9	8	9
Comparto	193	216	243	235
TOTALE RUOLI	1.744	1.809	1.890	1.886
In aggiunta a personale distaccato al Coq	36	32	27	26

Nota –

Nel 2023 il ruolo Tecnico non comprende più Ass. Sociali ed OSS in quanto sono inseriti nel nuovo ruolo socio sanitario.

1.4 Macro aree di intervento dell'Azienda

Le macro aree di intervento dell'Azienda (definite dalla D.G.R. n. 42-1921/2015 (e smi) che ha dettato le linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale vigente) e l'assetto organizzativo possono essere così schematizzate:

✓ macro area della prevenzione
✓ macro area territoriale
✓ macro area ospedaliera

1.4.1 Macro area della Prevenzione

La prevenzione e la promozione della salute sono realizzate attraverso l'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione, così come previsto dal decreto legislativo 502/92 e s.m.i., al quale afferiscono 7 Strutture, ad alto livello di autonomia, che agiscono in sinergia.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'A.S.L. che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità di vita. A tal fine il Dipartimento promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'A.S.L., prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline (art. 7bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

Per definire in un quadro unitario le funzioni di tutela della salute e di erogazione di servizi per il mantenimento/recupero della salute assume un carattere fondamentale e propedeutico l'adozione e realizzazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) dove, annualmente, vengono declinate le strategie per raggiungere gli obiettivi di salute prioritari definiti in base al contesto epidemiologico e delle caratteristiche territoriali. Il PLP viene costruito sulla base dei contenuti del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) che, a sua volta, si ispira al contenuto del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP).

Di seguito si rappresentano le Strutture che afferiscono al Dipartimento di Prevenzione:

- Soc Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (Spresal): la missione della struttura è garantire la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori attraverso le attività di vigilanza e controllo e la promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, con l'obiettivo di prevenire le patologie e gli infortuni correlati al lavoro, promuovere il benessere lavorativo e contribuire al contrasto delle disuguaglianze generate dal lavoro attraverso il coinvolgimento attivo delle parti sociali e istituzionali presenti sul territorio.
- Soc Igiene e Alimenti e Nutrizione (SIAN): la missione della struttura è la tutela della salute pubblica attraverso attività di prevenzione e vigilanza nel settore della sicurezza

alimentare, attività di promozione per un'alimentazione equilibrata e comportamenti alimentari corretti.

- Soc Igiene e Sanità Pubblica (SISP): la missione della struttura è la tutela della salute della popolazione mediante la promozione della salute e di stili di vita sani, la prevenzione delle malattie infettive, la prevenzione delle malattie cronico - degenerative, la prevenzione degli infortuni domestici, la tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale, la tutela della collettività e dei singoli di rischi sanitari degli ambienti di vita.
- Soc Servizio Veterinario Area A: la missione della struttura è la tutela della sanità animale, la promozione della salute umana e lo sviluppo di un corretto rapporto uomo-animale- ambiente.
- Soc Dipartimentale Servizio Veterinario Area B: la missione della struttura è la promozione della salute del consumatore attraverso il controllo sulla filiera degli alimenti di origine animale.
- Soc Dipartimentale Servizio Veterinario Area C: la missione della struttura è la tutela e promozione della salute pubblica e del benessere animale attraverso il controllo e la certificazione dell'idoneità e conformità delle produzioni zootecniche, la tutela dell'ambiente e la promozione del corretto rapporto uomo-animale attraverso l'educazione sanitaria.
- Soc Dipartimentale Medicina Legale: la missione della struttura è l'accertamento e la verifica delle condizioni di salute delle persone, sia attraverso visite monocratiche che collegiali, lo svolgimento di attività di consulenza, lo svolgimento delle attività indicate dal regolamento di polizia mortuaria, lo svolgimento delle attività di vigilanza previste da norme e regolamenti regionali.

Si prosegue con una sintesi delle principali attività che verranno svolte dalle diverse strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione nel corso del 2025.

Nel 2025 il **Dipartimento di Prevenzione** attuerà i Programmi previsti dal Piano Regionale di Prevenzione (PRP) attraverso l'istituzione ed applicazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP).

Saranno individuate le strategie di contrasto alla diffusione dei fattori di rischio più comuni anche attraverso la realizzazione dei piani di sorveglianza delle popolazioni: PASSI, PASSI d'Argento e Okkio alla salute. La prevenzione sarà rivolta in particolare verso le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) il cui impatto è riducibile mediante il controllo dei fattori di rischio (fumo, alcol, sedentarietà, sovrappeso/obesità, ipertensione, ipercolesterolemia). Saranno promossi corretti stili di vita e comportamenti nei setting scuola, comunità e ambienti di vita, di lavoro, e sanità ed è previsto un maggiore coinvolgimento del URP per garantire la più ampia diffusione sui social e sul sito aziendale delle attività effettuate.

Attenzione sarà data all'attuazione delle azioni equity-oriented di contrasto alle disuguaglianze, e della partecipazione di propri operatori agli interventi formativi promossi dal livello regionale.

Continuerà la collaborazione con l'Ufficio scolastico territoriale (UST) in progetti educativi che vedono la partecipazione del Dipartimento di Prevenzione, Distretto e Ospedali oltre che del terzo settore.

Sarà rafforzato il rapporto con il Distretto per il coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e di interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. Sarà rafforzata la collaborazione con le Case della Comunità, i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze e con gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale. Nell'ambito della collaborazione tra Dipartimento di Prevenzione e SERD con il mondo della Scuola, del Privato sociale e del Volontariato, continueranno i programmi di prevenzione orientati alla riduzione del consumo di alcol, fumo e altre dipendenze patologiche, gli incidenti stradali e domestici (progetti: Unplugged; Sicurezza stradale e alcol, AppZardo, Progetto Sicura La notte - Prevenzione di salute negli ambienti di svago). In particolare continuerà la collaborazione con l'Associazione "Contorno Viola" per interventi di formazione ed informazione rivolti alla fascia giovanile.

Con riferimento alla collaborazione del Dipartimento con i Consultori proseguiranno le azioni di sensibilizzazione sulla promozione della salute riproduttiva e preconcezionale per una genitorialità consapevole e sarà data continuità agli accordi intersettoriali già esistenti con soggetti esterni al sistema sanitario (CISS, Centri Famiglie, biblioteche, CAV, ABIO, Nascere insieme).

In correlazione con l'area territoriale e le Case della Comunità verranno attuate le seguenti attività:

- Counseling Motivazionale Breve da parte degli operatori della COT, Infermieri di Comunità e Personale della Casa della Salute;
- attuazione dei PSDTA Scompenso Cardiaco, BPCO, Malattia Renale Cronica e Parkinson previsti nel PLC;
- formazione degli operatori sanitari al Counseling Motivazionale Breve e sensibilizzazione per gli screening.

Verranno applicati i programmi di screening oncologici relativi al carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto, e si amplierà l'offerta di screening all'HIV ed alle IST, con particolare attenzione allo screening papilloma virus.

Infine, continuerà la collaborazione con l'ARPA per la gestione delle emergenze ambientali, le attività di controllo e le bonifiche di siti di interesse nazionale.

Il servizio **SPRESAL** proseguirà l'attività di vigilanza e controllo nelle aziende del territorio, con particolare attenzione agli ambiti a maggior rischio di infortuni e malattie professionali, e proseguiranno gli interventi congiunti con l'ITL, previsti dai piani mirati della prevenzione dell'edilizia, dell'agricoltura e dei cancerogeni.

Proseguiranno le inchieste per reati procedibili d'ufficio e su delega dell'Autorità Giudiziaria e sarà garantita la procedura di trasmissione alle Procure di tutti gli atti di Polizia Giudiziaria esclusivamente attraverso il portale delle notizie di reato (NDR).

Saranno rielaborate le mappe di rischio territoriali per individuare priorità di intervento e sarà garantita l'implementazione del Sistema *Infor.Mo* su casi di infortuni gravi e mortali.

Continuerà la collaborazione alle varie commissioni medico legali dell'ASL VCO.

Sarà garantita la partecipazione alle attività svolte dai gruppi di lavoro regionali afferenti ai progetti agricoltura, edilizia, attività di vigilanza sulla formazione, sicurezza macchine ed *Infor.Mo*, e confermata la partecipazione al Nucleo Tecnico Regionale REACH-CLP. Infine, continuerà la collaborazione con SEFORS VCO (ex Ente Scuola Edile del VCO) e particolare attenzione sarà rivolta alle attività di formazione e di comunicazione nei setting scuola e lavoro. Con le modifiche al D.Lgs. 81/2008 apportate dalla Legge 13 dicembre 2024 n. 203 (Disposizioni in materia di lavoro), la valutazione relativa all'utilizzo di locali chiusi sotterranei o semi-sotterranei viene eliminata dalle funzioni fino ad ora svolte dalle ASL e viene assegnata esclusivamente all'Ispettorato Territoriale del Lavoro (ITL). Le ASL, dall'entrata in vigore della nuova legge, non possono più accettare richieste di deroga ex art. 65 del D.Lgs. 81/2008, che dovranno essere trasmesse, a cura del richiedente, esclusivamente ai competenti uffici dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro (ITL), secondo le modalità dallo stesso indicate.

I Servizi veterinari e SIAN effettueranno tutte le attività finalizzate a garantire la sicurezza alimentare e la continuità delle filiere produttive, dall'allevamento alla lavorazione, distribuzione e ristorazione, compresi i controlli su acque potabili, l'utilizzo di fitofarmaci, farmaci veterinari, MOCA, residui di contaminanti o farmaci negli alimenti, benessere degli animali. Sarà aggiornato il gruppo di lavoro intersettoriale PAISA (composto dalla Struttura SIAN e dai 3 servizi Veterinari) e verrà redatto e inviato in regione il documento di rendicontazione delle attività 2024 e di programmazione 2025.

Sarà garantito il rispetto del benessere animale ed il mantenimento di tutte le qualifiche sanitarie degli allevamenti rafforzando la vigilanza per la prevenzione delle emergenze epidemiche, continuerà la collaborazione con il SISP per il controllo delle zoonosi e delle MTA. Sarà sviluppata l'attività degli ambulatori sociali veterinari (ASV), e saranno garantiti il supporto alle pubbliche amministrazioni e gli interventi di educazione sanitaria.

Proseguiranno gli interventi di educazione sanitaria degli operatori del settore primari e alimentare per la corretta gestione del farmaco veterinario nell'ottica della lotta all'AMR.

Sarà attuato un programma di comunicazione sull'importanza di una dieta sana, sicura, equilibrata e sostenibile, attraverso la pubblicazione di approfondimenti sul sito e pagine social ASL VCO. Nell'ambito della Ristorazione collettiva continuerà l'attività di sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti offerti, sia attraverso la valutazione dei menù sia attraverso visite ispettive. Verranno inoltre promosse iniziative per il contrasto degli sprechi alimentari. Infine, continuerà l'educazione sanitaria sulla conoscenza dei funghi nelle scuole superiori e l'attività dello sportello micologico nel periodo da agosto ad ottobre 2025.

Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica proseguirà le campagne vaccinali pediatriche e per adulti previste dal PNPV. In riferimento alle campagne rivolte agli adulti verranno implementate quelle relative al vaccino anti-pneumococcico, anti-herpes zoster e anti-HPV, consigliate in particolar modo ai soggetti a rischio per patologia. Tale implementazione comprende l'offerta vaccinale ai soggetti fragili, anche mediante la collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e

ospedalieri, e la distribuzione/diffusione di materiale informativo anche tramite i social aziendali. Nel 2024 è partita la campagna stagionale di immunizzazione RSV nei neonati/lattanti che sicuramente verrà ripresa nella stagione autunno-inverno 2025. Proseguirà, nel 2025, la vaccinazione di massa contro il coronavirus; verranno programmati degli OPEN DAY, rivolti ai soggetti adulti a rischio ed alle coorti di età per le quali la vaccinazioni anti-HPV deve essere offerta gratuitamente. Continuerà la campagna regionale di screening dell'Epatite C. Verranno organizzati degli incontri rivolti alle donne in gravidanza in collaborazione con i Consulenti e durante lo svolgimento dei "gruppi di cammino" allo scopo di sensibilizzarle sull'importanza delle vaccinazioni pediatriche e di conseguenza di implementare le coperture vaccinali.

Proseguirà tutta l'attività di vigilanza negli ambienti di vita in base alle indicazioni regionali ed alle situazioni critiche denunciate dalla popolazione che potrebbero mettere a repentaglio la salute pubblica.

La SOD **Medicina Legale**, fino al futuro passaggio all'INPS, garantirà le sedute collegiali di invalidità civile, L. 104/92, collocamento al lavoro, cecità e sordità, attività collegiali relative alla Commissione Medica Locale (cd commissione patenti), che vede ogni anno aumentare in maniera sensibile gli accessi;

Continuerà ad erogare i servizi di medicina necroscopica, in attesa che l'attività venga affidata a medici esterni non specialisti.

L'attività monocratica verrà erogata con le modalità in essere gestendo l'utenza con caratteristiche di urgenza (es. certificato maternità anticipata) in spazi extra attività ambulatoriale garantendo il rilascio della certificazione con rapidità.

Infine, continuerà l'attività della Medicina dello sport per garantire le visite per l'idoneità sportiva ed altre attività che fanno capo al Servizio (a titolo esemplificativo: commissione porto d'armi, collegiale part-time per patologia, certificazione grave patologia, ecc.).

1.4.2 Macro area Territoriale

Il Distretto, quale articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL, realizza una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi e, contemporaneamente, una funzione di garanzia e di accompagnamento nell'accesso dei servizi. Il complesso di attività svolte nel territorio sono coordinate dalla struttura complessa Distretto VCO. Si è previsto un unico distretto (pur garantendo la specificità dei singoli territori articolando i Comitati dei Sindaci di Distretto nelle Aree del Verbano, Cusio ed Ossola) per assicurare processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi.

Si riportano alcuni dati con riguardo alle principali attività svolte in ambito territoriale.

Per quanto attiene l'organizzazione dell'assistenza primaria si riportano alcuni dati ritenuti significativi:

Punti di erogazione territoriali: ambulatori dei MMG, Pls e della guardia medica.

<i>Fonte: archivio distretti – Dati al 31.12.2024</i>				
MMG/Pls	Area Verbano	Area Cusio	Area Ossola	ASL VCO
N° MMG <u>di cui:</u>	31	20	38	89
– medicina in associazione	0	0	0	0
– medicina in rete	0	6	8	14
– medicina di gruppo	18	9	16	43
Totale medici in aggregazione	18	15	24	57
MMG: N° ambulatori medici	69	61	99	229
MMG: N° ore apertura settimanali	568	381	622	1582
N° Pls <u>di cui:</u>	3	3	3	9
– pediatri di gruppo	2	1	3	6
– pediatri in associazione	0	2	0	2
Totale pediatri in aggregazione	2	3	3	8
PLs: N° ambulatori medici	7	6	7	20
PLs: N° ore apertura settimanali	60	52	50	162

*

<i>Fonte: archivio distretti – Dati al 31.12.2024</i>		
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Ex Guardia Medica)		
Aree/ASL VCO	N° Postazioni	
Verbano	Cannobio	
	Verbania	
	Stresa	
Totale	3	
Cusio	Omegna	
Totale	1	
Ossola	Domodossola	
	Premosello Chiovenda	
Totale	2	
TOTALE POSTAZIONI ASL VCO	6	

<i>Fonte: archivio distretti – Dati al 31.12.2024</i>				
Distretto VCO	Sedi Sub distrettuali	Punti prelievi	Farmacie	Dispensari
1	12	12	76	16

*

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza residenziale si osserva che l'azienda opera mediante 1 presidio a gestione diretta (Hospice San Rocco) e 34 strutture convenzionate.

La tipologia delle strutture convenzionate ed il tipo di assistenza erogata dalle stesse è la seguente:

N. 25 strutture residenziali	di cui: 3 per assistenza psichiatrica, 20 per assistenza agli anziani e 2 per assistenza ai disabili fisici)
N. 9 strutture semiresidenziali	di cui: 4 per assistenza agli anziani e 5 per assistenza ai disabili fisici.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 ubicati sul territorio dell'ASL VCO sono 2: l'Istituto Sacra Famiglia e l'Associazione Centri del V.C.O.

*

Per quanto attiene l'assistenza agli anziani, ai disabili, ai malati terminali, il numero di posti letto disponibili nel territorio del VCO al dicembre 2024 è il seguente:

<i>Fonte: archivio distretti – Dati al 31.12.2024</i>				
Tipologia	Area Verbano	Area Cusio	Area Ossola	ASL VCO
CAVS (Continuità assistenziale a valenza sanitaria)	70			70
CA (Continuità Assistenziale)	0	30	40	70
RSA (Residenza sanitaria assistenziale)	349	234	375	958
NAT (Nuclei Alzheimer temporanei)	20	10	10	40
RAF disabili (Residenza assistenziale flessibile)	74	0	10	84
Gruppi appartamento/Comunità Alloggio Disabili	19	4	26	49
Hospice + NAC/NSV (Nucleo di alta complessità neurologica/ Nucleo Stati Vegetativi)	10 20	0	0	10 20
Residenze minori	19	12	8	44
Centro diurno anziani	16	15	30	61

Centro diurno minori	15	10	0	25
Centro diurno Alzheimer	2	2	2	6
Centro diurno disabili	20	10	30	60

*

E' attiva, dal 2022, la Centrale Operativa Territoriale (COT), ubicata presso la sede legale ad Omegna, costituita utilizzando i fondi del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), in conformità a quanto disposto dalla Determinazione Dirigenziale (DD) n. 906 del 27.5.2022 che ha previsto la messa in atto di un *Progetto Pilota di sviluppo delle Centrali Operative Territoriali nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte*.

La COT rappresenta un modello organizzativo dell'Azienda Sanitaria Locale, a valenza distrettuale, che svolge funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza.

Per quanto riguarda l'attività della Centrale Operativa Territoriale (COT) si precisa quanto segue.

Si riporta la mappatura delle attività COT/NDCC riferite alle richieste pervenute ed i tempi per la realizzazione dei ricoveri.

PERIODO 01/01/2024 - 31/12/2024	
N° richieste pervenute valutate	942
N° richieste prese in carico	673
Tempi medi di prese in carico in gg	Le richieste vengono prese in carico lo stesso giorno in cui pervengono se arrivano entro le ore 16, dal lunedì al venerdì
Proposte non accettate dalla struttura di CA	14
Percorsi annullati dal richiedente	148
Percorsi non ritenuti idonei per la CA DA NDCC	61
Dinieghi del cittadino al percorso	57

Totale Chiamate a NDCC: 3155					
NOCC VB	NOCC DOMO	ESTERNI	STRUTTURE	MEDICI	OPERATORI SOCIALI
764	834	874	528	156	184

Totale chiamate a COT: n. 18

Le chiamate che sono giunte alla COT provenivano e provengono prevalentemente da parte dei Servizi Sociali con la richiesta di inserimento nel percorso di Continuità assistenziale (Ca) di cittadini per i quali si configurava una situazione emergenziale (alcuni descritti in CASI COT) a prevalenza sociale (anziani in condizioni di solitudine e abbandono, persone senza fissa dimora); alcune delle chiamate hanno dato l'avvio ad un percorso di inserimento in Ca con l'attivazione da parte della COT del NDCC/della rete territoriale e del MMG, per altri la COT ha svolto la funzione di facilitatore ed orientatore di percorsi fornendo le informazioni e gli strumenti utili per la progettazione e l'attuazione dei percorsi stessi.

**

La popolazione dell'ASL VCO si caratterizza per una struttura per età particolarmente anziana con tutte le problematiche di tipo cronico degenerativo conseguenti. Per questo motivo si dovrà, anche nel 2025, potenziare i percorsi assistenziali e realizzare, sempre di più, la continuità ospedale territorio.

Nel 2025 continuerà l'implementazione delle azioni volte a realizzare il Piano di Cronicità con lo sviluppo di PDTA sulla BPCO, sullo scompenso Cardiaco, sull'insufficienza Renale Cronica e sul Paziente con sindrome Parkinsoniana, come da disposizioni fornite dalla Regione Piemonte. Tale implementazione sarà possibile anche tramite l'acquisizione di una piattaforma informatica.

Sempre nel 2025 proseguiranno, in collaborazione con l'Unione Montane delle Valli dell'Ossola, quattro tipi di interventi, da svolgere nell'ambito territoriale delle Valli dell'Ossola, riguardanti:

- la Telemedicina;
- il coinvolgimento dell'Infermiere di Comunità;
- la rete dei servizi territoriali RSA.
- la rete dei servizi territoriali MMG (ristrutturazione di un edificio da adibire a poliambulatorio in località Ponte Grande Comune di Bannio Anzino).

Relativamente alla telemedicina si segnalano pregresse esperienze in ambito di gestione di dialisi domiciliare e diverse tipologie di visite sperimentate in periodo pandemico, oltre ai sistemi di radiologia domiciliare già in uso. Si resta in attesa della implementazione della piattaforma di integrazione prevista nell'ambito del programma nazionale Agenas.

Nell'ambito territoriale del Distretto del VCO afferiscono 4 Case della Salute ubicate nei Comuni di Verbania, Omegna, Cannobio, Crevoladossola.

Nel 2025 si proseguirà, utilizzando i fondi del PNRR, a ristrutturare le Case della Salute di Omegna e Verbania per trasformarle in Case di Comunità ed a costruire una nuova Casa della Comunità a Domodossola.

Inoltre, sempre utilizzando i finanziamenti del PNRR, si inizierà la costruzione dell'Ospedale di Comunità nel Comune di Gravellona Toce.

Nei primi mesi del 2025 inizieranno i lavori di riqualificazione dello stabile in località Pontegrando nel Comune di Bannio-Anzino - Val Anzasca da adibire a poliambulatorio, utilizzando fondi strutturali di investimento europei 2014-2020 per l'intervento S.4 – Rete di Servizi Territoriali – MMG.

Continuerà il monitoraggio dell'indicatore 5BIS riguardo alle cure domiciliari come previsto dal D.D 77 del 23 maggio 2022 per il raggiungimento del 10% della popolazione seguita nell'ambito delle cure domiciliari.

Proseguirà, nel 2025, un progetto sperimentale di strutture e/o reti di prossimità secondo il modello del Centro servizi distrettuale integrato (CSDI). Tale sperimentazione è attiva sul territorio dell'ex distretto di Omegna ubicato presso la casa della salute di Omegna.

L'azienda, nel corso del 2025, continuerà a porre attenzione:

- al miglioramento delle relazioni con le Associazioni di Volontariato ed a realizzare un costante confronto con le Amministrazioni locali per il coinvolgimento delle stesse nei processi di analisi e di valutazione dei servizi territoriali;
- al coordinamento ed all'integrazione del complesso delle attività sanitarie integrate con quelle dei Consorzi dei Servizi socio-assistenziali al fine di migliorare la presa in carico dei bisogni delle condizioni di fragilità e disagio;
- al rafforzamento dell'integrazione, nella rete dei servizi, delle strutture private convenzionate ubicate sul territorio dell'Asl (ovvero: Casa di Cura l'Eremo di Miazina, Istituto Auxologico di Piancavallo, Centri del VCO, Istituto Sacra Famiglia) al fine di rispondere, in maniera appropriata, ai bisogni emergenti dal territorio, sia in ambito di prestazioni ambulatoriali che residenziali per i cittadini del VCO, attraverso il coordinamento dell'offerta, oltre che per un miglioramento dei tempi di attesa.

1.4.3 Macro area Ospedaliera

Nell'ambito dell'ASL VCO sono presenti n. 2 Presidi ospedalieri a gestione diretta, "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola.

Con DGR n. 1-600 del 19.11.2014 (poi integrata con la DGR n. 1-924 del 23.1.2015) la Regione ha provveduto all'adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016. Le aree/specialità per ciascun Presidio ospedaliero a gestione diretta sono di seguito riportate (così come definito dalla DGR n. 1-600/2014 integrata dalla DGR n. 1-924/2015). Il totale delle strutture di area ospedaliera è pari a 25.

Area	Specialità
Medica	Cardiologia – Geriatria – Medicina Generale - Nefrologia Dialisi- Neurologia - Oncologia
Chirurgica	Chirurgia Generale - Oculistica - ORL -Ortopedia -Urologia

Materno infantile	Ostetricia -Pediatria
Emergenza	MCAU -
	Terapia intensiva/rianimazione/anestesia
Post acuzie	RRF
Diagnostica e supporto	Anatomia e istologia patologica
	Direzione Sanitaria - Farmacia Ospedaliera – Laboratorio Analisi – Radiologia

Come previsto dall'art. 17 bis del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa dell'ASL VCO.

Sono attivi i seguenti dipartimenti aziendali ospedalieri: - Dipartimento delle patologie mediche; - Dipartimento delle patologie chirurgiche; - Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto; - Dipartimento delle patologie mediche.

Si aggiungono i dipartimenti interaziendali funzionali ovvero: - Medicina dei Laboratori - Medicina fisica e riabilitativa (attivati con il coinvolgimento dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO).

Sul territorio del V.C.O. sono inoltre ubicati due Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo (Casa di Cura "l'Eremo di Miazzina" e Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "S. Giuseppe" di Piancavallo) ed il Presidio pubblico/privato denominato "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. S.p.A.), costituito in Società per azioni a capitale misto, pubblico/privato, di cui l'A.S.L. V.C.O. detiene la quota di maggioranza pari al 51%.

**

Per quanto attiene la macro area ospedaliera nel corso del 2025 si proseguirà nel mantenimento e nel miglioramento, dove previsto, dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie ospedaliere intese sia nella attività di ricovero che nelle attività di specialistica ambulatoriale e, dove possibile, contribuendo all'abbattimento dei tempi e delle liste di attesa.

Come per il 2024 si dovrà affrontare la cronica carenza di personale nelle aree sanitarie, soprattutto in alcune aree clinico assistenziali che garantiscono quotidianamente la presa in carico dei pazienti, nonché in ambiti chirurgici, al fine di mantenere non solo l'attività di urgenza emergenza, ma anche il recupero ed il mantenimento dell'attività operatoria per la presa in carico di pazienti in lista di attesa, secondo i PNGLA e le classi di priorità. Tale situazione risulterà critica anche a fronte di probabili limitazioni o rigoverno dell'affidamento dei servizi esternalizzati delle Cooperative o delle Società che erogano prestazioni con personale medico e infermieristico.

Analogamente all'anno 2024 l'Azienda proseguirà nel mettere in atto azioni riorganizzative per poter assicurare la continuità dell'assistenza, nonché a dare applicazione ai principali strumenti del governo clinico in stretta sinergia tra la Direzione Sanitaria Aziendale e le aree di supporto.

Le azioni principali di attività di governo saranno focalizzate, oltre che a garantire l'attività ordinaria sui due Presidi ospedalieri, alla riduzione dei tempi di attesa per l'attività di presa in carico dei pazienti (sia per quanto riguarda l'attività ambulatoriale nonché l'attività programmata sugli interventi chirurgici) e, analogamente agli anni precedenti, si proseguirà con azioni di tipo organizzativo nonché strutturale/tecnologico, per il monitoraggio di quanto sopra indicato, approfondendo alcuni aspetti che potrebbero migliorare la messa in lista dei pazienti.

Pertanto l'attività verrà svolta con:

- il monitoraggio tracciato dei pazienti in lista di attesa (puntuale aggiornamento delle liste di attesa);
- il controllo della corretta collocazione della tipologia di patologia/intervento (come da PNGLA);
- la definizione critica dei criteri clinici;
- il controllo sull'appropriatezza dell'assegnazione della classe di priorità generata da criteri clinici ed altri elementi (condizione clinica, prognosi, ordine cronologico di iscrizione in lista di attesa etc.), così come previsto all'interno delle Linee di indirizzo regionali in conformità con le indicazioni ministeriali;
- l'aggiornamento dei sistemi informatici per il controllo della corretta presa in carico dei pazienti (dal pre-ricovero verso ricovero e percorso operatorio);
- la messa in atto di azioni che dovranno interagire con la dimensione della domanda per le prestazioni ambulatoriali per la corretta assegnazione delle classi di priorità, con l'applicazione delle indicazioni RAO (a proseguimento di quanto effettuato nel 2024 per alcune prestazioni ad es. endoscopia digestiva, cardiologia, radiologia, che hanno consentito e garantito l'incremento dell'attività ambulatoriale istituzionale nonché il mantenimento dell'attività di screening).

Quanto sopra potrà essere implementato se proseguirà anche l'offerta da parte della Regione con fondi per prestazioni aggiuntive, attraverso:

- la pianificazione e l'effettuazione delle attività per il recupero delle liste di attesa;
- il rinnovo delle convenzioni con strutture esterne per il recupero delle liste di attesa ambulatoriali;
- il rinnovo delle convenzioni con strutture esterne per il recupero di liste di attesa per alcune tipologie di interventi (COQ, etc.);

- l'aumento dell'offerta concordando con gli Specialisti Ambulatoriale Convenzionati progetti specifici volti al recupero delle liste nonché alla riduzione dei tempi di attesa;
- l'attivazione di convenzioni con soggetti erogatori esterni presenti sul territorio anche extra ASL

Ai fini di garantire la risposta ai bisogni di salute della popolazione proseguirà l'attività di convenzionamento con le Strutture di quadrante o limitrofe al Territorio di riferimento (ad esempio Lombardia) per attività di consulenza nonché di "agende" per Specialità mediche e chirurgiche non presenti presso le Strutture ospedaliere (Chirurgia vascolare, Pneumologia, Neurochirurgia etc.), nonché l'implementazione per alcune specificità non più presenti (ad esempio Endocrinologia pediatrica, Genetica, etc.).

I posti letto:

Di seguito è riportata una tabella riassuntiva con l'indicazione dei posti letto (ordinari e diurni) per presidio ospedaliero riferiti al 31.12.2024.

POSTI LETTO AL 31 DICEMBRE 2024

PRESIDIO OSPED. DOMODOSSOLA: codice area 01							OMEGNA	PRESIDIO OSPED. VERBANIA: codice area: 02						
REPARTO	Cod Spec	R.COVID	R.O.	DH	D.S.	D.H.		REPARTO	Cod Spec	R.COVID	R.O.	D.H.	D.S.	
CARDIOLOGIA	8		8	1				CARDIOLOGIA	8		8	1		
								MAL.INFETTIVE	24		10	1		
MEDICINA G.	26	4	22	3				MEDICINA G.	26	4	20	3		
								NEFROLOGIA	29		12	1		
NEUROLOGIA	32		14	1										
ONCOLOGIA	64			3		2		ONCOLOGIA	64		7	6		
CHIRURGIA G.	9		15					CHIRURGIA G.	9		14			
OCULISTICA	34		2											
ORTOTRAUM	36		9					ORTOTRAUM	36		10			
ORL	38		3											
UROLOGIA	43		9					UROLOGIA	43					
D.S.MULT.	98				12			D.S.MULT.	98				5	
NIDO	31							NIDO	31		21			
PUNTO N./GIN	37		13					OST.GINEC.	37		10			
								PEDIATRIA	39		5	1		
								NEONATOL.	62		2			
T.I./RIANIMAZ.	49	1	5					T.I./RIANIMAZ	49	1	4			
UTIC	50		3					UTIC	50		2			
								PSICHIATRIA	40		11	1		
LIBERA PROF	67		1	1	1			LIBERA PROF.	67		1	1	1	
totale		5	104	9	13	2		totale		5	137	15	6	

Alcuni dati di attività ospedaliera

Si segnalano alcuni dati di attività degli anni 2021-2022 e, per il 2024, al 31.10.2024 con particolare riferimento alla degenza, ordinaria ed in DH.

	ANNO 2021		
SEDE	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
EMERGENZA COVID-19	R.O.	627	4.127.307
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	4.522	13.010.861
	DH/DS	662	688.803
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.626	15.913.835
	DH/DS	1.296	1.688.425
TOTALE R.O.		8.775	33.052.003
TOTALE DH/DS		1.958	2.377.228
TOTALE		10.733	35.429.230

	ANNO 2022		
SEDE	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
Emergenza Covid-19	R.O.	397	2.021.080
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	4.245	13.421.546
	DH/DS	963	1.191.832
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.817	15.996.566
	DH/DS	1.692	2.199.191
TOTALE R.O.		8.459	31.439.192
TOTALE DH/DS		2.655	3.391.023
TOTALE		11.114	34.830.215

	ANNO 2023		
SEDE	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
Emergenza Covid-19	R.O.	205	994.934
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	4.558	14.642.414
	DH/DS	1.083	1.333.216
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.852	16.270.862
	DH/DS	1.812	2.363.243
TOTALE R.O.		8.615	31.908.210
TOTALE DH/DS		2.895	3.696.459
TOTALE		11.510	35.604.669

	Dati al 31.10.2024		
SEDE	TIPOLOGIA RICOVERI	CASI	VALORE (€)
Emergenza Covid-19	R.O.	79	399.830
OSPEDALE VERBANIA	R.O.	3.883	12.305.168
	DH/DS	774	882.795
OSPEDALE DOMODOSSOLA	R.O.	3.126	12.980.293
	DH/DS	1.489	1.863.209
TOTALE R.O.		7.088	25.685.291
TOTALE DH/DS		2.263	2.746.003
TOTALE		9.351	28.431.294

Per ulteriori dettagli in merito all'organizzazione dell'azienda si rinvia alle sezioni 2.2 e 3 del P.I.A.O.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Il P.I.A.O. costituisce uno strumento di programmazione pubblica integrata per la creazione di valore pubblico.

Si evidenzia un passaggio netto da un concetto di mera performance di processo ad una logica di valore per il sistema, per il cittadino e per l'organizzazione.

Nato in seno alla riforma della Pubblica Amministrazione perseguita dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) il P.I.A.O. intende rispondere a diverse finalità:

- - burocrazia + semplificazione per dipendenti, cittadini, imprese;
- + qualità programmatica (soprattutto con riferimento ad obiettivi ed indicatori) e velocità di aggiornamento della programmazione al modificarsi del contesto di riferimento;
- convergenza sinergica delle diverse prospettive programmatiche (performance, anticorruzione, trasparenza, personale ...) **verso l'orizzonte comune della creazione di valore pubblico** ovvero del miglioramento del benessere di cittadini e di tutti gli stakeholder.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, nell'ambito delle Linee guida n. 1/2017, **definisce il valore pubblico** come il livello complessivo di benessere economico, sociale ma anche ambientale e/o sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholder creato da una amministrazione pubblica ripetto ad un livello di partenza. In particolare dalle linee guida si evince che: *"... la fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e, quest'ultima, in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi".*

Al fine di cogliere l'opportunità di semplificazione e miglioramento della programmazione in modo funzionale all'ottimizzazione dei servizi e per accrescere il benessere dei cittadini il P.I.A.O. è costruito come Piano integrato tra le varie prospettive programmatiche verso l'orizzonte "unico" della generazione di maggiore valore pubblico.

In sostanza il P.I.A.O. si configura quale strumento per programmare, in modo semplificato, qualificato ed integrato, le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell'Ente, con il fine di creare valore pubblico.

La prevenzione della corruzione è fondamentale per la creazione del valore pubblico ed ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione pubblica. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e per perseguire obiettivi di imparzialità e di trasparenza la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico riducendo gli sprechi ed orientando correttamente l'azione amministrativa.

Nell'ambito della sezione 1 del PIAO, alla quale si fa rinvio, sono illustrati i valori (ripresi dal vigente atto aziendale) che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione e che, in sintesi, afferiscono alla centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute, alla presa in carico globale dell'assistito quale destinatario delle cure, all'umanizzazione delle cure stesse, alla qualità clinica ed organizzativa dei servizi erogati ai fini delle cure, alla trasparenza dei processi organizzativi e di decisione, alla prevenzione e repressione della corruzione.

Nell'ambito dei valori che l'Azienda ha preso come riferimento si ritiene di evidenziare quelli di seguito riportati ed individuare una serie di progetti e conseguenti obiettivi che l'Azienda intende realizzare nel triennio, anche tenuto conto delle misure di Benessere Equo e sostenibile dell'Agenda ONU 2030, degli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile elaborati da ISTAT, degli obiettivi di digitalizzazione presenti in Agenda digitale e nel Piano Triennale per l'Informatica 2021-2023, del documento della Presidenza del Consiglio di Ministri *"Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica amministrazione"*.

Valori di riferimento
➤ efficientamento, semplificazione/reingegnerizzazione dei processi
➤ efficacia dei processi
➤ prossimità dei servizi verso i cittadini/utenti
➤ accessibilità tempo/spazio dei servizi erogati.
➤ Formazione.

Con riferimento alla semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure si segnala:

- l'attività che si sta portando avanti sia per quanto attiene il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sia per lo sviluppo della telemedicina;
- il proseguimento dell'attività per passare al nuovo sistema amministrativo contabile promosso dalla Regione Piemonte al fine di omogeneizzare le procedure in tutte le aziende sanitarie piemontesi.

Si rileva, inoltre, che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.) "Missione 6 Salute" consentirà di realizzare un importante programma di innovazione digitale.

Il sistema per la prevenzione della corruzione deve tendere all'orizzonte del valore pubblico: il processo di gestione del rischio deve essere improntato allo sviluppo della cultura dell'integrità di coloro i quali sono addetti alla cura di interessi pubblici ed alla riduzione di fenomeni corruttivi che erodono il valore pubblico.

A.N.A.C., nel PNA 2022, sostiene che le aziende sanitarie hanno come obiettivo quello di creare valore pubblico perciò la messa in atto di misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza (vedi sottosezione 2.3 del PIAO) riveste una fondamentale importanza per raggiungere questo obiettivo, da realizzare riducendo il rischio corruttivo.

Inoltre, l'attenzione alla riduzione degli sprechi, la messa in atto di controlli interni, il lavoro in team con tutti i soggetti coinvolti nella redazione del PIAO, il coinvolgimento dei soggetti portatori di interessi, rappresentano elementi che contribuiscono a generare valore pubblico.

Anche le misure di prevenzione del riciclaggio rappresentano uno strumento per creare valore pubblico in quanto vengono a gestire il rischio che l'azienda possa entrare in contatto con soggetti coinvolti in attività criminali. Questo assume un rilievo particolare dovendo gestire i fondi del P.N.R.R. consentendo la tempestiva individuazione di situazioni di rischio.

Come precisato nella Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Ministro per la pubblica Amministrazione) nell'attuale contesto economico e sociale, caratterizzato da impetuosi avanzamenti tecnologici, continui cambiamenti delle aspettative dei cittadini e degli utenti dei servizi, e sfide globali, la formazione del personale è indispensabile per consentire alle amministrazioni pubbliche di raggiungere adeguate performance che, per quantità e per qualità, possano soddisfare le domande ed i bisogni espressi da persone e comunità del contesto di riferimento di ciascuna azienda. In sostanza la formazione del personale costituisce, nella prospettiva del P.I.A.O (e non solo), una delle determinanti della creazione di valore pubblico. Il personale delle aziende sanitarie che riceve formazione in aree come l'etica, l'analisi delle politiche ed il coinvolgimento degli stakeholder sono meglio preparate ad assumere decisioni che contribuiscono alla creazione di valore pubblico. Perciò – come si legge nella richiamata Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - la formazione del personale deve essere considerata come un catalizzatore della produttività e dell'efficienza organizzativa.

2.1.1 Obiettivi di valore da realizzare nel triennio 2025-2027

Progetto	Continuità ospedale territorio
Valore	<u>Efficientamento di processo</u> 1) NDCC percorso informatizzato con PHI 2) percorso di continuità per rientri a domicilio degli utenti
Obiettivo 2025	1) Tempestività della ricezione della proposta di continuità 1a) Presa in carico della proposta da parte del NDCC entro 72 ore dalla ricezione della stessa 1b) Entro 72 ore feriali dalla ricezione identificazione di una struttura e della data di inserimento in CA 2) Gestione, da parte degli infermieri della COT, del percorso di rientro a domicilio per gli utenti con bisogni di assistenza residui al momento della dimissione dalla CA.
Indicatore	1) 1a) Numero di prese in carico delle richieste entro 72 ore/numero di richieste 1b) numero di identificazione delle strutture e delle date di allocazione degli utenti entro 72 ore feriali/ numero di richieste 2) numero di rientri a domicilio gestiti dagli infermieri della COT / numero dei rientri a domicilio
Standard	1) 1a) 100% 1b) 100%

	2) 100%
Obiettivo 2026/2027	1), 2) mantenimento attività

*

Progetto	Continuità ospedale territorio
Valore da realizzare	<u>Miglioramento di prossimità fisica e di accessibilità</u>
Obiettivo 2025	1) Gli infermieri della COT si recano nelle strutture di CA per valutare i percorsi assistenziali, organizzando riunioni fisiche e/o virtuali 1 volta alla settimana <u>attori coinvolti:</u> - infermiere della COT - Assistente Sociale COT e - Direttore Sanitario e infermiere/Coordinatore della Struttura di CA 2) Gli infermieri della COT organizzano colloqui di orientamento e di supporto alle famiglie nelle sedi di Omegna, Verbania e Domodossola; <u>attori coinvolti:</u> infermiere COT Assistente sociale COT e caregiver/famiglia 3) Gli infermieri della COT su richiesta di CA dal MMG si recano a domicilio per valutare il contesto domiciliare e condividere il progetto con il cittadino/caregiver <u>attori coinvolti:</u> infermiere NDCC, Assistente sociale COT, cittadino e caregiver/famiglia
Indicatori	- numero di incontri effettuati/52 settimane - numero di colloqui organizzati/numero di cittadini inseriti in CA - numero di utenti valutati a domicilio/numero di richieste pervenute dai MMG
Standard	1) 100% 2) 100% 3) 100%
Obiettivo 2026/2027	Attività da proseguire.

*

Progetto	Implementazione dell'attività dell'Infermiere di Comunità con riferimento al punto 6 del DM 77/2022
Valori	<u>Efficientamento di processo:</u> identificare un infermiere di comunità per una popolazione definita <u>Efficientamento di prossimità e di accessibilità:</u> l'infermiere di comunità si reca nel territorio di riferimento, raccoglie i bisogni di salute della popolazione, orienta i percorsi e risponde ai bisogni di assistenza infermieristica
Obiettivo 2025	Presenza in carico di 4200 ultra 65 da parte dell'Infermiere di Comunità (ovvero non peggioramento rispetto all'anno precedente)

Indicatore	N° cittadini ultra65 presi in carico / 4200
Standard	100%
Obiettivo 2026	Presa in carico di 4500 ultra 65 da parte dell'Infermiere di Comunità (ovvero non peggioramento rispetto all'anno precedente)
Indicatore	N° cittadini ultra65 presi in carico / 4500
Standard	100%
Obiettivo 2027	Da rivalutare

*

Progetto	Piano di cronicità: “Erogazione percorsi di cure”
Valori	Garantire l'assistenza per i pazienti cronici all'interno del Piano Locale Cronicità attraverso i “PSDTA” dedicati mirando a ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza attraverso una “continuità” alla cura nell'ottica di una <u>migliore accessibilità</u> e una <u>migliore appropriatezza</u> nella gestione della domanda e dell'offerta.
Obiettivo 2025	Applicazione dei percorsi di cura dei PSDTA: BPCO - Malattia Renale Cronica - Scompenso Cardiaco - Malattia di Parkinson - Malattia di Alzheimer
Indicatore	Presa in carico del 70% dei pazienti /sul totale in dimissione dall'ospedale e in seguito a visita specialistica ambulatoriale.
Standard	70%
Obiettivo 2026	Erogazione dei percorsi di cura dei PSDTA: - BPCO - Malattia Renale Cronica - Scompenso Cardiaco - Malattia di Parkinson - Malattia di Alzheimer
Indicatore	Presa in cura dei pazienti sul totale in dimissione dall'ospedale e in seguito a visita specialistica ambulatoriale.
Standard	100%
Obiettivo 2027	Mantenimento

*

Progetto	Piano di cronicità: “<u>Agende dedicate</u>”
Valori da realizzare	Garantire la disponibilità, per i pazienti cronici all'interno del Piano Locale Cronicità, di “agende dedicate” di visita specialistica ambulatoriale (visita successiva alla prima) nell'ottica di una <u>migliore accessibilità</u> e una <u>migliore appropriatezza</u> nella gestione del percorso.
Obiettivo 2025	Attivazione ed erogazione di “ <u>agende dedicate</u> ” per i pazienti arruolati nei percorsi di cura dei PSDTA: - BPCO, Malattia Renale Cronica - Scompenso Cardiaco - Malattia di Parkinson.

Indicatore	Attivazione ed erogazione di “agende dedicate” per almeno il 70% delle prestazioni di visita specialistica ambulatoriale / sul totale dei pazienti arruolati nei percorsi di cura dei PSDTA sopra indicati.
Standard	70%
Obiettivo 2026	Attivazione ed erogazione di “ <u>agende dedicate</u> ” per i pazienti arruolati nei percorsi di cura dei PSDTA: BPCO, Malattia Renale Cronica e Scompenso Cardiaco, Malattia di Parkinson e Malattia di Alzheimer
Indicatore	Attivazione ed erogazione di “ <u>agende dedicate</u> ” per almeno il 100% delle prestazioni di visita specialistica ambulatoriale / sul totale dei pazienti arruolati nei percorsi di cura dei PSDTA sopra indicati.
Standard	100%
Obiettivo 2027	Mantenimento.

*

Progetto: descrizione	Obiettivo di digitalizzazione presente in Agenda digitale e nel Piano Triennale per l’Informatica 2021-2023 (vd. Obiettivo 6.1). Il progetto prevede la realizzazione, anche in autonomia e in economia, delle azioni positive applicabili per il conseguimento dell’obiettivo
Valori da realizzare	Azioni volte al <u>miglioramento dell’efficienza ed efficacia</u> dei servizi erogati tramite l’incremento dei livelli di integrità e affidabilità dei dati trattati
Obiettivi 2025	Aumento della consapevolezza del rischio <i>cyber</i> (<i>cyber security awareness</i>) da parte del personale dell’ASL, mediante: a) Diffusione di un vademecum interno per l’accesso e l’utilizzo sicuro dei dispositivi e delle risorse informatiche dell’Azienda; b) Formazione finalizzata all’incremento della consapevolezza generale in ordine ai temi della sicurezza informatica e della tutela della <i>privacy</i> ; * Attuazione delle misure cogenti previste dalla normativa NIS2.
Indicatore 1	Corsi erogati / corsi programmati: 2/2
Indicatore 2	Stato di attuazione previsto delle misure di cui alla normativa NIS2: in linea, compatibilmente con le risorse economiche dispiegabili per l’acquisizione di apparecchiature, software e servizi di supporto, con particolare riguardo al rafforzamento della sicurezza <i>cyber</i> delle apparecchiature elettro-medicali.
Indicatore 3	Passaggio completo a “Sanità Connessa” e valutazioni linee di backup laddove non previste.
Standard	100%

Obiettivo 2026 - 2027	Completamento delle azioni previste in ambito NIS2, incremento delle prestazioni della rete e della disponibilità, integrità e riservatezza delle informazioni trattate aziendali.
----------------------------------	--

*

Progetto	Rimodulazione dell'attività ordinaria di specialistica ambulatoriale: il progetto prevede un costante monitoraggio delle agende che consenta di realizzare una flessibile gestione degli slot, con ottimizzazione di tutti gli spazi/priorità non pienamente occupati in relazione anche al fabbisogno espresso come DEMA prescritte e non ancora prenotate. Verranno inoltre evidenziati tutti gli slot che, nella settimana successiva, risultano liberi da prenotazioni, così da anticipare prenotazioni con tempi di attesa oltre gli standard. Sono in fase di ottimizzazione PDTA che garantiranno un migliore processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute con coinvolgimento delle strutture territoriali.
Valori	Efficientamento - miglioramento della presa in carico dei pazienti
Obiettivo 2025	Diminuire il numero delle DEMA pending (non prese in carico), aumento della produzione rispetto al 2023 (anno di riferimento) e diminuzione dei tempi di attesa per classi di priorità.
Indicatore	- N°pending 2024 < N° pending 2023 - N° prestazioni prodotte 2024 > N° prestazioni prodotte 2023 - Tempo medio d'attesa per classe di priorità (U B D P)
Standard	- pending < n° 2023 - produzione = >100% - riconduzione dei tempi di attesa entro gli standard per classe.
Per gli anni 2026-2027 si rimodulerà l'obiettivo in funzione delle risultanze e dell'andamento della domanda di prestazioni.	

*

Progetto	Rimodulazione dell' <u>attività ordinaria</u> di ricovero: nell'ambito dei 2 presidi dell'ASL sono state collocate 12 sale operatorie, i blocchi operatori di Verbania e Domodossola sono aperti tutti i giorni feriali dalle ore 08:00 alle ore 16:00 in modo da consentire l'esecuzione di tutti gli interventi programmati, provenienti dalla lista operatoria. È in corso l'ottimizzazione dei sistemi informatici, sia di gestione delle sale operatorie che di integrazione, con la lista operatoria di prericovero. Ciò consentirà una migliore gestione del percorso operatorio dal momento di inserimento in lista. E' stata riorganizzata l'attività in base alle esigenze espresse dalla Lista d'Attesa e conseguentemente riviste le modalità di assegnazione delle sedute operatorie isorisorse.
Valore	Efficientamento: superare la produzione 2023, contenendo al massimo grado possibile l'accumulo di richieste di nuove prestazioni non evase.
Obiettivo 2025	Ridurre le liste d'attesa per ricoveri tipo 1 2 3 e classi di priorità e interventi monitorati dalla Regione (PNGLA)
Indicatore	N. interventi 2025 > N. interventi 2024 monitorati dalla Regione (PNGLA) in

	proporzione al personale in carico.
Standard	> 2024
Per gli anni 2026-2027 si rimodulerà l'obiettivo.	

*

Progetto	"Sicura La guida" promuovere comportamenti liberi dall'alcol al fine di prevenire gli incidenti stradali
Valore	prevenzione
Obiettivo 2025	Intervento nelle classi 3-4-5 delle scuole secondarie di secondo grado, Metodo: confronto sul tema cercando di modificare false credenze e promuovere consapevolezza attraverso un percorso esperienziale che utilizza Lunettes (occhiali che simulano gli effetti di alcol); tappeto con percorso stradale; simulatori auto e moto.
Indicatore	N. di classi coinvolte; N. di scuole coinvolte
Standard	Almeno 3 Istituti scolastici sul territorio dell'ASL VCO. Almeno 12 classi,.
2026-2027	Prosecuzione del progetto

*

Progetto	"Sicura La notte": promuovere comportamenti liberi dall'alcol e dalle droghe nei contesti informali del divertimento giovanile al fine ridurre i rischi legati al consumo di alcol e droghe e di prevenire gli incidenti stradali ad essi correlati.
Valore	prevenzione
Obiettivo 2025	Allestimento di una postazione mobile nelle aree vicine ai luoghi formali ed informali del divertimento giovanile preserale e notturno per poter informare, misurare l'alcolemia, provare l'esperienza dei simulatori auto e moto; offrire possibilità di confronto con Operatori Esperti e Peer Educator.
Indicatore	N. di uscite sul territorio – N° di contatti
Standard	Almeno un'uscita per ogni territorio Cusio, Verbano, Ossola. N complessivo di contatti: almeno 150
2026-2027	Prosecuzione del progetto

*

Progetti	Elaborati dalle Strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione
Valore	prevenzione
Obiettivo 2025	Messa in atto azioni per la realizzazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP) anno 2024
Indicatore	Si rinvia agli specifici indicatori del PLP
Standard	Si rinvia agli specifici standard del PLP
Anni 2026 e 2027	Messa in atto azioni per la realizzazione del PLP per ciascun anno

*

Progetto	Efficientamento energetico
Valore	Efficientamento
Obiettivo 2025	Installazione di pannelli fotovoltaici per la produzione di energia elettrica pulita presso la nuova Casa della Comunità di Sant'Anna a Verbania
Indicatore	Messa in funzione dell'impianto
Standard	Entro dicembre 2025
2026-2027	Verifica dell'efficientamento

*

Progetto	Efficientamento energetico
Valore	Efficientamento
Obiettivo 2025	Posa di n°6 colonnine per la ricarica di auto elettriche aziendali (con previsione di 1 a pagamento)
Indicatore	Istallazione colonnine
Standard	Entro dicembre 2025
2026-2027	Implementazione colonnine

*

Progetto	Valorizzazione del personale e produzione di valore pubblico attraverso la formazione
Valore	Efficienza organizzativa
Obiettivo 2025	Messa in atto delle azioni indicate nella Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 14.1.2025
Indicatore	Rinvio indicatori
Standard	Rinvio standard
2026-2027	Mantenimento

2.2 PERFORMANCE

La sottosezione “Performance” rappresenta la sezione strategico programmatica con la quale l’ASL VCO dà avvio al ciclo della performance definendo, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si basa la misurazione e la conseguente valutazione e rendicontazione delle attività svolte.

La performance rappresenta il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato), che un’azienda apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l’azienda è stata costituita.

In questa sezione sono definiti gli obiettivi strategici che l’Azienda si pone che rappresentano il punto di partenza per la definizione e la negoziazione degli obiettivi annuali con i Responsabili delle strutture aziendali (ovvero dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori: - delle Sos Dipartimentali, - delle Strutture complesse e delle Sos in staff alla Direzione Generale, delle Sos amministrative, delle Funzioni, dei singoli Dirigenti).

La sottosezione “performance” dell’Asl vco (tenuto conto delle previsioni del D.Lgs 150/2009 e smi, del D.Lgs n. 74/2017, delle indicazioni CIVIT di cui alla delibera n. 122/2010, della D.G.R. Regione Piemonte n. 25-6944 del 23.12.2013), si ispira ed attiene ai seguenti **principi generali**:

- **trasparenza**: da realizzare attraverso la pubblicazione del PIAO (che contiene la specifica sezione) non solo sul portale del Dipartimento della funzione pubblica ma anche sul proprio sito istituzionale;
- **immediata intelligibilità**: il Piano deve essere comprensibile anche agli stakeholder esterni inserendo, nella parte principale, contenuti facilmente accessibili, anche in termini di linguaggio utilizzato;
- **veridicità e verificabilità**: i contenuti del Piano devono corrispondere alla realtà e, per ogni indicatore, deve essere indicata la fonte di provenienza dei dati, che devono essere tracciabili;
- **coerenza interna ed esterna**: i contenuti del Piano devono essere coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna);
- **orizzonte pluriennale**: il documento può contenere sia obiettivi strategici (di valenza pluriennale) sia obiettivi operativi (di valenza annuale).

La prima finalità di questa sottosezione del P.I.A.O. è garantire la “qualità” della rappresentazione della performance dal momento che in esso è esplicitato il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell’azienda nonché l’articolazione complessiva degli stessi. Gli obiettivi devono rivestire una serie di caratteristiche ovvero devono essere:

- a)** rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell’amministrazione;
- b)** specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- c)** devono portare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- d)** riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- e)** commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;

- f) confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento al periodo precedente;
- g) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

La seconda finalità è quella di rendere esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'Azienda sanitaria intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

La terza finalità è relativa all'attendibilità della rappresentazione della performance: ciò si realizza solo se è verificabile, ex post, la correttezza metodologica del processo di pianificazione (principi, fasi, tempi, soggetti) e le risultanze (obiettivi, indicatori, target).

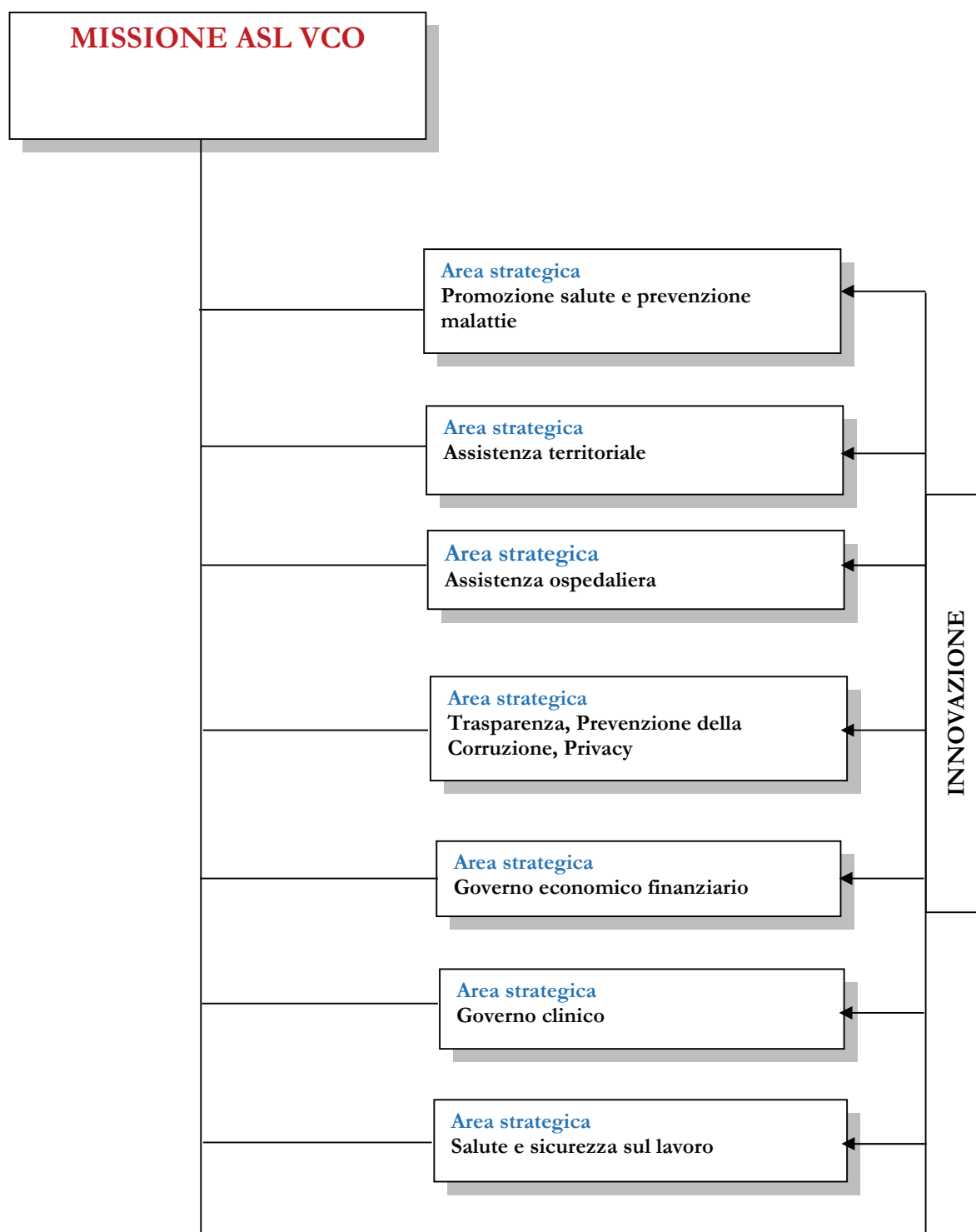
2.2.1 Albero della Performance

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario che operano unitariamente pur nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità.

Dal punto di vista istituzionale la Regione è il principale interlocutore dell'Azienda (che definisce ed assegna il finanziamento) e, nel momento di nomina dei Direttori Generali, assegna specifici obiettivi di nomina, a cui fanno seguito obiettivi assegnati annualmente.

Con DGR n. 25-655 del 23.12.2024, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi, è stato nominato il Direttore Generale dell'ASL VCO a decorrere dal 1° gennaio 2025 per un triennio, e sono stati individuati gli obiettivi di nomina (ai sensi dell'art. 2, commi 2 e ss del D.Lgs n. 171/2016 e smi).

Albero della Performance: collegamento missione e aree strategiche



2.2.2 Aree strategiche

Le aree strategiche, come si desume dal grafico sopra evidenziato, sono le seguenti:

Area Strategica: Promozione della salute e prevenzione malattie

La tutela della salute collettiva viene garantita attraverso il Dipartimento di Prevenzione, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e dando attuazione al primo livello essenziale di Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro che comprende tutte le attività preventive rivolte ai singoli ed alle collettività. Si richiama, a questo proposito, la messa in atto delle azioni previste nel Piano Locale di Prevenzione (PLP) in coerenza con gli indirizzi del P.R.P. ; – la prosecuzione dell’attività di screening oncologici; – il proseguimento delle campagne vaccinali in età pediatrica e adulta; - lo sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale; - il proseguimento della collaborazione con ARPA per la gestione delle emergenze ambientali; - la comunicazione e promozione dell’attività svolta a favore della salute dei cittadini.

Area Strategica: Assistenza territoriale

Il distretto, nel definire, a livello territoriale, le politiche per la salute, promuove la presa in carico del paziente dall’inizio sino al completamento del suo percorso di salute. Obiettivo prioritario, per l’anno 2025, è l’attuazione delle azioni volte a realizzare il P.N.R.R. che prevede la messa in atto dei progetti con riferimento alla costruzione di una Casa di Comunità a Domodossola, alla ristrutturazione delle Case della Salute di Omegna e di Verbania ed alla trasformazione in Case di Comunità, alla costruzione dell’Ospedale di comunità a Gravellona Toce. Si intende, inoltre, rafforzare la continuità ospedale-territorio investendo sulla figura dell’infermiere di famiglia e comunità. Nel 2025 si proseguirà nella messa in atto del Piano cronicità come da programmazione specifica.

Area Strategica: Assistenza ospedaliera

Si intende: - realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l’attuazione di politiche per limitare l’uso improprio del ricovero ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale; - fornire piena collaborazione alle aziende viciniori al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello sovrazonale; - mettere in atto azioni volte a perseguire l’umanizzazione delle cure – gestire il rischio infettivo attraverso l’attività svolta dall’UPRI; - mettere in atto le azioni del P.N.R.R.; - realizzare il Piano di recupero per le liste di attesa e procedere ad una revisione di tipo strutturale della rete ospedaliera del VCO.

Area Strategica: Trasparenza, Prevenzione della Corruzione, Privacy

Si tratta di mettere in atto le azioni in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione così come definite nella sezione 2 del PIAO, proseguendo nella valorizzazione della cultura dei valori di etica, integrità, legalità a tutti i livelli dell’azienda. In materia di privacy si intende proseguire nell’adeguamento al G.D.P.R., nell’attivazione di corsi formativi sul tema e di momenti di approfondimento su problematiche specifiche.

Area Strategica: Governo economico-finanziario

Si tratta di un vincolo più che di un obiettivo in quanto occorre razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle risorse disponibili, pur garantendo i livelli essenziali di assistenza. Si intende realizzare un governo della spesa, con particolare riferimento alla spesa farmaceutica, alla spesa per dispositivi medici, alla spesa riferita al personale. Si intende, inoltre, ridurre il ricorso alle proroghe dei contratti ed implementare il piano delle assunzioni. Si porrà sempre più attenzione al tema dell'efficientamento energetico, al miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva. Si procederà all'utilizzo dei fondi di cui al P.N.R.R. per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale nel rispetto dei tempi della programmazione operativa.

Area Strategica: Governo clinico

Riguarda le azioni atte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intero sistema sotto il profilo delle qualità. In particolare, si intende perseguire l'appropriatezza delle prestazioni erogate (che riguarda tutte le aree da quella della prevenzione, all'area territoriale ed ospedaliera), contribuendo ad una maggior efficacia nell'uso dei servizi sanitari ed all'ottimizzazione delle risorse economiche, peraltro sempre più scarse, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica.

In particolare l'azienda è impegnata: **a)** nella redazione del Piano della qualità e del rischio clinico; **b)** nell'applicazione degli adempimenti previsti dalla Rete Oncologica Piemontese (D.G.R. n. 51 – 2485 del 23.11.2015), tenendo conto dei relativi indicatori e standard; **c)** nel rispetto degli standard previsti nel Piano Nazionale Esiti (PNE); **d)** nell'attuazione del "Nuovo sistema di Garanzie (NSG).

Area Strategica: Salute e sicurezza dei luoghi di lavoro

Si assegna particolare importanza alla formazione in materia di sicurezza sul lavoro con particolare riferimento all'attivazione di corsi di formazione obbligatoria. Si porrà attenzione allo sviluppo, a livello aziendale, del piano di edilizia sanitaria della Regione.

Area Strategica: Innovazione

Si tratta di un'area che è trasversale rispetto a quelle sopra richiamate.

Si intende riferirsi all'innovazione:

Tecnologica	Digitalizzazione: telemedicina – introduzione armadi farmaceutici intelligenti nei reparti collegati con la Farmacia ed altri progetti.
Organizzativa	Riorganizzazione dei percorsi aziendali secondo il modello Lean.
Strutturale	si realizza con la messa in atto di interventi strutturali finanziati con risorse: – del P.N.R.R. (per la realizzazione di un Ospedale di Comunità – per la ristrutturazione delle Case della Salute di Omegna e di Verbania trasformandole in Case di Comunità – per la costruzione di una Casa della Comunità a Domodossola) – o con altri finanziamenti di fonte nazionale e regionale per l'ammodernamento dei presidi. Costituisce obiettivo la realizzazione della operatività nei tempi

Le aree strategiche, a loro volta, sono state declinate in obiettivi strategici (obiettivi definiti anche tenuto conto dei documenti di programmazione nazionali e regionali, integrati con le esigenze strategiche aziendali).

Gli obiettivi strategici vengono poi tradotti in obiettivi operativi annuali che vengono assegnati ai Direttori: - di Dipartimento, delle Sos Dipartimentali - delle Strutture complesse aziendali - delle Sos in staff alla Direzione Generale, delle sos amministrative, delle funzioni e di ciascun dirigente. Nella scheda obiettivi annuale 2025 verrà indicato, per ciascun obiettivo, l'indicatore e lo standard.

Nella declinazione degli obiettivi 2025 ai Direttori di Struttura si terrà conto degli obiettivi di nomina assegnati al Direttore Generale e degli obiettivi che la Regione assegnerà per l'anno 2025. In attesa dell'attribuzione di tali obiettivi da parte della Regione si realizza una continuità con gli obiettivi definiti per l'anno 2024.

2.2.3 Obiettivi strategici

Il processo di redazione del Piano della Performance si inserisce nell'ambito del processo di pianificazione strategica e programmazione dell'ASL VCO. La pianificazione strategica tiene conto di una serie di fattori, in primis dei Piani Socio Sanitari nazionali e regionali e delle norme, disposizioni, circolari, ecc, nazionali e regionali, che impattano sulla salute della popolazione e sul funzionamento dell'ASL, nonché degli obiettivi assegnati al Direttore Generale da parte della Regione al momento della nomina, sia annuali (a tutt'oggi la Regione non ha ancora assegnato gli obiettivi annuali ai Direttori Generali).

Con la nomina, dall'1.1.2025, del Direttore Generale dell'Asl VCO, per un triennio, con DGR n. 25-655 del 23.12.2024, ai sensi dell'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi, la Regione Piemonte ha declinato i seguenti **obiettivi di nomina**:

1.	Assicurare l'equilibrio economico - finanziario dell'Azienda.
2.	Ridurre i tempi e le liste di attesa come previsto dal PNGL e dai piani di governo delle liste di attesa della Regione Piemonte, in applicazione della normativa specifica anche in relazione ai contenuti del D.L. 7.6.2024 n. 73 <i>"Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"</i> , come conv. nella L. n. 107 del 29.7.2024 e smi.
	Vigilare sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo del comma 10 dell'articolo 3 del DL 7.6.2024 n. 73 <i>"Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"</i> , come conv., con modificazioi, dall'art. 1, comma 1, L. n. 107 del 29.7.2024 e smi., anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

	Vigilare sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo del comma 1 dell'art. 4 del DL 7.6.2024 n. 73 e smi., trasmettendo un apposito rapporto alle competenti Direzioni Generali del Ministero della Salute.
	Garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici.
	Prevedere, nel limite massimo delle risorse disponibili, l'effettuazione delle visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica e la possibilità del prolungamento della fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni.
	Provvedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operatività dei centri trasfusionali, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma.
	Assicurare la corretta comunicazione tramite i siti web aziendali.
	Valutare e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali.
	Assicurare il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale, di cui all'art. 15 quinquies, comma 3, del D.Lvo n. 502/1992 e smi, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare, per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. A tale fine l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.
3.	Sviluppare il Piano Pandemico Regionale a livello aziendale dando attuazione all'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte – del Piano Pandemico operativo influenzale e Covid-19, sia territoriale che ospedaliero.
4.	Migliorare i flussi informativi e l'appropriatezza prescrittiva (l'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l'efficiente allocazione delle risorse disponibili).
5.	Sviluppare il Fascicolo Sanitario Elettronico ed i servizi on-line.
6.	Sviluppare, a livello aziendale, il Piano di edilizia sanitaria della Regione Piemonte.

7.	Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del D.Lgs n. 171/2016 e smi.
----	--

2.2.4 Legame tra aree strategiche ed obiettivi strategici per l'anno 2025

Con riferimento alle aree strategiche poc'anzi indicate, si rappresenta il legame tra aree strategiche ed obiettivi strategici:

AREA STRATEGICA	Promozione della salute e prevenzione delle malattie	Assistenza territoriale	Assistenza ospedaliera
OBIETTIVI STRATEGICI	Adozione ed applicazione del P.L.P. in coerenza con gli indirizzi del P.R.P.	Realizzazione del P.N.R.R.: – Costruzione Ospedale di Comunità – Costruzione Casa Comunità a Domodossola e trasformazione delle Case della Salute di Verbania e Omegna in Case di Comunità.	Gestione rete ospedaliera Appropriatezza dei percorsi dell'assistenza specialistica
	Prosecuzione attività legata agli screening oncologici.	Piano di cronicità - Sviluppo PDTA e messa in atto altre azioni previste dal Piano	Piano di recupero dell'assistenza attesa
	Proseguimento delle campagne vaccinali in età pediatrica e adulta.	Rafforzamento della continuità ospedale - territorio	Messa in atto delle azioni realizzazione del P.N.R.R. ambito ospedaliero
	Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale	Sviluppo delle figure dell'Infermiere di Comunità	Riorganizzazione strutturale rete ospedaliera
	Proseguimento della collaborazione con ARPA per la gestione delle emergenze ambientali.		
	Comunicazione e promozione dell'attività svolta dall'Azienda a favore della salute dei cittadini		

AREA STRATEGICA	Governo economico finanziario	Governo clinico	
OBIETTIVI STRATEGICI	Governo della spesa	Raggiungimento degli standard previsti dal P.N.E	Att
	Riduzione delle proroghe (del 50% nel 2025, del 75% nel 2026, azzerandole nel 2027)	Piano della qualità e rischio clinico	s
	Implementazione del piano assunzioni	Applicazione del nuovo sistema di garanzia N.S.G.	
	Completezza dei flussi informativi e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Adempimenti Rete Oncologica	
	Efficientamento energetico		
	P.N.R.R.: utilizzo dei fondi per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale		

L’area strategica **“Innovazione”** riveste una fondamentale importanza ed è trasversale rispetto a tutte le al

AREA STRATEGICA	Innovazione (trasversale rispetto a tutte le altre)
OBIETTIVI STRATEGICI	Tecnologica - Digitalizzazione: telemedicina – introduzione armadi farm collegati con la Farmacia ed altri progetti.
	Organizzativa - prevede la riorganizzazione dei percorsi aziendali secondo
	Strutturale - da realizzare con la messa in atto di interventi strutturali finanziati con altri finanziamenti.

2.2.5 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

L'albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi.

Secondo la logica della Performance, ad ogni area strategica corrispondono obiettivi strategici, questi ultimi articolati in obiettivi operativi, inseriti all'interno di una apposita scheda, di seguito riportata, che individua gli obiettivi operativi a cui si associa un indicatore ed un target (valore atteso).

Annualmente, nella declinazione degli obiettivi da parte del Direttore Generale ai Direttori di Struttura (ovvero Direttori di Dipartimento, Direttori delle Sos Dipartimentali, delle Strutture complesse Responsabili delle Sos in staff alla Direzione Generale, delle Sos amministrative, delle Funzioni) si tiene anche conto degli obiettivi assegnati, annualmente, dalla Regione Piemonte ai Direttori Generali nonché degli obiettivi di nomina.

Lo schema della scheda obiettivi prevista per l'anno 2025, è la seguente.

1	Obiettivi regionali	Si richiede la messa in atto delle azioni di competenza volte a perseguire gli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali per l'anno 2025 e degli obiettivi di nomina.
2	Azioni strategiche aziendali	Si tratta di obiettivi che tengono conto della messa in atto di alcune azioni strategiche aziendali, tra le altre: - messa in atto di obiettivi di valore; - messa in atto azioni per la realizzazione di attività innovative; - governo della spesa – riduzione delle proroghe - attenzione all'efficientamento energetico; - piano di recupero delle liste di attesa; - miglioramento dei livelli produttivi (attività di ricovero e specialistica).
3	Governo clinico	Si intende: realizzare gli standard previsti nel PNE – gestire il piano della qualità e del rischio clinico - applicare il nuovo sistema di garanzia (N.S.G.)- mettere in atto quanto richiesto dalla rete oncologica – sostenere la digitalizzazione.
4	Salute e sicurezza sul lavoro	Si richiede la messa in atto, nel 2025, di interventi volti al rispetto della normativa in materia di sicurezza sul lavoro e di rischio antincendio in qualità di Dirigente e/o richiesti dal Dirigente delegato con particolare attenzione alla partecipazione ai corsi obbligatori sulla sicurezza anche da parte dei collaboratori. Inoltre, si intende sviluppare, a livello aziendale, il piano di edilizia sanitaria della Regione.
5	Prevenzione corruzione/ Trasparenza /Privacy	Si prevede: - la collaborazione alla messa in atto delle azioni previste nella sezione 2 del PIAO riferita alla prevenzione della corruzione e trasparenza. E' inoltre richiesta l'applicazione della normativa privacy prevedendo, nell'ambito delle diverse azioni, l'aggiornamento costante da parte dei Direttori/responsabili di Struttura, la nomina (ed il costante

		aggiornamento) degli autorizzati al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679, nonché la partecipazione a corsi formativi.
--	--	--

2.2.6 Sistema di misurazione e valutazione della Performance

L'azienda adotta un processo attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, pianifica, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget, costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili.

Al fine di guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale viene utilizzato il sistema di reporting (con la predisposizione di report da parte della Struttura in staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione), che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i risultati conseguiti, permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive.

Il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali, annualmente, la Direzione Generale, con il supporto delle strutture di staff:

- a) elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale – assegna il budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento – richiama gli obiettivi strategici da perseguire. Tutto ciò con il coinvolgimento del Collegio di Direzione;
- b) predispone una scheda obiettivi, per ogni struttura aziendale;
- c) raccoglie le schede obiettivi, debitamente sottoscritte, assume l'atto deliberativo;
- d) effettua un monitoraggio periodico dell'andamento degli obiettivi in funzione della loro scadenza e della loro rilevanza. A questo proposito, a cadenza trimestrale, la Struttura in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, mette a disposizione della Direzione Generale e dei Direttori dei Dipartimenti/Sos Dipartimentali, Soc e Sos in staff alla Direzione Generale alcuni report per verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, anche al fine di adottare eventuali azioni correttive. Qualora lo scostamento sia stato determinato dal sopraggiungere di condizioni esterne che hanno modificato la situazione originaria i Direttori di Dipartimento/Struttura possono chiedere alla Direzione Generale l'attivazione della procedura di revisione dell'obiettivo a suo tempo assegnato, motivandone la richiesta. La procedura di revisione viene gestita dalla Direzione Generale con il supporto delle strutture di staff, che ne comunica l'esito all'Organismo Indipendente di Valutazione. Gli obiettivi possono essere modificati/integrati dalla Direzione Generale in corso d'anno, anche per effetto dell'assegnazione, al Direttore Generale, degli obiettivi annuali da parte della Regione.

Nell'ambito della scheda obiettivi assegnata ad ogni Direttore di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale, di funzione a ciascun obiettivo è assegnato un peso; la somma totale del peso di tutti gli obiettivi è pari a 100.

Collaborazione viene fornita anche dalla Struttura funzionale Tecnica permanente per la misurazione della performance

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), l'anno successivo a quello di riferimento, valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Dipartimento, di Sos Dipartimentale, di Soc, di Sos in staff al Direttore Generale, di funzione. Per effettuare la valutazione l'O.I.V. utilizza la reportistica resa dalla Struttura in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, e agisce in sinergia con la Struttura funzionale Tecnica Permanente per la misurazione della performance (costituita con atto deliberativo n. 126 del 31.3.2015, successivamente integrata con atto n. 790 del 2.8.2018). Inoltre l'O.I.V. tiene conto della relazione trasmessa da ciascun Direttore, delle informazioni ed elaborazioni fornite dai soggetti titolati a detenerle o produrle, della relazione predisposta dai Coordinatori eventualmente individuati per specifici obiettivi, degli indicatori e standard che costituiscono parte integrante della scheda obiettivi.

Sulla scorta delle informazioni così ottenute l'O.I.V. valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi effettuando verifiche dirette rispetto ai dati rilevati ed alla documentazione pervenuta e anche visite a campione. Nel caso di difformità tra dati a disposizione e gli esiti delle verifiche l'O.I.V. analizzerà lo scostamento riscontrato. La valutazione finale di risultato è espressa come percentuale complessiva di raggiungimento ottenuta effettuando la somma delle percentuali di raggiungimento dei singoli obiettivi moltiplicato per il valore in "peso" rispettivamente assegnato.

Terminata la valutazione gli esiti del controllo vengono trasmessi dalla segreteria al Direttore Generale che, in base alle risultanze, assume gli atti di competenza.

Dopo che il Direttore Generale ha preso formalmente atto delle risultanze del lavoro dell'O.I.V. le stesse vengono trasmesse all'Ufficio Personale che provvede ad erogare, per quell'anno, il saldo degli incentivi.

Con atto deliberativo n. 221 del 15.3.2024 è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per un triennio, con decorrenza 15.3.2024. Le procedure per la costituzione dell'O.I.V. sono normate dal D.M. del Ministero per la Pubblica Amministrazione del 6 agosto 2020 e s.m.i. e l'attività dell'O.I.V. dalle disposizioni del Dipartimento per la Funzione Pubblica e dall'A.N.A.C.

2.2.7 Collegamento con il Piano di Prevenzione della corruzione e trasparenza

L'art. 10, comma 3, del D.Lvo n. 33/2013 (e s.m.i.), prevede che gli obiettivi indicati nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza (che ora è inserito in una sezione del P.I.A.O.) siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Azienda definita nell'ambito del Piano della Performance e negli altri documenti di programmazione aziendale.

Dall'esame del Piano Nazionale Anticorruzione (PNE) 2013 emerge che *"... l'efficacia del P.T.P.C. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione pertanto è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione"*.

L'art. 41, comma 1, lett. h), del D.Lvo n. 97/2016 ha introdotto, nell'art. 1 della L. n. 190/2012, il comma 8bis stabilendo che l'Organismo indipendente di valutazione verifica che i Piani

triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale e che, nella misurazione e valutazione della performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza. L'Azienda ha posto particolare attenzione alla coerenza tra il P.T.P.C.T. e la performance. La prevenzione ed il contrasto della corruzione (vedi L. n. 190/2012 e s.m.i.) e la promozione della trasparenza (vedi D.Lvo n. 33/2013 e s.m.i.) sono ricompresi in un'area strategica dell'azienda e rientrano tra gli obiettivi strategici, che verranno declinati, anche per il 2025, in obiettivi operativi.

2.2.8 Coerenza con la programmazione economico - finanziaria e di bilancio

Secondo quanto previsto dall'articolo 5, comma 1, e dall'articolo 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito della performance avviene in maniera integrata con il processo di programmazione e di bilancio di previsione. L'integrazione ed il collegamento tra la pianificazione della performance ed il processo di programmazione e di bilancio viene realizzata tramite:

- a) il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei due processi (ovvero della Soc Gestione Economico-Finanziaria e Patrimonio, della Sos in Staff alla Direzione Generale, Controllo di Gestione, dei Responsabili delle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie);
- b) l'utilizzo di strumenti integrati dei due processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo e della contabilità economico finanziaria.

Per quanto attiene il bilancio di previsione per l'anno 2025 si rileva che, con deliberazione n. 894 del 29.11.2024, è stato adottato il bilancio economico preventivo provvisorio tecnico per l'esercizio 2025, in attesa del riparto del FSN 2025 e 2024.

2.2.9 Azioni per il miglioramento del ciclo di gestione delle performance

Per quanto attiene la performance la sottosezione 2.2 del P.I.A.O (analogamente alle altre sezioni/sottosezioni) potrà essere integrata anche in corso d'anno nel caso in cui dovessero intervenire disposizioni in merito ad un nuovo assetto organizzativo o l'azienda dovesse disporre di dati più aggiornati o dovesse adeguarsi a disposizioni normative.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PARTE PRIMA: GENERALE

Il DM n. 132 del 30.6.2022 del Ministro per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha previsto, nel Piano tipo del P.I.A.O., nell'ambito della sezione 2, una sottosezione dedicata ai rischi corruttivi ed alla trasparenza. In questa sottosezione vengono definite le strategie di prevenzione dell'illegalità con l'obiettivo di aumentare la capacità di scoprire eventuali situazioni corruttive e creare un contesto sfavorevole al loro verificarsi e vengono definiti gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio.

Nello strutturare la sottosezione dedicata ai rischi corruttivi ed alla trasparenza si è tenuto conto, oltre che della normativa specifica, del contenuto dei Piani Nazionali Anticorruzione ad oggi emanati, tra gli altri del PNA 2022 (adottato con delibera n. 7 del 17.1.2023), dell'aggiornamento 2023 del PNA 2022 (adottato con delibera n. 605 del 19.12.2023), delle linee guida ANAC adottate su aspetti specifici, sul documento, approvato dal Consiglio A.N.A.C. in data 2 febbraio 2022, di oggetto "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza anno 2022". ANAC ha predisposto l'aggiornamento 2024 al PNA 2022 attualmente in consultazione.

Con riferimento al PNA 2022 ANAC ha precisato che tale Piano si colloca in una fase storica complessa, caratterizzata da forti cambiamenti legati agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare la crisi derivante dalla pandemia oltre che dagli eventi bellici nell'Europa dell'Est. Il forte flusso di denaro a disposizione delle Amministrazioni e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per realizzare molti interventi in modo celere richiedono un rafforzamento dell'integrità pubblica e la messa in atto di azioni di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi.

Occorre anche precisare che la prevenzione della corruzione è fondamentale per la creazione del valore pubblico ed ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione pubblica. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e per perseguire obiettivi di imparzialità e di trasparenza la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico riducendo gli sprechi ed orientando correttamente l'azione amministrativa.

Si ritiene di effettuare un sintetico riferimento al concetto di corruzione in Italia che, per molti anni, è stato affrontato con un approccio quasi esclusivamente di tipo repressivo, mentre con l'emanazione della legge n. 190/2012 si è previsto un sistema organico di prevenzione della corruzione che si caratterizza nell'articolazione del processo di formulazione/attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su 2 livelli: nazionale e decentrato. In sostanza con la L. n. 190 si è delineata una nozione di corruzione amministrativa più estesa di quella penale, riconducibile alla *maladministration* ovvero si fa riferimento ad atti e comportamenti che, seppur non consistenti in specifici reati, venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione. Rileva, pertanto, ogni forma di abuso della cosa pubblica o di strumentalizzazione dell'ufficio diretto al conseguimento di un fine diverso rispetto a quello legato all'interesse pubblico generale.

L'evidenziazione di sprechi e/o di situazioni di malfunzionamento può consentire di recuperare risorse utili a migliorare la qualità delle cure offerte.

L'ASL VCO, nel far propri i concetti di corruzione sopra delineati, prevede, nel vigente atto aziendale, tra i valori fondanti che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione quelli relativi: - alla messa in atto di azioni volte alla prevenzione ed alla repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012 e smi; - alla realizzazione della trasparenza dell'attività amministrativa che rappresenta uno degli assi portanti della politica anticorruzione impostata dalla L. n. 190/2012.

Occorre anche evidenziare che la gestione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.R.R.), con gli ingenti fondi messi a disposizione anche delle aziende sanitarie, comporta la necessità di rafforzare i valori dell'etica e mettere in atto le azioni per prevenire eventuali eventi corruttivi.

Modello organizzativo e funzioni dell'ASL VCO

Si rinvia alla sezione I del PIAO.

Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e collegamento con la Performance

- L'art. 1, comma 8, della L. 190/2012, attribuisce all'organo di indirizzo il compito di definire gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del contenuto della sottosezione 2 del PIAO.
- Gli obiettivi su cui si fonda la strategia nazionale, declinati nel Piano Nazionale Anticorruzione, sono assunti come obiettivi strategici, al cui conseguimento concorrono i Dirigenti di Struttura e tutto il personale, in sinergia con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con i Referenti anticorruzione e con tutti quei soggetti che, concorrono, a vario titolo, a prevenire i fenomeni corruttivi. Tali obiettivi possono essere così riepilogati:

Obiettivi strategici ASL VCO	
1	Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione
2	Creare un contesto sfavorevole alla corruzione
3	Aumentare la capacità di individuare casi di corruzione
4	Realizzare una sempre miglior integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione ed i sistemi di controllo interno
5	Tenere conto delle disposizioni della sottosezione 2 del PIAO in sede di predisposizione della sottosezione dedicata alla performance.

- Il primo ed il secondo obiettivo sono perseguibili attraverso: - la diffusione della cultura dell'etica e della legalità, del Codice di comportamento tra tutti i dipendenti e collaboratori - la messa in campo di attività formative.

- Il terzo obiettivo si può realizzare attraverso la diffusione del valore positivo del “*Whistleblower*”, tutelando il dipendente/collaboratore che effettua segnalazioni di illecito, monitorando le segnalazioni pervenute, valutando attentamente eventuali segnalazioni di discriminazione nei confronti del *whistleblower*, al fine di intervenire in modo tempestivo. Tale obiettivo può essere attuato anche attraverso questionari/interviste per valutare la percezione della corruzione da parte dei dipendenti e capire quanto è sviluppato il valore dell’integrità.
- Il quarto obiettivo è quello volto a migliorare l’integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione ed i sistemi di controllo interno.
- Il quinto obiettivo è legato al fatto che, in sede di predisposizione della sottosezione del P.I.A.O. dedicata alla Performance, si deve tener conto degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. A questo proposito A.N.A.C., con determinazione n. 12/2015 di aggiornamento al Piano 2013, ha precisato che “... particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra il Piano per la Prevenzione della Corruzione ed il Piano della Performance sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici ed ai loro dirigenti”.

La sottosezione 2.3 del P.I.A.O. “Rischi corruttivi e trasparenza” è in stretto collegamento con le seguenti sottosezioni del P.I.A.O.:

- la sottosezione 2.1 obiettivi di valore;
- la sottosezione 2.2 dedicata alla performance: tra le aree e gli obiettivi strategici ed operativi, è stata inserita la trasparenza e la prevenzione della corruzione. Nella scheda annuale dove si declinano gli obiettivi ai Direttori di Struttura sono stati introdotti obiettivi specifici inerenti l’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di attuazione della trasparenza realizzata mediante l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione nella apposita sezione del sito aziendale, sottosezione “*Amministrazione Trasparente*” al fine di assicurare un costante e diffuso controllo sull’efficienza, efficacia e trasparenza dell’azione amministrativa;
- la sottosezione 3.3.1 relativa al Piano formativo annuale in quanto, all’interno del Piano, è previsto l’inserimento di sessioni formative in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- la sezione III riferita all’organizzazione ed al capitale umano: la diffusione in azienda del Codice di Comportamento è di primaria importanza il quanto il documento rappresenta una misura di prevenzione della corruzione declinando una serie di comportamenti che il dipendente della amministrazione (e tutti coloro i quali operano per la stessa) sono tenuti ad osservare.

Il processo di elaborazione sezione 2.2 del PIAO: soggetti interni, ruoli e responsabilità

La sezione 2.2 del P.I.A.O. è stata elaborata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (R.P.C.T.) coordinandosi con i Responsabili delle altre sezioni di cui si compone il P.I.A.O. e con coloro i quali sono coinvolti nella messa in atto di azioni volte a prevenire la corruzione.

La figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è stata introdotta dalla L. n. 190/2012 quale punto di riferimento interno ad ogni amministrazione per l'attuazione della normativa. A.N.A.C., con delibera n. 840/2018 ha precisato che l'obiettivo principale assegnato al R.P.C.T. è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione. Perciò l'attività di vigilanza e controllo che il R.P.C.T. può esercitare all'interno dell'Azienda devono rimanere connessi a questo obiettivo. Se il R.P.C.T. riceve segnalazioni o riscontri fenomeni di corruzione i suoi compiti di sostanziano in una deliberazione sul *fumus* di quanto rappresentato al fine di stabilire se esistono ragionevoli presupposti di fondatezza. Nel caso ricorra tale evenienza il R.P.C.T. si dovrà rivolgere agli organi interni o agli enti istituzionali esterni preposti ai necessari controlli. A.N.A.C. osserva che *“Resta fermo che non spetta al R.P.C.T. nè accertare responsabilità individuali – qualunque natura esse abbiano – nè svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione...”*.

Il R.P.C.T. viene individuato dall'organo di indirizzo, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio. Il D.Lgs. n. 97/2016 ha attribuito a tale figura anche la funzione di Responsabile della trasparenza. Nell'ambito dell'ASL VCO il R.P.C.T. è la Dr.ssa Giuseppina Primatesta, nominata con atto deliberativo n. 98 del 28.2.2017, confermata con deliberazione n. 285 del 10.4.2020 e, da ultimo, 530 del 30.6.2023. In caso di assenza prolungata il Direttore Generale provvederà ad adottare un atto formale di conferimento dell'incarico.

Il R.P.C.T., come previsto dalla L. n. 190/2012 e dalla Circolare D.F.P. n. 1/2013, svolge, tra gli altri, i seguenti compiti (trattasi di elencazione non esautiva): - elabora il Piano triennale della prevenzione della Corruzione”, ora predispone la parte da inserire nella sezione II del P.I.A.O.); - definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione; - verifica l'efficace attuazione del piano e può proporre modifiche al Piano quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni o quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione; - redige una relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta (la relazione riferita all'anno 2024 verrà predisposta entro il 31.1.2025 come disposto dal Presidente dell'A.N.A.C. con un comunicato del 29.10.2024); - vigila in merito al rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs n. 39/2013 in materia di inconfiribilità e di incompatibilità degli incarichi; - svolge le funzioni in ambito di trasparenza previste dal D.Lgs 33/2013 e smi; - effettua il riesame dell'accesso civico in caso di diniego, totale o parziale, dell'accesso o di mancata risposta entro il termine di 30 giorni; - diffonde la conoscenza del Codice di Comportamento aziendale; - segnala all'organo di indirizzo ed all'O.I.V. le eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza ed indica, agli uffici competenti all'esercizio

dell'azione disciplinare, i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il RPCT è soggetto a responsabilità così come disposto dall'art. 1 della L. n. 190/2012. Qualora, nei confronti del R.P.C.T, vengano avviati procedimenti disciplinari o penali si procede alla revoca dell'incarico.

Modalità di comunicazione: tutte le comunicazioni con il R.P.C.T., quali trasmissioni di atti, dati, documenti, relazioni, devono avvenire tramite e mail: **anticorruzione@aslvco.it**.

I dipendenti, nel caso intendano segnalare fatti e comportamenti illeciti, o comunque contrari alle norme del codice di Comportamento, possono utilizzare il canale informatico crittografato, con tecnologia fornita, gratuitamente, da *GlobalLeaks*, utilizzabile cliccando sul sito www.aslvco.it.

Di seguito si riportano i soggetti che, a vario titolo, collaborano con il R.P.C.T. e, perciò, sono coinvolti nella messa in atto di azioni volte a prevenire la corruzione:

Il Direttore Generale
I Referenti per la prevenzione della corruzione
I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali
I Dipendenti dell'Azienda
Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)
L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
L'Ufficio Ispettivo
L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (U.P.D.)
Il Collegio Sindacale
Il Gestore delle segnalazioni relative ad ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo
Il Responsabile per la Transizione al Digitale (RTD)
Il Responsabile per la Protezione dei dati personali (RTD o DPO)
I Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda
Gli stakeholder interni ed esterni.
Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.)

Il Direttore Generale

L'art. 1, comma 8, della L. n. 190/2012 e smi prevede che l'organo di indirizzo, il Direttore Generale nell'ambito dell'Azienda Sanitaria, coadiuvato dal Direttore Sanitario ed Amministrativo per quanto di rispettiva competenza: -definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che sono da correlare altresì con gli obiettivi di

valore pubblico indicati nel P.I.A.O.; - nomina il R.P.C.T.; - adotta, annualmente, su proposta del R.P.C.T., il Piano triennale per la prevenzione della corruzione che ricomprende, in apposita sezione, il programma della trasparenza, Piano confluito ora nel P.I.A.O.

I Referenti per la prevenzione della corruzione

La legge ha previsto la nomina di un responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza intendendo concentrare in un unico soggetto le iniziative e le responsabilità per il funzionamento dell'intero meccanismo della prevenzione. Tuttavia il Dipartimento della Funzione Pubblica (D.F.P.), con la circolare n. 1/2013, ha previsto la possibilità di designare dei Referenti per le diverse articolazioni dell'amministrazione, anche tenuto conto dei settori maggiormente esposti a rischio corruttivo.

I Referenti aziendali (a suo tempo nominati con atto deliberativo n. 359/2017) ora sono così individuati:

Direttori: Soc Gestione Economico – Finanziaria e Patrimonio – Sos Gestione economica del personale e relazioni sindacali – Sos Acquisizione e gestione giuridica del personale - Soc Farmacia – Soc Distretto VCO – Soc DSO – Direttore Dipartimento di Prevenzione – Responsabili: Sos Acquisizione Beni e Servizi – Sos Tecnologia dell'Informazione e della Comunicazione (ICT) - Sos Contenzioso e supporto legale, Assicurazioni - Sos Libera Professione, Ufficio Convenzioni - Sos TECANO - Responsabile Ufficio Comunicazione e URP.

L'azione dei Referenti è subordinata alle indicazioni del Responsabile che, tuttavia, resta il riferimento aziendale per l'implementazione dell'intera politica di prevenzione dell'ambito dell'amministrazione e per le eventuali responsabilità che ne dovessero derivare. Le attività che competono ai Referenti sono le seguenti: - collaborare per l'attuazione e la revisione del Piano, per la diffusione della cultura della prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti; - svolgere compiti di coordinamento e raccordo al fine di facilitare il meccanismo di comunicazione; - informare il responsabile della prevenzione e le varie strutture aziendali interessate all'applicazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo; - relazionare al R.P.C.T. e segnalare, tempestivamente, fatti corruttivi, tentati o realizzati, all'interno dell'amministrazione e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata, ovvero in merito a contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

I Dirigenti responsabili delle Strutture aziendali

Ai dirigenti responsabili delle strutture aziendali sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. I dirigenti, al fine di diffondere la cultura dell'etica, possono mettere in atto interventi volti a coinvolgere e motivare il personale organizzando, periodicamente, con i propri collaboratori, riunioni di condivisione sui principi sottesi alla prevenzione della corruzione nonché sulla conoscenza del contenuto della sezione II del PIAO riferita ai rischi corruttivi e del codice di comportamento. In particolare l'art. 16, commi 1bis, 1ter, 1quater del D.Lgs n. 165/2001 e smi, prevede che i dirigenti:

- concorrono a definire misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio a cui sono preposti; - forniscono le

informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruttivo e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo; -- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotta di natura corruttiva; - partecipano all'aggiornamento della sezione 2.2 del P.I.A.O. fornendo attiva collaborazione al R.P.C.T. nella valutazione del grado di rischio e nell'individuazione delle misure per prevenirlo; - adottano misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs n. 39/2013 e smi.

I Dipendenti dell'Azienda

L'art. 8 del DPR 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del R.P.C.T., dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. L'art. 1, punto 14, della L. n. 190/2012 smi, prevede che la violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste nella sezione II del P.I.A.O. costituisce illecito disciplinare.

Il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (R.A.S.A.)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) il R.P.C.T. è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione ed all'aggiornamento dei dati e ad indicarne il nome all'interno della sezione II del PIAO riferita ai rischi corruttivi. Nell'ambito dell'ASL VCO l'incarico è stato assegnato, con deliberazione n. 1005 del 29.12.2023, al Responsabile della Sos Acquisizione Beni e Servizi, Dr. Andrea Chiodi.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'O.I.V. riveste un ruolo importante nel coordinare il sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni. All'O.I.V. compete di: - verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione (ora inseriti nella sezione II del P.I.A.O.) siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione della performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza (art. 44 del D.Lgs 33/2013); - verificare i contenuti della relazione annuale, redatta dal R.P.C.T., in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza; - esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento aziendale; - promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza secondo le linee guida ANAC che definisce, annualmente, le modalità per la predisposizione dell'attestazione.

L'Ufficio Ispettivo

L'art.1, comma 62, della L. n. 662 del 23.12.1996 ha previsto che le Amministrazioni, per effettuare verifiche a campione sui propri dipendenti volte ad accertare l'osservanza delle

disposizioni di cui ai commi dal 56 al 65 si avvalgono di servizi ispettivi la cui attività è finalizzata ad accertare l'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità del rapporto di lavoro, a tempo pieno e parziale, anche ai fini del corretto svolgimento di attività libero-professionale intra ed extra muraria, nonché all'applicazione del divieto di cumulo di impieghi ed incarichi. Successivamente all'entrata in vigore della L. n. 662/1996 vennero emanate altre disposizioni in materia, il DM 31.7.1997, il DPCM 27.3.2000, la legge n. 120 del 30.8.2007, l'art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 e smi, il D.Lgs n. 39 dell'8.4.2013.

L'Ufficio Ispettivo dell'ASL VCO venne istituito con deliberazione n. 979 del 29.12.2008 più volte integrata (con atto n. 518/2009 e n. 691/2009). Venne rivista la composizione con deliberazione n. 338 del 10.4.2018, approvando un nuovo regolamento e facendo cessare gli effetti delle precedenti deliberazioni. La deliberazione n. 338 è stata di recente modificata, con riguardo alla composizione dell'Ufficio Ispettivo, con deliberazione n. 555 del 14.7.2023.

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (U.P.D.)

L'ufficio è competente per le infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale (art. 55-bis D.Lgs n. 165/2001 e smi) e provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR n. 3/1957; art. 1, co 3, L. n. 20/1994; art. 331 cp).

Propone l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale. Collabora e informa il R.P.C.T. di fatti rilevanti ai fini dell'aggiornamento del Piano.

Il Collegio Sindacale

Svolge funzioni di controllo di regolarità dell'azione amministrativa e contabile dell'azienda.

Il Gestore delle segnalazioni relative ad ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo

Il responsabile antiriciclaggio è il "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio (come disposto dal Decreto del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015) delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni all'Unità di Informazione Finanziaria (U.I.F.), istituita presso la Banca d'Italia. Con deliberazione n. 1171 del 21.12.2018 è stato nominato il gestore delle segnalazioni ovvero il Direttore della Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, Dr.ssa Manuela Succi. Con atto n. 748 del 27.9.19 è stato adottato il Regolamento in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo dell'Azienda Sanitaria Locale VCO.

Il Responsabile per la Transizione al Digitale (RTD)

Il Codice di Amministrazione Digitale (CAD), per facilitare il processo digitale, ha introdotto all'art 17 per le pubbliche amministrazioni la figura dell'RTD a cui affidare la transizione alla modalità operativa digitale. I compiti attribuiti al RTD afferiscono a diverse dimensioni, a quella tecnologica (sviluppo sistemi informativi, sicurezza informatica ed altro), a quella normativa (rispetto degli adempimenti di legge), a quella finanziaria (per individuare risorse e stabilire priorità di intervento) e a quella organizzativa (revisione di processi interni e attività formative). Considerata la trasversalità delle funzioni l'RTD agisce in stretta integrazione con molte figure interne all'azienda ed anche con il R.P.C.T. Ciò al fine di assicurare che

l'applicazione delle tecnologie ai processi di riorganizzazione dell'azienda risponda a caratteristiche di trasparenza. Con deliberazione n. 14 del 12.1.2023 è stato nominato come RTD il Responsabile della Sos ICT, Dr. Benedetto Femia.

Il Responsabile per la Protezione dei dati personali (RTD o DPO)

Il responsabile della protezione dei dati personali (di seguito RPD), conosciuto anche come Data protection officer (DPO) è una figura prevista dall'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679. Si tratta di un soggetto designato dal titolare per assolvere a funzioni di supporto e di controllo, consultive, formative e informative relativamente all'applicazione del RGPD. A tal fine deve essere tempestivamente coinvolto in tutte le questioni riguardanti la protezione dei dati personali anche con riferimento ad attività di interlocuzione con il Garante della Privacy. Il RPD può essere individuato in una professionalità interna all'ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente (articolo 37 del Regolamento UE 2016/679. L'aggiornamento al PNA 2018, adottato con delibera ANAC n. 1074/2018, dedica ampio spazio ai rapporti tra la figura del RPCT e del Responsabile della Protezione dei Dati. Le due figure devono collaborare anche per realizzare un bilanciamento tra trasparenza e privacy. Con deliberazione n. 240 del 23.3.2023 si è provveduto all'affidamento, a seguito di procedura negoziata tramite piattaforma Mepa, per 24 mesi (dall'1.4.2023 al 31.3.2025), del servizio di Responsabile Protezione Dati ai sensi dell'art. 37 del regolamento UE 2016/679 (GDPR) alla Società Global Com Technologies Srl.

I Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda sono tenuti ad osservare le misure contenute nel Piano (art. 1, comma 14, L. n. 190/2012) e segnalano eventuali situazioni di illecito.

Gli stakeholder interni ed esterni

I soggetti portatori di interessi, interni ed esterni all'azienda, partecipano, con le proprie osservazioni, all'aggiornamento della sezione II del P.I.A.O.

A.N.A.C., con la delibera n. 1064 del 13.11.2019, ha raccomandato alle amministrazioni di mettere in atto forme di consultazione, da pubblicizzare adeguatamente, volte a sollecitare la società civile e le organizzazioni portatrici di interessi collettivi a formulare proposte da valutare in sede di redazione della sezione II del P.I.A.O. dedicata ai rischi corruttivi, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento.

Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.)

Il R.P.C.T. è tenuto a collaborare con A.N.A.C. fornendo le eventuali informazioni richieste per quanto attiene la vigilanza sulle misure di prevenzione della corruzione (si rinvia alla delibera ANAC n. 330/2017) o sulla trasparenza (si rinvia alla delibera ANAC n. 3290/2017).

L'Autorità, con delibera n. 27/2022 ha istituito il Registro dei RPCT presenti nelle Amministrazioni. Il registro è funzionale al potenziamento dei canali di comunicazione tra l'Autorità ed i RPCT e a creare una rete nazionale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Raccordo tra obiettivi riferiti ai rischi corruttivi e programmazione strategica/operativa

L'art. 10, comma 3, del D.Lvo n. 33/2013 (e s.m.i.), prevede che gli obiettivi indicati nella sezione del P.I.A.O. dedicata ai rischi corruttivi siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Azienda definita nell'ambito del Piano della Performance e negli altri documenti di programmazione aziendale.

Dall'esame del Piano Nazionale Anticorruzione (PNE) 2013 emerge che *"... l'efficacia del P.T.P.C. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione pertanto è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione"*.

L'art. 41, comma 1, lett. h), del D.Lvo n. 97/2016 ha introdotto, nell'art. 1 della L. n. 190/2012, il comma 8bis stabilendo che l'Organismo indipendente di valutazione verifica che i Piani triennali per la prevenzione della corruzione (ora inseriti nella sezione II del P.I.A.O.) siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale e che, nella misurazione e valutazione della performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione ed alla trasparenza. L'Azienda ha posto particolare attenzione alla coerenza tra rischi corruttivi e performance. La prevenzione ed il contrasto della corruzione (vedi L. n. 190/2012 e s.m.i.) e la promozione della trasparenza (vedi D.Lvo n. 33/2013 e s.m.i.) sono ricompresi in un'area strategica dell'azienda e rientrano tra gli obiettivi strategici, che verranno declinati, anche per il 2024, in obiettivi operativi.

PARTE SECONDA: ANALISI DEL CONTESTO

Analisi del contesto esterno

Il settore sanitario presenta caratteristiche peculiari (entità delle risorse gestite, dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, rapporto tra attività istituzionale e libero professionale ecc.) che lo espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi.

Relativamente al contesto esterno occorre osservare che, dal 2020, l'emergenza pandemica ha messo a dura prova il sistema sanitario determinando: - un aumento della spesa per fronteggiare l'emergenza; - una riduzione dei ricoveri ospedalieri non aventi carattere di urgenza per fronteggiare il ricovero di pazienti affetti da covid-19; - un aumento dei tempi di attesa per accedere ai servizi sanitari per prestazioni di tipo ambulatoriale. Se si aggiunge la guerra e le conseguenze anche in termini di crisi economica non può che rendere evidente il fatto che le risorse a disposizione, scarse, devono essere gestite in modo efficiente evitando sprechi anche a causa di comportamenti opportunistici. Non c'è dubbio che il settore della sanità rappresenta un ambito economico importante per il numero di addetti, per i volumi di attività gestiti e per l'elevato assorbimento di risorse statali e regionali. Si tratta di un settore colpito da fenomeni corruttivi e ciò porta la sottrazione di risorse ai programmi di assistenza e la riduzione della fiducia dei cittadini verso il servizio sanitario. L'indice che viene utilizzato quando si cerca di quantificare la corruzione presente in un Paese è quello legato alla "corruzione percepita" noto come "*Corruption Perception Index*" (Cpi) elaborato, a partire dall'anno 1995, dall'Associazione non governativa e no profit "*Transparency International*" impegnata nella lotta alla corruzione. Con riguardo all'anno 2023 l'Italia si colloca al 42° posto su una classifica di 180 paesi.

Per quanto riguarda la situazione nella Provincia del Verbano, Cusio ed Ossola (V.C.O.) contattando la Prefettura è emerso, situazione confermata anche negli anni pregressi, che la Provincia del V.C.O. non sembra interessata da infiltrazioni da parte della criminalità organizzata elemento che generalmente si accompagna al fenomeno della corruzione.

Analisi del contesto interno

Per quanto attiene il contesto interno occorre segnalare che la struttura organizzativa è definita e rappresentata dal vigente atto aziendale (adottato con atto deliberativo n. 602 del 18.8.2022 ed approvato dalla Regione Piemonte) che identifica l'azienda, le proprie regole e strategie di organizzazione interne volte ad ottimizzare il proprio funzionamento. Occorre osservare che la maggior parte degli ambiti di attività dell'azienda (analogamente a tutte le aziende sanitarie) sono legati al rispetto: - di norme di legge (sia statali che regionali); - di regolamenti; - di procedure/percorsi che disciplinano una parte dei processi aziendali. In tal modo si riduce l'ambito di discrezionalità e si previene la possibilità di errori involontari da parte di operatori e funzionari. Ciò detto occorre comunque un costante impegno diretto alla revisione della regolamentazione dei diversi processi aziendali. Con riferimento alla dimensione dell'Azienda ed alla sua struttura organizzativa si rinvia alla sezione I del P.I.A.O.

E' molto importante promuovere un sistema di prevenzione della corruzione visto non come un sistema di tipo ispettivo ma come supporto che, nel sostenere la cultura del rischio, agisca in sinergia con i controlli interni attivi in azienda ovvero: - il sistema qualità (reso concreto grazie alla messa in atto, in ambito sanitario, di percorsi e procedure); - il sistema dei controlli realizzato dalla struttura Controllo di Gestione; - l'attività svolta dai componenti del Collegio Sindacale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.); - l'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) coordinato dal Direttore della Soc Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio; - l'attività del Servizio Ispettivo; - l'attività svolta dal referente qualità/rischio clinico. In tal modo si possono creare dei flussi informativi adeguati che consentono di responsabilizzare i vari livelli decisionali. Inoltre risulta prioritario sviluppare i temi legati ai valori etici, che devono guidare l'agire del dipendente pubblico, anche organizzando momenti formativi e di confronto sul tema. Le verifiche da effettuare presso le strutture aziendali in tema di prevenzione della corruzione dovrebbe portare alla diffusione della cultura dell'integrità impostando il lavoro attraverso un'attività di controllo interno.

Ambito di applicazione ed obblighi di conoscenza

Le disposizioni contenute nella sottosezione 2 del P.I.A.O. si applicano, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato e determinato, a tutti coloro i quali, a qualsiasi titolo, stabilmente o temporaneamente, instaurano rapporti o relazioni con l'Azienda ed operano per perseguirne gli obiettivi (es. collaboratori, consulenti, specializzandi, tirocinanti con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, i collaboratori, a qualsiasi titolo, di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'azienda, per quanto compatibile) oltre che agli organi ed organismi aziendali.

La presa visione di tale sottosezione e la conoscenza/applicazione dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari.

Misure previste per il 2025	Strutture coinvolte
Pubblicare un avviso sui sito internet/ e su intranet dell'avvenuta pubblicazione del P.I.A.O., in particolare della relativa sottosezione, al fine di consentirne la conoscenza.	U.R.P./Ufficio Stampa
Informare i propri collaboratori circa la pubblicazione del P.I.A.O. e della relativa sottosezione, sollecitandone l'applicazione.	Direttori di Struttura
Informare i nuovi assunti/collaboratori dell'obbligo di prendere visione del PIAO, in particolare della relativa sottosezione, e di applicarne i contenuti.	Soc Gestione Personale e Relazioni sindacali
Informare imprese/associazioni che operano nell'ambito dell'Azienda dell'obbligo di far conoscere il P.I.A.O., in particolare la relativa sottosezione, ai propri dipendenti/collaboratori al fine di applicarne i contenuti.	Soc Logistica e Servizi Informatici – Sos in staff Tecnico e coordinamento aziendale nuovo ospedale - Soc Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri Verbania-Domodossola - Soc Distretto VCO – Dipartimento di Prevenzione – Soc Farmacia – Soc Serd – Soc Servizio Salute Mentale Territoriale.

MAPPATURA DEI RISCHI

Per mappare i rischi si è anche tenuto conto delle aree di rischio, generali e specifiche, elencate da A.N.A.C., con la deliberazione n. 1064/2019.

Aree di rischio generali relative 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 – reclutamento e progressione del personale – gestione risorse umane - – gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio - controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni, attestazioni - affari legali e contenzioso – reclami con il pubblico – gestione rischi dei lavoratori dipendenti. .

Aree di rischio specifiche (con riguardo ad Aziende del Servizio Sanitario Nazionale): attività libero professionale - liste di attesa - rapporti contrattuali con soggetti erogatori - farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: sperimentazioni- attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero – altre attività correlate all'ambito ospedaliero (trasporti secondari- accesso personale esterno).

Sono inoltre previste le aree a rischio: Antiriciclaggio e Rischi connessi all'attuazione dei progetti del P.N.R.R.

E' stata cancellata l'area riferita all'emergenza Covid-19, visto il superamento dell'emergenza covid.

Per ogni area è stata effettuata una prima analisi dei processi/fasi e, per ogni processo/fase, sono stati esaminati rivisti i rischi e le misure.

PARTE TERZA: LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato ed analizzato al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive e preventive (trattamento del rischio).

A.N.A.C., con la deliberazione n. 1064 del 13.11.2019 (PNA 2019), ha rilevato che la stessa si articola in tre fasi:

-identificazione del rischio; - analisi del rischio – ponderazione del rischio.

Attraverso l'identificazione del rischio si intende individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. Si prevede la creazione di un "Registro degli eventi rischiosi" nel quale sono riportati tutti gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione. Si tratta di una fase importante in quanto un evento rischioso che non viene identificato non potrà essere gestito e ciò potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

La fase di identificazione si è basata:

- sugli esiti dell'analisi del contesto interno ed esterno;
- sull'esame del monitoraggio effettuato sul Piano;
- sulle eventuali segnalazioni, da parte dell'U.P.D., di comportamenti, condotte illecite o comunque in violazione del codice di comportamento e disciplinare dall'U.P.D.;
- sulle eventuali segnalazioni, da parte dell'U.R.P., riferite a dati quali/quantitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio;
- sulle eventuali segnalazioni, provenienti dalla Soc Affari Generali, Legali ed Istituzionali, riportanti i dati quali/quantitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva;
- sulle eventuali segnalazioni effettuate dal Servizio Ispettivo aziendale;
- sulle eventuali segnalazioni pervenute tramite il canale Whistleblowing".

Attraverso l'analisi del rischio si intende pervenire, da un lato, ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, dall'altro, stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

L'analisi del rischio è stata effettuata tenendo conto, come previsto nel PNA 2019:

- dei fattori abilitanti (ovvero degli elementi di contesto che possono agevolare il verificarsi di eventi corruttivi);
- degli indicatori di stima (del livello di rischio ovvero: - il grado di discrezionalità del decisore nel processo/fase – il grado di interesse esterno; - gli eventuali eventi corruttivi

verificatisi in passato in quel processo). Sono stati quindi individuati dei criteri sulla base dei quali è stata condotta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei singoli processi come di seguito riportata:

<u>Indicatori di rischio</u>	<u>Livello di rischio</u>	<u>Note</u>
Grado di discrezionalità del processo (presenza o meno di norme, di procedure più o meno codificate...)	Alto	Processo altamente discrezionale
	Medio	Processo vincolato ma solo in parte
	Basso	Processo vincolato
Impatto economico del processo (nel senso di vantaggi esterni di rilevante interesse economico, di medio interesse o di scarso interesse economico)	Alto	Valore economico alto
	Medio	Valore economico medio
	Basso	Valore economico basso
Manifestazione di eventi corruttivi sul processo/attività	Alto	Si sono realizzati eventi corruttivi in passato
	Basso	Non si sono realizzati, in passato, né eventi corruttivi né segnalazioni
	Medio	Si sono verificate segnalazioni
Adeguatezza dei controlli in atto a neutralizzare il rischio	Alto	Controllo non è efficace
	Medio	Controllo è efficace parzialmente
	Basso	Controllo è un efficace strumento di neutralizzazione del rischio

Per analizzare il rischio si è ritenuto di adottare un approccio qualitativo applicando una scala di misurazione (alto – medio - basso) come suggerito da A.N.AC. Attraverso questo approccio l'esposizione al rischio è stimata in base a motivazioni espresse da coloro i quali sono coinvolti nell'analisi ma non in termini numerici anche perchè per il rischio di corruzione non si dispone, ad oggi, di serie storiche tali da consentire un'analisi quantitativa. La valutazione complessiva non deriva dalla media ma, in applicazione ad un principio di prudenza, gli indicatori per i quali sia stato misurato un rischio più alto siano poi sovrapposti nella valutazione sintetica finale.

Con la ponderazione del rischio lo scopo è di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione ed il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

Nello svolgimento di questa attività gli attori del processo sono i seguenti: - il RPCT, con funzioni di coordinamento del processo di gestione del rischio, che si avvale della collaborazione dei Referenti aziendali e dei Dirigenti di struttura – l'Organo di indirizzo (che definisce indirizzi e strategie) – l'O.I.V. (che fornisce supporto metodologico al R.P.C.T.) – tutti gli uffici che dispongono di dati/informazioni.

PARTE QUARTA: IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio consiste nell'individuare misure, che possono essere generali e specifiche, finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato mediante le attività propedeutiche sopra descritte.

Le misure **generali** intervengono in maniera trasversale su tutta l'amministrazione, quelle **specifiche** agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio. Le misure specifiche da adottare sono accompagnate da una descrizione dei relativi tempi di realizzazione, degli indicatori di monitoraggio e dell'ufficio responsabile.

Entrambe le misure sono importanti al fine della definizione complessiva della strategia di prevenzione della corruzione.

L'analisi dei processi dovrà essere soggetta ad un processo di miglioramento continuo.

Nel prospetto **Allegato A1**, vengono riportate le aree a rischio, i processi/fasi mappati, la valutazione del rischio e le misure individuate. Per quanto attiene i contratti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse del PNRR (D.L. n. 77/2021 conv L. n. 108/2021) sono state indicate le misure di prevenzione 2025 così suggerite da ANAC nell'aggiornamento 2023 al PNA 2022 (**Allegato A2**).

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio.

Misura prevista per il 2025	Soggetti coinvolti
Nel corso del 2025 il R.P.C.T. realizzerà, in sinergia con i Referenti con i Direttori di Struttura, una revisione in merito alla valutazione del rischio.	- R.P.C.T. - Referenti - Direttori di Struttura

Misure Generali

Il Codice di comportamento aziendale

L'art. 1, comma 44, della L. n. 190/2012, nel modificare l'art 54 del D.Lgs n. 165/2001, ha, a suo tempo, assegnato al Governo il compito di definire un Codice di Comportamento dei pubblici dipendenti *"al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico"*. In attuazione della delega il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62/2013 recante il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici che ha previsto, tra l'altro, che ogni amministrazione debba approvare un codice di comportamento. In tal senso si è mossa l'ASL VCO che, con Deliberazione n. 50 del 30/1/2015, ha adottato un proprio Codice di Comportamento dei dipendenti, seguendo l'iter procedurale previsto dalle linee guida fornite, a suo tempo, dalla C.I.V.I.T. con delibera n. 75 del 24.10.2013. Nell'ambito del Codice è specificato che il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'ASL VCO, in particolare rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e collabora con il responsabile della prevenzione della corruzione.

La violazione dei doveri contenuti nel Codice di Comportamento adottato da ciascuna

amministrazione è fonte di responsabilità disciplinare. Violazioni gravi o reiterate del codice comportano l'applicazione della sanzione del licenziamento disciplinare.

L'Asl VCO, con deliberazione n. 162 del 22.2.2018, ha integrato il richiamato atto n. 50/2015 prevedendo un testo coordinato con le linee guida emanate da A.N.A.C., con determinazione n. 358/2017, con riferimento ai codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

La Regione Piemonte ha emanato Linee Guida per la predisposizione dei Codici di Comportamento con DGR n. 9-4694 del 25.2.2022.

Inoltre, il Dl. n. 36 del 30.4.2022 (convertito, con modificazioni, dalla L. n. 79/2022) ha integrato l'art. 54 del D.L.vo n. 165/2001 e:

- dopo il comma 1 ha inserito il comma 1bis che dispone quanto segue *“Il codice contiene, altresì, una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione”*;
- al comma 7 è stato aggiunto il periodo seguente: *“le pubbliche amministrazioni prevedono lo svolgimento di un ciclo formativo la cui durata ed intensità sono proporzionate al grado di responsabilità e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili ... sui temi dell'etica pubblica e sul comportamento etico”*.

Da ultimo il D.P.R. n. 81 del 13.6.2023 ha apportato delle modifiche al Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. n. 62/2013. Tali modifiche sono volte a promuovere un'etica del lavoro più equa e responsabile in conformità ai principi cardine del Codice quali i doveri fondamentali di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che gli impiegati devono osservare sia in servizio sia fuori servizio. Queste modifiche sono legate al crescere della digitalizzazione del lavoro e sono state rese necessarie dal richiamato DL n. 36/2022. In particolare il D.P.R. n. 81/2023 ha inserito al DPR n. 62/2013 i seguenti articoli:

- l'art. 11-bis relativo all'utilizzo delle tecnologie informatiche;
- l'art. 11-ter riferito all'utilizzo dei mezzi di informazione e dei social media.

Il R.P.C.T, in sinergia i Componenti dell'U.P.D., sia per la dirigenza che per il comparto, ha dato avvio all'iter per la revisione dell'attuale Codice di Comportamento adottato con deliberazione n. 162/2018.

L'U.P.D. ed i Responsabili di ciascuna Struttura aziendale devono svolgere una costante attività di vigilanza sull'attuazione del Codice, provvedendo a tenere informato costantemente il R.P.C.T. di ogni violazione accertata e contestata e dell'esito del procedimento instaurato.

L'U.P.D, nell'ultimo trimestre di ciascun anno, oltre a comunicare il numero delle violazioni segnalate e contestate, dei procedimenti attivati e delle sanzioni applicate, deve anche formulare eventuali proposte di adeguamento del Codice e proposte in merito alle iniziative formative ritenute utili in relazione alle eventuali criticità riscontrate.

Il Codice di comportamento è pubblicato nel sito, sezione “Amministrazione Trasparente” - sottosezione “Altri contenuti” – Prevenzione della Corruzione.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Revisione vigente codice di comportamento aziendale per adeguarlo alle recenti disposizioni normative. Avvio di iniziative per informare i dipendenti e tutti coloro i quali sono tenuti a rispettare il Codice.	R.P.C.T. in sinergia con U.P.D. R.P.C.T. in sinergia con URP/Ufficio Stampa
Diffusione, da parte dei Direttori di Struttura, della conoscenza del Codice tra i propri collaboratori i quali sono tenuti a rispettare, in modo rigoroso, i doveri contenuti nel codice.	Direttori di Struttura
Per i nuovi assunti, nei conferimenti incarichi, anche a collaboratori esterni, è previsto l’inserimento della condizione di osservanza del Codice di comportamento e delle conseguenze sanzionatorie in caso di violazione degli obblighi previsti.	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali
Adeguamento degli atti di gara, contratti, inserendo la condizione dell’osservanza del Codice di comportamento per i collaboratori e dipendenti delle ditte fornitrici di servizi e degli enti convenzionati, e delle conseguenze sanzionatorie in caso di violazione degli obblighi previsti.	Soc Logistica e servizi Informatici - Sos in staff Tecnico e Coordinamento aziendale nuovo ospedale - Soc Distretto VCO - Altre Strutture aziendali
Monitoraggio annuale sull’attuazione del Codice in sede di predisposizione della Relazione da parte del R.P.C.T.	R.P.C.T. in sinergia con U.P.D.
Comunicazione tempestiva al R.P.C.T. delle violazioni alle norme del Codice di Comportamento e di illeciti di natura corruttiva.	U.P.D. – Tutti i Direttori di Struttura
Invio, entro il 31 dicembre di ogni anno invio, da parte delle Segreterie U.P.D, al R.P.C.T., di un report che riporti: - il N° di segnalazioni pervenute relative alla violazione del Codice di Comportamento – il N° di violazioni accertate – il N° dei procedimenti disciplinari avviati ed il N° di sanzioni assegnate. A ciò si aggiunge: – il N° di segnalazioni pervenute che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi ed il N° di procedimenti disciplinari o penali avviati – il N° di procedimenti disciplinari avviati per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti e le tipologie di sanzioni applicate, precisando se tali fatti siano riconducibili a	U.P.D.

reati relativi ad eventi corruttivi.	
--------------------------------------	--

Formazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione come previsto dalla L. n. 190/2012 e s.m.i. e da ANAC. Una formazione adeguata permette di perseguire una serie di obiettivi: - ridurre il rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente; - condividere strumenti di prevenzione da parte di diversi soggetti che, a vario titolo, operano in azienda; - creare competenze specifiche per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione; - diffondere valori etici mediante l'affermazione di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Di fatto si è programmato una formazione tenendo presente una strutturazione su 2 livelli: - un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguardante l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale); - un livello specifico rivolto al R.P.C.T., ai Referenti, ai Direttori di Struttura e a tutti coloro i quali operano nelle aree a più elevato rischio corruttivo. In questo tipo di formazione si intende orientare l'attenzione all'esame dei casi concreti, calati nel contesto dell'Azienda.

L'attuazione delle finalità in materia di formazione sono assicurati dalla Struttura Formazione, collocata in staff alla Direzione Generale. Il R.P.C.T. comunica al Responsabile della Formazione le tematiche da inserire nel piano formativo annuale, che deve prevedere una sezione formativa sui temi dell'etica e della legalità.

Nel Piano Formativo 2025 verrà reinserito il corso Fad, dal titolo *"Prevenzione della corruzione e trasparenza della pubblica Amministrazione"*, corso di base diretto a tutti i dipendenti dell'Azienda. Nel 2025 si intende riavviare corsi residenziali attivi nel 2019 (interrotti con la pandemia) ovvero:

- un corso uno avanzato rivolto: - ai Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione - ai Direttori di Dipartimento – ai Direttori di Sos Dipartimentali – ai Direttori di di Soc – ai Responsabili di Sos e di Sos in staff ed a tutto il personale che gestisce aree particolarmente esposte al rischio di corruzione nell'ASL VCO;
- un corso volto a sostenere, in ambito aziendale, processi di maturazione verso una cultura dell'etica, giusta premessa al fine di prevenire fenomeni di corruzione e illegalità.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Inserimento, nel Piano di Formazione aziendale 2025, fabbisogno formativo sul tema della prevenzione della corruzione e della trasparenza, etica, codici di comportamento e attivazione corsi/eventi.	Sos in staff Formazione
Prosecuzione, nel 2025, del Corso Fad <i>"Prevenzione della corruzione e trasparenza della pubblica Amministrazione"</i> , diretto a tutti i dipendenti dell'Azienda (corso di base -	Tutti i Direttori di Struttura che dovranno coinvolgere i

obbligatorio). Riattivazione n. 1 corso residenziale avanzato ed un corso in tema di etica.	propri collaboratori (corso obbligatorio) Referenti aziendali per la prev. della corruzione - Direttori di Dipartimento – ai Direttori di Sos Dipartimentali – ai Direttori di di Soc – ai Responsabili di Sos e di Sos in staff ed a tutto il personale che gestisce aree particolarmente esposte al rischio corruttivo.
Invio al R.P.C.T. di un report quadrimestrale che riporta, per ciascuna Struttura, il n° di dipendenti che hanno partecipato e concluso il corso Fad o altri corsi avviati.	Sos in staff Formazione
Messa in atto di interventi di tipo “informativo” per diffondere a tutto il personale principi normativi, contestualizzare i profili di rischio legati alle attività svolte in azienda, stimolare la condivisione di principi etici.	R.P.C.T.

Rotazione del personale

La rotazione del personale, con particolare riguardo a quello addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, rappresenta una misura importante per prevenire la corruzione.

Nell’ambito del Piano Nazionale Anticorruzione la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possono alimentare dinamiche improprie nella gestione delle attività conseguenti al permanere, nel tempo, di determinati dipendenti nel medesimo ruolo e funzione. A.N.A.C., con delibera n. 831 del 3.8.2016, ha rilevato che, in sanità, l’applicazione del principio della rotazione presenta delle criticità tenuto conto della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Ciò vale sia per il settore clinico (vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche) sia per gli incarichi amministrativi e/o tecnici che richiedono competenze specifiche. Ciò detto A.N.A.C. ha previsto che, ove non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute ad operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi. A titolo esemplificativo si segnala la previsione, da parte del Direttore di Struttura, di modalità operative che favoriscano una maggior condivisione delle attività fra gli operatori, evitando l’isolamento di certe mansioni e favorendo la trasparenza interna delle attività.

Pur riconoscendo che l'applicazione del principio di rotazione del personale, con particolare riguardo a quello addetto alle aree a rischio, riveste una significativa importanza tuttavia non si può negare che esistono difficoltà concrete nell'applicazione di tale principio. Di fatto, in azienda, si suggerisce, anche attraverso apposite note inviate in corso d'anno, ai Direttori di Struttura e a coloro i quali operano in aree più a rischio e per le istruttorie più delicate: - di definire modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio; - di prevedere la promozione di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali in modo che più soggetti si confrontino prima di arrivare alla decisione finale dell'istruttoria; - di programmare, all'interno dello stesso ufficio, una rotazione "funzionale" mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità anche con una diversa ripartizione delle pratiche, secondo un criterio di causalità; - di prevedere la doppia sottoscrizione degli atti da parte del soggetto istruttore e del titolare del potere di adozione dell'atto finale; - di realizzare una collaborazione tra diversi ambiti con riferimento ad atti ad elevato rischio (ad esempio lavoro in team che può favorire, nel tempo, anche una rotazione degli incarichi); - di definire check list da utilizzare dagli operatori nelle attività di controllo dei processi più esposti al rischio corruttivo.

L'area della prevenzione è quella in cui il principio, ad oggi, è stato maggiormente applicato. A causa di problemi legati alla carenza di personale la rotazione, in questi ultimi anni ha coinvolto un minor numero di dipendenti a causa di pensionamenti e della pandemia. Tuttavia, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, sono state messe in atto una serie di azioni (es check list da utilizzare dagli operatori nelle operazioni di controllo o verifiche congiunte).

*

L'art. 16, comma 1, lett I quater, del D.Lvo n. 165/2001e smi prevede che i dirigenti dispongono, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Si tratta della cd. "**rotazione straordinaria**" che si applica per i reati di cui agli artt. 317, 318, 319, 319 bis, ter, quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353 bis del codice penale, ovvero a seguito di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva. La disposizione comporta l'obbligo per l'amministrazione di adottare un provvedimento motivato stabilendo se la condotta corruttiva può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione, potendo disporre lo spostamento del dipendente ad altro ufficio oppure applicare misure alternative (es. segregazione di funzioni).

L'adozione del provvedimento sulla rotazione è invece facoltativo nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la PA (di cui al capo I del titolo II del libro secondo del codice penale).

L'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva attiene al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p. Il R.P.C.T., se viene a conoscenza dell'avvio di un procedimento penale a carico di un dipendente, propone l'adozione di specifici provvedimenti, adeguatamente motivati, di valutazione circa l'applicabilità della misura straordinaria della rotazione o di misure alternative (es. segregazione funzioni).

Misure previste per il 2025	Strutture coinvolte
Rotazione ordinaria: - individuazione, per quelle attività che presentano rischio corruttivo, laddove non sia possibile la rotazione, di misure preventive che possano avere effetti analoghi (es: check list per attività di controllo – condivisione fasi procedurali da più soggetti per evitare l'isolamento delle mansioni – corsi formativi - supervisione da parte del Direttore di Struttura).	Soc Logistica e Servizi e Informatici - Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali - Soc Gestione Economico – Finanziaria e Patrimonio – Strutture afferenti il Dipartimento di Prevenzione - Soc Direzione Presidi Ospedalieri Verbania – Domodossola - Soc Farmacia - Soc Distretto VCO - Soc Serd — Sos in staff Tecnico e coordinamento aziendale nuovo ospedale.
Rotazione straordinaria: - comunicazione tempestiva al R.P.C.T.: - dei provvedimenti di assegnazione ad altro incarico a seguito di avvio di procedimento penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva – oppure dell'applicazione di misure alternative.	Tutte le Strutture aziendali.

Inconferibilità e incompatibilità incarichi

L'art. 1, comma 2, del D.Lgs n. 39/ 2013 definisce “***inconferibilità***” la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal decreto stesso a coloro i quali:
- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale; - abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato, regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni, o svolto attività professionali a favore di questi ultimi; - siano stati componenti di organi d'indirizzo politico.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art 17 del D.lgs n. 39, l'incarico è nullo.

Il medesimo decreto definisce “***incompatibilità***” l'obbligo, per il soggetto cui è conferito l'incarico, di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento d'incarichi e cariche in enti di diritto privato, regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi d'indirizzo politico”. Le situazioni di incompatibilità sono previste nei capi V e VI del D.Lgs n. 39/2013. A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra, nel corso del rapporto di lavoro, una situazione di incompatibilità, il R.P.C.T. deve effettuare una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni. In caso contrario la legge prevede la decadenza dell'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro.

Il D.Lvo n. 39/2013, art. 20, prevede che, al momento della sottoscrizione del contratto di lavoro, il nuovo assunto debba rendere una dichiarazione (ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000) relativa all'insussistenza di situazioni di incompatibilità e inconferibilità.

Identica dichiarazione deve essere resa dai dipendenti investiti di funzioni dirigenziali. Perciò, in conformità a quanto previsto dalla normativa, tutto il personale interessato (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttori di Dipartimento, di Struttura Semplice Dipartimentale, di Struttura Complessa, di struttura semplice) è tenuto a compilare un'autocertificazione (resa ai sensi del DPR n. 445/200 e smi) attestante l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico. L'assenza di cause di incompatibilità deve sussistere per tutta la durata dell'incarico e, in caso di variazione di quanto dichiarato, il titolare è obbligato a comunicarlo tempestivamente all'azienda.

L'art. 20, co 2, del d.Lvo 39/2013 e smi prevede, a cadenza annuale, l'acquisizione di una dichiarazione di assenza di incompatibilità degli incarichi dirigenziali.

Il R.P.C.T, per il tramite dell'Ufficio Ispettivo, adotta misure di verifica delle autocertificazioni prodotte, come la consultazione del Casellario Giudiziario e dei carichi pendenti. Relativamente all'incompatibilità, per le verifiche si accede alla banca dati dell'elenco degli amministratori locali e regionali <http://amministratori.interno.it> e, presso lo stesso sito, anche per le elezioni politiche.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Il nuovo assunto deve dichiarare (ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000) l'insussistenza di situazioni di incompatibilità e inconferibilità. Identica dichiarazione deve essere resa dai dipendenti investiti di incarichi dirigenziali. Acquisizione, annuale, della dichiarazione di incompatibilità.	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali
Il Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo, autocertificano l'insussistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità al momento del conferimento dell'incarico, e, annualmente, di incompatibilità.	Soc Affari Generali, Legali ed Istituzionali.
Verifica dichiarazioni di inconferibilità mediante consultazione del Casellario Giudiziario e dei carichi pendenti. Verifica dichiarazioni di incompatibilità accedendo alla banca dati dell'elenco degli amministratori locali e regionali http://amministratori.interno.it e, presso lo stesso sito, anche per le elezioni politiche.	Ufficio Ispettivo

Astensione in caso di conflitto di interessi

Il conflitto di interessi è uno dei principali fattori di rischio che possono favorire l'insorgere di comportamenti corruttivi e segnala la presenza di interessi in conflitto, anche solo potenziale. Tuttavia va segnalato che trovarsi in tale condizione non significa che si verrà ad agire in modo improprio semmai crea o aumenta il rischio che gli interessi secondari prevalgano rispetto agli interessi primari. Tutti i dipendenti e collaboratori devono, nei rapporti esterni con utenti/interlocutori, garantire gli interessi dell'azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa realizzare un vantaggio personale, anche di natura non patrimoniale.

L'art. 1, comma 41, della L. n. 190 e smi ha introdotto l'art. 6bis nella L. n. 241/1990 rubricato "conflitto di interessi", stabilendo che *"il responsabile del procedimento ed i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali ed il provvedimento finale devono astenersi, in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale"*. La norma va letta in misura coordinata con la disposizione inserita nel Codice di Comportamento.

La segnalazione del conflitto, anche potenziale, deve essere indirizzata al Direttore di Struttura il quale, esaminate le circostanze, deve valutare se la situazione realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo e deve rispondere per iscritto al dipendente sollevandolo dall'incarico o motivando le ragioni che consentono l'espletamento dell'attività.

Qualora il conflitto riguardi un Direttore di Struttura la valutazione verrà effettuata dal Direttore di Dipartimento. Per le strutture non afferenti ad un dipartimento o per le strutture in staff la valutazione verrà effettuata dalla Direzione Generale.

La violazione della norma, che si realizza con il compimento di un atto da parte di chi è portatore di un interesse proprio od altrui, dunque illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente, suscettibile di essere sanzionata a seguito del relativo procedimento disciplinare, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
- Entro il 30 giugno ed il 31 dicembre comunicazione al R.P.C.T. in merito alle eventuali dichiarazioni di astensione ricevute da propri collaboratori in caso di conflitto di interesse ed ai conseguenti provvedimenti adottati.	Tutti i Direttori di Struttura
Verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente.	Tutti coloro i quali conferiscono incarichi di consulenza.
Applicazione al Codice dei contratti pubblici relativamente al tema del conflitto di interessi. Le stazioni appaltati devono perciò prevedere misure adeguate per contrastare	Soc Logistica e Servizi e Informatici - Soc Farmacia - Sos in staff Tecnico e

frodi e corruzione e per prevenire e risolvere ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti.	coordinamento aziendale nuovo ospedale.
--	---

Svolgimento di attività ed incarichi extra-istituzionali

Lo svolgimento di incarichi extra istituzionali da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi. Per questi motivi la L. n. 190/2012 e s.m.i. ha previsto che i dipendenti pubblici non possano svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o autorizzati dall'amministrazione di appartenenza previa verifica dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o di situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Nel corso del 2025 sono previste verifiche a campione e/o mirate circa l'assegnazione di incarichi extra istituzionali e su eventuali dinieghi, potendo anche avvalersi della collaborazione dell'Agenzia delle Entrate per la verifica di eventuali redditi percepiti da dipendenti per incarichi extraistituzionali non autorizzati.	Ufficio Ispettivo
Pubblicazione dei dati relativi ad incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti nell'ambito della sezione "Amministrazione Trasparente".	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali

Patti di integrità negli affidamenti

A.N.A.C., con delibera n. 494 del 5.6.2019, ha raccomandato l'inserimento nelle procedure di affidamento di contratti pubblici di protocolli di legalità e/o patti di integrità cioè di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari ai quali si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interesse che insorga successivamente.

Si tratta di un insieme di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Applicazione in avvisi, bandi, lettere di invito riferite all'affidamento di lavori, forniture e servizi, di clausole di salvaguardia di conoscenza e rispetto del Codice di Comportamento e del patto di integrità regionale.	Soc Logistica e Servizi e Informatici Sos in staff Tecnico e coordinamento aziendale nuovo ospedale

Comunicazione tempestiva al R.P.C.T. di eventuali provvedimenti di esclusione o di risoluzione adottati a seguito di violazioni riscontrate.	Soc Logistica e Servizi Informatici Sos in staff Tecnico e coordinamento aziendale nuovo ospedale
--	--

Procedure pubbliche di selezione del personale e procedure di gara

Il Direttore della Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali, entro il 31 gennaio di ogni anno, comunica al R.P.C.T. dati utili a rilevare (solo se sussistono) posizioni dirigenziali attribuite a persone, interne e/o esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione.

Il Direttore del settore acquisti ha l'obbligo di inserire nei bandi di gara le regole di legalità e integrità comprese nel Piano della Prevenzione della corruzione nonché nel Codice di comportamento dei dipendenti dell'Asl VCO, prevedendo la sanzione in caso di esclusione (comma 17 dell'art. 1 della L. 190/2012).

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Il Direttore del Personale, entro fine anno, comunica al R.P.C.T. <u>eventuali</u> posizioni dirigenziali assegnate, in modo discrezionale, dalla Direzione Generale.	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali
Il Direttore del settore acquisti, entro fine anno, comunica al R.P.C.T. di aver rispettato l'obbligo di inserire nei bandi di gara le regole di legalità ed integrità comprese nel P.T.P.C.T. e nel Codice di Comportamento.	Soc Logistica e Servizi Informatici Sos in staff Tecnico e coordinamento aziendale nuovo ospedale

Formazione di commissioni ed assegnazione agli uffici in caso di condanna penale

La L. n. 190/2012 e smi ha inserito nell'ambito del D.Lgs n. 165/2001 **l'art. 35bis** che pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma, in particolare, prevede che:

"1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

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

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi ed i regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari".

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Nel provvedimento per l'attribuzione di incarichi di cui al punto b) dell'art. 35bis, occorre dare evidenza (sottoscrivendo una dichiarazione) che non sussistono condizioni ostative al conferimento.	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali
I componenti esterni ed interni – anche con funzioni di segreteria - di commissioni di concorso devono sottoscrivere una dichiarazione che non sussistono condizioni ostative (art. 35bis D.Lgs n. 165/2001 e smi).	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali
I componenti esterni ed interni – anche con funzioni di segreteria- di commissioni di gara devono sottoscrivere una dichiarazione che non sussistono condizioni ostative (art. 35bis D.Lgs n. 165/2001 e smi).	Soc Logistica e Servizi Informatici Sos in staff Tecnico e coordinamento aziendale nuovo ospedale
Trasmissione al R.P.C.T. degli eventuali provvedimenti adottati in caso di sussistenza della causa ostativa.	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali Soc Logistica e Servizi Informatici Sos in staff Tecnico e coordinamento aziendale nuovo ospedale

I Responsabili del Procedimento operano verifiche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni. Qualora venga accertata la non veridicità delle dichiarazioni rese si dovrà dare comunicazione al R.P.C.T. Il dipendente coinvolto sarà soggetto a responsabilità disciplinare oltre che alla segnalazione ai competenti organi giudiziari.

Misure trasversali per la riduzione del rischio

La delibera C.I.V.I.T. n. 72/2013 precisa che un Piano debba contenere anche misure di carattere trasversale per la riduzione del rischio corruttivo.

L'Azienda prevede la messa in atto di misure trasversali di prevenzione finalizzate sia alla prevenzione della corruzione sia al buon andamento dell'attività dell'Amministrazione ovvero:

- obblighi di pubblicità, trasparenza (come previsto dal D.Lvo n.33/2013, integrato dal D.Lvo n. 97/2016) ;
- gestione di un sistema di controlli esterni (operato dal Collegio Sindacale) ed interni realizzato mediante: - il sistema qualità, il Controllo di Gestione, il Percorso attuativo della Certificabilità (P.A.C.), il Risk management, la valutazione della performance.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (Pantouflage)

La parola di origine francese "*Pantouflage*" viene utilizzata nel linguaggio corrente per indicare il passaggio di dipendenti pubblici al settore privato che, in alcuni casi, potrebbe rivelarsi rischioso per l'imparzialità delle pubbliche amministrazioni.

Il legislatore nazionale, con la legge n. 190/2013, ha introdotto il comma 16-ter nell'ambito dell'art. 53 del D.Lgs n. 165/2001 disponendo il divieto per i dipendenti che, negli ultimi 3 anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritari o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di svolgere, nei 3 anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

In caso di violazione del divieto i contratti conclusi e gli incarichi conferiti sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi 3 anni, con obbligo di restituzione di compensi eventualmente percepiti.

La ratio del divieto di pantouflage è che durante il periodo di servizio il dipendente possa preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni sullo svolgimento dei compiti istituzionali prospettando al dipendente pubblico l'opportunità di assunzioni o incarichi una volta cessato dal servizio.

A.N.A.C., che già nel PNA 2019 aveva approfondito il tema, suggerisce alle Amministrazioni e al R.P.C.T. ulteriori suggerimenti con il PNA 2022 (adottato con delibera n. 7 del 17.1.2023).

Il divieto di pantouflage si applica, nelle Pubbliche Amministrazioni (di cui all'art. 1, co.2, D.Lgs n. 165/2001) ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato ed ai titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del D.Lgs n. 39/2013 (incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni ed esterni, incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico); sono esclusi da ANAC gli incarichi di natura occasionale.

Presupposto perché vi sia pantouflage è l'esercizio di poteri autoritativi o negoziali da parte del dipendente pubblico comprendendo tutte le situazioni in cui il dipendente ha avuto il potere di incidere, in maniera determinante, su un procedimento e, quindi, sul provvedimento finale.

L'art. 21 del D.Lgs n. 39/2013 ha ampliato i destinatari del divieto disponendo che sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Inserimento, <u>nei contratti di assunzione del personale (a livello dirigenziale e non) e nel rinnovo degli incarichi</u> , del divieto previsto dall'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs n. 165/2001 (clausola di pantouflage).	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali
Previsione della misura di comunicazione	

obbligatoria, nei 3 anni successivi alla cessazione del rapporto, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro.	
Inserimento di apposite clausole nel Patto di Integrità sottoscritto dai partecipanti alle gare ai sensi dell'art. 1, comma 17, della L. n. 190/2012.	Soc Logistica e Servizi Informatici Sos in staff Tecnico e Coordinamento nuovo ospedale
Inserimento, nelle lettere di cessazione dal servizio, del divieto sopra descritto.	Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali
Inserimento, <u>nei bandi di gara e negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici</u> , dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver stipulato contratti di lavoro o attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici in violazione del divieto, <u>per quanto di conoscenza</u> .	Soc Logistica e Servizi Informatici Sos in staff Tecnico e Coordinamento nuovo ospedale
Verifica, a campione, presso le Agenzie delle Entrate Provinciali, dei compensi diversi da quelli aziendali percepiti da dipendenti cessati.	Ufficio Ispettivo

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione di fenomeni di cattiva amministrazione e di tipo corruttivo è importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto si collocano le azioni di sensibilizzazione volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti silenti.

Occorre rilevare che l'azienda adotta il "Piano della comunicazione" con l'obiettivo, tra gli altri, di promuovere la partecipazione ed il coinvolgimento degli soggetti portatori di interesse attraverso un'efficace azione di comunicazione. L'Ufficio relazioni con il Pubblico (U.R.P.) agisce come interfaccia comunicativa interno/esterno.

Con riferimento allo specifico ambito di prevenzione della corruzione e miglioramento della trasparenza lo stesso sarà garantito attraverso:

- una efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante la pubblicazione del P.I.A.O. (che comprende anche la sezione relativa ai rischi corruttivi) sul sito web aziendale, nella sezione amministrazione trasparente.
- la predisposizione di soluzioni organizzative per l'attivazione di canali dedicati alla segnalazione (dall'esterno dell'amministrazione) di episodi di cattiva amministrazione, conflitto

d'interessi, corruzione e l'utilizzo dei canali di ascolto già esistenti anche per migliorare la strategia di prevenzione della corruzione.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Programmazione, nell'ambito del Piano della Comunicazione, di iniziative di comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione per sensibilizzare la cittadinanza e utenti ma anche i dipendenti (utilizzando i siti internet ed intranet aziendale).	Ufficio Comunicazione e U.R.P.
Consultazione pubblica, con riguardo agli stakeholder interni ed esterni all'azienda, in sede di aggiornamento annuale del P.I.A.O. che contiene anche la sezione 2 relativa ai rischi corruttivi, chiedendo osservazioni/proposte in merito ai contenuti del documento.	R.P.C.T. in sinergia con Ufficio Comunicazione e U.R.P.
Attivazione di canali dedicati alla segnalazione (dall'esterno dell'amministrazione) di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi, corruzione. A ciò si aggiunge la raccolta di proposte per migliorare la strategia di prevenzione. Trasmissione al R.P.C.T. di eventuali segnalazioni o proposte.	Ufficio Comunicazione e U.R.P. R.P.C.T.

Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti

Il *whistleblower* è quel soggetto che, lavorando all'interno di un'organizzazione, di un'azienda, pubblica o privata, si trova ad essere testimone di un comportamento irregolare, illegale, potenzialmente dannoso per la collettività, e decide di segnalarlo all'interno dell'azienda stessa o all'autorità giudiziaria, o all'attenzione dei media, per porre fine a quel comportamento. In inglese viene utilizzata la parola *whistleblower* che deriva dalla frase "to blow the whistle", letteralmente "soffiare il fischietto", riferita all'azione dell'arbitro nel segnalare un fallo o a quella di un poliziotto che tenta di fermare un'azione illegale. In entrambi i casi l'obiettivo è quello di fermare un'azione e richiamare l'attenzione. Nel lessico italiano non esiste una parola semanticamente equivalente al termine anglosassone. Le traduzioni italiane di *whistleblower* proposte sulle pagine di quotidiani italiani come talpa, delatore, spia, risultano inadeguate in quanto il termine va associato ad un comportamento etico, virtuoso, manifestazione di senso civico. Esistono opzioni lessicali più neutre di denunciante, segnalante. Il termine *whistleblowing*, invece, individua la rispondente azione di segnalazione. Tutti gli studi, anche internazionali, sulla corruzione concordano sulla particolare importanza di queste segnalazioni anche in funzione del contrasto del fenomeno in quanto, provenendo dall'interno dell'ambiente nel quale il fatto illecito si è realizzato, possono fornire informazioni fondamentali a far emergere una tipologia di reato che, spesso, non emerge.

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2013 (approvato con delibera Civit n. 72 dell'11 settembre 2013) riconduce espressamente la tutela del dipendente che segnala condotte illecite tra le azioni e le misure generali finalizzate alla prevenzione della corruzione, in

particolare fra quelle obbligatorie in quanto disciplinate direttamente dalla legge che, quindi, le pubbliche amministrazioni, devono porre in essere ed attuare.

La Legge n. 190/2012 dopo l'articolo 54 del D.Lvo n. 165 del 30.3.2001 ha inserito l'art. 54-bis di oggetto *"Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti"* e, con atto n. 509 del 29/12/2015 l'Azienda ha, a suo tempo, approvato una specifica procedura per la segnalazione degli illeciti.

La materia è stata radicalmente modificata dalla legge n. 179 del 30.11.2017 di oggetto *"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato"* che ha sostituito integralmente l'art. 54-bis del D.Lvo n. 165/2001. Con deliberazione n. 53 del 22.1.2019 si è proceduto ad integrare l'atto n. 509/2015 alla luce della richiamata L. n. 179.

A.N.A.C., con determina n. 469/21, aggiorna le linee guida in materia di whistleblowing e approfondisce i profili relativi all'art. 1 della L. n. 179/2017 concernente le segnalazioni di fatti illeciti effettuate in ambito pubblico. Viene, in particolare, messo in evidenza il ruolo del R.P.C.T. nella gestione delle segnalazioni, viene ampiamente trattato il tema della tutela della riservatezza dell'identità del segnalante.

Con la direttiva europea n. 1937 del 26.11.2019 viene disciplinata la protezione dei whistleblowers all'interno dell'Unione Europea introducendo norme comuni di tutela al fine di dare uniformità alle normative nazionali, prevedendo una tutela per il whistleblower sia per il settore pubblico che per quello privato al fine di favorire l'emergere di illeciti commessi.

Il D.Lgs n. 24 del 10.3.2023 rappresenta il provvedimento attuativo della direttiva e raccoglie, in un unico testo normativo, l'intera disciplina dei canali di segnalazione e delle tutele assicurate ai segnalanti di entrambi i settori, quello pubblico e quello privato, che sono tenuti a garantire le tutele e ad istituire canali interni di segnalazione. L'obiettivo è di realizzare una maggior tutela dei whistleblowers incentivando gli stessi a presentare segnalazioni di illeciti secondo le modalità indicate nel D.Lgs n. 24/2023. In tal modo si è inteso contrastare e prevenire la corruzione, la cattiva amministrazione e prevenire violazioni di legge.

L'ASL, in applicazione al D.Lgs n. 24/2023 ed in coerenza con le linee guida emanate da ANAC con la Delibera n. 311 del 12.7.2023 (che sostituiscono le linee guida di cui alla Delibera n. 460/2021), ha adottato, con atto n. 597 del 18.7.2023, la nuova procedura per la protezione delle persone che segnalano violazioni di normative nazionali e/o dell'Unione Europea (Whistleblowing) revocando, contestualmente, la deliberazione n. 53/2019. Attraverso la procedura sono state fornite precise indicazioni in merito:

- ai soggetti ai quali è consentito effettuare la segnalazione;
- alle modalità da seguire per effettuare la segnalazione;
- alle forme di tutela previste in favore del segnalante;
- ai soggetti tenuti a ricevere la segnalazione ed ai soggetti ai quali vanno trasmesse le segnalazioni;
- alla modalità di gestione, trattamento e conservazione dei dati.

Misure previste per il 2025	Strutture competenti
Attuazione e diffusione del contenuto della deliberazione n. 597 del 18.7.2023 riferita alla adozione della procedura per la protezione delle persone che segnalano violazioni di normative nazionali e/o dell'Unione Europea (Whistleblowing) in conformità a quanto disposto dal D.Lgs n. 24/2023.	R.P.C.T.

PARTE QUINTA: TRASPARENZA

L'art. 1 del D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i. definisce la trasparenza come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Il comma 2 dell'art. 1 prevede che la trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico ed i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. E' condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio al cittadino.

Importante segnalare il comma 3 all'art. 1 del D.Lvo n. 33/2013 e s.m.i. che stabilisce che le disposizioni del decreto n. 33 integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, co. 2, lettera m) della Costituzione.

La legge n. 190/2012" ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione; in particolare ha conferito al governo una delega per l'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità e trasparenza da parte delle pubbliche amministrazioni. In attuazione di tale delega il governo ha adottato il D.Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 (che ha operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza prevedendo la creazione, sui siti web istituzionali, della sezione "*Amministrazione Trasparente*"), successivamente modificato ed integrato con il D.Lgs n. 97 del 25.5.2016. Le prime linee guida sul tema sono state emanate da A.N.A.C. con la delibera n. 1310/2016.

Per quanto attiene l'A.S.L. VCO i dati pubblicati sul sito istituzionale www.aslvco.it, alla home page, sezione "*Amministrazione Trasparente*" sono stati selezionati in ottemperanza a quanto disposto, per ciascun obbligo di pubblicazione, dagli specifici articoli di cui al D.Lvo n. 33/2013 e s.m.i. Si rinvia alla tabella allegata al P.I.A.O. (**Allegato A3**).

Soggetti coinvolti

Il Responsabile per la Trasparenza: con deliberazione n. 98/2017 è stata nominando la Dr.ssa Giuseppina Primatesta, a tutt'oggi confermata nell'incarico. Di fatto si tratta del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (R.P.C.T.)

L'R.P.C.T., in relazione alla trasparenza: - svolge un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente; - segnala all'organo di indirizzo politico, all'O.I.V., all'A.N.A.C. i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (nei casi più gravi effettua la segnalazione all'U.P.D. ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare o delle altre forme di responsabilità); - controlla (unitamente ai dirigenti responsabili dell'amministrazione), ed assicura la regolare attuazione dell'accesso civico (art. 43, co 4), e si occupa dei casi di riesame in caso di diniego, totale o parziale, dell'accesso civico generalizzato o di mancata risposta entro i termini di 30 giorni.

Nello svolgimento del suo incarico il Responsabile della trasparenza (ora R.P.C.T.) si avvale dei Dirigenti responsabili delle Strutture che garantiscono, in conformità all'art. 43, comma 3, del D.Lgs n. 33/2013 e smi, il tempestivo e regolare flusso dei dati e delle informazioni da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente. Sotto l'aspetto operativo sono, pertanto, i Dirigenti delle strutture interessate che (direttamente o trasmettendo i dati al personale messo a disposizione dall'U.R.P.) provvedono alla puntuale pubblicazione dei dati o al tempestivo invio al soggetto delegato, in tempo utile per poter effettuare la pubblicazione nel rispetto della tempistica di pubblicazione. Ad essi compete la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza, tempestività ed aggiornamento dei flussi informativi (sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto eventualmente individuato per la pubblicazione).

Organismo indipendente di valutazione (O.I.V.): ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza. L'A.N.A.C. definisce, nell'esercizio dei propri poteri di controllo e vigilanza, annualmente, le modalità per predisporre l'attestazione.

Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.): controlla l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente esercitando poteri ispettivi.

Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito dell'Asl

Per quanto attiene l'A.S.L. VCO i dati pubblicati sul sito istituzionale www.aslvco.it, alla home page, sezione "Amministrazione Trasparente", sono stati selezionati in ottemperanza a quanto disposto, per ciascun obbligo di pubblicazione, dagli specifici articoli di cui al D.Lvo n. 33/2013 e smi. Si rinvia alla tabella allegata al P.I.A.O. (**Allegato A3**) che riporta i dati da pubblicare nella sezione amministrazione trasparente del sito dell'ASL VCO.

Occorre effettuare alcune precisazioni per quanto attiene la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" dei dati riferiti a "bandi e gare".

La disciplina in materia di contratti pubblici è stata innovata dal D.Lgs n. 36 del 31.3.2023. Il PNA 2022 (di cui alla Delibera n. 7 del 17.21.2023) ha dedicato molto spazio alla tematica ed il PNA 2023 (di cui alla Delibera n. 605 del 19.12.2023) ha dedicato l'aggiornamento 2023 del PNA 2022 in modo specifico ai contratti pubblici.

Il nuovo codice in merito alla trasparenza dei contratti pubblici ha disposto quanto segue:

- le informazioni ed i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, devono essere tempestivamente trasmesse alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'A.N.A.C. da parte delle stazioni appaltanti e degli enti concedenti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28 del D.Lgs n. 36/2023) - le informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP sono individuate nell'art. 10 della deliberazione ANAC n. 261 del 20.6.2023;
 - le stazioni appaltanti e gli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, devono assicurare il collegamento ipertestuale tra la sezione "Amministrazione Trasparente" e la BDNCP secondo le disposizioni di cui all'art. 9-bis del D.Lgs n. 33/2013 (il collegamento assicura un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferito allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza in ogni fase della procedura contrattuale, dall'avvio alla esecuzione).
- le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del D.Lgs n. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza, (Allegato 9 al PNA 2022) si applicano sino al 31.12.2023.
- l'art. 28, co. 3, del D.Lgs n. 36/2023, individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e la deliberazione ANAC n. 264 del 20.6.2023 individua, nell'allegato 1, gli atti, le informazioni ed i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" ai fini e per gli effetti dell'art. 37 del D.Lgs n. 33/2013 e smi e dell'art. 28 del D.Lgs n. 36/2023.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

La Direzione Generale ha individuato i seguenti **obiettivi strategici**:

- promuovere sempre maggiori livelli di trasparenza per garantire all'utenza un'adeguata informazione dei servizi forniti dall'Azienda, delle loro caratteristiche quali/quantitative, delle modalità di erogazione, rafforzando un rapporto di fiducia. A tal proposito si rinvia al vigente Piano di Comunicazione aziendale. Particolare attenzione viene posta alla qualità delle informazioni ed alla protezione dei dati personali;
- assicurare l'esercizio dell'accesso civico nelle forme dell'accesso civico "semplice", dell'accesso civico "generalizzato", dell'accesso documentale di cui alla L. n. 241/90 e smi.

Al fine di rilevare il livello di soddisfazione dei soggetti portatori di interessi, sia interni che esterni all'azienda, con riguardo all'accesso, alla chiarezza ed alla usabilità dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" è disponibile un questionario di valutazione della

sezione. E' inoltre possibile conoscere il numero degli accessi al sito web aziendale ed il numero di contatti alla sezione "Amministrazione Trasparente" da parte degli utenti.

Accesso civico e accesso civico generalizzato (FOIA)

L'art. 3, co. 1, del D.Lvo n. 33/2013 e smi prevede che tutti i documenti, le informazioni ed i dati oggetto di accesso civico, ivi compresi quelli di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, sono pubblicati e chiunque ha diritto di conoscerli, di fruirne gratuitamente, e di utilizzarli e riutilizzarli ai sensi dell'art. 7. L'art. 5 del D.Lvo n. 33/2017 e smi, al **comma 1**, dispone che *"l'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione"*.

Il D.Lvo n. 97/2016 è intervenuto, con integrazioni o abrogazioni rispetto al D.Lvo n. 33/2013, ed ha introdotto l'accesso civico generalizzato agli atti ed ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni (questa forma di accesso equivale a quella che nei sistemi anglosassoni è definita "Freedom of information Act" (Foia). Il comma 2 dell'art. 5 del D.Lvo n. 33/2013 (così come modificato dal D.Lvo n. 9/2016) prevede che *"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis"*. A.N.A.C. ha precisato che si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, avente ad oggetto tutti i dati, i documenti e le informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ha emanato, in raccordo con l'A.N.A.C., in data 30 maggio 2017, una circolare, la n. 2, avente ad oggetto l'attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (F.O.I.A.). Nel documento si precisa che, nel trattare una richiesta, con particolare riguardo all'accesso F.O.I.A., occorre che l'Amministrazione instauri un *"dialogo cooperativo"* con il richiedente e si adoperi per soddisfare l'interesse conoscitivo su cui si fondano le domande di accesso, evitando atteggiamenti ostruzionistici.

Distinzione tra accesso generalizzato e accesso civico

A.N.A.C., nella richiamata Delibera n. 1309/2016, precisa che l'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice" previsto dall'art. 5, comma 1, del D.Lvo n. 33/2013 e smi. Lo stesso resta circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge. L'accesso generalizzato rappresenta espressione di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5bis, commi 1 e 2, e, dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni di cui all'art. 5 bis, comma 3.

Distinzione tra accesso generalizzato e accesso agli atti ex L. n. 241/90

A.N.A.C., nella richiamata Delibera n. 1309/2016, precisa che l'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi (di cui agli artt. 22 e ss della L. n. 241/90 e smi), cd. "accesso documentale". La finalità dell'accesso documentale ex L. n. 241/90 è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare, al meglio, le facoltà – partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro, a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un *"interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento per il quale è chiesto l'accesso"*. L'accesso agli atti continua a sussistere ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non) operando sulla base di norme e presupposti diversi.

L'istanza di accesso, prevista al comma 1 e 2 dell'art. 5, non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza può essere trasmessa per via telematica, e può essere presentata, secondo la norma, alternativamente, ad uno dei seguenti uffici: - all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti; - all'Ufficio Relazioni con il pubblico; - ad altro ufficio eventualmente indicato dall'Amministrazione nella sezione *"Amministrazione Trasparente"* del sito istituzionale; - al R.P.C.T. ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del presente decreto.

Fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria, l'amministrazione cui è indirizzata la richiesta di accesso, se individua soggetti controinteressati, ai sensi dell'art. 5bis, comma 2, è tenuta a darne comunicazione agli stessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento, o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione. Entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione i contro interessati possono presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso. A decorrere dalla comunicazione ai controinteressati il termine di cui al comma 6 è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati. Decorso tale termine l'amministrazione provvede sulla richiesta, accertata la ricezione della comunicazione.

Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la comunicazione al richiedente ed agli eventuali controinteressati. Il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati con riferimento ai casi ed ai limiti stabiliti dall'art. 5bis. Nei casi di diniego, totale o parziale, dell'accesso o di mancata risposta entro il termine di cui al comma 6, il richiedente può presentare istanza di riesame al Responsabile della trasparenza (ora R.P.C.T.) che decide, con provvedimento motivato, entro il termine di 20 giorni.

Il R.P.C.T.:

- è destinatario delle istanze di accesso "civico" semplice (art. 5, co 1, D.lgs 33/2013) finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati prevista normativamente. Se ne sussistono i presupposti, entro 30 giorni, pubblicherà sul sito i dati;
- con riguardo all'accesso civico "generalizzato" (art. 5, co 2, D.lgs 33/2013) il R.P.C.T. tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine di 20 giorni.

Si rinvia al sito dell'Asl VCO, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sotto sezione "Altri contenuti" – accesso civico. E' attivo in azienda il "**registro degli accessi**", che riepiloga tutte le tipologie di accessi pervenute all'Asl nel corso di ogni singolo anno. Si rinvia alla sotto sezione dell'Amministrazione Trasparente "Altri contenuti".

Trasparenza e privacy

Con riferimento alla trasparenza un problema molto delicato che si può presentare è quello di un possibile conflitto con il diritto alla riservatezza o alla privacy. Il D.lgs n. 196/2003 "*Codice in materia di protezione dati personali*" ed il regolamento approvato dall'Unione Europea il 25.5.2016 n. 679 (più comunemente definito GDPR, ovvero *General Data Protection Regulation*, efficace dal 25.5.2018) ha previsto precise regole per le organizzazioni che detengono e trattano dati di persone fisiche residenti nella Comunità Europea. Seppure i due campi (trasparenza e privacy) sembrano ben delimitabili (le amministrazioni pubbliche devono avere come regola pubblicità e trasparenza della propria azione mentre per i singoli cittadini vale il diritto alla riservatezza o privacy) in realtà nelle attività delle amministrazioni spesso sono coinvolti direttamente cittadini e, negli atti, sono contenute informazioni su dati personali di singoli.

In passato (prima delle ultime riforme) il bilanciamento tra trasparenza e privacy era assicurato attraverso il riconoscimento del diritto di accedere ai documenti solo a coloro i quali avevano un interesse rilevante da tutelare. Attualmente l'impostazione è variata. Per gli obblighi di pubblicazione la legge prevede la prevalenza della trasparenza sulla riservatezza, salvo che si tratti di dati sensibili. Il garante della privacy ha precisato che i dati personali, diversi dai dati sensibili, saranno in ogni caso sottoposti al regime di piena conoscibilità previsti dalla legge, purchè si tratti di dati pertinenti.

La Corte Costituzionale è stata chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali (inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona), e quello dei cittadini al libero accesso a dati ed informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni. La Corte ha riconosciuto che entrambi i diritti sono "*contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo*" perciò è necessario applicare il bilanciamento dei due diritti (della trasparenza e della privacy) avvalendosi del test di proporzionalità che "richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria ed idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi".

Si segnala, inoltre, che l'articolo 3 della Costituzione, integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l'obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, pur al cospetto dell'esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.

Si tratta di aspetti complessi e particolarmente delicati che andranno gestiti, anche nel 2025, in sinergia con il Responsabile della Protezione dati (R.P.D) aziendale.

Dati ulteriori

L'art. 7-bis del D.Lvo n. 33/2013, come integrato dal D.Lvo n.97/2016, ha previsto, al comma 3, che le pubbliche amministrazioni possano disporre la pubblicazione, nel proprio sito istituzionale, di dati, informazioni, e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del D.Lvo n. 33 e s.m.i. o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, nel rispetto dei limiti indicati dall'articolo 5-bis (in tema di esclusioni e limiti all'accesso civico), procedendo alla indicazione, in forma anonima, dei dati personali eventualmente presenti.

L'A.N.A.C., con deliberazione n. 1310/2016, ha evidenziato che i dati ulteriori sono pubblicati nella sotto sezione di I° livello "Altri contenuti", sotto-sezione di 2° livello "Dati ulteriori" laddove non sia possibile ricondurre tali dati ad alcuna delle sotto-sezioni in cui si articola la sezione "*Amministrazione Trasparente*".

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

3.1: STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Organigramma aziendale

Come si evince dal vigente atto aziendale, di cui alla deliberazione n. 602 del 18.8.2022 (recepita dalla Regione) l'organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali dell'azienda si deve coniugare con il criterio strutturale attraverso l'articolazione di strutture operative, in conformità a quanto disposto con D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015.

L'articolazione organizzativa delle strutture operative è la seguente:

➤ strutture complesse
➤ strutture semplici a valenza dipartimentale
➤ strutture semplici.

Le strutture organizzative sono costituite in presenza di elementi oggettivi che le giustifichino: bacino di utenza e posti letto, volumi di produzione, complessità della casistica trattata, risorse economiche gestite, rilevanza e complessità delle tecnologie utilizzate, contingente di personale assegnato (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015).

Le **strutture complesse** costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di organizzazione, direzione e gestione delle risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie a ciascuna assegnate.

Il contingente numerico delle strutture complesse è conforme agli standard minimi per l'individuazione di strutture complesse del SSN (ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12), ed è il seguente:

strutture complesse ospedaliere	Parametro: 17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera. La Regione, con DGR n. 1-600 del 19.11.2014, integrata con DGR n. 1-924 del 23.1.2015, ha individuato, per l'ASL VCO, n. 25 SOC ospedaliere (si rinvia al paragrafo 9d del presente elaborato).
strutture complesse non ospedaliere (strutture dell'area professionale, tecnica, amministrativa e strutture sanitarie territoriali)	parametro: 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera, pari a complessive 13 strutture complesse.

Le **strutture semplici a valenza dipartimentale** sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (il budget è negoziato con il Direttore del Dipartimento) costituite limitatamente (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015):

- all'esercizio di funzioni sanitarie strettamente riconducibili alle discipline ministeriali di cui al DM 30.1.1998 e s.m.i., la cui complessità organizzativa non giustifica l'attivazione di strutture complesse;
- al fine di organizzare e gestire, in modo ottimale, spazi ed attrezzature utilizzate da più unità operative e personale eterogeneo, appartenente a strutture complesse diverse.

Come disposto dalla D.G.R. n. 44 - 2298 del 19.10.2015 le strutture semplici a valenza dipartimentale ospedaliera non devono avere posti letto autonomi e relativo personale dedicato, che devono afferire direttamente al dipartimento di riferimento.

Le **strutture semplici** costituiscono articolazioni organizzative interne delle strutture complesse alle quali è attribuita la responsabilità della gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (D.G.R. n. 42-1921 del 27.7.2015).

Le strutture semplici svolgono un'attività specifica e pertinente a quelle della struttura complessa di cui costituiscono articolazione ma non complessivamente coincidente con le attività di detta struttura complessa.

Il contingente numerico di strutture semplici, tenuto conto degli standard ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12, è il seguente:

strutture semplici	1,31 delle strutture complesse, equivalente, per questa azienda, a n. 50 strutture (numero comprensivo delle Sos a valenza dipartimentale).
--------------------	---

Si evidenzia, inoltre, che l'Azienda si caratterizza per una **organizzazione di tipo dipartimentale**. I Dipartimenti dell'ASL VCO sono i seguenti:

Dipartimenti aziendali territoriali: Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento Materno Infantile.

Dipartimenti aziendali ospedalieri: Dipartimento delle patologie mediche, delle patologie chirurgiche, dei servizi diagnostici e terapie di supporto.

Dipartimenti territoriali interaziendali: di Salute Mentale, in accordo con l'ASL di Biella e l'ASL di Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle tre aziende sanitarie - delle Dipendenze, in accordo con l'Asl di Biella, Novara e Vercelli, è costituito, strutturalmente, per il governo e la gestione delle attività nell'intero territorio delle aziende coinvolte.

sono stati, inoltre, individuati i seguenti **dipartimenti interaziendali funzionali** con il coinvolgimento: dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO ovvero: - Medicina dei Laboratori - Medicina fisica e riabilitativa.

Per quanto attiene all'organigramma aziendale, per una visione completa si rinvia al documento, **Allegato A4** che costituisce parte integrante del vigente atto aziendale di cui alla richiamata deliberazione n. 602/2022.

Livelli di responsabilità organizzativa

Dirigenza Area Sanità CCNL 19.12.2019

1. Direttore di Dipartimento
2. Direttore Struttura Organizzativa Complessa
3. Responsabile Struttura Organizzativa Semplice Dipartimentale
4. Responsabile Struttura Organizzativa Semplice

GRADUAZIONE DELLE POSIZIONI DIRIGENZIALI AREA SANITA' C.C.N.L. 19.12.2019, come da tabella di seguito riportata:

- n. 3 fasce di graduazione per l'attribuzione di incarichi di Direttore Struttura Organizzativa Complessa;
- n. 3 fasce di graduazione per l'attribuzione di incarichi di responsabile SOS DIP;
- n. 3 fasce di graduazione per l'attribuzione di incarichi di Responsabile SOS;
- n. 11 fasce di graduazione per l'attribuzione di incarichi professionali.

DIRIGENZA AREA SANITA' Graduazione e valorizzazione degli incarichi dirigenziali				
Tipologia incarico	Descrizione	Valore Indice	Numero Incarichi	Valore complessivo Annuo (compresa 13 [^])
Incarichi ex art. 18., comma 1, lett. A) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Struttura Complessa	A1	13	22.643,00
	Struttura Complessa	A2	19	20.888,00
	Struttura Complessa	A3	1	19.708,00
Incarichi ex art. 18., comma 1, lett. B) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Struttura Semplice Dipartimentale	SSD1	1	17.319,75
	Struttura Semplice Dipartimentale	SSD2	8	15.594,75
	Struttura Semplice Dipartimentale	SSD3	2	14.444,75
Incarichi ex art. 18., comma 1, lett. C) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Struttura Semplice	SS1	2	15.549,75
	Struttura Semplice	SS2	18	14.399,75
	Struttura Semplice	SS3	5	13.824,75
Incarichi ex art. 18., comma 1, Par. II, lett. A1) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Incarico Professionale di altissima professionalità a valenza dipartimentale	C1+SSD	0	/
Incarichi ex art. 18., comma 1, Par. II, lett. A2) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Incarico Professionale di altissima professionalità articolazione interna di struttura complessa	C1+SOC	0	/

Incarichi ex art. 18., comma 1, Par. II, lett. A1) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Incarico Professionale di altissima professionalità a valenza dipartimentale	C1+SSD*	0	/
Incarichi ex art. 18., comma 1, Par. II, lett. A2) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Incarico Professionale di altissima professionalità articolazione interna di struttura complessa	C1+SOC*	0	/
Incarichi ex art. 18., comma 1, Par. II, lett. B) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Incarico Professionale di alta specializzazione	C1	3	18.595,00
	Incarico Professionale di alta specializzazione	C1*	7	15.364,75
	Incarico Professionale di alta specializzazione	C2	91	13.151,00
	Incarico Professionale di alta specializzazione	C3	89	11.376,00
	Incarico Professionale di media specializzazione	C4	41	8.226,50
	Incarico Professionale di specializzazione	C5	49	7.076,50
		Totale	349	
Incarichi ex art. 18., comma 1, Par. II, lett. D) del C.C.N.L. Area Sanità del 19.12.2019	Incarico di natura professionale di base	D < 5 anni	67	3.120,00
Personale in distacco al COQ	n. 1 Dirigente con incarico di natura professionale di base	D	1	3.120,00
	n. 1 Dirigente con incarico professionale di alta specializzazione	C4/C5	1	8.226,50/7.076,50

Dirigenza dei Ruoli PTA

Dirigenza dei Ruoli PTA - Funzioni Locali CCNL 17.12.2020:

1. Direttore Struttura Organizzativa Complessa
2. Responsabile Struttura Organizzativa Semplice

GRADUAZIONE DELLE POSIZIONI DIRIGENZIALI RUOLI PTA DELLE FUNZIONI LOCALI CCNL 17.12.2020, come da tabella di seguito riportata:

1. - n. 3 fasce di graduazione per l'attribuzione di incarichi di Direttore Struttura Organizzativa Complessa;
2. -n. 3 fasce di graduazione per l'attribuzione di incarichi di Responsabile SOS;
3. - n. 6 fasce di graduazione per l'attribuzione di incarichi professionali.

DIRIGENZA PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA Graduazione e valorizzazione degli incarichi dirigenziali CCIA 2016-2018 in attesa di certificazione del Collegio Sindacale				
Tipologia incarico	Descrizione	Valore Indice	Numero Incarichi	Valore complessivo annuo (compreso 13 [^])
Incarichi ex art. 70, c.1 lett. a) del CCNL 17.12.2020	Struttura Complessa	A1	4	20.600,00
	Struttura Complessa	A2	0	20.250,00
	Struttura Complessa	A3	0	20.000,00
Incarichi ex art. 70, c.1 lett. b) del CCNL 17.12.2020	Struttura Semplice	SS1	3	19.500,00
	Struttura Semplice	SS2	1	18.000,00
	Struttura Semplice	SS3	1	17.350,00
	Struttura Semplice	SS4	1	13.500,00
	Struttura Semplice	SS5	8	12.500,00
Incarichi ex art. 70, c.1 lett. c) del CCNL 17.12.2020	Incarico Professionale	C1	0	10.000,00
	Incarico Professionale	C2	1	8.500,00
	Incarico Professionale	C3	0	6.500,00
	Incarico Professionale	C4	0	5.800,00
	Incarico Professionale	C5	0	5.500,00

Personale del Comparto Sanita' CCNL 02.11.2022

1. Incarico di Posizione
2. Incarichi di Funzione di Organizzazione
3. Incarichi di Funzione Professionale

GRADUAZIONE DEGLI INCARICHI DI FUNZIONE DEL PERSONALE DEL COMPARTO SANITA' CC.CC.NN.LL. VIGENTI

- n. 11 fasce di graduazione per l'attribuzione degli incarichi di funzione di organizzazione e professionale del personale afferente all'Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari del Comparto Sanità afferente ai Ruoli Sanitario Tecnico e Amministrativo di cui ai Piani adottati con Deliberazioni n. 408/2020, e s.m.i., n. 566/2021, e s.m.i, n. 956 dell'11.12.2023 e n. 969 del 20.12.2023, come da tabelle di seguito riportate:

Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari				
Fascia	Punti	n. Incarichi di Funzione		Indennità annuale in €
		Organizzativa	Professionale	
1	0	0	0	€ 1.000,00
2	da 6 a 10	5	17	€ 4.000,00
3	da 11 a 15	20	4	€ 4.500,00
4	da 16 a 19	4	0	€ 5.000,00
5	da 20 a 22	23	0	€ 5.500,00
6	da 23 a 26	5	0	€ 6.000,00
7	da 27 a 30	5	0	€ 6.500,00
8	da 31 a 34	4	0	€ 7.000,00
9	da 35 a 40	2	0	€ 8.000,00
10	da 41 a 45	0	0	€ 9.500,00
11	da 46 a 50		0	€ 11.000,00
Totale	/	68	21	/

Area degli Assistenti			
Fascia	Punti	n. incarichi	Indennità annuale in €
1	da 7 a 10	6	€ 930,00
2	da 11 a 14	6	€ 1.800,00
3	da 15 a 20	0	€ 3.000,00
Totale	/	12	/

Area degli Operatori			
Fascia	Punti	n. incarichi	Indennità annuale in €
1	da 7 a 10	0	€ 700,00
2	da 11 a 14	0	€ 1.500,00
3	da 15 a 20	0	€ 2.000,00
Totale	/	0	/

**Ampiezza media delle unità organizzative
in termini di numero di dipendenti in servizio**

Si rinvia alla tabella che segue.

SOC / SOSD	N° Medio dipendenti in servizio – anno 2024
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE (PERSONALE AMM.VO)	21,5
SOS PREVENZIONE E PROTEZIONE	4
SOS STRUTTURA DI VIGILANZA	4
SOS CONTROLLO DI GESTIONE	5
SOS TECNICO E COORDINAMENTO AZIENDALE NUOVO OSPEDALE	17
SOS FORMAZIONE	4
SOS SERVIZIO PSICOLOGIA	11,5
SERVIZIO DEL MEDICO COMPETENTE	3
UFFICIO COMUNICAZIONE E URP	6
PROGRAMMAZIONE E PROGETTAZIONE SANITARIA INTEGRATA	1
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE AZIENDALE	10,5
GOVERNO CLINICO – QUALITA’ - APPROPRIATEZZA – RISCHIO CLINICO	4,5
SOC FARMACIA	21,5
SOC DIPSA	1.290,5
SOC SPRESAL	2,5
SOC SIAN	3
SOC SERVIZIO VETERINARIO AREA A	8
SOC SISP	6
SOC DISTRETTO	53
SOC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2
SOC PEDIATRIA	2
SOC OSTETRICIA	11
SOC SERD	7
SOC SERVIZIO SALUTE MENTALE TERRITORIALE	6,5
SOC DIREZIONE SANITARIA PRESIDI OSPEDALIERI VERBANIA - DOMODOSSOLA	71
SOC MEDICINA INTERNA DOMODOSSOLA	5

SOC MEDICINA INTERNA VERBANIA	4
SOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	2
SOC NEFROLOGIA E DIALISI	9
SOC NEUROLOGIA	5
SOC CARDIOLOGIA	15
SOC ONCOLOGIA	10
SOC MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA	10
SOC R.R.F.	5
SOC CHIRURGIA GENERALE DOMODOSSOLA	7
SOC CHIRURGIA GENERALE VERBANIA	8
SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DOMODOSSOLA	3,5
SOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA VERBANIA	4
SOC OCULISTICA	5,5
SOC ORL	6,5
SOC UROLOGIA	2
SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	19,5
SOC LABORATORIO ANALISI	5
SOC ANATOMIA PATOLOGICA	6
SOC RADIOLOGIA	8,5
SOS DIP. SERVIZIO VETERINARIO AREA B	2
SOS DIP. SERVIZIO VETERINARIO AREA C	2
SOS. DIP. MEDICINA LEGALE	7
SOS. DIP. GERIATRIA	6
SOS. DIP. ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA	4
SOS. DIP. DIETOLOGIA E NUTRIZIONE	0,5
SOS. DIP. ENDOSCOPIA DELL'APPARATO DIGERENTE	4,5
SOS. DIP. DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	1
SOS. DIP. ATTIVITA' CONSULTORIALE	0
SOS. DIP. RADIOTERAPIA	4
SOS. DI. SIMT	4
SOC AFFARI GENERALI, LEGALI E ISTITUZIONALI	17,5
SOC GESTIONE ECONOMICO – FINANZIARIA E PATRIMONIO	19
SOC GESTIONE PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	28,5
SOC LOGISTICA E SERVIZI INFORMATICI	62,5

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

La Direzione Generale dell'ASL VCO e le Rappresentanze Sindacali il giorno 20 dicembre 2023 si sono accordate in merito alla definizione dei criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e dei criteri di priorità. Ciò tenuto conto della normativa vigente e di quanto disposto dalla recente Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29.12.2023 in materia di lavoro agile.

Il Direttore della Soc Gestione Personale e Relazioni Sindacali ha predisposto il regolamento trasmettendolo alla Direzione Generale.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 41 del 18.1.2024 è stato approvato il Regolamento in materia di lavoro agile il cui contenuto viene di seguito riportato.

Il Regolamento prevede 12 articoli ed un allegato riferito al modello da utilizzare per la sottoscrizione dell'accordo individuale per la prestazine lavorativa in modalità agile.

Regolamento lavoro agile

Art. 1 Oggetto

1. Il presente Regolamento stabilisce le modalità operative relative allo svolgimento della prestazione lavorativa in lavoro agile (smart-working) da parte dei dipendenti dell'ASL VCO, nel rispetto della vigente normativa. Esso costituisce una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dall'Azienda, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità.
2. Il lavoro agile è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici per l'innovazione organizzativa garantendo, nel contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.
3. L'accesso al lavoro agile è consentito nei modi e limiti previsti dal presente Regolamento e nel rispetto delle procedure nello stesso indicate.

Art. 2 Disposizioni normative

Il presente Regolamento è adottato nel rispetto delle seguenti disposizioni normative e regolamentari:

- DPCM 24.09.2021
- DM Funzione Pubblica 08.10.2021
- Linee Guida approvate dalla Conferenza Stato-Regioni del 16.12.2021
- Circolare Funzione Pubblica/Ministero del Lavoro 03.01.2022
- D.Lgs. n. 81/2017
- artt. 76 – 80 CCNL Comparto Sanità sottoscritto il 02.11.2022
- DM 29.12.2023 Ministro per la Pubblica Amministrazione.

-

Art. 3 Principi e criteri del Lavoro Agile

1. Il Lavoro Agile è definito dalle presenti Linee Guida nel rispetto dei seguenti Principi e criteri:

- a) invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- c) adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore o in alternativa, previo accordo con il datore di lavoro, utilizzo delle dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza stabiliti dal datore di lavoro.
- f) stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:

- 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;

- 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;

- 3) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;

g) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

2. Fermo restando che il lavoro agile non è esclusivamente uno strumento di conciliazione vita-lavoro ma anche uno strumento di innovazione organizzativa e di modernizzazione dei processi, l'amministrazione nel prevedere l'accesso al lavoro agile ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve queste ultime e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative vigenti, il principio di rotazione per quanto applicabile nonché l'obbligo da parte dei dipendenti di assicurare prestazioni adeguate, l'amministrazione avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure, garantendo in ogni caso, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, previamente valutate dal medico competente (ex art. 83 del D.lgs n. 81/2008 e s.m.i.), di svolgere il lavoro agile.

3. La rotazione deve essere intesa come alternanza per uno stesso dipendente di lavoro in presenza e in modalità agile anche nel multi periodo . Pertanto, uno stesso dipendente può lavorare in modalità agile il 100% dei giorni di un intero mese o più mesi, purché alla fine dell'anno abbia svolto lavoro in presenza almeno 111 giorni su 220.

Art. 4 Accesso al lavoro agile.

1. L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentita a tutti i lavoratori, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato, ad esclusione dei titolari di incarico di funzione.

2. Le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, sono quelle di natura amministrativa e tecnico informatica, fermo restando che sono comunque esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

3. Il Responsabile funzionale della Struttura sentito il coordinatore del Servizio, consente l'accesso al lavoro agile per le attività qui di seguito indicate:

a) amministrative

b) tecnico informatiche

Per quanto inerisce le attività amministrative si intendono quelle che non necessitano di utilizzo di materiale cartaceo e quindi volte alla gestione di dati riportati sui diversi programmi informatici in dotazione all'Azienda ovvero relative a produzione di documenti/atti che comunque non richiedano la presenza in servizio.

Le attività tecnico informatiche sono quelle relative allo sviluppo applicativo di progetti documentali in maniera digitale, ovvero volti alla verifica/monitoraggio/ funzionamento di sistemi operativi, rilevazione eventi di sicurezza e più in generale di attività dematerializzate o dematerializzabili.

4. Il Responsabile funzionale della Struttura, sentito il coordinatore del Servizio, che autorizza il dipendente all'accesso al lavoro agile, oltre al principio di rotazione, deve tener conto in via principale della necessità di garantire ai lavoratori che documentino, come già indicato all'art. 3 comma 2, gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, valutate dal medico competente, di svolgere le prestazioni lavorative in modalità agile, laddove possibile anche in deroga ai criteri della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

5. Nella valutazione delle domande presentate, oltre a tener conto del principio di salvaguardia indicato al punto precedente, verrà comunque data la priorità all'accesso al lavoro agile, secondo quanto disposto dall'art. 18, comma 18 bis, della legge n. 81/2017, così come modificata dal D.lgs n. 105/2022, ai lavoratori che si trovano nelle sottoindicate condizioni:

a) lavoratori con figli fino a 12 anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità grave;

b) lavoratori che fruiscono dei permessi per assistere familiari con disabilità (art. 33, comma 2 e 3 , legge n. 104/1992);

c) caregivers (che assiste familiari non autosufficienti ex art. 1, comma 255 della L. 27.12.2017);

d) lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni personali e familiari.

6. L'accesso alle risorse digitali ed alle applicazioni dell'amministrazione raggiungibili tramite la rete internet deve avvenire attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale (sistemi Multifactor authentication, tra i quali, ad esempio, CIE e SPID), in grado di assicurare un livello di sicurezza adeguato e tramite sistemi di accesso alla rete predisposti sulla postazione di lavoro in dotazione in grado di assicurare la protezione da qualsiasi minaccia proveniente dalla rete (c.d. zero trust network). Alternativamente si può ricorrere all'attivazione di una VPN (Virtual Private Network, una rete privata virtuale che garantisce privacy, anonimato e sicurezza) verso l'ente, oppure ad accessi in desktop remoto ai server. Inoltre, l'amministrazione, prevede sistemi gestionali e sistemi di protocollo raggiungibili da remoto per consentire la gestione in ingresso e in uscita di documenti e istanza, per la ricerca della documentazione, etc. Sono fornite dall'amministrazione puntuali prescrizioni per garantire la sicurezza informatica.

Art. 5 Accordo individuale.

1. L'accordo individuale, di cui all'allegato 1) è stipulato, tra il Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente e il dipendente medesimo, per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova. Tale accordo costituisce modifica/integrazione temporanea del contratto individuale, ed ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017 deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- a) durata dell'accordo;
- b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- c) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 della legge n. 81/2017;
- d) ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- e) indicazione della fascia di cui all'art. 79 comma 1, lett. a) del CCNL Comparto Sanità del 02.11.2022 (articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione);
- f) i tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- h) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza del lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

2 Negli Accordi individuali dovranno essere specificati gli obiettivi e gli idonei indicatori, al fine di valutare l'efficienza, l'efficacia ed economicità delle attività svolte in modalità agile, con definizione delle modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione.

L'accordo definisce altresì le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione lavorativa, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.

Art. 6 Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione.

1. La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

a) fascia di contattabilità nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità simili. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro, ed in ogni caso è prevista una fascia obbligatoria dalle ore 08.00 alle ore 13.30 ed in caso di giornata con rientro pomeridiano dalle 14.00 alle 19.00

b) fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoro è tenuto ad osservare nonché il lavoro notturno tra le dalle 20.00 -08.00 del giorno successivo.

2. Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può ove ne ricorrano i relativi presupposti la fruizione dei permessi orari previsti dai CCNL, i permessi sindacali, i permessi per assemblea, i permessi per la legge n. 104/92. Per la durata di detti permessi il lavoratore è esonerato dalla contattabilità.
3. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.
4. In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio Responsabile di Struttura. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.
5. Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

Art. 7 Durata

1. Il rapporto di lavoro agile sarà attivato a partire dalla data indicata nell'accordo individuale e per la durata ivi indicata.
Ai sensi del presente Regolamento la durata di un rapporto di lavoro agile è definita nell'arco temporale da sei mesi a un anno, eventualmente rinnovabili.
2. Al termine della prestazione in lavoro agile prevista dal sottoscritto accordo, si riterrà ripristinata la modalità tradizionale di svolgimento della prestazione di lavoro, senza necessità di alcuna comunicazione tra le parti, in assenza di richiesta di rinnovo.

Art. 8 Rapporto di lavoro

1. L'assegnazione della posizione di lavoro agile non modifica la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, che continua ad essere regolato dalla legge, dalla contrattazione collettiva nazionale, dagli accordi collettivi decentrati nonché dalle disposizioni regolamentari ed organizzative dell'Ente.
Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva, pertanto, i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il diritto al trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei dipendenti che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente in presenza. Il lavoro agile dovrà consentire il mantenimento del medesimo livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede dell'Amministrazione.

Art. 9 Obblighi di custodia e riservatezza

1. L'Amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle prestazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in lavoro agile.

2. Il dipendente in lavoro agile è tenuto a mantenere la massima riservatezza sui dati e le informazioni di cui verrà a conoscenza nell'esecuzione della prestazione lavorativa. Si considera rientrante nei suddetti dati e informazioni qualsiasi notizia attinente l'attività svolta dall'Amministrazione, ivi inclusi le informazioni sui suoi beni e sul personale, o dati ed informazioni relativi a terzi in possesso dell'Amministrazione per lo svolgimento del suo ruolo istituzionale.

3. I dati personali devono essere trattati nel rispetto della riservatezza e degli altri fondamentali diritti riconosciuti all'interessato dalle norme giuridiche in materia di cui al Regolamento UE 679/2016 – GDPR e al D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche– Codice Privacy.

Il trattamento dovrà essere realizzato in osservanza della normativa nazionale vigente, del Regolamento UE sulla Protezione dei Dati Personali e delle apposite prescrizioni e istruzioni impartite dall'Amministrazione in qualità di Titolare del Trattamento.

Art. 10 Valutazione della performance

1. L'adozione di modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale.

2. I Direttori/Responsabili di Struttura sono chiamati ad operare un monitoraggio mirato e costante, *in itinere* ed *ex post*, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'impatto del lavoro agile sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa e sui risultati attesi.

Art. 11 Monitoraggio

1. Il potere di controllo dell'Amministrazione si esercita essenzialmente con riguardo al risultato della prestazione, in termini sia quantitativi che qualitativi, in relazione alle priorità definite dal Dirigente responsabile e comunicate agli interessati, oltre che mediante la previsione di fasce orarie in cui il lavoratore può essere contattato da colleghi e Dirigenti al fine di assicurare il coordinamento con l'organizzazione complessiva del datore di lavoro. Il potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali dell'Azienda. Tra il lavoratore in modalità agile e il datore di lavoro sono condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili, che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa. Tali obiettivi possono prevedere orizzonti temporali differenziati (quindi con cadenza limitata), coerentemente con la durata del rapporto in modalità agile, al fine di verificare il loro conseguimento all'interno dello svolgimento del lavoro da remoto.

2. La rendicontazione della prestazione in SW da parte del dipendente è effettuata con la redazione, con cadenza mensile, di un report sull'attività svolta, da trasmettere al Responsabile di Struttura funzionale, che ne verifica la coerenza con quanto indicato nell'accordo individuale, avuto riguardo al monitoraggio costante dei risultati conseguiti attraverso lo svolgimento della citata prestazione lavorativa.

Art. 12 Disposizioni finali

1. La definizione di aspetti comportamentali specifici per il lavoratore in lavoro agile potrà essere prevista in una apposita sezione del Codice di Comportamento aziendale.
2. Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento si applicano le disposizioni previste dalla normativa, dalla contrattazione collettiva vigente e dalla contrattazione aziendale.
3. Il presente Regolamento potrà essere oggetto di revisione annuale, laddove si presenti la necessità, previo accordo tra le parti.
4. Il Regolamento entra in vigore dal giorno successivo alla sua approvazione mediante atto deliberativo.

Allegato 1

ACCORDO INDIVIDUALE

PER LA PRESTAZIONE LAVORATIVA MODALITA' AGILE

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale VCO (di seguito "Amministrazione") con sede legale in via Mazzini n. 117 – cap 28887 Omegna, partita IVA/Cod. Fisc. 00634880033, rappresentata dal Responsabile S.O.C./S.O.S. dr./dr.ssa _____ domiciliato/a per la carica presso la sede legale dell'ASL

E

..... (di seguito Dipendente) C.F.: nato/a a il e residente a cap in

PREMESSO CHE

- l'Azienda ha adottato con deliberazione n. ____ del ____ il Regolamento in tema di Lavoro agile
- tra l'Amministrazione e il Dipendente è in essere un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato / determinato – tempo pieno / part-time
- attualmente il Dipendente afferente all'Area _____, è inquadrato nel profilo di _____, ed è assegnato alla S.O.C./S.O.S. _____;
- il Dipendente ha richiesto, con nota prot. n. ____ del ____ di voler accedere al lavoro agile, ed è stato autorizzato con nota prot. n. ____ del _____;
- il presente accordo rientra nell'ambito del rapporto di lavoro in essere e resta fermo il trattamento economico e normativo attualmente applicato;
- il Dipendente svolgerà la prestazione di lavoro secondo le modalità di seguito pattuite;
- l'impatto delle misure organizzative adottate sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa sarà valutato tenendo conto anche delle valutazioni/osservazioni dell'utenza

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

1. Modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, tempi di lavoro, di riposo e di disconnessione

1.1 Il Dipendente svolgerà la propria prestazione di lavoro in lavoro agile ai sensi e per gli effetti del vigente regolamento aziendale per n.gg ./settimana

1.2 La programmazione delle giornate lavorative in lavoro agile deve essere concordata preventivamente con il Responsabile funzionale della struttura di appartenenza, di norma su base settimanale/mensile, tenuto conto delle esigenze lavorative ed organizzative della struttura di appartenenza.

1.3 Il mancato utilizzo delle giornate in lavoro agile disponibili nella settimana da parte del lavoratore non comporterà la differibilità delle stesse in epoca successiva.

1.4 Per sopravvenute e documentate esigenze di servizio, può essere revocata da parte del Responsabile, l'approvazione della singola giornata in lavoro agile con possibilità in tal caso per il dipendente di ricalendarizzare detta giornata, di norma nella medesima settimana o in quella immediatamente successiva.

1.5 Diversamente, laddove la giornata di lavoro in lavoro agile non venga effettuata per iniziativa del dipendente, la stessa non potrà essere recuperata.

1.6 Per sopravvenute esigenze di servizio il lavoratore può essere altresì richiamato in sede, con comunicazione almeno il giorno prima.

Il rientro in servizio non comporta il recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

1.7 In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente.

Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza, concedendogli una tempistica congrua al raggiungimento della sede di lavoro. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro

1.8 Il lavoro agile dovrà essere gestito di norma, per giornate intere, salvo la fruizione dei permessi dovuti come specificato nel regolamento aziendale, nell'ambito della fascia di contattabilità prestabilita. L'articolazione ed il debito orario della prestazione resa in lavoro agile è la stessa della prestazione resa in presenza.

1.9 Il lavoratore presterà la prestazione lavorativa la propria residenza/domicilio o altro luogo (preventivamente condiviso con il proprio Responsabile funzionale della Struttura e qui di seguito indicato _____), nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza previsti dalla vigente normativa, anche con riguardo alle prescrizioni in materia di protezione della rete e dei dati dell'Amministrazione, affinché non sia pregiudicata la riservatezza dei dati cui si dispone per ragioni d'ufficio.

1.10 Nello svolgimento dell'attività lavorativa in lavoro agile, il Dipendente - entro i limiti di durata del tempo di lavoro giornaliero derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva, dovrà essere contattabile nella seguente fascia oraria:_____.

1.11 A tal fine il dipendente deve comunicare al proprio Responsabile un recapito telefonico in modo da garantire la disponibilità e la contattabilità nel rispetto della concordata fascia oraria, qualora

non sia necessaria la deviazione delle chiamate; il telefono personale dovrà essere utilizzato dal dipendente anche per effettuare chiamate in uscita verso l'esterno.

1.12 Durante la fascia di contattabilità il/la Dipendente dovrà assicurarsi di essere nelle condizioni (anche tecniche) di ricevere telefonate ed email e dovrà pertanto accertarsi di trovarsi in luogo idoneo a garantire la ricezione e la risposta.

1.13 Il/La Dipendente è obbligato/a a rispettare le norme sui riposi previste dalla legge e dal contratto collettivo e, in particolare, ad effettuare almeno 11 ore consecutive al giorno ed almeno 24 ore consecutive ogni sette giorni (di regola coincidenti con la domenica,) di riposo e disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro. A tal fine al/alla Dipendente è richiesto di rendere la propria prestazione lavorativa nell'arco temporale dalle ore _____ alle ore _____, nelle giornate previste per il personale in presenza e nel rispetto del CCNL. Durante il Periodo di Riposo e di Disconnessione - salvo particolari esigenze organizzative e fermo, in ogni caso, il recupero dello stesso - non è richiesto al dipendente lo svolgimento della prestazione lavorativa e, quindi, la lettura delle email, la ricezione delle telefonate l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

1.14 Nelle giornate di lavoro agile non è riconosciuto il trattamento di trasferta ed è escluso il ricorso a prestazioni di lavoro straordinario, notturno o festivo o ad attività aggiuntive e/o lavoro supplementare (partecipazione a progetti che prevedono attività fuori orario di servizio). Sono altresì garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari.

1.15 Potrà essere richiesto al dipendente di partecipare a *conference call* o connettersi a riunioni via web.

Il dipendente, nelle giornate in lavoro agile qualora per sopraggiunti ed imprevisti motivi personali si trovi nella condizione di impossibilità assoluta a rendere la prestazione di lavoro, deve darne tempestiva comunicazione al proprio Responsabile.

2. Trattamento giuridico ed economico

2.1 L'orario di lavoro, l'inquadramento contrattuale, la retribuzione e le mansioni del lavoratore rimarranno le medesime specificate nel contratto individuale di lavoro dal medesimo sottoscritto, con le eventuali successive integrazioni.

2.2 Al lavoratore in modalità agile è riconosciuta la pausa di recupero psico fisico ma non il diritto all'erogazione del buono pasto.

3. Modalità di recesso

3.1 Durante il periodo di svolgimento in lavoro agile l'Amministrazione o il dipendente, fornendo specifica motivazione, possono interrompere tale modalità operativa, con un preavviso non inferiore a 30 gg (in caso di lavoratore disabile il preavviso dell'amministrazione deve essere pari almeno di 90 gg).

3.2 In presenza di giustificato motivo ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso, indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o indeterminato

3.3 L'Amministrazione potrà inoltre esercitare la facoltà di recesso dall'accordo, con effetto immediato, qualora il/la dipendente non sia in grado di svolgere l'attività assegnatagli/le in piena autonomia, per il mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati o a seguito di successiva rivalutazione in merito alla sussistenza dei requisiti richiesti.

4. Strumenti di lavoro e potere di controllo

4.1 Al fine di rendere possibile lo svolgimento della prestazione lavorativa il Dipendente dovrà avere a disposizione un personal computer e un cellulare, da utilizzarsi nel totale rispetto delle regole fornite dalla SOS ICT.

4.2 Il dipendente, previo accordo con l'Amministrazione, si rende disponibile ad utilizzare i propri dispositivi (pc, telefono) e deve utilizzare tali apparecchiature in conformità con le istruzioni tecniche che gli saranno fornite dalla citata SOS ICT e nel rispetto delle leggi e delle disposizioni impartite dall'Azienda.

4.3 E' utilizzata una utenza personale o domestica del dipendente per le ordinarie attività di servizio, con puntuali prescrizioni da parte dell'Amministrazione per garantire la sicurezza informatica.

4.4 Gli strumenti di lavoro eventualmente affidati al/alla dipendente dall'Amministrazione devono essere usati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa e non per scopi personali o non connessi all'attività lavorativa. Essi devono essere custoditi con la massima cura e diligenza e nel rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro .

4.5 Il dipendente deve adottare le necessarie precauzioni affinché terzi, anche se familiari, non possano accedere agli strumenti di lavoro e ai dati trattati.

4.6 Le modalità di effettuazione dei controlli da parte dell'Amministrazione sono definite nel rispetto del decreto legislativo n.196/2003 e s.m.i., del Regolamento UE 2016/679 e delle leggi vigenti in materia e dal vigente Regolamento aziendale in materia di lavoro agile.

4.7 Il potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sarà comunque esercitato con modalità analoghe a quelle applicare con riferimento alla prestazione resa presso i locali dell'Azienda

5. Valutazione della performance

5.1 L'adozione di modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale.

Sono assegnati obiettivi puntuali, chiari e misurabili, che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa. Tali obiettivi qui di seguito meglio indicati, possono prevedere orizzonti temporali differenziati (quindi con cadenza limitata), coerentemente con la durata del rapporto in modalità agile, al fine di verificare il loro conseguimento all'interno dello svolgimento del lavoro agile.

Obiettivo 1: _____ ;

Obiettivo 2: _____ .

6. Luogo di lavoro e sicurezza

6.1 Il/La dipendente svolge l'attività in lavoro agile di norma presso il proprio domicilio/residenza, o presso altro luogo, indicato al punto 1 del presente Accordo, e tutti devono rispondere a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza, anche riguardo all'uso abituale dei supporti informatici; gli stessi non devono mettere a rischio la salute del lavoratore, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati e devono consentire il diligente adempimento della prestazione ed il puntuale perseguimento del risultato convenuto. Il/La dipendente è tenuto/a a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali dell'Amministrazione. Dovrà, pertanto, rispettare ed applicare correttamente le direttive impartite dall'Amministrazione e in particolare dovrà prendersi cura della propria salute e sicurezza, in linea con le disposizioni di cui al D.lgs. 81/08 e s.m.i. (Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro). A tal fine il Dipendente riceve informativa scritta in merito ai rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro. L'Amministrazione fornisce la disponibilità di accessi

sicuri dall'esterno agli applicativi ed ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, attraverso l'abilitazione alla connessione al proprio p.c. in ufficio tramite un software di collegamento remoto.

7. Obblighi

7.1 Il/La Dipendente si impegna alla partecipazione ad iniziative di informazione/formazione riguardanti: modalità operative in lavoro agile (procedura tecnica per la connessione da remoto), aspetti di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e dei rischi connessi all'utilizzo dei dispositivi tecnologici, misure di sicurezza anche comportamentale sul corretto utilizzo e sulla tutela delle informazioni, dei beni o materiali dell'Amministrazione, previsioni normative in materia di privacy e tutela dei dati personali.

7.2 Il/La dipendente resta assoggettato/a agli obblighi di diligenza e fedeltà previsti dal Codice di Comportamento aziendale e segnatamente è tenuto a rispettare le norme in tema di incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi; il medesimo incorre inoltre nelle previste sanzioni in caso di falsa attestazione della presenza in servizio nonché di assenza priva di valida giustificazione.

8. Protezione e riservatezza dei dati

8.1 Durante lo svolgimento della propria prestazione lavorativa in lavoro agile il/La Dipendente è tenuto/a alla più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni dell'Amministrazione in suo possesso e/o disponibili sul sistema informatico della stessa, e deve adottare tutte le precauzioni necessarie a garantire la salvaguardia e lo svolgimento delle attività in condizioni di sicurezza, custodendo con la massima cura e diligenza tutte le informazioni.

8.2 Il dipendente si obbliga in particolare ad adoperarsi per evitare che persone non autorizzate accedano a dati e informazioni riservati.

8.3 Al dipendente è consegnata l'informativa sulla protezione dei dati personali in regime di lavoro agile.

9. Durata del presente accordo

9.1 Il presente accordo è a tempo determinato con effetto dal e sino al con possibilità di eventuale rinnovo, previa valutazione positiva

Il Direttore
SOC /SOS _____

Il dipendente

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Con deliberazione n. 651 del 10.8.2023 è stato adottato il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2022/2024, approvata dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 30 – 7328 del 31/07/2023, che si allega (**Allegato A5**).

Per effetto di quanto disposto dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 33 – 538 del 16/12/2024, il suddetto P.T.F.P. è ancora, al momento, provvisoriamente vigente e il tetto di spesa per il personale del 2025 è ancora prudenzialmente quello del 2024 (Euro 109.580.267), fermo restando il successivo eventuale adeguamento.

Nella succitata D.G.R. viene stabilito che le Aziende trasmettano i P.T.F.P. 2023 – 2025 entro il 16/01/2025 e l'A.S.L. VCO ha adempiuto a tale incombenza, trasmettendo lo stesso agli uffici regionali competenti con nota prot. n. 3275 del 16/01/2025. Le Aziende Piemontesi, nelle more dell'approvazione del P.T.F.P. 2023 – 2025, sono autorizzate a proseguire con il piano assunzionale programmato sulla base dei P.T.F.P. 2022 – 2024, annualità 2024.

L'art. 6 D. Lgs. n. 165/2001, come modificato e integrato dal D. Lgs. n. 75/2017, prevede che le Amministrazioni Pubbliche definiscano l'organizzazione dei propri uffici in conformità al Piano Triennale dei Fabbisogni (P.T.F.P.), in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le Linee di indirizzo di cui all'art. 6 ter del succitato Decreto Legislativo, adottate per orientare le Pubbliche Amministrazioni nella predisposizione dei rispettivi piani del fabbisogno di personale.

Il P.T.F.P. viene redatto tenendo conto delle seguenti indicazioni nazionali e regionali vigenti in materia:

- il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione dell'8/05/2018, che definisce le linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (P.T.F.P.) e, in particolare, i punti dal 7 a 7.3 che declinano le specificità riferite agli Enti e Aziende del S.S.N. prevedendo, tra l'altro, che il P.T.F.P. deve essere predisposto in coerenza con i rispettivi atti aziendali;
- la D.D. del Direttore Regionale della Direzione Sanità della Regione Piemonte n. 516 dell'1/08/2018, come modificata e integrata con D.D. n. 79 del 6/02/2019 e n. 208 del 4/03/2020, con cui sono state approvate le Linee di indirizzo regionali per la predisposizione del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (P.T.F.P.) delle Aziende del S.S.R., corredate delle schede di rilevazione dei dati relativi alle dotazioni organiche e al fabbisogno suddiviso per profili professionali, nonché i costi della dotazione organica stessa.

Il P.T.F.P., in cui vengono riportati sia il personale dipendente sia le altre forme contrattuali "non dipendenti", assicura la funzionalità e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse al fine del miglior funzionamento dei servizi per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza attualmente garantiti nell'A.S.L. VCO, nell'osservanza delle disposizioni di cui all'art. 4 L. n. 16/2014.

Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che necessitano all'amministrazione è possibile ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire, al meglio, gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività. La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire le capacità assunzionali in base alle priorità strategiche.

L'A.S.L. VCO ha effettuato un'analisi organizzativa finalizzata alla ridefinizione della propria dotazione organica evidenziando i fabbisogni, suddivisi per Strutture e profili professionali. Tale attività è stata strettamente correlata al miglioramento della qualità e quantità dei servizi da offrire, soprattutto tenendo conto del periodo emergenziale concluso, ma che potrebbe portare l'Azienda a dover affrontare nuovamente la gestione di situazioni critiche.

Sono stati tenuti in considerazione i seguenti fattori:

- capacità assunzionale calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa;
- stima del trend delle cessazioni (pensionamenti, trasferimenti, dimissioni volontarie, ecc.);
- stima dell'evoluzione dei bisogni, in funzione delle scelte legate a esternalizzazioni/internalizzazioni, potenziamento/dimissioni di servizi/attività/funzioni ed altri fattori, interni ed esterni, che richiedono discontinuità nel profilo delle risorse umane in termini di profili di competenze e/o quantitativi;
- necessità di privilegiare assunzioni tese e ridurre le forme contrattuali atipiche, in coerenza con le disposizioni in materia.

Tutto ciò è altresì fondamentale per la definizione di adeguate politiche del personale tuttavia è necessario tener sempre conto dei limiti correlati al rispetto del tetto di spesa del personale assegnato dalla Regione che, nel garantire solo il turn over, ha limitato, o quasi annullato, il soddisfacimento di ulteriori necessità. In parte le medesime sono state soddisfatte facendo ricorso alle prestazioni aggiuntive, ad integrazione dell'attività istituzionale in presenza di carenza di organico o per ridurre le liste di attesa, di cui all'art. 27, comma 8 del CCNL 23.01.2024 del personale Dirigente Sanitario, sebbene entro i limiti contrattuali ricondotti dall'art. 89, comma 4, del CCNL 23.01.2024 ed in correlazione alle prestazioni aggiuntive dei profili sanitari del Comparto, nelle entità previste dalle DGR. N. 12-3442 del 23.06.2021 integrate dalle DGR n. 14-8335 del 06.05.2024.

Si richiama la D.G.R. n. 46 – 6202 del 7/12/2022, con cui sono stati approvati i Piani triennali dei Fabbisogni del Personale delle Aziende sanitarie per il triennio 2021-2023, sono state fornite indicazioni alle Aziende per l'adozione del PTFP per il triennio 2022-2024 e sono stati approvati i tetti di spesa del personale per gli anni 2022-2023-2024.

I tetti di spesa per il personale assegnati all'Azienda sono i seguenti:

Anno 2022	Euro 107.516.476
Anno 2023	Euro 108.090.189

Anno 2024	Euro 109.580.267
Anno 2025 (provvisorio)	Euro 109.580.267

Nel redigere l'allegato P.T.F.P. 2022 – 2024 ci si è attenuti ai suddetti limiti economici, che sono stati rispettati, sebbene si siano sacrificate esigenze che non potranno essere soddisfatte o per soddisfare le quali sarà necessario reperire strade alternative.

Un limite al perseguimento delle finalità del P.T.F.P. è rappresentato dall'enorme difficoltà a reperire risorse, soprattutto mediche, ma anche sanitarie in generale, sia della dirigenza sia del comparto, soprattutto per scarsità delle stesse ma anche per una questione di attrattività. Per sopperire a tale circostanza si è provveduto, e si sta provvedendo, a conferire, nel rispetto della normativa vigente, incarichi libero professionali a laureati in medicina e chirurgia, nonché a personale sanitario in quiescenza, ad assumere, a tempo determinato, medici specializzandi, a stipulare convenzioni con altre Aziende Sanitarie, ad acquisire prestazioni aggiuntive da parte di personale dipendente e, quale extrema ratio, ad acquistare prestazioni da società esterne. Per il personale del comparto si ricorre anche alle Agenzie di Somministrazione. Tutto ciò implica, naturalmente, maggiori costi.

Per quanto attiene, in particolare, la necessità di ricorrere all'acquisto di prestazioni da società esterne occorre effettuare alcune considerazioni. A fronte della carenza di personale medico specialistico che si è venuta a creare presso diverse strutture dei presidi ospedalieri dell'Azienda sono state attivate procedure concorsuali, in parte andate deserte ed in parte con esito insufficiente a coprire il fabbisogno di personale, peraltro indispensabile per garantire i turni di assistenza medica nei reparti, presso le sale operatorie, presso gli ambulatori.

Nonostante le iniziative che l'ASL VCO ha messo in atto per reperire personale dirigente medico non si sono ottenuti i risultati auspicati pertanto, al fine di garantire continuità assistenziale agli utenti, l'azienda ha fatto ricorso all'esternalizzazione dei servizi per ciascuna struttura all'interno della quale si è determinata la carenza di personale medico specialistico.

A seguito dell'entrata in vigore del D. L. n. 34 del 30/03/2023 (artt. 10 e 12), convertito in L. n. 56 del 26/05/2023, che ha posto grandi limiti al ricorso alle esternalizzazioni dei servizi sanitari, questa Azienda ha posto in essere tempestivamente - e ha continuato nel corso dell'anno 2024 e prosegue nell'anno in corso - numerose procedure selettive volte ad acquisire, sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato o con incarico libero – professionale, medici per le specialità interessate (Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Anestesia e Rianimazione, Urologia Ortopedia e Traumatologia, Medicina Interna, Malattie Infettive, Radiodiagnostica, Neurologia e Psichiatria), che, tuttavia, non hanno permesso, visti gli esiti, di acquisire un numero di medici neppure lontanamente sufficiente.

Analogamente all'anno 2023, nel corso del quale si era raggiunto l'obiettivo di internalizzare alcuni servizi mediante assunzioni a tempo indeterminato di personale (per es.: presso la S.O.C. Anestesia e Rianimazione non vi erano più "gettonisti; era stato azzerato il numero di unità

amministrative “somministrate”; era stato parzialmente internalizzato il servizio di assistenza infermieristica presso la Casa Circondariale e quello delle Case della Salute, nonché quello di O.S.S. presso l'Hospice di Verbania), anche nell'anno 2024 si è proseguito e concluso il processo dell'internalizzazione che si intendeva perseguire.

Tutto ciò per l'A.S.L. VCO ha comportato e comporterà riduzioni di costi per gli appalti di servizi e l'incremento della spesa per il personale dipendente, sempre tuttavia entro i confini del tetto di spesa fissato dalla Regione Piemonte, ma così si concretizza la possibilità di occupare stabilmente una maggiore numero di lavoratori, con evidenti notevoli benefici sociali e aziendali.

Nell'anno 2024 si è poi attuato nella Regione Piemonte il Piano Straordinario del Personale Sanitario di cui alle D.G.R. n. 1 – 7225 e n. 2 – 7226 del 13/07/2023 nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti, che ha comportato per l'A.S.L. VCO (nell'ambito del c.d. Osservatorio Regionale) la possibilità di coprire n. 40 posti di personale del comparto e n. 50 posti di dirigente medico e sanitario incrementali rispetto al personale in servizio al 30/06/2023 escluso il turn over. Possibilità che tuttavia si è concretizzata soltanto in parte, considerata la carenza di medici.

Sia per il P.T.F.P. 2022 -2024 sia per quello elaborato e inviato entro il 16/01/2025 alla Regione Piemonte, mentre nella determinazione del numero dei posti si è tenuto conto delle assunzioni destinate al fabbisogno incrementale di cui ai modelli territoriali ex D.M. 77/2022 (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, Unità di Continuità Assistenziali, Infermieri di Famiglia o di Comunità), del relativo costo, tuttavia non si è tenuto conto nella quantificazione economica del tetto di spesa.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Misure volte a favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato

Al fine di favorire i percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non l'ASL VCO ha stipulato e mantenuto differenti convenzioni e collaborazioni con sedi Universitarie e agenzie formative del territorio. Tutte le differenti convenzioni stipulate dall'ASL VCO con le sedi universitarie, relative a percorsi di Laurea, Master di 1° e 2° livello, Lauree Magistrali e corsi di perfezionamento/specializzazione, sono raccolte in un elenco, periodicamente aggiornato dall'Ufficio competente, con informazioni dedicate sia ai dipendenti, sia ad utenti esterni all'Azienda. Nell'ambito delle convenzioni sono ricomprese anche quelle definite con agenzie formative per la formazione di OSS, corsi seguiti presso agenzie esterne all'Azienda, anche da dipendenti. I dipendenti:

- possono fruire del beneficio delle “150 ore” esprimendo richiesta con la specifica modulistica interna, o con altri permessi legati sempre a motivi di studio, previsti dai contratti;
- partecipano anche a percorsi di formazione proposti in sedi esterne all'Azienda, che non fanno parte del Piano Formativo Aziendale (PFA), ma che sono rilevanti in termini di qualificazione

professionale e di rispondenza agli obiettivi aziendali. Tra questi si richiama il corso per la formazione di Infermieri di Famiglia e Comunità.

L'ASL VCO ha intrapreso un percorso di sviluppo di parte del Piano Formativo mediante la messa a disposizione di percorsi di Formazione a Distanza sia per creare valore nei confronti del personale che per ottimizzare il rapporto tra costi e benefici delle azioni formative.

La Regione Piemonte, con DD n. 15 del 15.1.2025, ha individuato obiettivi formativi ECM prioritari per l'anno 2025, con riferimento a specifici ambiti di interesse. Come specificato nella richiamata DD tali obiettivi sono da ritenersi prioritari ai fini della predisposizione del piano di formazione annuale da parte delle Aziende sanitarie.

Piano Formativo aziendale

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce il punto di riferimento per la programmazione delle iniziative formative ritenute prioritarie dalla Direzione Generale. Le modalità adottate per la rilevazione ed analisi del fabbisogno di formazione seguono procedure codificate da tempo. Attraverso l'analisi dei fabbisogni formativi il Piano, aggiornato annualmente, si pone come strumento di compensazione dei gap di competenze rilevati e come opportunità di sviluppo per i professionisti dell'ASL VCO.

Analogamente all'anno 2023 la Funzione Formazione, anche nell'anno 2024, è stata impegnata nel realizzare eventi che via via assumevano la priorità in base alla situazione sanitaria generale ed alle necessità di organizzazione delle attività e del personale dell'Azienda. L'esigenza (e la relativa capacità) di tener fede ad un Piano Formativo programmato è stata, in questo senso, spesso affiancata e superata da quella, più pressante di essere flessibili e rapidi in base al mutare del contesto.

Modalità e periodicità della rilevazione del fabbisogno formativo

La rilevazione del fabbisogno formativo nella ASL VCO viene effettuata a cura della SOS Formazione con periodicità annuale attraverso un percorso che vede protagonisti i referenti interni della Formazione; percorso che è esso stesso un corso formativo Blended. Tale rilevazione si concretizza in una operazione di ricerca finalizzata a far emergere ed esplicitare le esigenze formative esistenti comunicandole all'organizzazione e a tutti i suoi membri, contribuendo, in questo modo, a dare senso all'agire professionale. L'approccio adottato è un mix di rilevazione in senso top-down (dagli obiettivi della Direzione Strategica al professionista) e bottom-up (dal professionista alla Direzione).

In forma riassuntiva **tra le risorse interne** attivate ed attivabili per il piano formativo si richiama::

- il budget definito per l'attività formativa e quindi per la realizzazione del PFA ma anche per percorsi formativi esterni all'Azienda;
- la presenza di formatori/docenti/tutor aziendali per la messa in atto dei percorsi inseriti nel PFA;
- l'utilizzo della piattaforma per la fruizione di percorsi formativi FAD.

Tra le risorse esterne all'Azienda si possono identificare:

- la fruizione di corsi predisposti e realizzati da MedMood Piemonte;
- l'utilizzo di fondi previsti da normative nazionali/regionali e dedicati all'attività formativa.

L'Azienda ha implementato nell'anno 2024 il percorso formativo aziendale di applicazione del Lean Healthcare Management rivolto a professionisti sanitari titolari di ruoli apicali con il duplice obiettivo di assicurare ai cittadini prestazioni e servizi tempestivi e di qualità, di contenere i costi ed ottimizzare le procedure utilizzate.

Il *Lean Thinking* rappresenta una modalità gestionale finalizzata ad apportare valore aggiunto ai prodotti e/o servizi di un'organizzazione.

Il *Lean* rappresenta, anche e soprattutto, un diverso atteggiamento, un nuovo modo di ragionare, teso ad accrescere la flessibilità dell'azienda attraverso un ripensamento dell'intero flusso di creazione del valore. Tale approccio porta continuamente a domandarsi non solo qual'è il valore che il cliente (esterno ma anche interno all'organizzazione) si aspetta dai prodotti e servizi dell'Asl, ma anche come sarebbe possibile incrementarlo costantemente eliminando tutte quelle attività che non sono considerate a valore aggiunto. Diversamente dai modelli organizzativo-gestionali di matrice tradizionale focalizzati, principalmente, sui processi a maggior valore aggiunto ma con scarsa attenzione al cliente, il *Lean Thinking* parte proprio da una rivisitazione critica del concetto di "valore" per ripensare, sulla base di questo, tutto il flusso delle attività aziendali.

I risultati attesi dall'applicazione delle strategie formative rappresentano, da un punto di vista quantitativo, la sempre più puntuale adesione alle richieste dell'Ente Accreditante (Regione Piemonte), quali lo sviluppo di almeno il 50% delle iniziative formative programmate all'interno del Piano formativo aziendale (PFA) ed il non superamento del rapporto di 0,5 tra iniziative formative programmate e iniziative formative non programmate.

Benessere organizzativo

Per "benessere organizzativo" si intende lo stato di salute di un'organizzazione in riferimento alla qualità della vita, al grado di benessere fisico, psicologico e sociale della comunità dei lavoratori, a tutti i livelli e ruoli, finalizzato al miglioramento qualitativo e quantitativo dei propri risultati. Il concetto di benessere organizzativo si riferisce al modo in cui le persone vivono la relazione con l'organizzazione in cui prestano la propria attività: quanto più una persona sente di appartenere all'organizzazione tanto più trova motivazione e significato nel suo lavoro. Il benessere organizzativo rappresenta, quindi, un elemento fondamentale in grado di influenzare l'efficacia, l'efficienza, la produttività e lo sviluppo di una struttura.

In tema di benessere organizzativo l'ASL VCO, da qualche anno, si è attivata al fine di promuoverne lo sviluppo e di valutarne la ricaduta sui dipendenti attraverso diversificati strumenti.

Il principale strumento messo in campo nell'ultimo decennio, e sistematicamente implementato, è rappresentato dalla creazione di **un nucleo di valutazione Stress Lavoro**

Correlato che, a fianco delle azioni mirate ad adempiere a quanto prescritto dal D.lgs n. 81/08 e s.m.i, ha, negli ultimi anni, rivolto l'attenzione anche al benessere organizzativo.

L'azienda, dall'anno 2020, partecipa, unitamente ad altre Aziende Sanitarie italiane, alla ricerca-intervento *"Lo sviluppo del wellness organizzativo nel post-emergenza Covid"* proposta dalla FIASO-IEN. Tale indagine, nata con lo scopo principale di indagare, attraverso un questionario, il vissuto dei dipendenti in relazione alla gestione della pandemia, ha perseguito, inoltre, le seguenti finalità:

1. mantenere e rafforzare, nel periodo post covid, le buone pratiche di gestione e sviluppo delle risorse umane messe in atto durante l'emergenza;
2. supportare le aziende nell'adozione di politiche per il miglioramento delle condizioni di lavoro dei professionisti e del loro benessere, contribuendo a realizzare un ambiente in cui tutti possano esprimere al meglio le proprie potenzialità e le proprie competenze;
3. definire possibili percorsi di Wellness organizzativo permanente nelle aziende.

Al questionario ha partecipato il 30% degli operatori (tutte le figure professionali presenti in Azienda) ed i risultati, assolutamente in linea con quelli nazionali, hanno evidenziato una profonda consapevolezza dei propri vissuti emotivi legati all'epidemia, una buona capacità adattiva e l'importanza di aver messo in atto strategie specifiche di coping e riorganizzative (collaborazione, lavoro di equipe, supporto tra i colleghi, ecc.).

Al termine di tale elaborazione di dati si è passati alla seconda fase che prevede la costruzione di progetti di wellness organizzativo nelle aziende.

Nel 2023 si è avviato, infatti, un progetto di wellness che prevede il coinvolgimento di un elevato numero di operatori sanitari. Tale progetto, condotto dalla psicologa che, in azienda, si occupa di stress lavoro correlato e di benessere organizzativo, ha previsto un corso di formazione teorico-esperienziale che si è svolto in 3 edizioni ed ha coinvolto circa 150 dipendenti Asl ed è proseguito anche nel 2024 con lo scopo di estendere la partecipazione al maggior numero di operatori dell'azienda. In particolare nel 2024 è proseguito il progetto riguardante il welfare organizzativo aziendale che ha previsto due percorsi:

- un primo percorso, già proposto nel 2023, consistente in una giornata di formazione sul benessere organizzativo e la gestione dello stress lavoro correlato, al quale hanno partecipato 212 dipendenti organizzando 9 edizioni;
- un secondo percorso di tre giornate mirato a fornire ai dipendenti tecniche pratiche di gestione dello stress e di benessere individuale e organizzativo, al quale hanno partecipato 75 dipendenti organizzando 6 edizioni.

E' stato inoltre proposto, ai coordinatori, un corso sulla comunicazione efficace, la gestione dei conflitti e la gestione delle dinamiche di gruppo.

Nel 2025 si intende proseguire nella applicazione del progetto in considerazione delle ricadute positive registrate con riguardo ai dipendenti.

Per quanto attiene alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato legato alla gestione del benessere aziendale, l'ASL VCO ha adottato il modello proposto dall'INAIL di oggetto *"Valutazione e gestione del rischio da stress lavoro-correlato - annuale ad uso delle aziende in attuazione del D.Lgs. 81/08 e s.m.i."*.

I risultati ottenuti tramite i due strumenti di valutazione, di primo e secondo livello, trovano, da anni, un momento di confronto nell'individuazione degli interventi di miglioramento, di carattere organizzativo, gestionale, formativo e strutturale, con il coinvolgimento dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Nel 2024 è iniziata la nuova fase di valutazione stress lavoro correlato, proposta ad alcuni servizi attraverso il questionario, strumento indicatore, appositamente creato dall'INAIL, per le Aziende Sanitarie, che proseguirà nel 2025.

3.5 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE TRIENNIO 2024-2026

La Direttiva n. 2 del 2019 recante *“Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni pubbliche”* ha aggiornato alcuni degli indirizzi forniti con la Direttiva del 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei **“Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG)**, istituiti ai sensi dell'art. 57 del D.Lgs. n. 165 del 2001, rafforzando il ruolo degli stessi all'interno delle amministrazioni pubbliche. Tra le funzioni del CUG, oggetto di consolidamento da parte della Direttiva, è ricompresa quella propositiva di *“... predisposizione di Piani di Azioni Positive volti a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo all'interno dell'Amministrazione pubblica”*. La nuova Direttiva prevede inoltre espressamente che, in ragione del collegamento con il ciclo della Performance, il Piano Triennale di azioni positive debba essere aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno, anche come allegato al Piano della Performance.

Con deliberazione n. 959 del 29.12.2022 il Comitato Unico di Garanzia dell'ASL VCO è stato ricostituito e, con Deliberazione n. 719 del 26.09.2023, a seguito della cessazione dal servizio di alcuni componenti, è stata modificata la composizione.

Con Deliberazione n. 688 del 08.09.2023, su proposta del Comitato Unico, è stato adottato il *“Regolamento per il funzionamento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”* dell'ASL VCO.

In occasione della sua prima seduta, in data 27.01.2023, il CUG ha provveduto all'approvazione del Piano delle azioni positive per il triennio 2023-2025 e, nel corso del 2024, il Presidente ha rivisto detto documento per il necessario aggiornamento 2025-2027. In data 22 gennaio 2025, con lettera prot. n. 4641, il Presidente del CUG ha trasmesso il documento da inserire nella sottosezione 3.4 del P.I.A.O.

Presentazione

Il presente documento è stato adottato con l'obiettivo di promuovere e favorire, all'interno dell'Azienda ASL VCO, l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, in attuazione

degli obiettivi di parità e pari opportunità, di sostenere condizioni di benessere lavorativo nonché di prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione.

E' noto che un contesto lavorativo improntato al benessere dei lavoratori e delle lavoratrici in grado di garantire pari opportunità, salute e sicurezza, rappresenta un elemento imprescindibile per garantire produttività ed affezione al lavoro. Così come è noto che un ambiente lavorativo ove si verificano episodi di discriminazioni o *mobbing* si associ quasi inevitabilmente alla riduzione e al peggioramento delle prestazioni.

Oltre al disagio arrecato ai lavoratori ed alle lavoratrici si hanno, altresì, ripercussioni negative sia sull'immagine dell'amministrazione sia sulla loro efficienza.

Il Piano delle azioni positive dell'ASL VCO definisce il programma degli interventi che l'Azienda intende realizzare nel triennio 2025-2027 per garantire un'effettiva parità tra lavoratrici e lavoratori, un ambiente di lavoro libero da discriminazioni o molestie, rispettoso della dignità di ognuno. L'Azienda, attraverso il Piano delle Azioni Positive, intende estendere l'ambito delle finalità e degli interventi contenuti nel presente documento alla promozione del benessere organizzativo di tutti coloro che operano al proprio interno; il Piano è altresì strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della Pubblica Amministrazione volto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

I principi ispiratori sono i seguenti:

- azioni positive quali strumenti necessari per attuare l'uguaglianza sostanziale delle opportunità;
- benessere organizzativo/lavorativo e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- prevenzione e contrasto di ogni forma di violenza;
- parità e pari opportunità.

Riferimenti Normativi

- La legge n. 125 del 10 aprile 1991 "*Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro*" prevede che tutte le Pubbliche Amministrazioni si dotino del Piano delle Azioni Positive;
- il successivo D. Lgs. n. 196 del 23 maggio 2000 "*Disciplina delle attività delle consigliere e dei consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive*" riprende tale disposizione con la finalità di tendere alla rimozione degli ostacoli che impediscono la piena realizzazione della parità di uomini e donne nel lavoro;

- il D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche"* (Testo Unico del Pubblico Impiego) estende alle Pubbliche Amministrazioni l'obbligo di garantire la parità nel lavoro;
- il D.Lgs. n. 198 dell'11 aprile 2006 *"Codice delle Pari Opportunità tra uomo e donna a norma dell'art. 6 della Legge 28 novembre 2005 n. 246"*, all'art. 48 *"Azioni positive nelle Pubbliche Amministrazioni"*, impone alle PP.AA. di predisporre piani triennali di azioni positive per assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. L'art. 42 del suddetto decreto definisce le azioni positive con misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione di pari opportunità nel lavoro;
- la Direttiva del 23 maggio 2007 *"Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche"* definisce quali siano tali misure, dettagliando gli ambiti *"speciali"* di azione ove intervenire: cultura organizzativa, politiche di reclutamento e di gestione del personale, formazione, organizzazione del lavoro;
- il D.Lgs. n. 81 del 09 aprile 2008, all'art. 28, comma 1, ha previsto l'obbligo di valutare anche in un'ottica di genere, di verificare ed aggredire il rischio da stress lavoro-correlato quando emerga;
- il D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009 si esprime in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;
- la Legge n.183 del 04 novembre 2010 (*"Collegato lavoro"*) con l'art. 21 ha modificato l'art. 7 del D.Lgs n. 165/2001 e stabilisce che *"..le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta o indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro"*. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì *"..un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno"*, aprendo così l'ambito di intervento ad azioni positive;
- la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 04 marzo 2011 esplicita le *"Linee Guida sulle modalità di funzionamento del CUG"*;
- il D.Lgs. n. 80 del 15 giugno 2015 introduce le *"Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro in attuazione dell'art. 1, commi 8 e 9, della Legge 10 dicembre 2014 n. 183"*;
- il D.Lgs. n. 90 del 12 maggio 2016 ha esplicitato il *"Bilancio di genere"* all'art. 38 *septies*;
- la Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo si occupa della *".. creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all'equilibrio tra vita privata e vita professionale.."* auspicando l'innescio di una riorganizzazione della situazione lavorativa tra uomini e donne, nell'intento di conseguire livelli più elevati di parità di genere;

- la Legge n. 81 del 22 maggio 2017 e la Direttiva n. 3/17 si pronunciano in materia di lavoro agile nella Pubblica Amministrazione;
- la Direttiva n. 2/19 del 26 giugno 2019 *“Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”* definisce nuove linee di indirizzo che orientano le pubbliche amministrazioni nel promuovere la parità e le pari opportunità;
- il D.M. 29.12.2023 del Ministro per la Pubblica Amministrazione si riferisce al “Lavoro agile”.

Obiettivi Generali

- Prevenire ed eliminare le discriminazioni, affermare condizioni di parità e pari opportunità per tutto il personale dell’Azienda, promuovere e diffondere iniziative finalizzate al benessere organizzativo/lavorativo a tutti i livelli organizzativi dell’Azienda.
- Favorire le politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari attraverso azioni che prendano in considerazione le condizioni e le esigenze di donne e uomini, delle diverse fasce d’età, del grado di abilità/disabilità all’interno dell’Azienda contemperando le necessità dell’azienda con quelle delle dipendenti e dei dipendenti.
- Valorizzare le caratteristiche di genere favorendo la partecipazione ed il riequilibrio della rappresentanza di genere in tutte le attività e posizioni.
- Promuovere la cultura e la medicina di genere.
- Migliorare l’efficacia della funzione del CUG attraverso la promozione dello stesso all’interno e all’esterno dell’Azienda.

AZIONI POSITIVE PER IL TRIENNIO 2025-2027

- **Obiettivo n. 1:** Promuovere un clima di benessere organizzativo, la conciliazione dei tempi di vita e lavoro dei dipendenti con particolare riguardo al sostegno della genitorialità e a favore di coloro che si trovano in condizioni di svantaggio personale, sociale e familiare, in attuazione della Legge n.124/2015, del DPCM n. 3/2017 ed in osservanza delle disposizioni contrattuali vigenti (CCNL).
- **Obiettivo n. 2:** Promuovere percorsi formativi volti a prevenire situazioni di disagio, anche in relazione allo stress lavoro – correlato.
- **Obiettivo n. 3:** Raccordo tra Direzione Aziendale e Comitato Unico di Garanzia.

Obiettivo n. 1:

Promuovere un clima di benessere organizzativo, la conciliazione dei tempi di vita e lavoro dei dipendenti con particolare riguardo al sostegno della genitorialità e a favore di coloro che si trovano in condizioni di svantaggio personale, sociale e familiare, in attuazione della Legge n.124/2015, del DPCM n. 3/2017 ed in osservanza delle disposizioni contrattuali vigenti (CCNL).

La salute dei lavoratori (come benessere fisico, psicologico e sociale) dipende anche dal contesto lavorativo generale e dalla salute dell'organizzazione di appartenenza. Benessere Organizzativo, salute e qualità della vita negli ambienti lavorativi sono temi di sempre maggiore interesse e centralità nella società.

Il benessere organizzativo dipende molto dal modo in cui le persone si rapportano all'organizzazione nella quale lavorano.

Promuovere una cultura orientata al benessere organizzativo significa in primo luogo prestare attenzione al benessere individuale del lavoratore/lavoratrice e alla conciliazione vita-lavoro, promuovere e migliorare la qualità della vita nonché il grado di benessere psico-fisico e sociale.

Azione positiva n. 1 – Recepimento della disciplina del lavoro agile e del Telelavoro.

L'utilizzo della modalità di lavoro agile, sperimentato dall'Azienda nel corso della epidemia da Covid 19 nel 2020, ha offerto l'occasione per ripensare il concetto stesso di lavoro. In tale contesto l'Azienda ha inteso promuovere l'utilizzo del lavoro agile anche per la fase post emergenziale adottando tutte le misure organizzative atte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'attività (potenziamento della tecnologia, sviluppo degli strumenti di rilevazione e verifica dei risultati, formazione del personale aziendale).

A tal proposito si prende atto dell'adozione, con Deliberazione n. 41 del 18.01.2024, del Regolamento del lavoro Agile mentre è in fase di approvazione il nuovo Regolamento sul telelavoro. Analogamente, tenendo conto dei principali requisiti del benessere organizzativo tra cui il rispetto dei temi di vita dei lavoratori, nel corso del 2024 (e si proseguirà anche nel 2025) si è prestata attenzione all'adozione di altre modalità di organizzazione del lavoro basate sull'utilizzo della flessibilità oraria in entrata ed uscita nel rispetto dell'orario di lavoro, della valorizzazione delle risorse umane, della rilevazione dei bisogni del personale, anche alla luce delle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e lavoro.

Azione positiva n. 2 – Azioni conseguenti all'indagine conoscitiva sul clima organizzativo condotta nel 2023.

Dall'indagine conoscitiva sul clima organizzativo interno all'Azienda condotta nel 2023 è emersa la necessità:

- di implementare l'attuale sistema di circolazione delle informazioni, in modo tale che i dipendenti siano resi maggiormente partecipi degli istituti aziendali nel loro complesso;
- di intraprendere percorsi formativi per i dipendenti per l'apprendimento di metodi di comunicazione più efficaci (tra i dipendenti e tra dipendenti e utenza).

Proprio in considerazione di queste ultime evidenze è stato attivato, su iniziativa del Dott. Senestraro, Direttore SOC Di.P.sa. e Presidente del CUG, il percorso formativo tenuto dalla Dott.ssa Sonia Lio dal titolo *"IO NEL MIO GRUPPO DI LAVORO: comunicazione efficace e dinamiche di gruppo"* finalizzato allo sviluppo delle competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi delle attività sanitarie.

Obiettivo n. 2:

Promuovere percorsi formativi volti a prevenire situazioni di disagio, anche in relazione allo stress lavoro – correlato.

Azione positiva n. 1 – Sinergia con i Medici Competenti Aziendali

In tema di sensibilizzazione sui rischi trasversali, ai sensi del D.Lgs n. 81/2008, si intende avviare un rapporto di fattiva collaborazione con i Medici Competenti Aziendali con la finalità di rendere più omogenee sia le informazioni che le azioni implementate a favore del benessere organizzativo dei lavoratori e delle lavoratrici. Da qui la necessità di organizzare eventi formativi dedicati alla gestione dello stress lavoro – correlato ed alla promozione della salute.

Azione positiva n. 2 – Formazione

In relazione alla prevenzione del disagio psichico e della sofferenza psichica nei luoghi di vita e di lavoro si è ritenuto di fondamentale importanza promuovere eventi formativi volti a fornire ai dipendenti elementi utili per trovare un equilibrio anche in ambiente lavorativo nonché iniziative formative sulla base di specifici fabbisogni formativi utili alla valorizzazione professionale delle lavoratrici e lavoratori.

Si richiama a tal proposito il progetto formativo aziendale rivolto a tutti i dipendenti, attivato nel 2023 dalla Dott.ssa Sonia Lio, Psicologa e Psicoterapeuta, Responsabile del Nucleo di Valutazione stress-lavoro correlato dell'ASL VCO (componente CUG), in collaborazione con la SOS Formazione dal titolo *"Il benessere è una direzione non un luogo"*, proseguito con grande partecipazione nel 2024 ed integrato dal progetto formativo dal titolo *"Protagonista del mio benessere"* con la finalità di proporre tecniche di benessere e defaticamento emotivo per la riduzione dello stress; gestione aspetti emotivi.

Obiettivo n. 3:

Raccordo tra Direzione Aziendale e Comitato Unico di Garanzia

Il CUG (Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni) ha funzioni propositive, consultive e di verifica su tematiche di conciliazione vita – lavoro, benessere organizzativo/lavorativo, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione, molestie sessuali, morali o psicologiche nei luoghi di lavoro. Si aggiungono interventi e progetti atti a promuovere la parità di trattamento e di opportunità tra donne e uomini e di verifica su esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo, formazione del personale e sviluppo delle carriere, riorganizzazione dei servizi nell’ambito delle materie di propria competenza, progetti per servizi alla famiglia ed alla persona a favore dei dipendenti, promozione della cultura di genere e contro le discriminazioni. Nello specifico la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 *“Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”* (art. 21, legge 4/11/2010 n. 183), a titolo esemplificativo, prevede i compiti di seguito elencati:

Propositivi con riguardo:

- alla predisposizione di piani di azioni positive per favorire l’uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne;
- alla promozione e/o potenziamento di ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione vita privata/lavoro e quanto necessario per consentire la diffusione della cultura delle pari opportunità;
- ai temi che rientrano nella propria competenza ai fini della contrattazione integrativa;
- alle iniziative volte ad attuare le direttive comunitarie per l’affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone nonché azioni positive al riguardo;
- all’analisi e programmazione di genere che considerino le esigenze delle donne e quelle degli uomini (es. bilancio di genere);
- alla diffusione delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici e statistici sui problemi delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti, anche in collaborazione con la consigliera di parità del territorio di riferimento;
- alle azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo;

- alle azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche – *mobbing* – nell'amministrazione pubblica di appartenenza.

Consultivi formulando pareri con riguardo:

- ai progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza;
- ai piani di formazione del personale;
- agli orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa ed interventi di conciliazione;
- ai criteri di valutazione del personale;
- alla contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze.

Di verifica con riguardo:

- ai risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
- agli esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e di prevenzione del disagio lavorativo;
- agli esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro – *mobbing*;
- all'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nella promozione negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.

Il CUG promuove, altresì, la cultura delle pari opportunità ed il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso la proposta, agli organismi competenti, di piani formativi per tutti i lavoratori e tutte le lavoratrici anche attraverso un continuo aggiornamento per tutte le figure dirigenziali.

Azione positiva n. 1 – Promuovere il ruolo del CUG.

La Direzione Generale dell'ASL VCO riconosce il ruolo di fondamentale importanza del CUG e favorisce l'attuazione dei compiti allo stesso assegnati dalla normativa nelle materie di competenza, anche facilitando l'acquisizione di documenti programmatici aziendali quali, ad esempio, il Piano delle Attività Formative (PAF) ed altri eventuali atti/documenti gestionali di cui alla direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri sopra richiamata, per il rilascio del Parere di competenza.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO P.I.A.O.

Per quanto attiene le diverse sottosezioni del P.I.A.O. anche nel 2025 si metterà in atto un'attività di monitoraggio coordinata dal R.P.C.T. in stretta sinergia con il Direttore della Soc Gestione Personale e Relazioni Sindicali o suo delegato, con il Referente per la formazione, con il Presidente del CUG, con il Responsabile della Sos in staff Controllo di Gestione, con i Direttori/Responsabili delle strutture coinvolte in progetti/obiettivi previsti nel P.I.A.O.

Per quanto riguarda la sottosezione 2.2 "Performance" (affidente alla sezione 2 del PIAO "*Valore pubblico, performance e anticorruzione*") l'Azienda dovrà predisporre, entro il 30 giugno 2025, in conformità a quanto previsto dall'art. 10, comma 1, lett. b, del D.Lgs n. 150/2009 la "*Relazione annuale sulla performance*" che verrà validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Nella relazione verranno illustrati, a consuntivo, perciò con riguardo all'anno 2024, i risultati, organizzativi ed individuali, raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con evidenziazione di eventuali scostamenti.

Le risultanze del monitoraggio effettuato nel 2024 sono state utilizzate per una miglior programmazione delle misure per il P.I.A.O. 2025-27 secondo una logica che favorisce il continuo miglioramento dei processi.
