



A.S.L. NO
AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA
Viale Roma 7 - NOVARA

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

N° 60 del 31/01/2025

OGGETTO: PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (P.I.A.O.) 2025-2027

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE
(nominato con D.G.R. n°23-653/2024/XII del 23 dicembre 2024)

Nella data sopraindicata, di propria iniziativa – previa acquisizione del parere dei Direttori: Amministrativo e Sanitario – ha assunto, in Novara, presso la sede dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che l'art. 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto l'adozione, da parte delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 del D.Lgs. 165/2001, con più di cinquanta dipendenti, del Piano Integrato di attività ed organizzazione (PIAO), documento unico di programmazione e governance, in sostituzione dei piani aziendali che le amministrazioni erano tenute a predisporre singolarmente e precisamente:

- il Piano della Performance,
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile;
- il Piano delle Azioni Positive, il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;

- che il Dipartimento della Funzione Pubblica con D.M. del 30/06/2022 n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione", ha sancito la durata triennale del PIAO che viene adottato entro il 31 gennaio di ciascun anno e viene aggiornato annualmente entro la predetta data.

PRESO ATTO che "il PIAO definisce:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi";

RICHIAMATE le deliberazioni del Direttore Generale:

- n. 369 del 1.7.2022 con la quale e' stato approvato il PIAO 2022;
- n. 181 del 22.3.2023 con la quale e' stato approvato il PIAO 2023-2025;
- n. 59 del 1.02.2024 con la quale e' stato approvato il PIAO 2024-2026.

TENUTO CONTO che a fronte della pubblicazione sul sito internet aziendale di “*avviso di procedura aperta di consultazione pubblica*”, per la revisione del PIAO non sono pervenute osservazioni da parte degli Stakeholder istituzionali.

VISTA la nota prot. 67677 del 25.10.2024 con la quale il RPTC ASL NO coinvolgeva le strutture aziendali competenti nella revisione “Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027”, le quali hanno fornito il loro contributo per parte di competenza e precisamente:

- Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza;
- Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane;
- Servizio Tecnico Patrimoniale;
- Servizio Informatico;
- Governo Clinico e Sviluppo Strategico;

PRESO ATTO del parere reso dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell’ASL NO espresso nella seduta del 30 gennaio 2025, dando contestualmente atto dell’integrale recepimento delle osservazioni contenute nei verbali relativi alle sedute medesime;

RITENUTO pertanto, di approvare ed adottare il “Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027” dell’ASL NO, aggiornamento 2025-2027, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

Con il concorso del parere del Direttore Amministrativo assente il Direttore Sanitario,

DELIBERA

per le motivazioni di cui in premessa:

- 1.) **di approvare ed adottare** il “*Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025-2027*” dell’ASL NO, allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- 2.) **di dare mandato** alla s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza, di provvedere alla notifica del presente provvedimento alla Regione Piemonte – Direzione Sanità e Welfare, all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) nonché alla pubblicazione nell’apposita sezione “Amministrazione Trasparente” del sito internet aziendale;
- 3.) **di dare atto** che si provvederà alle eventuali modifiche e integrazioni che si reputeranno funzionali del PIAO in base ad adeguamenti normativi e gestionali anche nel corso del 2025;
- 4.) **di dare atto** che il presente provvedimento non comporta alcun onere di spesa a carico della deliberante Amministrazione.

II DIRETTORE GENERALE
(Dott. Angelo Penna)
(Firmato digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. 82/2005)

§§§§§§§§§§

Il presente provvedimento si compone di un documento principale di 4 pagine e di n° 1 allegato.

- Allegato 1 – Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025 - 2027 – 61 pagine



Azienda Sanitaria Locale di Novara

ASL NO

Piano Integrato Attività e Organizzazione

(P.I.A.O.)

2025-2027

Indice

PREMESSA

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 1: VALORE PUBBLICO PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

1.a) VALORE PUBBLICO

1.b) PERFORMANCE

1.c) RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

SEZIONE 2: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

2.a) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

2.b) ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

2.c) PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

SEZIONE 3: MONITORAGGIO

ALLEGATI:

1.) Mappatura processi

2.) Valutazione del rischio corruttivo

3.) Individuazione Responsabili Aziendali della Pubblicazione

4.) Rappresentazione iconografica ASL NO

5.) Piano Formazione Aziendale

6.) Piano del Fabbisogno del personale 2023/2025

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto con l'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2021, n. 113: "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", stabilisce che le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) debbano riunire in un unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, relativa a: gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione, obiettivi aziendali, performance organizzativa ed individuale

Il PIAO, di durata triennale ed aggiornato annualmente, definisce:

- *gli obiettivi programmatici e strategici della performance;*
- *la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;*
- *gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;*
- *gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;*
- *l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;*
- *le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;*
- *le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.*
- *infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza mediante gli strumenti.*

Con l'introduzione del PIAO il legislatore nazionale ha voluto garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il medesimo articolo 6 del citato decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, al comma 5, prevede che, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica siano individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione. In attuazione a tale disposto normativo, l'articolo 1 del DPR 24 giugno 2022, n.81, individua i documenti assorbiti dal PIAO:

- a) Piano dei fabbisogni e Piano delle azioni concrete;*
- b) Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;*
- c) Piano della performance;*
- d) Piano di prevenzione della corruzione;*
- e) Piano organizzativo del lavoro agile;*
- f) Piani di azioni positive*

Successivamente, il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, 30 giugno 2022 , n. 132 ha definito il contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione.

Il PIAO è strutturato con una

- Scheda anagrafica dell'amministrazione, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione,*

a cui fanno seguito tre sezioni:

- 1.) **Valore pubblico, performance e anticorruzione**, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici. Andrà indicato l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti. Inoltre, nella sottosezione programmazione-performance, andranno seguite le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica;*
- 2.) **Organizzazione e capitale umano**, dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente;*
- 3.) **Monitoraggio**, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.*

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

DENOMINAZIONE	ASL NO
SEDE LEGALE	NOVARA VIALE ROMA 7
LEGALE RAPPRESENTANTE	Dott. Angelo Penna
SITO WEB	www.asl.novara.it
PARTITA IVA	01522670031
PEC	protocollogenerale@pec.asl.novara.it
RECAPITO TELEFONICO	0321/374505 0321/374506

SEZIONE 1:

**VALORE PUBBLICO,
PERFORMANCE
E ANTICORRUZIONE**

1.a) VALORE PUBBLICO

1.b) PERFORMANCE

1.c) RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

1.a) VALORE PUBBLICO

L'ASL NO promuove la tutela della salute della popolazione, sia individuale che collettiva, come dichiarato nell'Atto aziendale vigente (deliberazione del Direttore Generale n. 97 del 12.02.2024). Ciò, in applicazione della "politica della salute", quale definita dal Piano socio-sanitario regionale, e in coerenza con gli altri strumenti della programmazione socio-sanitaria, a livello regionale.

In linea con la propria connotazione di azienda territoriale, assicura, definendoli quali propri obiettivi prioritari:

- la funzione di tutela, che garantisce i livelli di assistenza sanitaria essenziali ed uniformi sul proprio territorio, coerentemente con le evidenze epidemiologiche e lo studio dei consumi sanitari attraverso la programmazione dei servizi erogati direttamente e acquisiti dagli erogatori privati accreditati o convenzionati;
- la funzione di erogazione, che struttura l'offerta ed eroga i servizi necessari e appropriati nel rispetto delle compatibilità economiche finanziarie quali definite in ambito regionale.

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni avviene nel rispetto dei sottoelencati **principi di comportamento**, nei confronti dei Cittadini/Utenti:

- *Eguaglianza* verso ogni utente che ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche.
- *Partecipazione*, l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.
- *Imparzialità*, vengono garantite al cittadino equità di trattamento e di accesso.
- *Libertà di scelta*, nell'ambito delle facoltà consentite dalle leggi regionali e nazionali.
- *Efficienza ed efficacia sanitaria* perseguita attraverso l'adozione nella pratica clinica delle metodologie dell'Evidence Based Medicine (EBM) e dell'Evidence Based Nursing (EBN) al fine di produrre "outcome" di salute positivi. Il raggiungimento di tale obiettivo deve essere unito alla salvaguardia delle risorse disponibili che devono essere utilizzate nel miglior modo possibile evitando sprechi e costi inutili od inappropriati.

Ai principi di comportamento sopraesposti, si coniugano i sottoesposti **criteri ispiratori dell'organizzazione** aziendale:

- Valorizzazione delle risorse umane, che costituiscono l'elemento fondamentale e distintivo dell'Azienda, offrendo opportunità di crescita professionale a quanti sappiano distinguersi per capacità ed impegno e contribuiscano in modo leale e responsabile al raggiungimento della mission e degli obiettivi aziendali;
- Integrazione con gli Enti locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello locale;
- Collaborazione con le altre strutture sanitarie regionali preposte direttamente o indirettamente alla tutela della salute dei cittadini;
- Realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa;
- Sviluppo, compatibilmente con i vincoli strutturali esistenti, dell'organizzazione delle attività ospedaliere per intensità di cure;
- Promozione dell'innovazione gestionale e tecnologica che consenta di raggiungere obiettivi elevati in termini di salute e di aumentare la qualità dell'assistenza in linea con la sostenibilità economica.

1.a.1) Risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici

La **mission** dell'Azienda consiste nel:

- tutelare la salute della popolazione della ASL NO, sia individuale che collettiva, in applicazione della "politica della salute" quale definita dal Piano Socio Sanitario Regionale e in coerenza con gli altri strumenti della programmazione socio sanitaria a livello regionale, attraverso la realizzazione delle attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste dai "livelli di assistenza" stabiliti dalla normativa nazionale e regionale.
- creare e rafforzare una rete di offerta centrata sul cittadino che favorisca il rafforzamento dell'integra-

zione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria riconoscendo le identità e specificità delle comunità locali;

- perseguire il risanamento e lo sviluppo sostenibile che non deve essere inteso come attuazione di una politica economica rivolta al mero contenimento del tasso di crescita dei costi, ma bensì vada a promuovere ogni razionalizzazione possibile perseguendo strategie di investimento infrastrutturale e tecnologico che consentano uno sviluppo al passo con le esigenze della popolazione e con il progresso tecnologico e scientifico proprio del settore sanitario;
- consolidare un'organizzazione che sia capace di supportare appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi offerti e responsabilità dei professionisti che vi lavorano condividendo una cultura organizzativa dell'assunzione di responsabilità rispetto ai propri compiti;
- implementare strumenti organizzativi (sistema di responsabilità definiti e chiari e meccanismi operativi per il loro funzionamento) che consentano all'Azienda di essere sempre più orientata al miglioramento continuativo dell'assistenza garantendo elevati livelli di servizio, nonché la creazione delle condizioni necessarie per favorire il recupero dell'equilibrio economico attraverso l'orientamento dei comportamenti dei singoli Operatori verso il raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi.

L'ASL NO intende proseguire in questo percorso da tempo intrapreso affinché si agisca con correttezza non per timore delle sanzioni ma per perseguire valori importanti da tutelare, stimolando un processo decisionale finalizzato alla piena realizzazione di un "etica pubblica".

Nell'ambito di tale visione, e al fine di 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 la realizzazione del **Piano Locale di Prevenzione (PLP)**, dove sono annualmente declinate le strategie per il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari, definiti sulla base del contesto epidemiologico e delle specificità territoriali. Il PLP costituisce l'attuazione delle linee contenute nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP), declinazione regionale del Piano Nazionale della Prevenzione.

Nell'ASL NO è attivo da anni un gruppo di lavoro dedicato allo sviluppo del Piano Locale di Prevenzione (PLP), secondo le linee di indirizzo regionali.

Nel PRP 2020-2025 sono indicati sei macro obiettivi strategici su cui concentrare le azioni di prevenzione e promozione della salute:

- malattie croniche non trasmissibili quali per esempio malattie cardiovascolari, malattie oncologiche;
- dipendenze e problemi correlati;
- incidenti stradali e domestici;
- infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali;
- ambiente, clima e salute;
- malattie infettive prioritarie.

La progettazione e sviluppo delle attività avviene attraverso strategie di comunità e/o individuali, per setting (es. comunità, scuola, ambienti di lavoro) e secondo un approccio life-course.

Cardini del piano sono le azioni "*trasversali*" che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di salute:

- l'intersectorialità per favorire la collaborazione con i portatori di interesse es. Enti Locali, Terzo settore, associazioni di volontariato, ecc..
- l'equità nel progettare e attivare gli interventi
- la formazione per accrescere le competenze degli operatori sanitari
- la comunicazione per promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute, favorire modifiche di norme sociali, accesso e adesione ai programmi di prevenzione e di cura, coinvolgimento attivo del cittadino.

Al fine del raggiungimento dei macro obiettivi sopra indicati, vengono elaborati, sviluppati e realizzati progetti, sia annuali sia pluriennali, in stretta aderenza ai contenuti del PRP descritti e riassunti annualmente nel documento di rendicontazione del PLP.

Le proposte e attività dell'ASL NO in attuazione del Piano Locale di Prevenzione sono reperibili sul sito ai seguenti link:

<https://www.asl.novara.it/index.php/it/asl-comunica/promozione-salute>; <https://www.asl.novara.it/it/asl-comunica/campagne>"

In particolare, per quanto riguarda gli interventi specifici di promozione della salute realizzati nei vari setting in collaborazione con Enti, Scuole di Novara e provincia, associazioni, terzo settore, ecc. la descrizione dell'attività e la relativa documentazione viene annualmente inserita sulla banca dati online Pro.Sa. al link: <https://www.retepromozionesalute.it/>

Governo clinico e governo economico.

Il governo complessivo dell'Azienda implica l'integrazione tra la dimensione clinica e la dimensione economica, considerando che la finalità istituzionale aziendale si concretizza nel garantire i LEA in termini qualitativi e quantitativi e con l'obiettivo di ricercare costantemente l'equilibrio economico.

L'Azienda adotta come prioritari i principi e le logiche del governo clinico basato sull'appropriatezza intesa come la capacità di assicurare, utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, servizi e prestazioni efficaci, e cioè in grado di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa della popolazione. Il governo clinico si fonda sulla collaborazione e condivisione multi-disciplinare e multiprofessionale e sulla responsabilizzazione degli Operatori e degli Utenti.

A tal fine l'Azienda si impegna:

- nella definizione di precise linee di responsabilità, individuali e collettive;
- nella trasparenza dei risultati clinici ottenuti, presentati anche in forma comparativa;
- nello svolgimento di audit clinici ed organizzativi;
- nella formazione continua;
- nell'utilizzo della medicina basata sull'EBM e EBN per la ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e l'adozione di programmi per il miglioramento della salute;
- nel coinvolgimento attivo dell'utenza per la segnalazione degli "eventi avversi" finalizzata alla corretta gestione del rischio clinico;
- nella valutazione degli esiti assistenziali;
- nella predisposizione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, recependo e adattando a livello locale linee guida esistenti a livello nazionale e regionale.

Il governo economico-finanziario dell'Azienda ha la funzione di presidiare la compatibilità tra livelli assistenziali programmati e allocazione/disponibilità delle risorse.

L'Azienda assume la strategia di integrare il governo clinico all'interno dei propri sistemi operativi come il budget, il sistema premiante, la valutazione dei Dirigenti, il controllo di gestione. Il governo economico finanziario ricade in capo alla Direzione aziendale, che, supportata dal controllo di gestione, ha lo scopo principale di garantire un costante e tempestivo monitoraggio dell'andamento dei costi rispetto agli obiettivi programmati al fine di consentire l'attivazione di azioni idonee a garantire il rispetto della compatibilità tra le risorse disponibili e le prestazioni ed azioni programmate.

La valutazione comparata delle scelte cliniche e delle relative implicazioni economiche è strumento produttivo di miglioramenti: sia sotto il profilo clinico che sotto quello economico; così consentendo di liberare risorse che possono essere impiegate per potenziare ulteriormente i servizi esistenti o svilupparne di nuovi.

Prospettiva etica

L'ASL NO pone tra le sue priorità l'attenzione ad erogare prestazioni efficaci e di qualità ponendo al centro del percorso assistenziale i bisogni del paziente, impegnandosi a tradurre concretamente i principi ed i valori che la ispirano e la guidano, quali centralità della persona assistita, miglioramento continuo della qualità assistenziale, approccio multidisciplinare agli aspetti clinici, valorizzazione e coinvolgimento delle risorse umane, umanizzazione degli spazi di ricovero e cura, ascolto degli assistiti e comunicazione/relazione fra le persone.

L'ottimizzazione del sistema della cura si basa sull'integrazione delle tre dimensioni - etica, qualità e umanizzazione - in un'unica strategia organizzativa tesa ad armonizzare la varietà delle prestazioni erogate al concetto di servizio alla persona, in modo da migliorare non solo l'efficacia, l'efficienza nonché la produttività, ma anche la qualità dei servizi erogati con minori rischi ed incidenti per i cittadini che ne fruiscono.

1.a.2) Modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale

Il miglioramento della qualità dei servizi pubblici digitali costituisce la premessa indispensabile per l'incremento del loro utilizzo da parte degli utenti, siano questi cittadini, imprese o altre amministrazioni pubbliche.

In questo processo di trasformazione digitale è essenziale che i servizi abbiano un chiaro valore per l'utente; questo obiettivo richiede un approccio multidisciplinare nell'adozione di metodologie e tecniche interoperabili per la progettazione di un servizio.

La qualità finale, così come il costo complessivo del servizio, non può infatti prescindere da un'attenta analisi dei molteplici layer, tecnologici e organizzativi interni, che strutturano l'intero processo della prestazione erogata, celandone la complessità sottostante. Ciò implica anche un'adeguata semplificazione dei processi interni alle PA, coordinata dal Responsabile per la transizione al digitale, con il necessario supporto di efficienti procedure digitali.

A tale scopo il Regolamento Europeo UE 2018/1724 (Single Digital Gateway), in aggiunta al CAD e al Piano Triennale AGID, pone l'accento sulla necessità di mettere a fattor comune le soluzioni applicative adottate dalle diverse amministrazioni al fine di ridurre la frammentazione che ritarda la maturità dei servizi, secondo il principio *once only*.

Si richiama quindi l'importanza di fornire servizi completamente digitali agendo su più livelli puntando a migliorare la capacità delle Pubbliche Amministrazioni di generare ed erogare servizi di qualità attraverso:

- un utilizzo più consistente di soluzioni "Software as a Service" (SaaS) già esistenti;
- il riuso e la condivisione di software e competenze tra le diverse amministrazioni;
- l'adozione di modelli e strumenti validati e a disposizione di tutti;
- il costante monitoraggio da parte delle PA dei propri servizi online;
- l'incremento del livello di accessibilità dei servizi erogati tramite siti web e app mobile.

Unitamente al miglioramento della qualità dei servizi pubblici digitali va di pari passo la valorizzazione del patrimonio informativo pubblico che diventa un obiettivo strategico per la Pubblica Amministrazione al fine di affrontare efficacemente le nuove sfide dell'economia basata sui dati (data economy), supportare gli obiettivi definiti dalla "Strategia europea in materia di dati" ("European strategy for data": comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale e al Comitato delle Regioni del 19 febbraio 2020), garantire la creazione di servizi digitali a valore aggiunto per cittadini, imprese e, in generale, tutti i portatori di interesse e fornire ai policy maker strumenti data-driven da utilizzare nei processi decisionali e/o produttivi.

L'obiettivo è perseguito a livello nazionale attraverso la definizione di caratteristiche di qualità di dati e metadati, nonché di modelli semantici, sulla base degli standard europei.

Gli obiettivi specifici inerenti la digitalizzazione e la piena accessibilità dell'amministrazione sono ampiamente illustrati nella successiva sottosezione b), rispettivamente ai punti b.2 e b.3).

1.a.3) *Obiettivi di valore pubblico generato dall'azione amministrativa, inteso come incremento del benessere economico, sociale e ambientale a favore dei cittadini*

Nell'accogliere l'invito contenuto nella circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica n° 2 del 11 ottobre 2022, e nell'ottica di apportare il richiesto contributo, da parte delle Amministrazioni Pubbliche, agli obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico, l'ASL NO ha previsto all'interno del Piano Locale della Prevenzione (approvato con deliberazione n° 287 del 25 maggio 2022) interventi specifici di partecipazione a tavoli tecnici interistituzionali di valutazione dei programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana/urban health/mobilità sostenibile ecc., finalizzati a promuovere ambienti "salutogenici"; ciò nell'ottica di coniugare la tematica dell'efficientamento energetico con la più ampia tematica della promozione della salute nei diversi contesti nei primari interessi della popolazione, riconoscendo che la salute e il benessere delle persone sono strettamente legati allo stato dell'ambiente che implica, oltre ai fattori ambientali, anche fattori personali e socioeconomici.

In tale prospettiva, ASL NO ha attivato le misure propedeutiche all'adozione del Piano degli spostamenti casa-lavoro (PSCL), normativamente previsto dal D.L. 12 maggio 2021, mediante l'individuazione del Mobility Manager e la sottoposizione, su base volontaria, di un questionario conoscitivo dello status quo della situazione.

1.b) PERFORMANCE

1.b.1) *Strumenti e metodologia*

La performance è definita come il contributo che ciascun soggetto (singolo individuo, organizzazione) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL NO e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita.

La valutazione della performance è stata introdotta nelle pubbliche amministrazioni con la Legge 150/2009, quale strumento per migliorare la qualità dei servizi offerti e favorire la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione di premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative aziendali.

In applicazione alle linee guida regionali, ai sensi dei Contratti Nazionali di Lavoro vigenti e nel rispetto del dettato del D.Lgs. 150/2009, presso l'ASL NO è stato definito il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (di seguito Si.Mi.Va.P.) con Deliberazione del Direttore Generale n. 246/2017 e s.m.i, aggiornato con deliberazione del Direttore generale 649 del 19.12.2023

Il Si.Mi.Va.P. dell'Azienda Sanitaria Locale NO, in quanto parte integrante del Sistema Sanitario Regionale del Piemonte, è fortemente integrato alla mission aziendale, che è innanzitutto quella di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di competenza, mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie, gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza.

Come descritto nel Si.Mi.Va.P., la performance viene misurata a livello complessivo aziendale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (*performance aziendale*),- che sono derivati innanzitutto dagli obiettivi strategici regionali (la programmazione del Piano Socio Sanitario Regionale, gli obiettivi di mandato nella nomina dei Direttori Generali, gli obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dei Direttori Generali delle ASR assegnati annualmente, gli obiettivi che discendono dai diversi Programmi e Piani operativi regionali) ,-a livello di singolo Dipartimento, Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, individuata come autonomo centro di responsabilità (*performance organizzativa*) e a livello di singolo dipendente (*performance individuale*).

Al fine di delineare un effettivo percorso di miglioramento della performance, l'ASL NO ha costruito il proprio sistema in una logica di attribuzione degli obiettivi a cascata.

Tenendo conto degli indicatori di performance nazionali, delle indicazioni regionali e della analisi aziendale della strategia da seguire, ogni anno sono identificate le principali aree di azione (obiettivi strategici) e, conseguentemente, gli obiettivi da perseguire.

La **pianificazione della performance e il processo di programmazione dell'ASL NO** vengono realizzati in coerenza con il Bilancio di previsione annuale e dei documenti ad esso correlati (es. Piano degli investimenti)

Il budget economico viene attribuito alle strutture aziendali ordinarie di spesa in coerenza con il Bilancio di previsione aziendale in sede di definizione degli obiettivi. A livello delle singole strutture, l'efficienza economica viene valutata attraverso la definizione di obiettivi di mantenimento/riduzione del rapporto tra produzione e consumi rispetto all'anno precedente.

La **fase programmatica**, caratterizzata dall'impostazione degli obiettivi strategici e la definizione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario (budget) può essere, dunque, suddivisa in due fasi:

- *definizione degli obiettivi strategici, ovvero il Piano delle Performance* che costituisce parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione.
- *definizione di obiettivi di carattere operativo economico-patrimoniale e finanziario (budget)*, declinati in base agli obiettivi strategici. Questa seconda fase viene espletata attraverso il coinvolgimento diretto con i Direttori e i Coordinatori delle singole strutture, firmatari delle schede degli obiettivi annuali. Di norma si conclude entro il 28 febbraio dell'anno in corso ed eventualmente integrata in corso d'anno.

La Direzione Generale aziendale definisce i propri obiettivi strategici tenendo conto di:

- indicatori di performance nazionali (Piano Nazionale Esiti, ecc.),
- indicazioni regionali (Obiettivi di mandato del Direttore Generale, Obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico assegnati annualmente ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie Regionali, Piano Regionale e Locale per la Prevenzione, Programma di gestione del rischio, specifiche direttive regionali, ecc.)
- analisi aziendale della strategia da seguire,
- Piani annuali di Dipartimento predisposti annualmente dal Direttore di Dipartimento sentiti i Direttori/Responsabili di struttura afferenti al proprio Dipartimento, sulla scorta delle indicazioni strategiche e delle eventuali criticità rilevate nell'ambito del Dipartimento.

Gli obiettivi aziendali che recepiscono linee di indirizzo regionali unitamente ad altri obiettivi strategici aziendali vengono poi declinati negli obiettivi annuali delle strutture aziendali. La Direzione Generale, infatti, valutati gli obiettivi strategici aziendali, individua i target e gli indicatori da assegnare a ciascuna articolazione organizzativa, individuata come Centro di Responsabilità, tenendo conto delle funzioni e mansioni specifiche e delle risorse assegnate.

Obiettivi, indicatori e target sono inseriti nelle schede degli obiettivi, che sono trasmesse ai Direttori/Responsabili delle Strutture e ai Coordinatori del comparto sanitario e discusse nel corso degli incontri di negoziazione. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale.

Una volta definiti e condivisi, gli obiettivi sono sottoscritti dai Direttori/Responsabili e dai Coordinatori che appongono le loro firme sulle schede congiuntamente al Direttore di Dipartimento, al Coordinatore di Dipartimento/area ed alla Direttore Generale.

La Direzione Generale dà quindi specifico mandato ai Direttori/Responsabili e ai Coordinatori di struttura di provvedere alla diffusione degli obiettivi a tutto il personale dipendente.

Ai Dipartimenti e ad ogni struttura aziendale vengono quindi assegnati gli obiettivi di competenza, anche tenuto conto di quelli indicati nei Piani di attività dei Dipartimenti.

Spetta al Direttore/Responsabile e al Coordinatore della singola struttura ripartire l'obiettivo sulle risorse a loro assegnate in modo da far partecipare tutti al perseguimento del medesimo.

Impostazione di obiettivi strategici per l'anno 2025

Per l'anno 2025, in continuità con gli obiettivi previsti per il 2024, e tenuto conto degli obiettivi di nomina del Direttore Generale di cui alla DGR 23-653 del 23.12.2024, gli obiettivi strategici sono definiti come dettagliato nella tabella seguente.

Si precisa che tali obiettivi strategici sono stati declinati per l'anno in corso nelle schede obiettivo delle varie strutture, secondo competenza, e che gli stessi sono stati condivisi e approvati durante gli incontri di negoziazione con i Direttori e i Coordinatori (verbali agli atti). Si procederà alla sottoscrizione degli obiettivi da parte dei Direttori e dei Coordinatori nel mese di febbraio.

Si precisa che alla data del presente documento gli obiettivi economici, finanziari e di salute non sono stati ancora assegnati, ma nelle more, fino alla nuova assegnazione si fa riferimento a quanto contenuto nella DGR 7-8279 dell' 11 marzo 2024(OBIETTIVI 2024).

Pertanto l'Azienda si riserva di rivedere ed armonizzare il PIAO 2025/2027 al verificarsi delle condizioni, a tutt'oggi mancanti, sopra specificate.

Obiettivo strategico	Area di pertinenza nella scheda obiettivi di struttura e/o Piano aziendale di riferimento	Riferimenti normativi
<p>Assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda: Gli Enti del SSR, in applicazione delle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative statali e regionali vigenti e delle risorse assegnate con D.G.R. n. 9-7070 del 20 giugno 2023 e, s.m.i., sono tenuti ad assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale, sia in sede di adozione dei bilanci preventivi economici che in itinere nei conti economici trimestrali, nonché, in particolare, in sede di adozione del bilancio di esercizio aziendale a consuntivo. Per le aziende territoriali l'obiettivo è previsto a livello di singolo presidio a gestione diretta (inserito nella rete di E/U).</p>	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR 23-653/2024 del 23.12.2024
<p>Ridurre i tempi e le liste di attesa come previsto dal PNGLA e dai piani di governo delle liste di attesa della Regione Piemonte, in applicazione della normativa specifica anche in relazione ai contenuti del d.l. 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie) come convertito L. 29 luglio 2024, n. 107 e, s.m.i.;</p> <ul style="list-style-type: none"> - vigilare sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo del comma 10 dell'articolo 3 del d.l. 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie) come convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 29 luglio 2024, n. 107 e s.m.i., 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'articolo 4 del d.l. n. 73/2024 e s.m.i., 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'articolo 15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., 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 prestazione 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. 	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR 23-653/2024 del 23.12.2024
<p>Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale: Dare attuazione all'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte - del Piano pandemico operativo influenzale e Covid-19, sia territoriale che ospedaliero; i suoi punti cardine sono la revisione delle azioni chiave per le organizzazioni sanitarie e per tutti gli attori coinvolti, l'individuazione delle misure da adottare per ogni fase e la definizione delle procedure di riferimento, nel presupposto di fornire risposte coordinate e sistemiche.</p>	Innovazione e sviluppo, nell'ambito del Piano triennale aziendale di Innovazione e sviluppo	Obiettivi di mandato di cui alla DGR 23-653/2024 del 23.12.2024
<p>Miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva: L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l'efficiente allocazione delle risorse disponibili.</p>	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR 23-653/2024 del 23.12.2024
<p>Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line</p>	Innovazione e sviluppo, nell'ambito del Piano triennale aziendale di Innovazione e sviluppo; Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR 23-653/2024 del 23.12.2024
<p>Sviluppo, a livello aziendale, del piano di edilizia sanitaria della Regione Piemonte</p>	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR 23-653/2024 del 23.12.2024
<p>Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016 e s.m.i</p>	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR 23-653/2024 del 23.12.2024
<p>Promuovere la qualità e la sicurezza delle cure, anche tenuto conto del Programma regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti 2023-2025 di cui alla DD 2005/A1400B/2023</p>	Obiettivi Appropriately e Qualità nel PIANO AZIENDALE DI QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO - ASL NO - 2025	
<p>Favorire la qualificazione e l'aggiornamento del personale</p>	Piano formativo aziendale 2025 Obiettivi Appropriately e Qualità - PIANO AZIENDALE DI QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO - ASL NO - 2025	
<p>Favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere</p>	Piano Azioni Positive	

1.b.2) Obiettivi di digitalizzazione

In riferimento al miglioramento della capacità di generare ed erogare servizi digitali e al miglioramento dell'esperienza d'uso e all'accessibilità dei servizi, come previsto dagli obiettivi nazionali e regionali, l'ASL di Novara, dall'anno 2022, ha messo in campo le azioni necessarie affinché tali obiettivi vengano raggiunti entro il 2026.

Già a partire dall'anno 2020, l'ASL ha collaborato alla realizzazione del nuovo servizio on line di scelta e revoca del MMG, messo a disposizione dalla Regione Piemonte. Il nuovo servizio è stato attivato nel novembre 2020 in via sperimentale per ASL Novara ed è stato successivamente esteso a tutte le ASL del Piemonte. Il sistema è stato consolidato nel 2021 attraverso la gestione del back office da parte di un numero ristretto di operatori e nel 2022 è entrato a pieno regime con l'estensione dell'attività di back office a tutti gli uffici ASL di scelta e revoca al fine di garantire tempi di risposta rapidi in relazione al crescente numero di pratiche on line.

A seguito dell'adeguamento, nel corso del 2024, dell'infrastruttura Web Analytics Italia (WAI) annunciate da AGID, si prevede di effettuare nel 2025 le analisi dei dati per individuare le azioni di miglioramento anche nell'ambito dello sviluppo dei servizi.

Il Presidio Ospedaliero di Borgomanero è stato dotato di un sistema informativo ospedaliero che ha come elemento principale la piattaforma "TrakCare - sistema EMR" con gestione integrata dei flussi informativi dell'area clinico sanitaria - che evolverà in linea con le indicazioni nazionali e regionali dell'evoluzione FSE 2.01. Gli ambiti gestiti sono: DEA, ADT, Reparti, ambulatorio RRF, consulenze DEA e ricoverati, interventi ambulatoriali, registro operatorio, laboratorio, prescrizione specialistica dematerializzata, modulo anagrafico AULA (su Ensemble).

Da marzo 2023 con determina N. 415 del 16/03/2023 è stata acquisita la soluzione TIM-TAPMYLIFE che avvia per l'ASL NO il percorso per il rilevamento automatico e il monitoraggio Tempi del Percorso del Paziente chirurgico.

A supporto delle attività sul territorio sono stati introdotti sviluppi alla piattaforma EcwMed al fine di consentire la gestione di processi di autorizzazione e prescrizione, con condivisione di informazioni tra MMG e PLS e strutture ASL, garantendo agli assistiti percorsi semplificati nella fruizione dei servizi.

In ambito amministrativo-gestionale, in linea con gli orientamenti generali della Pubblica Amministrazione e le disposizioni normative relative alla gestione dematerializzata e digitale dei processi e dei procedimenti, l'ASL Novara ha avviato un processo riorganizzativo volto a favorire il passaggio dal cartaceo al digitale mediante l'utilizzo di strumenti di Document Management.

A partire dal 2019, attraverso i servizi disponibili nel Contratto Quadro CONSIP Sistemi Gestionali Integrati (SGI)2, è stato adeguato il sistema di protocollo, è stata introdotta la fascicolazione ed è stata implementata la gestione dei procedimenti (delibere e determine), così da ottenere significativi miglioramenti in termini di efficacia ed efficienza nella esecuzione dei relativi processi. E' stato attivato il sistema di Pago PA

Con Delibera N. 418 del 24/07/2023 l'ASL NO ha approvato il progetto e l'adesione al Polo Strategico Nazionale (PSN) per la realizzazione di una nuova infrastruttura server che sarà utilizzata dal nuovo Sistema Gestionale unico di laboratorio Analisi e Microbiologia occorrente alle aziende sanitarie

1.b.3) Obiettivi e strumenti individuati per realizzare la piena accessibilità dei servizi

In coerenza con le linee guida definite a livello nazionale da Agid, ed in linea con il Piano Triennale Regionale, l'ASL sta implementando i nuovi servizi conformi agli standard di accessibilità e procede all'adeguamento di quelli preesistenti in occasione degli interventi di aggiornamento.

Oltre agli adempimenti periodici (obiettivi di accessibilità entro 31/03 - dichiarazione accessibilità entro 23/09), a seguito dell'attivazione del nuovo sito istituzionale, l'ASL prevede di effettuare nel 2024 test di usabilità con il supporto di CSI Piemonte:

- R.A.1.2b - Diffusione dei test di usabilità previsti dalle Linee Guida AGID per il design dei servizi nelle amministrazioni per agevolare il feedback e le valutazioni da parte degli utenti
- R.A.1.2c - Incremento dell'accessibilità dei servizi digitali della PA, secondo quanto indicato dalle Linee guida sull'accessibilità degli strumenti informatici
- R.A.1.4a Migrazione dalla PEC ai servizi SERQ
In coerenza con le linee guida definite a livello nazionale da Agid, ed in linea con il Piano Triennale Regionale, l'ASL si sta predisponendo per il passaggio dalla PEC alla realizzazione pratica dei SERQ (servizi elettronici di recapito certificato qualificati), in conformità degli articoli 43 e 44 del Piano di evoluzione Tecnologica e Digitale ASL Novara_2023_14122023.docx
Questo sarà un passaggio di grande rilevanza che riguarda tutte le Organizzazioni pubbliche e private in Italia, per gestire il quale si renderà necessaria l'attivazione di un modulo PEC Manager Enterprise Edition dedicato sul gestionale di protocollo aziendale ARCHIFLOW.

1.b.4) Ulteriori obiettivi per l'anno 2025.

-Migliorare i servizi erogati da piattaforme nazionali a cittadini/imprese o ad altre PA attraverso i seguenti risultati attesi -OB.4.1 (Ex OB 3.1 e 3.2):-

- incremento del livello di digitalizzazione del Sistema Informativo Ospedaliero attraverso il monitoraggio delle evoluzioni del SI interno e il continuo sviluppo, in particolare attraverso la sottoscrizione (protocollo n° 37017/24 del 06/06/2024) dell'assessment della maturità digitale iniziale dell'ASL di Novara e la dichiarazione formale dell'obiettivo atteso a valle degli interventi, in linea con la missione 6 del PNRR, al fine di raggiungere il livello 1 della scala di EMRAM entro il 2025;
- incremento del livello di alimentazione e digitalizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico raggiunto nel 2023 con il 100% dei referti relativi alla Lettera di dimissione ospedaliera, referti di Radiologia, referti di Laboratorio, Verbale di Pronto Soccorso e di Anatomia Patologica e oltre il 50% dei referti di specialistica ambulatoriale conferiti in linea con il cronoprogramma Regionale;
- incremento dei servizi sulla piattaforma pagoPA attraverso la riorganizzazione dei processi di pagamento, anche diversi dal ticket sanitario (esempio pagamento Servizio Veterinario, Diritti SISP/SIAN, Sanzioni Amministrative e del Lavoro Spresal, Porto d'Armi/Patenti) al fine di arrivare entro il 2025-2026 a "full PagoPA".
- introduzione di un sistema di prenotazione on-line per l'appuntamento negli ambulatori medici messi a disposizione dell'ASL NO per gli assistiti rimasti senza Medico di Medicina Generale. Da dicembre 2024 è possibile accedere agli ambulatori per gli assistiti dei territori rimasti senza assistenza da parte del Medico di Medicina Generale prenotando direttamente l'appuntamento sul sito aziendale. La prenotazione è riservata ai soli pazienti che sono rimasti senza medico a causa della cessazione del medico precedente.

-Migliorare la fruizione dei servizi digitali per cittadini ed imprese tramite il potenziamento della connettività per le PA attraverso i seguenti risultati attesi -OB.ASLNO.04 (Ex OB. 4.3):-

- adesione dell'ASL NO al Piano "Sanità connessa" che permetterà il potenziamento della connettività al fine di garantire i collegamenti delle strutture sanitarie, dagli ambulatori agli ospedali, con una rete in banda ultralarga in linea con il PNRR ed in particolare con la missione 1, componente 2, investimento 3.1.4 Sanità connessa. La nuova rete sarà interamente finanziata e di proprietà dello Stato e sarà gestita in Piemonte dalla società Vodafone SPA aggiudicataria dello specifico lotto. Le attività di infrastrutturazione dovranno concludersi entro il 30 giugno 2026, garantendo i servizi di connettività per almeno i sei anni successivi;

-Migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi digitali erogati dalle amministrazioni attuando la strategia "Cloud Italia" e migrando verso infrastrutture e servizi cloud qualificati (incluso PSN) attraverso i seguenti risultati attesi -OB.6.1:-

- adesione al Polo Strategico Nazionale (PSN - delibera 418 del 24/07/2023) per la realizzazione e gestione dell'infrastruttura server a supporto del sistema di Laboratorio Unico di Quadrante (LIS LUV AIC3);
- adesione (con delibera 34/24 del 18/01/2024) alla convenzione "Concessione per la realizzazione e gestione di una nuova infrastruttura informatica al servizio della pubblica amministrazione

denominata polo strategico nazionale (PSN)” per la migrazione del datacenter aziendale entro fine 2026.

1.b.4) Obiettivi per favorire le pari opportunità e l’equilibrio di genere

Il Piano delle Azioni Positive (PAP) è un documento mirato ad introdurre azioni positive all’interno del contesto di lavoro che esplica gli obiettivi, le azioni e i tempi per realizzare progetti mirati a riequilibrare le situazioni di disuguaglianza di genere, al contrasto rispetto a ogni forma di discriminazione in ambito lavorativo.

Il presente Piano nasce dalla proposta del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell’ASL NO che è stato recentemente rinominato (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 41 del 23/01/2025

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.

Azioni strategiche trasversali da condurre durante il triennio 2025 – 2027, dettagliate nelle tabelle sottostanti:

- Formazione Informazione Eventi
- Valorizzazione benessere dei lavoratori
- Prevenzione delle differenze e violenze di genere
- Prevenzione delle discriminazioni
- Mobbing

Oltre a tali azioni strategiche, il CUG attua le seguenti azioni:

- Collaborare con OIV per la connessione del PAP con la Performance e gli altri strumenti di pianificazione strategica che coinvolgano il CUG;
- Partecipare e/o attivare momenti di benchmark tra CUG nel territorio regionale/provinciale;
- Implementare azioni sinergiche con la Consigliera di fiducia e il confronto con la Consigliera di Parità Provinciale;
- Predisporre e trasmettere agli organi competenti la Relazione Annuale.

Obiettivi strategici per l'anno 2025

Valorizzazione benessere operatori		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Azioni Formative	Corso FAD: "In forma al lavoro a tutte le età per una sanità in salute che promuove salute"	2025;2026,2027;
Promozione attività fisica tra i dipendenti	- Promuovere la mobilità sostenibile nella settimana della mobilità sostenibile (settembre); - Promuovere l'attività fisica e motoria adattata nella giornata mondiale dell'attività fisica (aprile) e gruppi di cammino - Promuovere l'attività fisica e motoria adattata e i gruppi di cammino	2025;2026,2027;
Attuazione del Programma 3 del PLP "Luoghi di lavoro che promuovono salute"	Nell'ambito del Programma 3 del PLP "Luoghi di lavoro che promuovono salute" quali per esempio: - promozione di un'alimentazione salutare; - contrasto ai comportamenti additivi; - promozione dell'attività fisica benessere osteoarticolare e posturale e della mobilità sostenibile; - contrasto al fumo di tabacco; - promozione del benessere personale e sociale	2025;2026,2027;
Piani Spostamenti Casa Lavoro (PSCL)	Promuovere e realizzare di interventi di organizzazione e gestione della domanda di mobilità delle persone in base alle esigenze del personale dipendente	2025;2026,2027;
Convenzioni ricreative	Valutare l'attivazione di convenzioni con teatri, cinema e palestre e la promozione di viaggi e attività culturali a tariffa agevolata	2025;2026,2027;
Prevenzione delle differenze e violenze di genere		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Incident reporting	Monitoraggio delle segnalazioni di violenze sugli operatori	2025;2026,2027;
Rilevazione dei rischi e degli eventi riconducibili a forme di violenza	1) analisi delle segnalazioni degli episodi di violenza verso operatore; 2) analisi del numero di procedimenti disciplinari conclusi e correlabili a fenomeni di discriminazione	2025;2026,2027;
Azioni di prevenzione e gestione degli episodi di violenza verso gli operatori	Contributi social/newsletter aziendale in tema di differenze e violenza di genere/violenza verso operatori/pari opportunità	2025;2026,2027;
Attivazione degli Istituti contrattuali di solidarietà per dipendenti ferie/riposi solidali e in contrasto alla violenza	Applicazione dell'istituto congedo per donne vittime violenza Applicazione dell'istituto delle ferie/riposi solidali di cui all'art 34 CCNL 19/12/2019	2025;2026,2027;
Prevenzione discriminazioni		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Progetto "Gentilezza"	Promuovere i comportamenti basati sulla "gentilezza" intesa come valore e facilitazione nelle attività lavorative, attraverso corsi ed eventuali altre iniziative	2025;2026,2027;
Mobbing		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Gruppo di lavoro stress lavoro correlato di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 50 del 22.03.2017	Individuazione di azioni sinergiche con il GDL stress lavoro-correlato Aggiornamento della composizione del gruppo, integrandolo con nuove professionalità	2025;2026,2027;
Valutare il benessere organizzativo	Riedizione questionario per la valutazione del benessere	2025;2026,2027;

1.c) RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

1.c.1) *Valutazione di impatto del contesto esterno*

A livello Internazionale è molta alta l'attenzione da parte degli organi istituzionali: ONU, Consiglio d'Europa e OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) tra tutti.

In particolare, l'OCSE governa un processo di raccomandazioni e controlli nei confronti dei propri Stati membri affinché attivino e favoriscano un sistema di integrità al proprio interno come base delle proprie regole di funzionamento, riconoscendo che l'integrità è fondamentale nell'amministrazione pubblica, poiché salvaguarda l'interesse pubblico e rafforza valori fondamentali come l'impegno per una democrazia multiforme basata sullo stato di diritto e il rispetto dei diritti umani.

Tre le raccomandazioni:

1. assicurare un sistema d'integrità coordinato e completo attraverso maggiori responsabilità politiche e amministrative per un sistema d'integrità strategico per tutti i funzionari pubblici, basato su standard etici;
2. creare una cultura dell'integrità attraverso un approccio che coinvolga l'intera società per favorire la consapevolezza e la responsabilità etica di tutti i funzionari pubblici (pubblici ufficiali, dirigenti e dipendenti pubblici);
3. stabilire una responsabilità efficace attraverso controlli interni e supervisioni governative per assicurare la conformità del settore pubblico, settore privato e dei cittadini tramite standard d'integrità pubblica, e attraverso la trasparenza e la partecipazione attiva della società civile nel processo decisionale pubblico.

A livello nazionale, la **Relazione ANAC 2023 (riferita all'anno 2022)** ha evidenziato come nel campo della prevenzione della corruzione, le normative nazionali si mostrano sempre più indirizzate a convergere verso rimedi comuni, facendo esperienza delle buone prassi acquisite dallo scambio di informazioni e competenze con gli altri Paesi, pur nella consapevolezza della necessità di mantenere spazi di autonomia che consentano lo sviluppo di soluzioni specifiche e innovative

In questo contesto, oltre alla collaborazione con le istituzioni europee nel settore della prevenzione della corruzione e in quello dei contratti pubblici, alla partecipazione alle reti internazionali che si occupano di integrità, trasparenza e anticorruzione e alle principali iniziative di cooperazione nell'ambito della Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione (UNCAC) e dell'United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), dei programmi dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE-OECD) e delle attività dell'Anti-Corruption Working Group del G20, l'Autorità nel 2022 si è distinta per aver preso parte attivamente alla rete europea Network of European Integrity and Whistleblowing Authorities (NEIWA) e a quella internazionale Network for Integrity.

Con più specifico riferimento all'istituto del whistleblowing, si osserva inoltre che la relativa disciplina è stata interessata, nella seconda parte dell'anno 2022 e nei primi mesi del 2023, dal recepimento nel nostro Paese della direttiva (UE) 2019/1937, avente appunto ad oggetto la protezione delle persone che segnalano violazioni di legge, avvenuto con il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 242.

Il processo di riforma avviato in attuazione degli obiettivi posti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha inciso profondamente sulla materia dei contratti pubblici, ma ha avuto importanti ricadute anche nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove si è inteso far sì che le esigenze semplificatorie e acceleratorie, sorte in risposta alla crisi economica causata dall'emergenza sanitaria e dagli eventi bellici che hanno interessato l'Est Europa, non vanificassero gli sforzi di rendere conoscibile e verificabile l'azione della pubblica amministrazione e l'utilizzo delle risorse pubbliche

Indice Percezione Corruzione (transparency)

Si tratta di un indice che determina la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi nel mondo, attribuendo a ciascuna Nazione un voto che varia da 0 (massima corruzione) a 100 (assenza di corruzione), ottenuto sulla base di varie interviste/ricerche somministrate ad esperti del mondo degli affari e a prestigiose istituzioni.

La metodologia viene modificata ogni anno al fine di riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile delle realtà locali. Le ricerche vengono svolte da Università o Centri di Studio, su incarico di Transparency International.

Indici elaborati negli ultimi anni (su 180 Paesi presi in considerazione; maggiore è il punteggio, minore è il rischio di corruzione):

- nel 2017 Italia al 54° posto con punti 50
- nel 2018 Italia al 53° posto con punti 52
- nel 2019 Italia al 51° posto con punti 53
- nel 2020 Italia al 52° posto con punti 53
- nel 2021 Italia al 42° posto con punti 56
- nel 2022 Italia al 41° posto con punti 56
- nel 2023 Italia al 42° posto con punti 56

L'ASL NO di Novara ha tentato di analizzare più specificamente il territorio di competenza, coincidente sostanzialmente con quello della provincia di Novara, coinvolgendo gli Enti interessati.

Le situazioni di emergenza a carattere internazionale

Le misure di contrasto alla pandemia SARS COVID-19

L'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia e' stata lentamente superata e si sta progressivamente tornando alla normalita' anche se alcuni istituti sviluppati in questo periodo continuano ad essere utilizzati ed anzi implementati (ad esempio il lavoro agile e smart working per i soggetti fragili)

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Alla Regione Piemonte sono state assegnate parte delle risorse del PNRR. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), prevede investimenti e riforme per 35 miliardi di euro ed ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026.

Il PNRR si articola in 6 Missioni:

- M1 - digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
- M2 - rivoluzione verde e transizione ecologica;
- M3 - infrastrutture per una mobilità sostenibile;
- M4 - istruzione e ricerca;
- M5 - inclusione e coesione;
- M6 - salute.

Spetta all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, quale tramite per il Ministero della Salute, l'attuazione degli interventi relativi alla Missione Salute (M6) – tutti gli aggiornamenti e le informazioni sul sito di [AGENAS](#).

L'ASL NO è impegnata nell'attuazione della missione 6 nel territorio di competenza.

Sul sito internet istituzionale/sezione amministrazione trasparente/bandi di gara e contratti/atti delle amministrazioni aggiudicatrici e' presente il link che consente di collegarsi alla banca dati Nazionale dei contratti pubblici. Con l'inserimento del CIG o del Codice Fiscale dell'Amministrazione si individua la gara di interesse.

Il conflitto in Ucraina

E' risultato rilevante il conflitto in Ucraina, sia per la valenza internazionale sia per quanto riguarda le funzioni in materia sanitaria affidate alla Protezione Civile, alle Regioni e alle singole Aziende Sanitarie; tutto ciò a partire dal decreto 873 – in data 6/3/2022 - del Dipartimento della Protezione Civile relativo a “Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile per assicurare, sul territorio nazionale, l'accoglienza, il soccorso e l'assistenza alla popolazione in conseguenza degli accadimenti in atto nel territorio dell'Ucraina”.

Si tratta di elementi che influenzano il contesto sociale e sanitario, anche nell'ambito della realtà in cui opera l'ASL NO

Emergenza climatica e ambientale e tutela della salute

L'attenzione dell'ASL NO alla tutela dell'ambiente e del clima è istituzionale e discende dal precetto costituzionale dell'art. 32 e dalla normativa specifica, tra l'altro in materia di prevenzione della salute nei diversi ambiti e in materia di tutela degli alimenti.

Correlate con la funzione istituzionale, sono le diverse attività specifiche quali ad esempio le campagne informative e gli interventi sanitari e socio sanitari per l'emergenza caldo ed il piano pandemico dinamico per l'influenza.

Gli attori del sistema che interagiscono con l'ASL NO.

Per meglio inquadrare il contesto esterno in cui l'ASL NO è chiamata ad agire, si elencano i principali attori del sistema che interagiscono con l'ASL:

A. I cittadini residenti e le loro famiglie che costituiscono, per l'ASL NO, il riferimento rispetto all'attuazione dell'art. 32 della Costituzione inerente il diritto alla salute;

B. La Regione Piemonte che esercita le funzioni previste dalla normativa nazionale e tra queste:

- garantisce l'erogazione delle prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza;
- assicura funzioni di programmazione, indirizzo e controllo;
- definisce requisiti e percorsi per l'accreditamento;
- costruisce sistemi ed indicatori per la valutazione delle performance;
- elabora strumenti conoscitivi volti a garantire una conoscenza delle persone croniche e fragili e per l'analisi dei percorsi di presa in carico
- indica indirizzi per l'appropriatezza clinica e organizzativa.

C. Gli Erogatori Privati accreditati in quanto potenziali fornitori: sono soggetti che, pur nella loro autonomia giuridica e amministrativa, sono parte integrante del sistema che garantisce le prestazioni sanitarie e sociosanitarie necessarie per la popolazione nel territorio dell'ASL;

D. Gli Enti locali e la Conferenza dei Sindaci: il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., all'art. 3, comma 14, riconosce al Sindaco, ovvero alla Conferenza dei Sindaci, tramite una rappresentanza costituita nel suo seno di componenti nominati dallo stesso Organismo, un ampio ruolo nell'ambito della programmazione regionale.

E. Le Parti sociali: i rapporti con le Organizzazioni Sindacali sono formalizzati in sede di contrattazione integrativa aziendale con le aree interessate sia in ordine alla composizione delle rispettive delegazioni trattanti, sia con riguardo ai livelli di relazione;

F. L'Associazionismo locale e le organizzazioni di volontariato: l'ASL riconosce il ruolo dell'associazionismo e del volontariato insieme agli altri soggetti del terzo settore, in attuazione del principio di sussidiarietà, quale elemento importante della programmazione sociosanitaria, in un'ottica di risposta ai bisogni dei cittadini;

G. Le Università: l'ASL riconosce il ruolo delle Università e si impegna a consolidare il rapporto di collaborazione e cooperazione.

H. L'Azienda Universitaria Ospedaliera “Maggiore” della Carita' di Novara, che eroga prestazioni ospedaliere specialistiche ed ambulatoriali, principalmente per gli assistiti del territorio dell'ASL NO .

1.c.2) Valutazione di impatto del contesto interno

L'A.S.L. NO è un'Azienda pubblica di servizi sanitari che opera su un territorio in gran parte coincidente con quello della Provincia di Novara (non sono compresi i Comuni di: Ameno, Armeno, Grignasco, Mia-sino, Orta, Pella, Pettenasco, Prato Sesia, Romagnano Sesia, S. Maurizio D'Opaglio, Vinzaglio).

L'organizzazione dell'Azienda, prevista e contenuta nell'Atto Aziendale, e' basata sulla distinzione in Direzione Generale strategica e Direzioni operative, dal punto di vista strutturale le strutture operative sono aggregate nelle seguenti macro-aree:

- area ospedaliera
- area territoriale
- area della prevenzione

I rapporti con il privato accreditato, per le attività di ricovero e ambulatoriali, sono gestiti nell'ambito di specifici contratti siglati con le Case di Cura nell'ambito della più generale programmazione regionale.

La vicinanza dell'area metropolitana milanese, con le sue strutture di alta specializzazione, rappresenta ovviamente elemento di forte attrattiva nei confronti dei cittadini, per una mobilità passiva extraregionale da parte dei residenti nell'ASL NO.

1.c.3) Mappatura dei processi

In piena analogia rispetto a quanto previsto dalla lettera a) dell'art. 1 comma 9 della L. 190/2012, per l'individuazione delle attività a rischio, sono state raccolte le proposte dei dirigenti aziendali al fine di effettuare una mappatura dei processi più a rischio di episodi corruttivi e di programmare tutti gli accorgimenti necessari per prevenire tali episodi (es. rotazione del personale, formazione ecc.).

I rischi di rilevazione sono individuati con riferimento alla violazione dei reati presupposto per le responsabilità di cui al D.lgs. 231/2001 e con riferimento ai comportamenti di violazione dei principi del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 e del Codice di comportamento aziendale.

La **Tabella allegata sub 1**, elenca le aree particolarmente esposte a rischio e i relativi indicatori di possibili fattispecie corruttive che nel corso del triennio saranno oggetto di valutazione con i dirigenti dell'azienda.

Il censimento dei processi è soggetto a revisione continua, secondo specifica verifica effettuata a cura della Direzione Strategica e dei Dirigenti aziendali considerando le specificità della materia, le esigenze organizzative, il verificarsi di eventi significativi, l'evoluzione normativa di settore.

Nel corso dl 2025 andrà effettuata la revisione della mappatura del rischio con particolare riferimento ai fondi del PNNR

1.c.4) Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

Soggetti coinvolti

Al fine di elaborare il documento di valutazione dei rischi corruttivi nei settori identificati a seguito della mappatura dei processi, occorre preliminarmente soffermarsi – e dare conto – dei soggetti che, nell'Azienda ASL NO, sono coinvolti con competenze, ruoli e responsabilità diverse nell'ampio capitolo dedicato alla prevenzione dei fenomeni corruttivi.

a.) Il Direttore Generale

Designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e adotta tutti gli atti di indirizzo a carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

b.) Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT)

L'attuale normativa pone in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne rafforza il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività.

L'incarico di RPCT deve essere conferito a chi, all'interno dell'Azienda, sia in possesso di specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e della gestione della Struttura Sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti.

Le caratteristiche conoscitive principali del RPCT devono essere:

- la conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari;

- la conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- la capacità di valutare il contesto in cui opera un'Azienda Sanitaria.

Devono intendersi quali profili elettivi, nell'individuazione del RPCT Aziendale, secondo quanto previsto dal PNA, figure come il responsabile del controllo di gestione, il responsabile del settore affari legali/affari generali, il risk manager, il direttore medico di presidio, il dirigente amministrativo di presidio, Direttore di distretto, il direttore di dipartimento

Al RPCT ASLNO spettano i compiti previsti dalla Legge 190 del 6.11.2012 e s.m.i nonché i compiti di cui al Dlg.vo 33/2013 e s.m.i.

Il Direttore Generale con provvedimento n. 402 del 16.11.2016 ha nominato il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della trasparenza dell'ASL NO.

Il RPTC aziendale partecipa altresì al Forum Regionale RPTC ed al Gruppo di Supporto alla Funzione aziendale

c.) *Il gruppo di supporto al RPTC*

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, nonché della complessità organizzativa dell'ASL NO, si è ritenuto di assicurare l'apporto di un gruppo di supporto del Responsabile della prevenzione della corruzione che operino in stretto collegamento con il responsabile per la stesura e l'applicazione del Piano.

I Componenti del Gruppo di Supporto avranno, inoltre, compiti di coordinamento e raccordo al fine di facilitare il meccanismo di comunicazione-informazione, tra il Responsabile della prevenzione e le varie strutture aziendali interessate all'applicazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo.

Il gruppo di supporto risulta così composto:

- S.C Gestione del Personale e Valorizzazione Risorse Umane;
- S.C Servizio economico finanziario;
- SSD Governo Clinico e Sviluppo Strategico;
- SC Direzione Medica Presidio Ospedaliero;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Distretti (Sud, Nord e Urbanodi Novara);
- Dipartimenti Ospedalieri.

Il Gruppo di Supporto viene di norma convocato periodicamente al fine di condividere lo stato dell'arte, le azioni da programmare e le iniziative ad esse correlate nonché accorgimenti organizzativi ottimizzanti

d.) *I Referenti Aziendali per la trasparenza.*

Al fine di adempiere alle disposizioni normative in materia di trasparenza e dare attuazione alle direttive Anac in materia di pubblicazioni sul sito istituzionale sezione amministrazione trasparente, si ritiene di individuare un "Referente per la trasparenza" all'interno delle sotto specificate Strutture Aziendali:

S.C AILCAT
 S.C GPVRU
 S.C SEF
 S.C Tecnico Patrimoniale
 S.C Direzione Medica P.O Borgomanero
 SSD GOCCS
 MUSA

Tali referenti della trasparenza supportano il RPTC in materia di trasparenza.

e.) *I Direttori/Responsabili di struttura*

Così come specificato nella circolare n. 1/2013 del Dipartimento per la Funzione Pubblica, lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione presuppongono il coinvolgimento dei Dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione. Infatti, il successo nell'attività di prevenzione della corruzione si può conseguire solo attraverso un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili di strutture e del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Nell'ambito di competenza i Direttori e Responsabili di struttura debbono:

- fornire al RPCT le informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali abbia rilevato il rischio di corruzione collaborando così nella fase di individuazione ed analisi del rischio;

- proporre misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché le azioni di miglioramento delle stesse;
- monitorare e controllare l'applicazione delle misure di prevenzione e contrasto così individuate;
- vigilare sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla propria struttura;
- adottare le misure disciplinari idonee dirette a sanzionare i comportamenti dei propri collaboratori sulla base del Codice di Comportamento aziendale, secondo quanto previsto dai regolamenti aziendali in materia;
- avanzare proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente alla struttura di competenza;
- proporre al RPCT i nominativi del personale con priorità di formazione;
- segnalare al RPCT ogni evento o dato utile per l'espletamento delle proprie funzioni.

Inoltre:

- tutti i Direttori/Responsabili delle Strutture Operative aziendali, sono tenuti a fornire il necessario apporto al Responsabile anticorruzione e ai Referenti delle aree definite; infatti, nell'esplicazione delle attività il Responsabile dell'anticorruzione dovrà essere affiancato sia dai Referenti che dai Dirigenti ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Ciascun Direttore di struttura complessa (anche per le strutture semplici di propria pertinenza) presenta entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione dettagliata sulle iniziative intraprese in ordine all'effettiva attuazione delle regole di legalità o integrità nonché i rendiconti sui risultati realizzati, individuando proposte l'aggiornamento del PTPC.
- tutti i Direttori/Responsabili delle Strutture Operative aziendali hanno la responsabilità di effettuare la valutazione del rischio di corruzione dei processi gestiti, di definire, in accordo col Responsabile Prevenzione Corruzione, le azioni di miglioramento da intraprendere per la prevenzione della corruzione. Hanno inoltre la responsabilità in vigilando sui comportamenti degli addetti del Servizio di competenza e rispondono a quanto previsto dal D.Lgs. n. 165/2001.

f.) *Dirigenti, Titolari di incarico di funzione e tutti i dipendenti*

Tutti i dipendenti dell'Azienda e non solo i Dirigenti Responsabili di Strutture partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C., per quanto di specifica competenza, segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D., segnalano casi di personale conflitto di interessi.

I Dirigenti e i Titolari di Incarichi di Funzione collaborano attivamente con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione per l'applicazione del presente Piano. In particolare:

- curano l'applicazione di circolari, indirizzi, protocolli condivisi e ne monitorano il rispetto, segnalando eventuali criticità/anomalie;
- provvedono a evidenziare i processi amministrativi più a rischio di episodi corruttivi e a fissare idonei termini, ove possibile, per la conclusione dei procedimenti e li comunicano al Responsabile;
- adottano le misure disciplinari idonee a stigmatizzare comportamenti dei propri collaboratori non in linea con la correttezza amministrativa e, se rilevanti ai fini del presente Piano, lo segnalano al Responsabile;
- organizzano periodicamente con i propri collaboratori riunioni di condivisione sui principi sottesi all'anticorruzione e ne inviano i verbali al Responsabile.

I Responsabili di settori e/o attività particolarmente esposti alla corruzione, assicurano la piena conoscenza, sia personale che per i propri collaboratori, del piano di prevenzione della corruzione e provvedono all'esecuzione.

Tutti i dipendenti, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informano per iscritto il responsabile della struttura di appartenenza di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, laddove si tratti di dirigenti apicali, le comunicazioni andranno rilasciate in forma scritta al Responsabile della Prevenzione della Corruzione che provvederà a informare il Vertice Direzionale. Il dipendente è tenuto a segnalare in qualsiasi momento l'insorgenza di rapporti o situazioni potenzialmente incompatibili con le mansioni svolte.

In particolare i Direttori e Responsabili di Dipartimento, Distretto, Struttura complessa e semplice devono ottemperare alle disposizioni normative e regolamentari in tema di incompatibilità e inconferebi-

lità degli incarichi di cui al Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, adempiendo con sollecitudine alle indicazioni operative impartite dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione; in ogni caso il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della Prevenzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del P.T.P.C. è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

g.) Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Ai sensi di quanto disposto con deliberazione ANAC n° 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, confermato nel comunicato del presidente Anac del 20.12.2017, l'individuazione del Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

L'ASL NO con deliberazione n° 1318 del 30.12.2013 ha nominato l'arch. Silvano Bonelli, Direttore della S.C. Tecnico Patrimoniale, con l'incarico di compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) come previsto dall'art. 33 ter del decreto legge n° 179/2012, convertito con modificazioni dalla legge n° 221/2012.

h.) L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'OIV, nella composizione attuale, è stato determinato con deliberazione del Direttore Generale n. 93 del 22.2.2022.

Per la parte che rileva in questa sede, l'O.I.V.:

- verifica, per quanto di competenza, la coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa ed individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.
- esprime parere obbligatorio nell'ambito della procedura di adozione del Codice di Comportamento;
- monitora il funzionamento complessivo della trasparenza;
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44 d.lgs. 33/2013).

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 d.lgs. 33/2013) e le modalità con le quali si intende far adempiere agli stessi.

Resta fermo il compito degli OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale.

i.) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) collabora con il RPCT alla predisposizione del Codice di Comportamento, ne cura l'aggiornamento e l'esame delle segnalazioni di violazione dello stesso, la raccolta degli atti delle condotte illecite accertate e sanzionate.

Attiva, in raccordo con il Responsabile, le autorità giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale e può chiedere parere facoltativo all'ANAC, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per la violazione del Codice (art. 1, c. 2, lett. d, L.190/2012).

l.) Il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)

Il Regolamento Europeo n. 679/2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, entrato in vigore il 25.5.2018, ha introdotto una nuova figura, denominata Data Protection Officer (DPO, o in italiano, RPD – Responsabile della protezione dei dati).

Il DPO, oltre a favorire l'osservanza della normativa supportando il titolare o svolgendo valutazioni di impatto e audit in materia di protezione dei dati, fungono da interfaccia fra tutti i soggetti coinvolti: autorità di controllo, interessati, divisioni operative all'interno di un'azienda o di un ente.

E' essenziale che il DPO sia coinvolto in ogni questione attinente la protezione dei dati.

Per quanto concerne le valutazioni di impatto sulla protezione dei dati, il regolamento prevede espressamente che il DPO vi sia coinvolto fin dalle fasi iniziali e specifica che il titolare ha l'obbligo di consultarlo nell'effettuazione di tali valutazioni.

Inoltre, è importante che il DPO sia annoverato fra gli interlocutori all'interno della struttura suddetta, e che partecipi ai gruppi di lavoro che volta per volta si occupano delle attività di trattamento.

Evidente l'importanza di coinvolgere il DPO in caso di accesso agli atti, accesso civico (semplice o generalizzato).

L'ASL NO, con determinazione n. 1804 del 13.12.2022, ha designato quale Responsabile della Protezione Dati (DPO) la ditta Slalom Consulting s.r.l, corrente in Telesse Terme (BN), via Frosinone n° 27.

m.) Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda devono essere informati del presente Piano a cura dei Direttori/Responsabili delle strutture aziendali competenti, devono osservare le misure ivi contenute ed eventualmente segnalare le situazioni di illecito che riscontrano.

n.) Stakeholder

Gli stakeholder (Associazioni di volontariato, Organizzazioni Sindacali, tutti i Soggetti interessati, la Collettività) vengono coinvolti direttamente nella revisione del PIAO.

Valutazione ed esiti

La valutazione del rischio segue i criteri stabiliti nell'allegato 5 al Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla Delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013 e le indicazioni ANAC di cui alla deliberazione n. 831/2016.

Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che l'evento si realizzi e dell'eventuale impatto che produce per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico.

Per ciascun rischio catalogato viene stimato il valore della probabilità e il valore dell'impatto. I criteri utilizzati per stimare la probabilità e l'impatto e per valutare il livello di rischio del processo.

La stima della probabilità tiene conto, tra gli altri fattori, dei controlli vigenti. Per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nella P.A. che sia utile per ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nella P.A., ad es. i controlli a campione in casi non previsti dalle norme).

Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di: impatto economico, impatto organizzativo e impatto reputazionale. Il valore medio della probabilità e il valore medio dell'impatto debbono essere moltiplicati per ottenere il valore complessivo, che esprime il livello di rischio del processo.

L'esito della mappatura non ha evidenziato particolari situazioni di criticità, con valori massimi, anche nei processi più sensibili, inferiori al punteggio di 7 in una scala da 0 a 25.

Naturalmente, trattandosi di attività e processi di particolare specificità e complessità, e in alcuni casi di notevole rilevanza economica, si ritiene opportuno mantenere alta l'attenzione sul rischio reale (probabilmente non completamente intercettato dal sistema di indicatori del PNA) e pertanto si propone, di seguito, un ventaglio di azioni e misure (vedi artt. 12 e seguenti) che saranno comunque valutate, pur in assenza di un rischio specifico, con la necessaria gradualità a partire dalle aree in cui si conferma il maggior punteggio rilevato.

La **valutazione del rischio**, sulla base della mappatura dei processi aziendali, è contenuta nella sopra menzionata **tabella allegata sub 2**.

1.c.5) progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Ai fini progettuali vanno prese in considerazione le aree più sensibili e caratterizzate dalla specificità dell'ambito sanitario.

L'ASL NO ha previsto le sotto specifiche misure al fine della riduzione del rischio corruttivo

A - INCARICHI E NOMINE

A.1 - Nomina a Direttore di Dipartimento

La procedura di conferimento dell'incarico ha previsto, ai sensi dell'art. 17/bis del D. Lgs. 502/1992 e s.m.i la scelta, da parte del Direttore Generale, fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento stesso. Al fine di garantire il prevalere dei profili di merito, sono state adottate misure di prevenzione al rafforzamento della trasparenza, sulla base delle seguenti indicazioni:

- esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale
- predeterminazione dei criteri di scelta e ai sensi dell'art. 17 bis, comma 3, DLG 502/1992
- esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di Dipartimento all'individuazione dei direttori di dipartimento
- esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, nonché le funzioni e compiti del Dipartimento;
- pubblicazione del provvedimento di nomina.

A.2 - Incarico di direzione di struttura complessa

I criteri e le procedure di conferimento degli incarichi di struttura complessa dell'area Sanità, sono regolamentate dal DPR 484/1997, nonché dalla DGR n. 14/6180 del 29/07/2013.

In particolare, per la Dirigenza Sanitaria, ai fini del conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, i principi che disciplinano i criteri e le procedure sono contenuti nell'art. 20, c. 1, lett. A), della L. 5 agosto 2022, n° 118 che ha riformulato l'art. 15, c. 7bis, del d. lgs. 502/1992, fermo restando per i restanti incarichi della dirigenza sanitaria l'applicabilità del CCNL 23/1/2024.

I criteri e le procedure di conferimento degli incarichi di struttura complessa di area amministrativa, tecnica e professionale sono regolamentate dall'art. 71 CCNL 17/12/2020 – area Funzioni Locali nonché dallo specifico regolamento aziendale approvato con deliberazione n. 178 del 18/05/2016.

A.3 - Nomina a Direttore di Distretto

Nel conferimento di tale incarico si sono adottati tutti i possibili interventi ed azioni finalizzati a garantire i principi di imparzialità e parità di trattamento, attraverso apposita procedura selettiva improntata a tali principi. In particolare si attivano i seguenti passaggi:

- a) avvio di procedura selettiva attraverso bando pubblico in cui sono esplicitati i requisiti previsti dalla vigente normativa nazionale (art. 3 sexties D.lgs. 502/1992, DPR. 484/1997) e regionale (D.G.R. 34-4592 del 28/01/2022);
- b) costituzione della commissione esaminatrice con sottoscrizione, da parte dei componenti stessi, delle dichiarazioni di insussistenza o di eventuale sussistenza di incompatibilità o conflitto di interesse.
- c) predeterminazione dei criteri di selezione;
- d) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione ed ai criteri di selezione;
- e) pubblicazione degli atti del procedimento.

A.4 - Incarichi di Struttura Semplice

Le strutture semplici dipartimentali e le strutture semplici che rappresentano, queste ultime, l'articolazione di base di cui si compone la struttura complessa sono predeterminate dagli strumenti di programmazione regionale e aziendale, in numero e tipologia.

L'incarico per tali strutture può essere conferito ai dirigenti che abbiano maturato un'anzianità di servizio di almeno cinque anni e che abbiano superato la verifica del Collegio Tecnico.

Questa tipologia d'incarico presenta procedure di conferimento disciplinate da criteri generali e da atti di indirizzo nazionale per quanto riguarda la dirigenza area sanità (art. 15, comma 7 quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i) e da quelli derivanti dalla disciplina del Contratto collettivo nazionale 17/12/2020 area Funzioni Locali per la dirigenza Amministrativa Tecnica e Professionale.

Si adottano le seguenti misure:

- a) verifica della conformità degli atti del procedimento alle previsioni dell'atto aziendale;
- b) avvio di procedura selettiva attraverso avviso interno in cui siano esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- d) predeterminazione dei criteri di selezione;
- e) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione ed ai criteri di selezione;
- f) pubblicazione del provvedimento di nomina

A.5 - Incarichi professionali

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono dettagliate:

- per la dirigenza dell'area Sanità nella disciplina contrattuale di cui all'art. 22 del CCNL 23/01/2024
- per la dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa nella disciplina contrattuale di cui all'art. 71 CCNL 17/12/2020 – area Funzioni Locali

Si adottano le seguenti misure:

- a) avvio di procedura selettiva attraverso avviso interno in cui siano esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- b) predeterminazione dei criteri di selezione;
- c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione ed ai criteri di selezione;

A.6 - Incarichi di sostituzione della dirigenza Area Sanità e della dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale

I criteri di scelta per l'individuazione dei sostituti dei direttori di struttura complessa e semplice sono predefiniti rispettivamente dall'art. 25 CCNL 23/01/2024 per la dirigenza dell'Area Sanità e dall'art. 73 CCNL 17/12/2020 Area Funzioni Locali per la Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale.

L'inconferibilità e l'incompatibilità

Con riferimento all'attenzione da porsi ai profili d'inconferibilità e incompatibilità si evidenzia che:

- *l'inconferibilità* comporta “la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico” (art. 1, comma 2, lett. g), D. Lgs 39 del 2013).
- *l'incompatibilità*, invece, comporta “l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico” (art. 1, comma 2, lett. h), D. Lgs. 39 del 2013).

L'applicazione della misura di prevenzione/trattamento del rischio prevede:

- nell'ambito dell'avviso interno di indizione della selezione per il conferimento degli incarichi di struttura, è richiesto al dipendente di rilasciare apposita autodichiarazione contestualmente alla presentazione della domanda di partecipazione all'avviso pubblico, al fine di informare l'Azienda in merito alle cause di incompatibilità che il dirigente dovrà rimuovere per assumere e mantenere l'incarico oggetto dell'avviso;

- una volta espletata la procedura, all'atto della sottoscrizione del contratto di affidamento dell'incarico, il dichiarante, si impegna, al verificarsi nel corso dell'incarico di una causa di incompatibilità o inconferibilità, a darne tempestiva comunicazione;
- nel contratto individuale dei dipendenti del comparto il dipendente dichiara di non trovarsi, alla data di presa di servizio, in nessuna delle situazioni d'incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.lgs. n.165 del 2001;
- il contratto sottoscritto con i consulenti contiene un apposito articolo relativo a situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi.

Per quanto concerne le dichiarazioni rese dagli organi amministrativi di vertice, le stesse vengono pubblicate sul sito Amministrazione trasparente

Conflitto Interessi

Il conflitto d'interessi può essere definito come una situazione nella quale un interesse privato, di un dipendente dell'ASL, potrebbe interferire nell'ambito delle attività eseguite e/o attribuite per conto dell'ASL con lo svolgimento delle stesse e/o con il suo giudizio professionale, in modo tale da essere o poter essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza.

Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come ad esempio quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici o comunque di voler promuovere sé stessi e/o favorire la propria carriera in modo indebito.

Al dipendente è fatto obbligo di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale. Tali situazioni possano coinvolgere:

- interessi propri,
- interessi di parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi,
- interessi di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale,
- interessi di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi,
- interessi di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente,
- interessi di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente ovvero importanti ragioni di convenienza.

L'astensione va comunicata al soggetto competente individuato, per iscritto, anche attraverso modalità informatizzate, in tempo utile per la trattazione della pratica o lo svolgimento dell'attività, specificando le ragioni.

Il responsabile decide sull'astensione, fornendo una risposta scritta tempestiva, anche attraverso modalità informatizzate.

La valutazione circa la sussistenza o meno di una situazione di conflitto di interessi spetta:

- a. per i dipendenti/dirigenti, al superiore gerarchico;
- b. per i direttori strategici al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT),
- c. per gli altri destinatari, al soggetto competente secondo quanto definito dall'ASL, che in caso di riscontro positivo adotta gli opportuni provvedimenti.

Conflitto di interessi nel conferimento incarichi

Ai collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda si applicano le disposizioni contenute nel PIAO, con particolare riferimento all'istituto del "conflitto di interessi".

In particolare, all'atto di conferimento dell'incarico il professionista dovrà dichiarare di non trovarsi in una situazione di conflitto di interessi con l'ASL NO;

Attività extraistituzionale

Per attività extraistituzionale, si intende l'attività, non ricompresa nei compiti e nei doveri d'ufficio, da svolgersi in assenza di vincolo di subordinazione, al di fuori dell'orario di servizio, delle sedi e degli uffici dell'ASL, senza l'utilizzo di attrezzature o personale dell'Agenzia, a favore di altra Amministrazione Pubblica ovvero di soggetti privati, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs 165 del 2001 ed in conformità alla disciplina dettata in materia di incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi.

L'ASL NO ha predisposto un Regolamento approvato con deliberazione n. 40 del 23.1.2025.

Il regolamento persegue le seguenti finalità:

- indicare e delimitare le attività assolutamente incompatibili con l'impiego alle dipendenze dell'ASL NO;
- definire le attività compatibili che possono essere effettuate previa autorizzazione;
- indicare e definire le attività che non necessitano di autorizzazione e che necessitano della sola comunicazione preventiva;
- definire le procedure da seguire per la richiesta della prescritta autorizzazione.

Il regolamento trova applicazione nei confronti di tutto il personale dipendente dell'ASL No dell'area del comparto, con rapporto di lavoro a tempo pieno nonché a tempo parziale con prestazione lavorativa superiore al 50% e dell'area della dirigenza medica e veterinaria nonché dell'area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, anche in posizione di comando o distacco.

Il pantouflage

La misura di prevenzione obbligatoria del cd pantouflage (o revolving doors) riguarda l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.

La norma di riferimento è l'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165 del 2001 nonché la linea guida Anac n. 493 del 25.09.2024

Il divieto di pantouflage implica che il "dipendente pubblico", alla cessazione dal servizio per tre anni, svolga "attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione".

Al riguardo ANAC, nel PNA 2022, ha valutato preferibile un'interpretazione ampia di tale concetto, ritenendolo esteso a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato e incarichi o consulenze a favore dei soggetti privati. Vale precisare che il divieto concerne: - sia rapporti di lavoro subordinato – necessariamente di carattere oneroso (a tempo determinato o indeterminato, ivi compresi gli incarichi dirigenziali); - sia incarichi per ricoprire determinate posizioni nell'ente privato in destinazione.

Ciò significa che il divieto si può applicare sia nel caso di assunzione di posizioni di vertice che di posizioni di livello inferiore (es. funzionari) all'interno del "soggetto privato" in destinazione.

Ulteriore aspetto da considerare concerne il fatto che il divieto di pantouflage presuppone lo svolgimento di prestazioni lavorative presso il "soggetto privato" in destinazione connotate dai caratteri di continuità e stabilità.

Ciò in quanto, da una parte, solo la prospettiva di un incarico stabile e continuativo può comportare un rischio tale – in termini di pregiudizio all'imparzialità del dipendente e di conseguenza anche alla correttezza e al buon andamento dell'attività amministrativa - da giustificare la speciale misura prevista dal Legislatore.

In applicazione della misura di prevenzione l'ASL NO ha inserito nei contratti individuali di lavoro il richiamo alle disposizioni contenute nell'art. 53 del D. Lgs n. 165 del 2001 e ha predisposto apposita modulistica per acquisire le dichiarazioni dei dipendenti all'atto del recesso volontario dal servizio ovvero alla cessazione dal servizio per pensionamento.

B - GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE

Circa la gestione delle entrate e dei pagamenti, l'azienda ha adottato opportuna regolamentazione, sviluppando nel tempo misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti. In particolare:

- i liquidatori emettono ordini con applicativo contabile
- alla ricezione, le fatture vengono registrate informaticamente su tali ordini
- i liquidatori verificano le fatture e, se conformi a quanto ordinato e consegnato/eseguito, le liquidano apponendo anche informaticamente la tempistica di pagamento contrattualmente stabilita
- il Servizio Economico Finanziario, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione, effettua il pagamento delle fatture cronologicamente per categoria omogenea di fornitura/fornitore, Chiaramente i ritardi in fase di liquidazione da parte dei competenti uffici si ripercuotono anche sui pagamenti, ma informaticamente, come detto, è tutto tracciato, compresa la data in cui i liquidatori hanno predisposto la liquidazione. Ciascun operatore utilizza l'applicativo contabile mediante l'inserimento di proprie credenziali di accesso personali: tale sistema consente di individuare in

qualsiasi momento “chi e come” ha agito. Per informazioni più dettagliate rinvio alla Delibera di approvazione delle procedure amministrativo-contabili.

- il Collegio Sindacale effettua verifiche periodiche di cassa

L'Azienda sta seguendo il “Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)” secondo la programmazione regionale dei dati e dei bilanci delle aziende; periodicamente sono effettuate verifiche e monitoraggi sull'effettività delle azioni programmate.

Ai sensi dell'art. 1 comma 522 L. 28 dicembre 2015, n. 208 l'ASL si impegna ad assicurare la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente nel proprio sito internet il bilancio di esercizio entro 60 giorni dalla data di relativa approvazione.

C - GESTIONE BENI IMMOBILI

L'Azienda Sanitaria dà attuazione alle indicazioni dettate dall'ANAC, ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. n. 33/2013 e s.m. e i. nonché della determinazione dell'Autorità n. 831 del 03/08/2016, mediante la pubblicazione in una tabella ad “hoc” di una serie di dati ed informazioni identificative degli immobili a qualsiasi titolo posseduti o detenuti dall'Azienda Sanitaria e segnatamente: ubicazione dell'immobile, tipologia ed uso attuale, identificativi catastali, superficie, valore (se disponibile), eventuale messa a reddito dell'immobile, indicazione se il bene di proprietà è indisponibile (destinato a fini istituzionali) ovvero disponibile (non destinato a fini istituzionali) ed infine esito delle eventuali procedure di dismissione/locazione con indicazione del prezzo di vendita ovvero del canone di locazione (per il patrimonio non utilizzato a fini istituzionali).

L'alienazione dei beni immobili, nonché la cessione in locazione/comodato dei medesimi, vengono effettuate, di norma, mediante procedura ad evidenza pubblica (asta pubblica), secondo la vigente normativa regionale e nazionale, comunque nel rispetto dei principi di parità di trattamento, non discriminazione e trasparenza. I documenti/provvedimenti che concernono le procedure di dismissione/locazione/comodato di beni immobili, vengono pubblicati sul sito web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente” – “Bandi di gara e contratti” - S.C. Tecnico Patrimoniale.

Per quanto concerne l'assunzione in comodato d'uso gratuito di beni immobili (di terzi) per essere utilizzati a fini istituzionali (solitamente ambulatori sanitari nell'ambito del territorio dell'ASL NO), vengono stipulati direttamente contratti con l'Ente Pubblico di riferimento (Comune che cede i locali in uso/comodato).

D - ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELL' APPROPRIATEZZA IN AMBITO OSPEDALIERO

La riduzione della variabilità dei comportamenti prescrittivi è una delle dimensioni principali su cui si sono concentrati negli ultimi anni gli interventi dell'ASL NO in una logica di clinical governance del fenomeno, con l'obiettivo di rendere evidente l'aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche in coerenza con l'autonomia professionale del medico prescrittore. Tale tematica assume un ruolo di rilievo nella gestione delle liste d'attesa in quanto risulta direttamente correlata alla gestione della domanda di prestazioni.

Le azioni da intraprendere in ambito ospedaliero riguardano principalmente da un lato la valutazione su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi delle prestazioni offerte, dall'altro omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

Si prevede di programmare azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni più “critiche”, sia in termini di eccessivo consumo pro capite che di lista d'attesa. Il coinvolgimento sistematico dei professionisti “prescrittori” è ritenuto strategico al fine di analizzare i dati di consumo alla luce dei fabbisogni e delle evidenze scientifiche in materia e nel definire i percorsi diagnostico terapeutici. Nel corso del triennio si intende procedere su diverse linee di lavoro:

- analisi dati di flusso di prestazioni target;
- svolgimento audit clinici per monitorare l'aderenza alle evidenze scientifiche e definire gli opportuni interventi di miglioramento;
- definizione e sviluppo di almeno un PSDTA all'anno (Percorso di salute diagnostico terapeutico assistenziale);
- introduzione/perfezionamento sistema RAO (almeno una branca specialistica/anno);
- azioni volte a limitare l'eccessivo consumo di prestazioni ove rilevato;

- realizzazione iniziative di aggiornamento e formazione per prestazioni selezionate destinato a prescrittori dipendenti e convenzionati.

E - ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

L'Atto Aziendale, approvato con deliberazione del Direttore Generale n.772/2015, ha previsto la costituzione di una S.S Semplice "Coordinamento Amministrativo Ospedaliero e libera professione", incardinata nella S.C DMPO, per la completa gestione dell'attività libero professionale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria. L'Azienda sta aggiornando il regolamento per la libera professione intramoenia in recepimento delle linee guida regionali in materia di libera professione intramoenia contenute nella DGR n. 11-8042 XI del 29.12.2023. Il regolamento, oltre a disciplinare tutti gli aspetti della "libera professione" prevede altresì (art. 28) l'istituzione della Commissione Aziendale di verifica dell'attività libero professionale. La Commissione "svolge funzioni di verifica e formula proposte al fine di assicurare le più idonee modalità organizzative per l'esercizio della libera professione e di vigilanza sull'osservanza dei regolamenti aziendali." L'Azienda non avendo locali esclusivamente dedicati alla libera professione intramoenia ha provveduto a separare le attività istituzionali da quelle svolte in libera professione prevedendo: 1- per l'attività ambulatoriale in libera professione svolta presso i locali ASL NO fasce orarie dedicate al di fuori dell'attività istituzionale, ad eccezione dell'attività di servizi Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica; 2- convenzioni con Studi Privati collegati in rete e Centri Privati non accreditati con il SSN, per le specialità per le quali non sono disponibili in modo totale spazi interni, così come previsto dalla legge 120/07 e s.m.i. secondo i criteri stabiliti dalla Regione Piemonte con DGR 19-5703 del 23.04.2013, e dalla DGR Regione Piemonte n. 18-4818 del 27 marzo 2017 sottoscrivendo annualmente una convenzione tra le parti per il Professionista; per i Centri Privati con la sottoscrizione di apposite convenzioni a seguito di avviso di manifestazione di interesse. Per le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali in regime di libera professione intramoenia è utilizzabile per tutte le ASL/ASO Piemontesi il numero telefonico del Call Center Regionale n. 800 000 500 dal lunedì alla domenica dalle 8,00 alle 20,00; fatta salve le esclusioni previste per le specialità di psichiatria, neuropsichiatria e psicologia ai sensi della DGR 28 luglio 2008 n. 8-9278 Il rispetto delle liste d'attesa è garantito dalla procedura informatizzata che copre pressoché tutti gli ambiti (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) con specifici programmi informatici: TRAKCARE per i ricoveri e CUP Regionale WBS per le prestazioni ambulatoriali. L'ASL adotta nel suo esercizio i principi che si evincono dalla normativa, contrattuale e non, di cui alla DGR17-4817 del 27.03.2017 così come integrata dalla DGR 110-9017 del 16.05.2019, e nello specifico: - adozione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale (art. 1, comma 4, lett. a) legge n. 120/2007, così novellato dal d.l. 158/2012 convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012); - monitoraggio aziendale dei tempi di attesa relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati, attivando anche meccanismi di riduzione dei medesimi (art. 1, comma 4, lett. d) legge n. 120/2007).

Per le prestazioni erogate in regime di libera professione vengono effettuati su richiesta ministeriale quattro monitoraggi registrati sul portale Agenas, durante l'anno nei mesi di gennaio, aprile, luglio e ottobre con la rilevazione dei tempi d'attesa delle prestazioni previste all'interno del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa; in uno dei quattro monitoraggi viene fatta la rilevazione delle prestazioni effettuate nell'anno precedente;

A verifica del corretto svolgimento dell'attività di libera professione intramoenia, oltre a quanto già previsto dalla normativa vigente, vengono previsti almeno due monitoraggi nel corso dell'anno rispettivamente per:

- verifica rispetto alla corretta gestione delle prenotazioni, per le prestazioni ambulatoriali;
- verifica che l'attività libero professionale sia stata svolta al di fuori dell'orario di servizio e di tutte le altre assenze previste dalla legge quali per es. malattia, infortunio, aspettative, congedo per rischio radiologico, ect) -verifica rispetto delle regole per l'incasso delle prestazioni rese in regime di libera professione.

L'audit potrà essere sostituito da una verifica fatta dalla SS Coordinamento amministrativo ospedaliero e libera professione su nominativi scelti in modo casuale in base all'ordine alfabetico, come da estrazione effettuata dal RPTC.

Mensilmente il Servizio Personale settore rilevazione presenze, verifica la regolarità oraria di utilizzo dell'apparecchiatura POS in dotazione ai professionisti per l'incasso delle prestazioni rese in regime di libera professione intramoenia con verifica incrociata con il cartellino presenze.

F- LISTE D'ATTESA

Le liste d'attesa sono costruite sulla base di classi di priorità secondo quanto previsto dalle vigenti legislazioni della Regione Piemonte (DGR n.14-10073 del 28.7.2003 e s.m.i.) e dal Regolamento Aziendale "Regolamento per la prescrizione, prenotazione, gestione agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in regime SSN".

In particolare l'ordine di effettivo accesso alle prestazioni viene determinato dal livello di priorità clinica indicato dal medico prescrittore sulla base del quadro patologico, in accordo alle classi definite dalla legislazione regionale e nazionale; all'interno di ogni gruppo di prenotazioni per classi di priorità viene rispettato l'ordine cronologico di presentazione della richiesta.

Le prenotazioni possono essere effettuate dall'utente in possesso dell'impegnativa SSN (fatte salve le eccezioni previste dalla legislazione vigente, ossia: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria, oculistica - solo misurazione vista; psichiatria e neuropsichiatria infantile) telefonando al numero verde 800 000 500, rivolgendosi ai Centri Unici Prenotazione (CUP) presenti in tutte le sedi dell'ASL NO, online accedendo alla Piattaforma Regionale e tramite app "CUP Piemonte". Ai sensi di quanto disposto dall'art. 32, c.2, lett. b) del dlgs. n° 33/2013, sul sito internet Aziendale-sezione Amministrazione trasparente sono consultabili i tempi di attesa per l'erogazione di esami, visite, prestazioni ai sensi dell'art. 41 D. Lgs. vo n.33/2013 e s.m.i

Il sito aziendale riporta il programma aziendale dei tempi d'attesa e i monitoraggi ex ante mensile e trimestrale.

Il monitoraggio trimestrale si riferisce ai tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del PNGLA di primo accesso per l'attività istituzionale e si effettua trimestralmente nelle date comunicate dal Ministero della Salute. Per ciascuna delle prestazioni monitorate si rilevano per le richieste di classe B, D e P il numero delle prenotazioni effettuate e la percentuale di garanzia delle stesse. Il monitoraggio mensile si riferisce ai tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del PNGLA di primo accesso per l'attività istituzionale e si effettua mensilmente nelle date comunicate dalla Regione Piemonte. Per ciascuna delle prestazioni monitorate si rileva, per le richieste di classe D, il tempo di attesa con indicazione del tempo, espresso in giorni, che intercorre tra la data indice della rilevazione e il giorno in cui è disponibile il primo posto libero.

A garanzia della accessibilità del cittadino alle prestazioni sanitarie secondo i codici di priorità l'ASL NO ha istituito un percorso di tutela ai sensi dell'art. 3, comma 13, del D. Lgs. 29/04/1998 n. 124, nel rispetto delle indicazioni regionali di cui alla nota prot. 11173 del 24.04.2024 e succ.int. della legge 107/24 in conversione del D.L. 7 giugno 2024 n. 73. La garanzia decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio) rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi stabiliti.

G - ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

Presso l'ASL NO la gestione delle strutture mortuarie è affidata alla s.c. Direzione Medica e alla s.c. Medicina Legale con personale interno dell'azienda.

L'ASL si è dotata di apposito regolamento che disciplina la gestione interna della salma, compresa la modalità di informazione all'utenza relativamente alla scelta della ditta di pompe funebri. La modulistica in uso è stata adeguata alle indicazioni ANAC che prevedono l'introduzione di apposita rilevazione sull'effettività della misura con formale acquisizione di documentazione siglata dai familiari a garanzia della effettiva imparzialità delle procedure seguite.

In particolare nel modulo sottoscritto dal familiare si specifica che la scelta della ditta deve avvenire "liberamente senza condizionamento da parte del personale dipendente dell'ospedale e che qualsiasi irregolarità andrà segnalata al RPCT". E' comunque previsto un monitoraggio semestrale sulle modalità di scelta delle onoranze funebri

H- FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

Per quanto riguarda le prescrizioni di farmaci in ambito territoriale, l'impegno dell'ASL NO risale al 1996 e si è mantenuto costante nel tempo attraverso le verifiche previste dalla Legge 425/96 - che, all'art.

1, 4° comma prevede controlli obbligatori sulle prescrizioni in regime SSN da parte delle Aziende Sanitarie Locali – condotte da appositi Nuclei valutativi.

A partire dal 1999, l'ASL ha partecipato al progetto "Budget di Distretto e accordi con i medici di medicina generale" coordinato dal CRESA e promosso dall'Assessorato Regionale alla Sanità, nel cui contesto era previsto il monitoraggio dei quattro gruppi terapeutici allora più prescritti.

Con Deliberazione del Commissario N° 530 del 14.06.2002, l'attività di controllo sull'appropriatezza prescrittiva, comprendente il monitoraggio sulla correttezza delle prescrizioni in relazione al rispetto delle note limitative AIFA, la presenza dei Piani Terapeutici quando previsti, il rispetto delle indicazioni terapeutiche delle specialità medicinali, è stata attribuita ad apposita "Commissione" individuata nell'ambito degli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali.

In ottemperanza alle disposizioni regionali sono costantemente controllati e monitorati i gruppi terapeutici maggiormente incidenti sulla spesa farmaceutica, provvedendo, nel caso, alla convocazione dei medici iperprescrittori e alla contestazione delle prescrizioni non conformi con recupero delle somme indebitamente poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Si è svolta regolare attività di informazione e si sono organizzati corsi di formazione su vari argomenti di farmacoeconomia ed appropriatezza.

Già a partire dall'anno 1997, come previsto dalla stessa Legge 425/96, è effettuata regolare e puntuale trasmissione trimestrale di relazione inerente tutte le attività di controllo, formazione ed informazione alla Direzione regionale competente e al Ministero della Salute. A livello di indicatori sarà monitorata la trasmissione della relazione trimestrale alla Regione e al Ministero della Salute.

I magazzini farmaceutici, sia per la gestione dei farmaci sia dei dispositivi medici, sono informatizzati. Non vi è invece gestione informatizzata nei reparti e pertanto, ad oggi, manca associazione farmaco-paziente. L'informatizzazione inizia dal processo di acquisizione tramite calcolo del punto di riordino per il periodo per il quale si intende approvvigionarsi, seguito dal controllo della disponibilità finanziaria ed emissione dell'ordine di acquisto e successiva liquidazione della fattura.

Tutti i beni in arrivo, dopo la verifica qualitativa e quantitativa, vengono registrati a magazzino tramite la procedura informatizzata.

Durante la fase di approvvigionamento ai reparti, ambulatori o altri servizi aziendali avviene contemporaneamente lo scarico del materiale col costo e la data di scadenza, questo permette di imputare immediatamente a ciascun centro di costo i propri consumi (costo di approvvigionamento) e di rintracciare i prodotti fino al reparto; per le terapie allestite in farmacia vi è l'associazione farmaco-paziente e la tracciabilità fino all'utilizzatore. Per le strutture convenzionate oltre allo scarico del materiale avviene la registrazione nel Flusso Informativo Regionale (File F) e la lettura del codice di targatura presente su ogni confezione di medicinale.

Per quanto riguarda la consegna dei farmaci in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio si procede con la registrazione dell'avvenuta dispensazione sul programma informatizzato di magazzino e nel del Flusso Informativo Regionale dei farmaci in Distribuzione Diretta (File F). Ad ogni erogazione del farmaco vengono associati i dati anagrafici del paziente ed il numero di targatura che identifica la confezione consegnata per la terapia domiciliare.

Si introducono i seguenti indicatori:

- a) Valutazione consumi per centro di costo con report trimestrali
- b) Valutazione numero di consegne in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio con report trimestrali.

Per quanto concerne la conoscibilità, attraverso apposite dichiarazioni, delle relazioni e o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione, l'azienda intende studiare a fondo la tematica sulla base degli approfondimenti attualmente in corso tra ANAC, Ministero della salute e Agenas.

I - CONTRATTI PUBBLICI

H.1 - Misure per la gestione dei conflitti di interesse

I conflitti di interesse rappresentano una preoccupazione ricorrente nell'ambito degli appalti pubblici, poiché tali situazioni possono arrecare gravi danni al bilancio pubblico, alla regolarità amministrativa delle procedure (principi di trasparenza, parità di trattamento, non discriminazione) e più in generale all'immagine ed alla credibilità dell'amministrazione, con risvolti negativi anche sulla tutela della salute dei cittadini.

Il conflitto di interesse si verifica quando il personale di una stazione appaltante che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione (D.lgs. n. 36/2023 - art. 16).

I principali strumenti per prevenire l'insorgere di tali situazioni sono la responsabilizzazione, l'informazione / formazione degli attori coinvolti nei vari processi decisionali (appalto), che si concretizza nella formulazione di precise dichiarazioni contestualizzate e mirate alla singola attività svolta, nonché alla presa d'atto documentata dei relativi contenuti, in conformità alla strategia comunitaria e nazionale.

L'Azienda dà attuazione alla normativa in materia richiedendo:

- in fase di nomina dei componenti delle Commissioni giudicatrici delle procedure di affidamento, le dichiarazioni ai membri e, qualora previsto come soggetto esterno, al segretario verbalizzante, sull'insussistenza di cause di incompatibilità e/o astensione ai sensi dell'art. 93, comma 5, del D.lgs. n. 36/2023 (nuovo Codice dei Contratti pubblici);
- in fase di presentazione dell'offerta, ai soggetti concorrenti di sottoscrivere, mediante dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, "di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento generale dei dipendenti pubblici (d.P.R. n. 62 del 16.04.2013 modificato con d.P.R. n. 81 del 13.06.2023) e aziendale (deliberazione n. 110 del 20.03.2019) e di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, ad osservare e a far conoscere ai propri dipendenti e collaboratori i suddetti codici, pena la risoluzione del contratto".

H.2 - Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti.

La trasparenza è assicurata dal rispetto degli obblighi di pubblicazione delle informazioni inerenti le procedure di affidamento dei contratti pubblici, secondo quanto previsto dall'art. 28 del nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023), nonché dagli adempimenti procedurali previsti dall'art. 17 del medesimo decreto:

- adozione di apposita determina a contrarre prima dell'avvio delle procedure, contenente gli elementi essenziali del contratto e i criteri di selezione degli operatori economici e delle offerte;
- adozione di un atto (determina a contrarre semplificata) in caso di affidamento diretto, che individui oggetto, importo, contraente e ragioni della sua scelta.

H.3 - Altre proposte di misure di trasparenza nel settore degli acquisti.

Nella fase di progettazione della gara, in funzione della tipologia di procedura da utilizzare, si pubblicano le seguenti informazioni:

- avviso di consultazione preliminare di mercato, con gli Operatori economici interessati, rendendo disponibile sul sito internet aziendale la bozza del Capitolato tecnico;
- avviso di consultazione pubblica per la preliminare verifica della ricorrenza delle condizioni per esperire procedura negoziata non preceduta da pubblicazione di bando di gara (art. 76, D.Lgs. 36/2023 - art. 32 Direttiva 24/2014), tramite la pubblicazione sul sito Internet aziendale, sez. "Amministrazione Trasparente - Bandi di gara e contratti" per un periodo minimo di giorni 15.

H.4 - Appalti di importo inferiore alla soglia di rilevanza comunitaria.

Il previgente Codice dei Contratti pubblici (D.lgs. 50/2016) aveva modificato la denominazione di "acquisti in economia" disciplinando la materia dei contratti di valore inferiore alle soglie comunitarie mediante le disposizioni di cui all'art. 36 - Contratti sotto soglia, che richiamava i principi indicati

nell'art. 30, comma 1, del Codice medesimo e demandava la definizione delle modalità di dettaglio allo strumento delle Linee guida ANAC.

In conseguenza dell'emergenza legata alla pandemia da COVID-19, al fine di far fronte alle ricadute economiche negative, il D.L. n. 76 del 16.07.2020 (c.d. decreto semplificazioni) convertito in legge n. 120/2020, aveva introdotto misure di semplificazione in deroga agli artt. 36, comma 2, e 157, comma 2, del D.Lgs. 50/2016, per le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture avviate con atti di avvio adottati entro il 31.12.2021.

Stante il perdurare della pandemia e della situazione di emergenza, il D.L. n. 77/2021 convertito in L. n. 108/2021 aveva esteso l'operatività delle norme di semplificazione al 30.06.2023, innalzando tra l'altro le soglie di importo di riferimento per l'applicazione della relativa disciplina.

L'attuale Codice dei Contratti pubblici (D.Lgs. n. 36/2023), con i suoi Allegati, mantiene l'impronta di semplificazione sopra delineata e dedica una disciplina specifica e dettagliata (artt. 48-55) ai contratti di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie di rilevanza europea (di cui all'art. 14 D.Lgs. 36/2023), sempre nel rispetto dei Principi generali di cui al Libro I, Parti I e II.

In luogo delle Linee guida dell'ANAC che davano attuazione come *soft law* al precedente Codice dei Contratti, l'art. 225, comma 16, del D.Lgs. 36/2023 prevede l'applicazione delle corrispondenti disposizioni del Codice e dei suoi allegati.

Le soglie di riferimento per le procedure di affidamento sotto soglia come definite all'art. 50 D.Lgs. 36/2023 sono le seguenti:

- a.) affidamento diretto di lavori sino ad importo inferiore ad euro 150.000,00;
- b.) affidamento diretto di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, sino ad importo inferiore ad euro 140.000,00.

Al di sopra di queste soglie:

- c.) procedura negoziata senza bando previa consultazione di almeno cinque operatori economici per lavori di importo pari o superiore ad euro 150.000,00 e inferiore a 1 milione di euro;
- d.) procedura negoziata senza bando previa consultazione di almeno dieci operatori economici per lavori di importo pari o superiore ad 1 milione di euro e fino alle soglie di cui all'art. 14 D.Lgs. 36/2023;
- e.) procedura negoziata senza bando previa consultazione di almeno cinque operatori economici per l'affidamento di servizi e forniture ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore ad euro 140.000,00 e fino alle soglie di rilevanza comunitaria (art. 14 D.Lgs. 36/2023).

E', inoltre, richiesta la scelta di soggetti in possesso di documentate esperienze pregresse idonee all'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Viene mantenuto l'obbligo di rispetto del principio di rotazione, previsto nel nuovo Codice all'art. 49, che l'A.S.L. NO ha disciplinato nel Regolamento aziendale per gli acquisti sottosoglia adottato con deliberazione n. 658 del 04.12.2023, all'art. 3.

Tale Regolamento è in vigore dalla medesima data del provvedimento di adozione, mentre il precedente, adottato con Deliberazione n. 623 del 30.11.2021, continua ad applicarsi alle procedure avviate prima del 1° luglio 2023 (data di efficacia del nuovo Codice).

Anche con il nuovo regolamento aziendale la trasparenza e l'imparzialità dell'azione amministrativa rimangono sempre garantite dall'obbligo di rispettare i principi generali enunciati nel Libro I – Parte I del D.Lgs. n. 36/2023, e dal principio di rotazione disciplinato nel Regolamento aziendale con la previsione di fasce di importo in riferimento alle quali applicare il divieto di affidamento diretto agli operatori uscenti.

Inoltre la trasparenza e l'imparzialità dell'azione amministrativa sono garantite dall'obbligo di rispetto degli adempimenti in materia di pubblicazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture ed alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, secondo quanto disposto dall'art. 28 D.Lgs. n. 36/2023, applicabile a decorrere dal 01.01.2024.

H.5 - Acquisti autonomi e proroghe contrattuali.

Fermi restando gli obblighi di centralizzazione degli acquisti (Consip, Centrali di Committenza regionali, Soggetti aggregatori) già introdotti con l'art. 9 DL 24 aprile 2014, n. 66 e rafforzati dalla legge di stabilità anno 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208), l'art. 62 del nuovo Codice prevede che le stazioni appaltanti possano procedere *direttamente ed autonomamente* all'acquisizione di servizi e forniture di importo non superiore alle soglie previste per l'affidamento diretto, nonché all'affidamento di lavori di

importo pari o inferiore a 500.000,00 euro, mentre per effettuare in modo autonomo procedure di importo superiore le stazioni appaltanti devono essere qualificate ai sensi dell'art. 63 del Codice e dell'Allegato II.4.

L'A.S.L. NO in esito alla procedura di qualificazione effettuata sul portale dell'ANAC, risulta in possesso di qualificazione di terzo livello, ossia senza limiti di importo, per servizi e forniture e di primo livello, ossia fino a 1 milione di euro, per lavori, ai sensi dell'art. 63, comma 2, del Codice.

In riferimento alla durata dei contratti l'art. 120 del Codice sancisce al comma 10 la possibilità di prevedere nei documenti di gara iniziali un'opzione di proroga, ripresa anche nel bando-tipo n. 3 dell'ANAC, all'esercizio della quale il contraente è tenuto ad eseguire le prestazioni contrattuali agli stessi prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto.

Permane anche l'opzione di cosiddetta "proroga tecnica" (art. 120, comma 11, D.Lgs. 36/2023) come strumento di carattere eccezionale, utilizzabile per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione di un nuovo contraente, in caso di ritardi oggettivi ed insuperabili dovuti a ragioni non dipendenti dall'Amministrazione.

Rispetto alla disciplina previgente, l'accesso a tale possibilità soggiace a condizioni più stringenti, in quanto consentito soltanto nel caso in cui l'interruzione delle prestazioni possa determinare situazioni di pericolo per persone, animali, cose oppure per l'igiene pubblica oppure un grave danno all'interesse pubblico, in modo da contemperare l'esigenza di salvaguardia del principio di continuità dell'azione amministrativa con il rispetto dei principi di libera concorrenza, parità di trattamento, trasparenza e rotazione, che comportano l'espletamento delle dovute procedure per l'individuazione di un nuovo affidatario.

Considerata la natura eccezionale della proroga tecnica e le limitazioni che la caratterizzano, l'Azienda cerca di programmare adeguatamente le proprie attività, in modo tale da concludere la procedura di scelta di un nuovo contraente in tempo utile rispetto alla scadenza originaria del contratto; in caso di ricorso alla proroga tecnica, il relativo provvedimento riporta esplicitamente le ragioni che l'hanno indotta.

L - RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI

L'Azienda, con riferimento alla gestione dei rapporti con erogatori privati, ha da tempo attuato utili misure preventive sia in riferimento alla gestione di procedimenti autorizzativi e di accreditamento sia in fase di determinazione dei fabbisogni e gestione degli strumenti contrattuali, con particolare riferimento ai controlli sull'appropriatezza delle prestazioni e di rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni.

Con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 132 del 29.6.2017 sono state definite nuove modalità organizzative e di composizione della Commissione di Vigilanza per le attività di verifica sulle Strutture Sanitarie Private, in attuazione dell'atto Aziendale. Con successiva Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 59 del 28/03/2018 la Commissione è stata ulteriormente ridefinita nella composizione garantendo la multidisciplinarietà attraverso il coinvolgimento di varie professionalità aziendali.

La Commissione è stata aggiornata nella sua composizione con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 323 del 09/10/2020.

Ad essa competono le seguenti funzioni:

- verifica della sussistenza dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio, alla modificazione funzionale dell'attività, alla modifica strutturale dei locali sede di attività;
- vigilanza sul mantenimento dei requisiti delle Strutture autorizzate;
- verifica delle congruità tra le prestazioni rese e la mission della struttura risultante dal provvedimento autorizzativo, anche attraverso indicatori di performance;
- vigilanza sull'espletamento dell'attività oggetto di contratti stipulati sulle strutture private con il SSR;
- esercizio della tutela sui cittadini utenti delle Strutture oggetto di verifica.

Con deliberazione n° 225 del 28 aprile 2022, l'ASL NO ha inteso dare attuazione alla d.G.R. n° 14-4699 del 15 febbraio 2022 che ha riorganizzato le attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate mediante l'accorpamento in un unico "Nucleo Controlli Aziendali" con l'abbandono della precedente dicotomia: Nucleo Controlli Interno e Nucleo Controllo dei Ricoveri Esterni. Con il medesimo provvedimento è stato individuato il

Coordinatore NCA, identificato nella persona della dott.ssa Elisabetta Alliata, dirigente medico della s.c. Direzione Medica del Presidio ospedaliero di Borgomanero.

L'adozione del nuovo Atto Aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 97 del 16.2.2024 ha previsto l'istituzione di nuove Strutture Aziendali in staff alla Direzione Generale, con funzioni specifiche in tema di governo clinico e gestione dei rapporti contrattuali con gli erogatori privati.

Nello specifico la s.s.d. Governo Clinico e Sviluppo Strategico interviene nella programmazione delle attività sanitarie per il soddisfacimento del fabbisogno di ricoveri e prestazioni ambulatoriali del territorio. La s.s.d. Gestione Funzioni Amministrative Decentrate a Valenza Territoriali si occupa di gestire e dare esecuzione ai contratti stipulati con le strutture sanitarie private dell'ambito territoriale contribuendo all'attuazione delle direttive programmatiche e delle linee guida emanate a livello regionale.

In tema di trasparenza è previsto il costante aggiornamento della specifica sezione di "amministrazione trasparente" dedicata espressamente alle strutture sanitarie private accreditate con pubblicazione dei dati tabellari previsti dal Dlgs 33/2013 e s.m.i., dei contratti stipulati con le strutture private dell'ambito territoriale di riferimento e dei provvedimenti regionali che disciplinano la materia, con particolare riferimento alle scelte strategiche di programmazione e di definizione dei budget.

M- LISTE D'ATTESA.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 32, c.2, lett. b) del dlgs. n° 33/2013, sul sito internet Aziendale-sezione Amministrazione trasparente sono consultabili i tempi di attesa per l'erogazione di esami, visite, prestazioni ai sensi dell'art. 41 D. Lgs. vo n.33/2013 e s.m.i.

Le liste d'attesa sono costruite sulla base di classi di priorità secondo quanto previsto dalle vigenti legislazioni della Regione Piemonte (DGR n.14-10073 del 28.7.2003 e s.m.i.) e dal Regolamento Aziendale "Procedura per la gestione delle prenotazioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali".

In particolare l'ordine di effettivo accesso alle prestazioni viene determinato dal livello di priorità clinica indicato dal medico prescrittore sulla base del quadro patologico in accordo alle classi definite dalla legislazione regionale e nazionale; all'interno di ogni gruppo di prenotazioni per classi di priorità viene rispettato l'ordine cronologico di presentazione della richiesta.

Le prenotazioni possono essere effettuate dall'utente in possesso dell'impegnativa SSN (fatte salve le eccezioni previste dalla legislazione vigente, ossia: ostetricia e ginecologia, odontoiatria, pediatria, oculistica - solo misurazione vista; psichiatria e neuropsichiatria infantile) direttamente presso le sedi CUP o il Call Center.

All'utente viene offerto il primo posto disponibile in ASL, e in caso di pluralità di sedi, indipendentemente dalla sede di erogazione e/o prenotazione, in conformità alla classe di priorità individuata dal prescrittore.

In caso di prenotazione senza specifica di classe di priorità sull'impegnativa SSN, la richiesta viene assimilata alla lista di attesa di classe D.

I tempi di attesa previsti (rilevazione ex ante) sono rilevati mensilmente nei giorni indice individuati dalla Regione Piemonte e rappresentano il Tempo, espresso in giorni, che intercorre dal giorno indice della rilevazione al giorno in cui vi è il primo posto libero (non derivante da annullamento di prenotazione). Si calcola mediante differenza aritmetica tra le due date.

I tempi medi effettivi (rilevazione ex post) sono calcolati considerando solo le prestazioni originate da prenotazione con ricetta dematerializzata.

N. -FORMAZIONE

Nella gestione delle strategie di contrasto al rischio corruttivo un ruolo imprescindibile risulta essere quello relativo alla formazione, anche in adempimento alle linee guida Anac in materia

L'ASL NO intende incrementare l'attività formativa in riferimento alla prevenzione della corruzione e della Trasparenza, coniugandola su due livelli:

- formazione generale obbligatoria per tutti i neoassunti ed i dipendenti mediante erogazione in FAD del corso attivo presso ASL NO o mediante formazione specifica organizzata direttamente da ASL NO;

- specifica diversificata per profili ruoli e competenze mediante il ricorso a iniziative formative messe a disposizione da Enti governati o ministeriali proposti da ANAC o da altri attori come il Forum Integrità in Sanità.

Si allega piano formativo 2025

O.-SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE: -c.d.whistleblowing-

La segnalazione in oggetto è tutelata dal Codice di Comportamento Aziendale e dal D. lgs. 24 del 10.3.2023 ed appare uno strumento significativo di prevenzione della corruzione.

I dipendenti e i collaboratori che intendono segnalare situazioni di illecito (es. fatti di corruzione ed altri reati contro la pubblica amministrazione, fatti di supposto danno erariale o altri illeciti amministrativi, etc.) di cui sono venuti a conoscenza nell'amministrazione, debbono utilizzare l'apposito modello, corredato dalla Informativa Privacy ai sensi dell'art.13 del GDPR 2016/679, presente su sito internet aziendale:

<https://trasparenza.asl.novara.it/altri-contenuti/altri-contenuti-dati-ulteriori>

L'ordinamento tutela i dipendenti che effettuano la segnalazione di illecito.

In particolare, il D.Lgs. del 10 marzo 2023, n. 24 e le indicazioni dell'ANAC prevedono che:

- l'amministrazione ha l'obbligo di predisporre dei sistemi di tutela della riservatezza circa l'identità del segnalante;
- l'identità del segnalante deve essere protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione.

E precisamente:

- nel procedimento penale l'identità del segnalante è coperta da segreto sugli atti compiuti nelle indagini preliminari fino a quando l'imputato non ne possa avere conoscenza e, comunque, non oltre la chiusura delle indagini preliminari (art. 329 c.p.p.);
- nel procedimento erariale di fronte alla Corte dei Conti, l'obbligo del segreto istruttorio è garantito sino alla chiusura della fase istruttoria e successivamente potrà essere disvelata dall'autorità contabile al fine di essere utilizzata nel procedimento stesso;
- nel procedimento disciplinare attivato dall'amministrazione nei confronti del presunto autore della condotta segnalata, l'identità del segnalante non può essere rilevata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti ed ulteriori rispetto alla segnalazione anche se conseguenti ad essa.

Laddove la contestazione sia fondata in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza del consenso espresso del segnalante;

- la denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 ss. della legge 7 agosto 1990, n. 241 e all'accesso civico generalizzato degli articoli 5 e seguenti del D.Lgs. del 14 marzo 2013, n. 33, qualora la segnalazione sia stata trasmessa a soggetti "diversi" dal RPCT – Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, unico referente per le segnalazioni di whistleblowing autorizzato al trattamento dati o nelle ipotesi di disvelamento dell'identità, l'identità non può più essere considerata sottratta all'accesso documentale L. 241/1990 e all'accesso civico generalizzato D.Lgs 33/2013;
- il denunciante che ritiene di essere stato discriminato nel lavoro a causa della denuncia, può segnalare (anche attraverso il sindacato) all'Ispettorato della funzione pubblica i fatti accaduti.

La segnalazione scritta può essere presentata:

- mediante l'invio all'indirizzo di posta elettronica dedicato dal RPCT - Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza alla ricezione delle segnalazioni: anticorruzione@asl.novara.it
- tramite servizio di posta interna – protocollo generale (ufficio protocollo) o per il tramite dell'URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico. In tal caso, affinché sia tutelata la riservatezza, la segnalazione deve essere inserita in una busta chiusa con la dicitura "RISERVATA PERSONALE" recante il seguente indirizzo: "Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda Sanitaria Locale di Novara" - viale Roma 7 NOVARA.

P. MAGAZZINO UNICO SANITARIO -MUSA-

A decorrere dal mese di aprile 2022 è stata sottoscritta una Convenzione tra l'ASL VCO, ASL BI, ASL VC, ASL NO ed A. O. U. "Maggiore della Carità" di Novara per la prima fase di avvio, che ha previsto:

- 1 l'ASL di Novara quale Capofila del Progetto della gestione integrata della logistica sanitaria per le aziende sanitarie dell'AIC3, con l'impegno per la medesima di raccordarsi con i competenti settori regionali al fine di definire la struttura di governance del progetto;
- 2 l'impegno delle Aziende a condividere procedure, siti di stoccaggio e personale per l'avvio della fase propedeutica finalizzata alla gestione integrata dei magazzini per le Aziende Sanitarie dell'AIC3 secondo quanto esplicitato dal Capitolato tecnico di gara e dal Progetto tecnico presentato dalla RTI aggiudicataria del servizio, integrati dalle linee guida definite dal primo Gruppo di lavoro

Con deliberazione del Direttore Generale n. 441 del 16.08.2023 e' stato sottoscritto un accordo di programma che regola la collaborazione tra ASL NO, capofila del progetto, e le altre Aziende dell'AIC 3 relativamente alla gestione della logistica integrata attraverso un apposito accordo di programma che definisce diritti e doveri reciproci secondo quanto sotto specificato.

I soggetti sottoscrittori in qualità di rappresentanti legali delle rispettive ASR definiscono i rispettivi impegni concernenti le modalità di gestione della logistica integrata delle merci destinate alle AA.SS. del gruppo AIC3 presso il Magazzino Unico Sanitario (MUSA), sito nella struttura messa a disposizione dall'Appaltatore nel Comune di Caltignaga.

Ogni Azienda si impegna ad inserire l'attività della logistica integrata delle merci presso il MUSA nel proprio Atto aziendale, nella sezione destinata alle "Integrazioni di attività dell'Area Piemonte Nord-Est". Le funzioni di capofila vengono svolte dall'ASL NO a conferma di quanto disciplinato dalla convenzione sottoscritta il 15 aprile 2022.

La Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera dell'ASL NO costituisce il riferimento organizzativo per la funzione del MUSA e provvederà, a regime, per tutte le Aziende di AIC3, a svolgere le seguenti attività:

1. emissione degli ordini verso i fornitori per l'acquisizione di beni gestiti a magazzino;
2. liquidazione delle fatture relative a beni gestiti a magazzino;
3. gestione del budget di spesa per tutti i beni gestiti a magazzino riferiti al centro di costo MUSA appositamente istituito.

La Struttura Complessa Economico Finanziaria dell'ASL No provvederà al pagamento delle fatture relative all'acquisto di beni afferenti al MUSA.

Il MUSA gestisce a regime i seguenti beni:

- farmaci, dispositivi medici - compresi i materiali per la dialisi e i dispositivi medici in vitro (IVD) - e beni economici;
- cespiti (arredi, tecnologie informatiche, tecnologie biomediche), solo a transito;

I beni vengono raggruppati nelle seguenti macro categorie logistiche:

- merce in stock (merce che dopo la consegna da parte del fornitore viene stoccata a magazzino);
- merce a transito (merce che dopo la consegna da parte del fornitore transita dal magazzino senza stoccaggio e viene inviata al servizio utilizzatore);
- merce gestita attraverso contratti di "service" (materiale di consumo delle apparecchiature fornite in comodato d'uso gratuito o noleggio o service puro);
- merce in deposito provvisorio (tecnologie o arredi che prima di essere installati vengono scaricati e depositati a magazzino per brevissimi periodi).

Secondo quanto disposto dal Capitolato descrittivo e prestazionale (art. 10), sono esclusi dall'appalto i radiofarmaci, i gas medicali, i farmaci acquistati da grossista limitatamente alle richieste urgenti, i farmaci stupefacenti, i farmaci sperimentali e i materiali tecnico-manutentivi.

Al MUSA è assegnato personale farmacista e personale amministrativo.

Il Responsabile del MUSA è un Dirigente Farmacista con un incarico di altissima specializzazione incardinato nella S. C. Farmacia Ospedaliera

Il Dirigente Amministrativo del MUSA è individuato a seguito di una specifica procedura di reclutamento di tale professionalità e può assumere il ruolo di RUP della fase esecutiva dei contratti gestiti dal MUSA.

Sono poste in capo al MUSA le procedure di gara per le forniture di beni occorrenti alle Aziende Sanitarie di importo complessivo fino a €. 40.000, se di interesse comune a tutte le Aziende; rimangono di competenza delle altre Aziende Sanitarie le procedure di gara, la gestione del contratto e gli acquisti per le forniture di beni specifici ed esclusivi di importo inferiore a 40.000 euro.

Il MUSA ha l'onere di non sfiorare l'importo del CIG (inteso quale importo complessivo dell'intero fabbisogno stimato delle Aziende dell'AIC) e dovrà in tempo utile (cioè secondo la tempistica prevista

dalla normativa) segnalare all'Azienda Sanitaria che ha portato a termine la procedura di gara - al fine di dare avvio ai provvedimenti conseguenti - i casi in cui il codice identificativo di gara (CIG) sia esaurito prima della scadenza contrattuale o al contrario quando il contratto venga a scadenza a fronte di un CIG ancora capiente.

Resta in capo a ciascuna Azienda Sanitaria monitorare la propria spesa per ciascun contratto e non sfiorare oltre il proprio fabbisogno stimato in fase di acquisizione del CIG.

In riferimento alle attività disciplinate dalla legge n. 190/2012 (legge anticorruzione) verrà predisposta sul sito aziendale di competenza una tabella specifica per gli affidamenti afferenti al MUSA.

Il RUP dell'affidamento della procedura dovrà inserire i dati contrattuali; per tutti gli ulteriori aggiornamenti dei dati relativi all'esecuzione contrattuale il RUP dell'affidamento chiederà i dati necessari al responsabile dell'esecuzione.

All'avvio del Magazzino Unico Sanitario si definisce come di seguito indicato l'organizzazione delle procedure di gara:

- sono poste in capo all'Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità nel rispetto di quanto disposto con la Deliberazione della Giunta Regionale 28 luglio 2014, n. 34-189.
- sono poste in capo all'AIC 3 le procedure di gara aggregate per le forniture di beni occorrenti al MUSA di importo superiore a €. 40.000, se non già assegnate ad altro soggetto dalla programmazione regionale; la funzione di Stazione appaltante è esercitata dall'Azienda Sanitaria individuata dalla programmazione interaziendale preventivamente concordata, per qualunque tipo di bene gestito a magazzino.

All'ASL NO compete la predisposizione dei provvedimenti amministrativi di recepimento delle procedure di gara espletate dai soggetti aggregatori.

La programmazione delle gare di fornitura di beni è a carico dell'Azienda Ospedaliera Maggiore della Carità, acquisite le esigenze dalle singole Aziende Sanitarie.

L'attività di acquisto dei beni e consegna dall'ASL capofila alle altre quattro aziende verrà gestita dal punto di vista finanziario, non come una vendita, ma con una compensazione diretta da parte dell'Assessorato tramite sottoconti contabili in analogia alle prestazioni di assistenza e ricovero relative alla mobilità intra-regionale, visti la nota della Direzione Sanità e Welfare della Regione Piemonte Prot. n. 00031941/2020 del 8.10.2020, l'Interpello all'Agenzia delle Entrate - Direzione Regionale del Piemonte del Commissario dell'ASL BI, in qualità di azienda sanitaria RUP dell'affidamento del Progetto per il servizio di gestione integrata della logistica sanitaria per le Aziende dell'AIC3 Prot. n. 288853/2020 del 9.10.2020 e il relativo riscontro dell'Agenzia delle Entrate - Direzione Regionale del Piemonte.

1.c.6) - Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

I meccanismi di attuazione e controllo delle decisioni si incentrano sugli strumenti di seguito specificati:

- a) la pubblicazione, nella sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito internet dell'ASL, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, costituisce il metodo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e/o utente, delle decisioni nelle materie a rischio di corruzione disciplinate dal presente piano;
- b.) il riferimento/richiamo al codice di comportamento dei dipendenti pubblici e alle regole di legalità del presente piano della prevenzione della corruzione, riferite a forniture di beni, servizi o realizzazione di lavori, deve essere introdotto, a pena di esclusione (art. 1 comma 17 L. 190/2012), nella lex specialis di gara;
- c.) la comunicazione al cittadino, del responsabile del procedimento, del termine entro il quale sarà concluso il procedimento amministrativo, dell'indirizzo di posta elettronica e del sito web aziendale;
- d.) obbligo per il Dirigente di informare, secondo la specificità del comportamento rilevato, l'autorità competente (ad es., in caso di illecito disciplinare l'ufficio disciplinare; in caso di reati l'autorità di polizia o giudiziaria) ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
- e.) i dirigenti hanno l'obbligo di inserire nei bandi di gara le regole di legalità o integrità del presente piano della prevenzione della corruzione e del rispetto del Codice di Comportamento, prevedendo la sanzione della esclusione (comma 17 dell'art. 1 della L. 190/2012);

1.c.7) Programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

L'ASL NO intende dare piena attuazione alle disposizioni contenute nel D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., nonché alle disposizioni interpretative contenute nelle determinazioni ANAC, in particolare attuando i seguenti principi cardine del sistema:

- pubblicità;
- trasparenza;
- totale accessibilità;
- qualità e chiarezza delle informazioni;
- durata della pubblicazione.

Dall'entrata in vigore della normativa sulla Trasparenza con il D. Lgs. 33/2013 l'ASL NO ha implementato la sezione "Altri contenuti – Dati ulteriori" con dati, informazioni e documenti che, come noto, pur non costituendo obbligo di pubblicazione, sono ritenuti significativi per garantire quel diritto di "accessibilità totale e controllo diffuso" sull'azione dell'amministrazione.

Il criterio adottato sin dall'origine è stato rappresentato dalla valorizzazione delle richieste di conoscenza da parte dei portatori di interessi, che attraverso istanze di accesso civico generalizzato hanno via, via manifestato interesse verso tipologie di dati, informazioni e documenti pubblicabili senza che dalla loro conoscenza alcun soggetto ne ricevesse un pregiudizio.

Ad oggi la sezione in oggetto risulta come di seguito articolata:

- Adempimenti ex art. 4 "Trasparenza dei dati" della legge n. 24 del 8 marzo 2017 (Legge Gelli)
- Segnalazioni condotte illecite whistleblowing
- Responsabile protezione dati
- Donazioni Covid

Per quanto concerne i Regolamenti aziendali la cui conoscenza appare significativa al fine della conoscenza dell'organizzazione e funzionamento dell'Azienda sono stati pubblicati nella sezione Disposizioni generali/atti generali

L'art. 8 del d.lgs. 33/2013 sulla decorrenza e sulla durata della pubblicazione è stato solo in parte modificato in relazione all'introduzione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato. La durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co. 3) fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Un'importante modifica è quella apportata all'art. 8, co. 3, dal d.lgs. 97/2016: trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5.

Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi.

A livello organizzativo, le principali misure dirette ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi sono costituite da:

- individuazione dei Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati;
- modalità di pubblicazione on line dei dati: pubblicazione diretta da parte del Soggetto Responsabile nella sezione di propria competenza, con il supporto del Servizio informativo, dove necessario;
- adeguamento del sito web aziendale rispetto alle caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento; in linea con le previsioni normative, l'ASL NO ha implementato il sito istituzionale con l'adozione della soluzione Clearò, per garantire il miglioramento della pubblicazione dei dati e recepire gli adeguamenti alla normativa in tema di amministrazione trasparente.
- impostazione della sezione "Amministrazione trasparente" con una manutenzione progressiva;
- organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle norme di riferimento ed in particolare sviluppo e implementazione tecnico/organizzativa con specifico riferimento agli standard di completezza, aggiornamento e formato dei dati;
- trasmissione di disposizioni operative da parte del RPCT nell'esercizio della propria funzione di coordinamento dei Referenti aziendali;

- programmazione di specifiche iniziative formative in materia di trasparenza, per le quali si rimanda alle specifiche azioni di formazione già illustrate nella Sezione I del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Il PTPC disciplina in maniera puntuale le responsabilità delle varie strutture aziendali in ordine all'assolvimento degli obblighi sulla trasparenza di cui al d.lgs 33/2013. Il piano integra un cronoprogramma delle competenze e attività che prevede una relazione formale da parte di ciascun responsabile da presentarsi in forma singola o aggregata a livello dipartimentale, entro il 31 dicembre di ogni anno, in cui dar conto delle azioni svolte nel corso dell'anno sia in tema di trasparenza che di prevenzione della corruzione. Tali relazioni sono state precedute da specifici incontri con il responsabile anticorruzione in cui sono state valutate nell'ambito delle misure adottate, anche la regolare pubblicazioni di atti e documenti nelle forme e tempistiche stabilite.

LA TRASPARENZA

Nella prevenzione della corruzione un tassello imprescindibile risulta essere la Trasparenza.

Il D. Lgs. 150 del 2009, all'art. 11, definisce la trasparenza come “*accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle Amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità*”

La trasparenza nei confronti dei cittadini e dell'intera collettività rappresenta uno strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle Pubbliche Amministrazioni, favorendo un controllo sull'attività pubblica per mezzo di una sempre più ampia accessibilità e conoscibilità dell'operato dell'Ente.

Nello specifico la P.A. deve essere considerata una “casa di vetro”, accessibile a “chiunque”. Nella logica del legislatore la trasparenza favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività della Pubblica Amministrazione al fine di assicurare la conoscenza, da parte dell'utenza, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle loro modalità di erogazione, prevenendo in tal modo fenomeni corruttivi.

Elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione di alcune determinate tipologie di dati e informazioni sul sito internet istituzionale (dati e documenti definiti dal Dlgs.vo33/2012). In questo modo si offre la possibilità a chiunque e, segnatamente, agli stakeholder di conoscere sia le azioni che i comportamenti strategici adottati con il fine di sollecitare e agevolare la partecipazione ed il coinvolgimento.

L'ASL NO realizza questo obbligo giuridico a mezzo del Sistema Clearo' - soluzione amministrazione trasparente – fornito dal Consorzio CSI Piemonte. Tale soluzione è di semplice utilizzo, flessibile e consente di distribuire le funzioni di redazione, garantendo il controllo sui contenuti da pubblicare attraverso un processo di autorizzazione e la definizione di ruoli e permessi.

Il CSI garantisce che vengano evidenziate tutte le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi di legge, mentre l'inserimento dei documenti nel programma compete ai singoli direttori, secondo la tabella di competenza allegata al presente documento (*allegato 3*)

Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al RPCT e ad organismi istituzionali quali ANAC e OIV.

Il RPCT provvede a:

- monitorare sistematicamente la corretta implementazione della sezione “Amministrazione Trasparente”. Qualora riscontri inadempienze e/o irregolarità, il RPCT sollecita il Direttore competente a provvedere in merito, assegnando un termine non inferiore a 10 e non superiore a 30 giorni, salvo eccezioni debitamente motivate; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il RPCT provvede a segnalare la circostanza alla Direzione aziendale, all'O.I.V. e/o agli ulteriori organismi che - a seconda delle circostanze – risultano interessati.
- predisporre relazioni sullo stato di attuazione del PTPC e PTTI, affiancata da eventuali monitoraggi periodici, nella quale indicare gli scostamenti dal Programma originario e le relative motivazioni nonché eventuali azioni nuovamente programmate per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- riscontrare le specifiche richieste da parte dell' ANAC in materia di attuazione del principio di trasparenza;
- supportare l'OIV, secondo le sue specifiche richieste ed ai fini dell'attività di verifica di sua competenza;
- in base alle risultanze della situazione relativa all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, predisporre un programma operativo per ottemperare alle prescrizioni che risultano non ancora attuate.

Per quanto riguarda le funzioni di monitoraggio e vigilanza da parte di altri organismi, all' ANAC compete un ruolo generale di coordinamento, indirizzo e supervisione esercitato anche attraverso

l'adozione di specifiche linee guida che fungono da riferimento per tutte le pubbliche amministrazioni. Inoltre l'ANAC svolge funzioni di vigilanza diretta rispetto alle verifiche effettuate dagli Organismi Indipendenti di Valutazione, e di vigilanza indiretta rispetto alle amministrazioni per le quali riceve segnalazioni (del RPCT e/o di privati cittadini) di mancato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione.

All'OIV spetta invece il compito di promuovere ed attestare in sede aziendale l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'OIV provvede alle proprie verifiche secondo gli indirizzi formulati dall'ANAC; i relativi esiti sono quindi pubblicati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, nella apposita sotto – sezione.

In particolare l'OIV, oltre a formulare annualmente entro i tempi previsti dall'ANAC un'attestazione generale da predisporre e trasmettere all'ANAC ed alla Direzione aziendale (nonché da pubblicare sul sito web aziendale), deve assolvere anche eventuali attestazioni e verifiche mirate su particolari argomenti individuati dalla stessa ANAC.

L'OIV terrà comunque conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del PTTI ai fini della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa, sia individuale, del Responsabile e dei Dirigenti degli uffici deputati a mettere a disposizione i dati.

Ulteriori strumenti di trasparenza

1.) Accesso civico

L'istituto dell'Accesso Civico è stato innovato profondamente dal d.lgs. 97/2016 che introduce consistenti modifiche al D. lgs. 33/2013.

L'ANAC con determinazione n. 1310 del 28.12.2016 ha fornito le prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013, così come modificato dal d.lgs. 97/2016.

L'accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, e s.m.i, laddove abbiano omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

L'accesso civico, nella nuova formulazione, consente altresì di accedere a dati ed documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione nei limiti di cui all'art. 5 bis del D.lgs. 33/2013 e s.m.i (cd: "accesso generalizzato").

L'istanza di accesso civico deve identificare i dati o i documenti richiesti, ed è presentata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, secondo le modalità indicate sul sito internet Aziendale - Sezione Amministrazione Trasparente. La richiesta non deve essere motivata.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali, secondo le disposizioni contenute nel Regolamento Aziendale approvato con deliberazione Generale n. 605/2008.

2.) L'accesso civico (generalizzato) di cui all'articolo 5, comma 2, è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;
- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- g) il regolare svolgimento di attività ispettive.

L'accesso generalizzato, di cui all'articolo 5, comma 2, è altresì rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati:

- a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
- b) la libertà e la segretezza della corrispondenza;

- c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Vengono fatte salve le disposizioni contenute nel Codice Appalti.

Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato entro 30 giorni dalla presentazione dell'istanza

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, sia nella home page del sito web aziendale sia nella sezione "Amministrazione Trasparente", sono pubblicate le modalità di esercizio del diritto, la modulistica utilizzabile, i dati relativi al Responsabile della Trasparenza, e l'indicazione del titolare del potere sostitutivo, con i relativi recapiti.

Registro degli accessi

Come richiesto dalla normativa vigente sul sito internet aziendale/sezione amministrazione trasparente e' istituito il registro degli accessi (agli atti e civico):

<https://trasparenza.asl.novara.it/altri-contenuti/altri-contenuti-accesso-civico>

3.) Coinvolgimento degli stakeholder

L'apporto ed il contributo degli stakeholder assume un'importanza cruciale per la corretta attuazione degli obblighi di trasparenza sia in fase di controllo dell'effettività dell'assolvimento sia soprattutto in chiave propositiva di progettazione di iniziative congiunte volte a rendere maggiormente fruibili le informazioni per i destinatari. Sotto questo profilo nel corso del triennio saranno attivate consultazioni dirette degli stakeholder interni ed esterni sul contenuto del Programma.

In particolare con riferimento alla fase attuativa del PTTI si prevede un coinvolgimento diretto degli stakeholder mediante la presentazione di bozza del piano per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione prima dell'adozione definitiva da parte della Direzione Generale ASLNO al fine di acquisire eventuali osservazioni da inserire nel redigendo piano.

Ulteriori forme di collaborazione potranno essere ricercate in ambito di Conferenza Aziendale di partecipazione.

L'Ufficio Comunicazione dell'ASL si conferma come il luogo di incontro istituzionale fra l'Azienda ed il cittadino, nonché il canale preferenziale per formulare segnalazioni su eventuali disservizi ma anche e soprattutto per avere informazioni e indicazioni su come accedere facilmente ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni sanitarie e dei servizi. L'utenza, inoltre, può fare pervenire richieste o osservazioni anche tramite l'istituto dell'Accesso Civico.

4.) Organizzazione e risultati delle giornate della trasparenza

Le Giornate della trasparenza, espressamente previste dal decreto (art. 10, comma 6), sono strumenti di coinvolgimento degli stakeholders per la promozione e la valorizzazione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni.

Esse rappresentano un momento di confronto e di ascolto per conseguire due degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

- a) la partecipazione dei cittadini per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- b) il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Per evitare, inoltre, che le Giornate della trasparenza si riducano a momenti di confronto occasionali le amministrazioni dovranno porre particolare attenzione sia all'attività preparatoria delle Giornate, sia a quella di elaborazione dei contenuti emersi dal confronto con i soggetti invitati. Per la preparazione delle Giornate sono di indubbio rilievo:

- a) l'individuazione dei soggetti esterni ed interni che si vogliono coinvolgere e le modalità nonché i criteri di selezione di tali soggetti. Si segnala, in proposito, che questi eventi, da un lato, possono essere rivolti a singole tipologie di stakeholder e, dall'altro, possono rappresentare un'occasione per raggiungere anche cittadini che, per motivi di diversa natura, non utilizzano tecnologie informatiche;

- b) la preparazione dei contenuti delle Giornate, eventualmente coinvolgendo in via preventiva gli stakeholders (interni ed esterni) - mediante, ad es., questionari ed incontri - per finalizzare l'organizzazione di tali Giornate alle concrete esigenze di conoscenza dei partecipanti;
- c) la possibilità di consentire interventi dei partecipanti e uno spazio adeguato al dibattito.

SEZIONE 2:
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

2.a) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

2.b) ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

2.c) PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

2.a) STRUTTURA ORGANIZZATIVA: CONFIGURAZIONE TERRITORIALE E DEMOGRAFICA

L'Azienda Sanitaria Regionale, originariamente denominata "A.S.L. n° 13", è stata costituita, con Decreto del Presidente della Giunta regionale n° 5547 del 29 dicembre 1994, a far tempo dal 1° gennaio 1995.

A decorrere dal 1 gennaio 2008 A.S.L. 13 ha assunto l'attuale denominazione di "Azienda Sanitaria Locale NO" di Novara. L'acronimo ufficiale è "A.S.L. NO", con sede legale in Novara, viale Roma, 7.

L'A.S.L. NO è un'Azienda pubblica di servizi sanitari che opera su un territorio in gran parte coincidente con quello della Provincia di Novara (non sono compresi i Comuni di: Ameno, Armeno, Grignasco, Miasino, Orta, Pella, Pettenasco, Prato Sesia, Romagnano Sesia, S. Maurizio D'Opaglio, Vinzaglio).

Il territorio dell'A.S.L. NO ha un'estensione di circa 1.200 Kmq.

Fanno parte dell'A.S.L. NO complessivamente 76 Comuni, per una popolazione residente di 348.073 abitanti (al 31 dicembre 2022, fonte: Piemonte STATistica - BDDE). Il 45% della popolazione è distribuita in 71 Comuni con meno di 10.000 abitanti, mentre circa un terzo si concentra nel capoluogo.

Ferma restando l'organizzazione basata sulla distinzione in Direzione Generale strategica e direzioni operative, dal punto di vista strutturale le strutture operative sono aggregate nelle seguenti macro-aree:

- area ospedaliera
- area territoriale
- area della prevenzione

L'organizzazione dell'ASL NO è disciplinata nell'atto aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 97 del 16 febbraio 2024, pubblicata ai sensi del dlgs.vo 33/2013 e s.m.i, sul sito internet aziendale <https://trasparenza.asl.novara.it/disposizioni-general/atti-general>.

La cui rappresentazione iconografica è declinata all'allegato 4 del presente atto (*cf. allegato 4*)

Tale atto costituisce la collazione, a partire dalla deliberazione n° 198 del 24 maggio 2019 che adottava in via definitiva l'Atto Aziendale recepito con d.G.R. n° 238807 del 18 aprile 2019, di tutti i provvedimenti successivi di integrazione/modifica a seguito di interventi normativi regionali:

- deliberazione n° 257 del 3 agosto 2020, ad oggetto: "Atto Aziendale: modifica denominazione e attività della Struttura Semplice della S.C. Farmacia Ospedaliera";
- deliberazione n° 290 del 15 settembre 2020, ad oggetto: "Riqualificazione modello organizzativo servizi territoriali – Funzione: Coordinamento Territoriale";
- deliberazione n° 110 del 15 marzo 2021, ad oggetto: "D.G.R. 22 dicembre 2020 n° 7-2645 – Individuazione s.s.d. "Struttura Vigilanza" - modifica atto aziendale";
- deliberazione n° 351 del 22 giugno 2023 "modifiche all'Atto Aziendale dell'ASL NO adottato con deliberazione n° 198 in data 24 maggio 2019, nella versione contenente i successivi adeguamenti ai sopravvenuti interventi normativi di cui alla deliberazione n° n° 352 del 18 giugno 2021

2.b) ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

L'art. 87 comma 1 del DL 18 del 17/03/2020 aveva previsto che fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 ovvero fino a una data antecedente stabilita con D.P.C.M. il lavoro agile [adottato con le misure semplificate di cui alla lettera b) del medesimo comma 1], era una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni.

Il D.P.C.M. 23/09/2021, considerata anche la necessità di superare l'utilizzo del sopra richiamato lavoro agile nel periodo emergenziale per consentire alle pubbliche amministrazioni di dare il massimo supporto alla ripresa delle attività produttive e alle famiglie, ha previsto, tra l'altro, che a decorrere dal 15/10/2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni pubbliche è quella svolta in presenza, fermo restando l'obbligo, per ciascuna di esse, di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19.

Con successivo D.M. in data 08/10/2021 il Ministro per la pubblica amministrazione ha stabilito modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni.

Ai sensi del suddetto D.M. 08/10/2021 sono state emanate, nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-21, *“Le linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell’articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni ai sensi dell’articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 8 ottobre 2021”*.

Dette linee guida hanno l’obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l’orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo ad un tempo il miglioramento dei servizi pubblici e dell’equilibrio fra vita professionale e vita privata.

Il CCNL 02/11/2022 ha disciplinato, a regime, per il personale del comparto dell’Area Sanità, l’istituto del lavoro a agile e il lavoro da remoto (per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale) che costituiscono la modalità di superamento della fase emergenziale per lo sviluppo del lavoro agile.

Ai sensi dell’art. 6 del CCNL 02/11/2022 in data 19/01/2023 si è svolto il previsto confronto con le OOSS dell’Area Comparto / RSU in merito ai criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché ai criteri di priorità per l’accesso agli stessi.

Con atto deliberativo n. 170 del 20 marzo 2023 è stato approvato il Regolamento aziendale sul lavoro agile e su lavoro da remoto in attuazione della Legge 22 maggio 2017, n. 81 e s.m.i., del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 8 ottobre 2021, delle *“linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell’articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni ai sensi dell’articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 8 ottobre 2021”*, e del CCNL dell’Area del Comparto Sanità 02/11/2022 .

Detto Regolamento si applica a tutto il personale dipendente dell’area del Comparto Sanità dell’Azienda, a tempo indeterminato o determinato, anche con contratto part-time le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività della Struttura di appartenenza.

L’introduzione del lavoro agile e del lavoro da remoto risponde alle seguenti finalità:

- perseguire soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata alla flessibilità e al lavoro per obiettivi e risultati;
- rafforzare le pari opportunità e le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- favorire una politica ambientale sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa;
- razionalizzare spazi e dotazioni tecnologiche;
- promuovere l’utilizzo di strumenti digitali di comunicazione.

Il Regolamento - che include i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché criteri di priorità per l’accesso agli stessi, oggetto di confronto sindacale - prevede, tra l’altro, che lo svolgimento dell’attività in modalità agile / da remoto è soggetto a provvedimento autorizzatorio da parte del Direttore /Responsabile della Struttura di appartenenza del richiedente. Ai fini dell’autorizzazione il Direttore /Responsabile della Struttura deve tenere conto di quanto previsto dal D.M. 8 ottobre 2021 e cioè che:

- lo svolgimento del lavoro agile non deve pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi verso gli utenti e le altre Strutture aziendali;

- non devono sussistere situazioni di lavoro arretrato ovvero, se le stesse sono presenti, deve essere stato adottato un piano di smaltimento dello stesso.

Compete a ciascun il Direttore /Responsabile di Struttura individuare, per il personale assegnato, gli obiettivi da realizzare (anche ricavabili dal Piano della Performance) ed applicabili alla qualifica e profilo del soggetto destinatario dell'autorizzazione; detti obiettivi devono essere ben identificabili e deve essere possibile valutare il loro raggiungimento (con la relativa rendicontazione periodica da conservare agli atti) fissando le scadenze entro cui devono essere svolte le prestazioni richieste. Gli obiettivi connessi alla prestazione di lavoro devono essere determinati, coerenti con le politiche dell'ASL NO, misurabili in termini di tempo e di risultato.

A livello di ciascuna Struttura è garantita un'adeguata rotazione del personale (settimanale o mensile) con ampia flessibilità, che può prestare lavoro in modalità agile, equilibrando il rapporto lavoro in presenza/lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza, secondo le modalità organizzative più congeniali alla situazione della Struttura.

Per le attività in modalità agile l'accesso alle risorse digitali ed alle applicazioni dell'ASL è effettuato tramite attivazione di una VPN (Virtual Private Network, una rete privata virtuale che garantisce privacy e sicurezza) e Desktop remoto.

L'accesso ad applicativi trasversali aziendali (posta elettronica, protocollo e gestione documentale) avviene

tramite la rete internet con le credenziali aziendali personali assegnate al lavoratore mentre l'accesso ai sistemi regionali/nazionali può avvenire anche attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale (sistemi Multi factor authentication). Ciò al fine di assicurare un livello di sicurezza adeguato a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile, tramite un accesso alle piattaforme digitali esclusivamente con utenza personale.

L'ASL si impegna a mettere a disposizione dispositivi informatici e digitali necessari al lavoro da remoto, compatibilmente con le risorse strumentali e finanziarie disponibili. È comunque consentito l'utilizzo di dispositivi in possesso del lavoratore, previa verifica della conformità tecnica dei medesimi da parte della competente Struttura aziendale.

Ciò detto, in forza dell'art 14 dell'atto regolamentare in parola, approvato con la sopra menzionata deliberazione n. 170 del 20 marzo 2023, secondo cui *«Il presente regolamento ha natura sperimentale. Al termine di un anno dalla data di entrata in vigore l'Azienda si riserva di confermarne il contenuto sulla base degli esiti applicativi»*, la sc GPVRU avrebbe valutato se e quali modifiche apportare a decorrere dal 21 marzo 2024.

Alla data del 21 marzo 2024, l'ASL ha ritenuto di apportare alcune modifiche al regolamento di cui sopra, adottando le deliberazioni n. 442 del 02/07/2024 e n. 447 del 15/07/2024 con cui, nel dettaglio:

- è stato previsto all'art 5 comma 2 del regolamento che *«una volta ricevuta l'istanza di cui all'Allegato A, il Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza del dipendente dovrà inoltrare richiesta di verifica di compatibilità della dotazione tecnologica dello stesso alla s.c. Servizio Informativo e Controllo di Gestione (cfr. Addendum ALL. A)»*

- è stato dato seguito alle prescrizioni contenute nella nota del Ministro per La Pubblica Amministrazione datata 29 dicembre 2023, in cui si evidenziava *«la necessità di garantire ai lavoratori che documentano "gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari" la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, "anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza»*;

- è venuta meno la natura sperimentale del Regolamento in oggetto stante l'abrogazione dell'art 14, rubricato Limiti temporali, secondo cui *«Il presente regolamento ha natura sperimentale. Al termine di un anno dalla data di entrata in vigore l'Azienda si riserva di confermarne il contenuto sulla base degli esiti applicativi»*;

Per quanto invece riguarda la Dirigenza Area Sanità, l'ASL NO ha disciplinato lo smart working anche per tale categoria di dipendenti, approvando il relativo regolamento con Delibera n. 756 del 16/12/2024.

Il citato regolamento, sostanzialmente uguale a quello riferito al personale appartenente al Comparto Sanità, trova nell'accordo individuale la sua più importante peculiarità, dal momento che ai fini del perfezionamento di tale documento è prevista la sottoscrizione anche del Direttore di Dipartimento (nel caso in cui la struttura presso cui presta servizio il dirigente istante sia ricompresa in un Dipartimento) e del Dirigente Medico di Presidio Ospedaliero (nel caso in cui il dirigente istante preli servizio presso struttura ospedaliera).

2.c) PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Il D.Lgs n. 165/2001, 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, da elaborare sulla base delle linee guida successivamente emanate con Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018.

Sulla base della suddetta normativa nazionale, la Regione Piemonte ha annualmente emanato linee di indirizzo finalizzate ad orientare le Aziende sanitarie del SSR che rientrano nel perimetro di consolidamento regionale nella predisposizione dei propri piani dei fabbisogni di personale, in modo da garantire la necessaria omogeneità operativa nel contesto regionale, in coerenza con quanto previsto e disposto dal D.Lgs n. 165/2001.

Rappresentazione della consistenza di personale al 30.11.2024

La consistenza di personale dipendente a tempo determinato ed indeterminato al 30.11.2024 risulta essere la seguente:

AREA	RUOLO	QUALIFICA	30/11/2024
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Medico Direttore S.C.	27
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Medico Dirigente S.S.	34
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Medico Dirigente	189
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Veterinario Dirigente S.S.	2
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Veterinario Dirigente	23
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Farmacista Dirigente S.C.	2
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Farmacista S.S.	2
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Farmacista Dirigente	8
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Biologo Dirigente S.S.	1
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Biologo Dirigente	7
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Psicologo Dirigente s.s.	1
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Psicologo Dirigente	16
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Dirigente Assistente Sociale	1
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	DIR. SAN. PROFESSIONI INF.	1
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	TOTALE	314
DIRIGENZA PTA	DIRIGENZA PTA	DIRIGENTE INGEGNERE SC	1
DIRIGENZA PTA	DIRIGENZA PTA	Architetto dirigente S.C.	1

DIRIGENZA PTA	DIRIGENZA PTA	Architetto dirigente S.S.	1
DIRIGENZA PTA	DIRIGENZA PTA	Dirigente Amm.vo S.C.	4
DIRIGENZA PTA	DIRIGENZA PTA	Dirigente Amm.vo s.s.	3
DIRIGENZA PTA	DIRIGENZA PTA	Dirigente Amm.vo	5
DIRIGENZA PTA	DIRIGENZA PTA	TOTALE	15
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	770
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE SENIOR	18
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE PEDIAT.	22
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE PEDIAT. SENIOR	1
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	OSTETRICA	37
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	DIETISTA	2
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	ASSIST.SANITARIO	7
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TEC.SAN.RADIOL.MED	28
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TECN.SAN.LAB.BIOME D.	54
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TECNICO AUDIOMETRISTA	1
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TEC. NEUROFISIOPATOLOG IA	4
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	FISIOTERAPISTA	22
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	LOGOPEDISTA	9
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	ORTOTTISTA	2
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	EDUC.PROFESSIONAL E	45
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	EDUC.PROFESSIONAL E SEN.	2
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TEC.PREV.AMB./ LUOGHI LAV.	32
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TEC.PREV.AMB./ LUOGHI LAV.SEN.	4
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TERAP.NEURO E PSICOM.	4
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TEC.RIABILT. PSICHIATR.	1
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	15
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO TECNICO	COLLAB.TECN.PROFE SS.	5
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLL.AMMIN.PROFEE SS.	37
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLL.AMMIN.PROFEE SS.SEN.	2
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	PROF. SALUTE E	TOTALE	1124

	FUNZIONARI		
ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	PUERICULTRICE SENIOR	2
ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	MASSAG.MASSIOF.SENIOR EUS	1
ASSISTENTI	RUOLO TECNICO	ASSISTENTE INFORMATICO	3
ASSISTENTI	RUOLO TECNICO	OPER.TECN. SPEC.SENIOR ESAU.	6
ASSISTENTI	RUOLO TECNICO	ASSISTENTE TECNICO	6
ASSISTENTI	RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRAT.	134
ASSISTENTI	ASSISTENTI	TOTALE	152
OPERATORI	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIOSANITARIO	202
OPERATORI	RUOLO TECNICO	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	5
OPERATORI	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUT.AMMIN.SENIOR	64
OPERATORI	OPERATORI	TOTALE	271
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO	OPERATORE TECNICO / OTA	35
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	8
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	59
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	COMMESSE - AD ESAURIMENTO	3
PERSONALE DI SUPPORTO	PERSONALE DI SUPPORTO	TOTALE	105
PERSONALE COMPARTO TOTALE			1652
PERSONALE IN RUOLO TOTALE			1981
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Medico Direttore S.C. T.D.	1
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Medico Dirigente T.D.	22
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Veterinario Dirigente	1
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENZA AREA SANITA'	Farmacista Dirigente T.D.	4
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	ORTOTTISTA T.D.	1
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE T.D.	1
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' T.D.	2
OPERATORI	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUT.AMMIN.SENIOR T.D.	1
PROF. SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO TECNICO	COLLAB. TECN. PROFESS. T.D.	1

OPERATORI	RUOLO TECNICO	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO T.D.	2
PERSONALE NON IN RUOLO TOTALE			36
TOTALE GENERALE			2017

2.c.1 - Programmazione strategica delle risorse umane

Con l'adozione del Piano Triennale del fabbisogno di personale si realizza, nell'individuazione della forza lavoro e nella definizione delle risorse umane necessarie, un presupposto indispensabile per ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e per meglio perseguire gli obiettivi di performance organizzativa e di erogazione di migliori servizi alla collettività.

Il Piano del fabbisogno di personale deve, innanzitutto, realizzare l'obiettivo primario di un ottimale utilizzo delle risorse assegnate all'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità dei servizi prestati all'utenza, assicurando gli obiettivi di rispetto dell'equilibrio di finanzia pubblica.

In ragione di ciò, il Piano del fabbisogno deve rappresentare uno strumento flessibile e coerente con le effettive esigenze di ogni Azienda, da elaborare nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, con indicazione delle risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, e che non comporti, quindi, maggiori oneri a carico della finanzia pubblica stessa e la cui mancata adozione comporta, conseguentemente, l'impossibilità da parte dell'Ente di effettuare nuove assunzioni.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale deve svilupparsi, nel rispetto dei vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance.

Nella predisposizione del Piano Triennale del fabbisogno di personale e dei suoi aggiornamenti annuali va adottato un approccio volto a programmare e definire il bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, preceduto da un'analisi degli input della produzione, valutando opportunamente le professionalità presenti e quelle mancanti e contemplando, all'occorrenza, ipotesi di conversione professionale.

Nell'aggiornamento del Piano si deve tener conto anche delle prospettive di potenziamento/dismissione di taluni servizi/attività che richiedono variazioni di risorse umane in termini quantitativi e di profili di competenza.

In particolare il PTFP 2023/2025 inviato alla Regione Piemonte con nota del 6/12/2024, nota prot. 3109/25 che si allega al PIAO, prevede, tra l'altro, un fabbisogno incrementale di risorse umane per la implementazione dei modelli territoriali di cui al D.M. 77/2022 (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, Unità di Comunità Assistenziali, Infermieri di famiglia o di comunità)

2.c.2 - Strategie di copertura del fabbisogno

Come detto la capacità assunzionale dell'ASL NO è condizionata dai vincoli di spesa fissati dalla Regione Piemonte che, da ultimo, con D.G.R. n. 46 – 6202 del 07/12/2022 ha rideterminato i tetti di spesa del personale per gli anni 2022, 2023 e 2024.

L'acquisizione delle risorse umane è condizionata altresì dalle cessazioni dei rapporti di lavoro previste e prevedibili annualmente.

Per l'acquisizione delle professionalità mancanti rispetto a quelle previste nel Piano Triennale del Fabbisogno di Personale sono adottate strategie differenti in relazione alla presenza di professionalità interne da valorizzare ed all'evoluzione del mercato del lavoro (disponibilità dei profili ricercati).

Vengono pertanto attivate, per la realizzazione degli obiettivi di Piano, le seguenti procedure di reclutamento oltre al ricorso alla mobilità interna, ove possibile:

- progressioni tra le Aree ex art. 20 CCNL 02/11/2022, entro i limiti prescritti
- mobilità esterna ex art. 30 D.Lgs. 165/2001
- concorsi per titoli ed esami ai sensi del DPR 220/2001 e del DPR 483/1997
- selezioni per Direttori di struttura complessa del personale dirigente area Sanità ai sensi del DPR 484/1997
- selezioni per costituzione rapporti di lavoro a tempo determinato
- stabilizzazioni di personale ai sensi delle normative vigenti
- somministrazione di lavoro ai sensi del Decreto legislativo 15 giugno 2015, n.81
- comando / distacco
- convenzioni con altre Aziende del SSN
- selezioni comparative ai sensi dell'art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001

Con deliberazione ASL NO n. 455 del 16/8/2023 è stato adottato il Piano triennale del Fabbisogno di Personale 2022/2024 a seguito di approvazione regionale avvenuta con D.G.R. n. 30-7328/2023XI del 31/7/2023.

L'ASL NO ha predisposto il Piano Triennale Fabbisogno di Personale 2023/2025 come richiesto dalla Regione Piemonte con nota del 6/12/2024, inviato alla predetta Regione il 16/1/2025 nota prot. 3109/25 che si allega al PIAO.

2.c.3 - Strategie di formazione del personale

Al fine di favorire i percorsi di istruzione e qualificazione del personale dipendente, l'ASL NO stipula e mantiene differenti convenzioni e collaborazioni con diverse Università.

Tutte le convenzioni stipulate dall'ASL NO con le diverse Università, 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 in modo da poter fornire informazioni puntuali sia ai dipendenti, sia ad utenti esterni all'Azienda.

I dipendenti possono fruire del beneficio delle "150 ore" bandito ogni anno, esprimendo richiesta con la specifica modulistica interna, o con gli altri permessi legati sempre a motivi di studio, previsti dai contratti.

Piano Formativo

I dipendenti possono inoltre qualificarsi partecipando a specifici percorsi formativi proposti in sede e fuori sede Aziendale, rilevanti e rispondenti agli obiettivi aziendali. Apposito regolamento aziendale ne definisce i termini e le modalità di partecipazione.

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce lo strumento aziendale annuale per la programmazione delle iniziative formative dell'ASL NO. Le modalità adottate per la rilevazione ed analisi dei bisogni formativi seguono una procedura codificate da tempo (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 219 del 02.07.2020).

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).

Per quanto concerne l'approccio bottom-up vi è la raccolta dei bisogni formativi tramite la rete dei referenti dipartimentali della formazione (un dirigente ed un professionista del comparto), che 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 degli stessi.

Successivamente i bisogni formativi raccolti, vengono analizzati cercando di rendere gli eventi formativi programmati trasversali alla Azienda e costituiscono il piano formativo aziendale. Prima della formalizzazione il piano viene approvato del comitato scientifico e inviato per presa visione alle OO.SS.

All'interno del piano l'offerta formativa è molto varia, i corsi sono progettati in modo che siano il più possibile efficaci ed efficienti utilizzando varie modalità di erogazione: FAD, residenziali, Formazione sul campo o eventi formativi blended. È posta molta attenzione al fatto che i corsi siano ben distribuiti tra i vari setting assistenziali e che siano coinvolte tutte le figure professionali presenti in azienda.

Per garantire l'intero processo formativo in modo da sviluppare le competenze degli operatori dell'ASL NO, l'azienda si avvale della SSD Governo Clinico e Sviluppo Strategico a cui mette a disposizione:

- un budget definito preventivamente;
- fondi vincolati definiti dalla regione per specifiche iniziative;
- una rete di referenti aziendali dipartimentali (un dirigente ed uno professionista del comparto);
- un centro IRC;
- formatori/docenti/tutor aziendali o esterni;
- l'utilizzo dei PC per poter disporre delle piattaforme per la fruizione di percorsi formativi FAD o risorse bibliografiche ad esempio: MedMood Piemonte, BVS-P.

In allegato il Piano formativo aziendale per l'anno 2025, approvato dal Comitato Scientifico in data 20 dicembre 2024 e formalizzato con Deliberazione del Direttore Generale n. 16 del 10/01/2024.

SEZIONE 3:
MONITORAGGIO

3.a - MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE

Il processo di monitoraggio e valutazione della performance in ASL NO, descritto nel SiMiVaP a cui si rimanda per dettagli, è strutturato in due fasi:

Fase di monitoraggio: consiste nel monitoraggio dell'andamento degli obiettivi e dei relativi risultati in corso di esercizio.

È possibile la revisione/ridefinizione di obiettivi, in caso di provata impossibilità del raggiungimento degli stessi dovuta ad errate previsioni o a sopravvenute situazioni non prevedibili.

Fase di valutazione: comprende sia la valutazione dei risultati (reporting e analisi degli scostamenti) rispetto agli obiettivi effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), su istruttoria della Struttura Tecnica di supporto all'OIV, sia la valutazione della performance individuale effettuata dal professionista gerarchicamente sovraordinato e validata dall'OIV.

La fase di valutazione avviene in corso d'anno per gli obiettivi intra-annuali e per l'eventuale valutazione intermedia individuale, mentre alla chiusura dell'anno si procede alla misurazione delle performance organizzativa a livello complessivo aziendale e di struttura, nonché della performance individuale annuale:

- la valutazione delle *performance aziendale* compete all'Assessorato regionale: allo scopo viene redatta apposita Relazione annuale entro le tempistiche definite dalla Delibera di Giunta Regionale di assegnazione degli obiettivi stessi;
- la valutazione della *performance organizzativa* di struttura compete all'Organismo Indipendente di Valutazione sulla scorta degli Indicatori di performance e dei Target (standard) di risultato attesi entro uno specifico intervallo temporale appositamente rilevati, mediata dall'esame degli eventuali scostamenti resisi necessari da eventi contingenti e di necessità.
La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'OIV;
- la valutazione delle *performance individuali* è effettuata in prima istanza dal responsabile direttamente sovraordinato secondo l'organizzazione aziendale ed in seconda istanza dall'OIV, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione. Anche in questo caso la valutazione finale dei risultati di performance individuale è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle valutazioni certificate dall'OIV.

Un aspetto sul quale si intende richiamare l'attenzione è la necessaria e chiara distinzione tra la fase di misurazione e quella di valutazione del raggiungimento di un obiettivo:

nella fase di misurazione si provvede a quantificare, nel modo più oggettivo possibile il valore effettivamente raggiunto/conseguito per ciascun indicatore utilizzato e a confrontarlo con il target precedentemente fissato, andando poi a calcolare il grado di raggiungimento di ciascun obiettivo. Tale fase è gestita prevalentemente dalla struttura di supporto dell'OIV;

nella fase di valutazione, invece, si attribuisce un significato alla misurazione anche attraverso un'analisi degli scostamenti e delle evidenze rilevabili dell'eventuale mancato o parziale raggiungimento di un obiettivo. Tale attività è in capo all'OIV.

Questo significa, ad esempio, che a fronte di una misurazione che evidenzia un raggiungimento non completo di un obiettivo, l'OIV potrebbe successivamente stabilire, sulla base della suddetta analisi, che la valutazione possa ritenersi positiva, in tutto o in parte, qualora lo scostamento risulti imputabile a fattori non controllabili dal valutato.

La valutazione dei risultati, definita come l'attività di rilevazione e rendicontazione sistematica dei risultati della gestione del Ciclo di gestione della Performance, costituisce la **Relazione Annuale sulla Performance (RAP)**.

Tale documento evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti. L'OIV, ai sensi dell'art.14, comma 6 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., è chiamato a validare la RAP che l'Azienda deve adottare entro il termine individuato dalla vigente normativa. La

RAP, validata dall'OIV, viene pubblicata sul sito aziendale nell'area Amministrazione Trasparente, sezione Performance.

3.b - MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ PERCEPITA

La gestione e il monitoraggio della qualità percepita degli utenti rappresenta un'opportunità di crescita per l'Azienda che amplia in questo modo le sue capacità di ascolto, di coinvolgimento e di correzione dei disservizi, programmando quando necessario, interventi di miglioramento finalizzati ad una maggiore efficienza e qualità dei servizi a beneficio di chi usufruisce del Servizio Sanitario Nazionale.

Il monitoraggio della qualità percepita è effettuato attraverso la rilevazione della *customer satisfaction* e la gestione dei reclami e dei ringraziamenti.

Per quanto riguarda la *customer satisfaction* l'ASL NO ha previsto un sistema di rilevazione tramite appositi questionari *ad hoc* in formato cartaceo ed elettronico (tramite QRcode) compilabili a cura degli utenti in una settimana indice prestabilita.

A partire dal 2023 è in fase di implementazione un progetto, attivato in modalità sperimentale nei reparti di degenza del Presidio Ospedaliero di Borgomanero, nell'Hospice di Arona e nel Polimambulatorio del Distretto Urbano di Novara e che sarà esteso all'intera ASL entro il 2026, che consente la rilevazione sistematica della *customer satisfaction*. Questa nuova modalità di monitoraggio permette una analisi approfondita con anche possibilità di confronto con altre aziende del settore con caratteristiche simili.

La gestione dei reclami e dei ringraziamenti, le cui modalità sono definite da apposita procedura aziendale: (deliberazione del Direttore Generale n.485 del 21/09/2022) "Modalità operative per la valutazione delle segnalazioni/osservazione /reclami/ e attivazione dei correttivi e misure risolutive", permette di raccogliere in ogni momento eventuali osservazioni da parte del cittadino e rispondere con tempestività alle eventuali criticità.

I risultati delle indagini condotte vengono pubblicati sul sito aziendale e sono a disposizione degli utenti nella sezione amministrazione trasparente.

3.c - MONITORAGGIO DELLA TRASPARENZA

Il rispetto ed il puntuale adempimento della normativa sulla trasparenza mediante pubblicazione sul sito internet aziendale /sezione amministrazione trasparente delle informazioni richieste dalla normativa vigente risultata essere un punto imprescindibile nella prevenzione della corruzione

Posto che l'obbligo di pubblicazione nelle varie sezioni e' in capo ai dirigente individuato nella Tabella allegata sub 3 allegata al presente Piano, il RPCT a mezzo del proprio staff periodicamente (una volta a trimestre) effettua un controllo sulla predetta sezione comunicando eventuali criticita' o incompletezze nel sito informando direttamente il Dirigente tenuto alla Pubblicazione

Infine l'OIV, annualmente entro i tempi previsti dall'ANAC, emette un'attestazione generale a mezzo di applicazione predisposta da ANAC con la quale certifica il livello di pubblicazione di ASL NO sulle sezione annualmente individuate che formano oggetto di controllo.

3.d MONITORAGGIO SULLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA

A verifica del corretto svolgimento dell'attività di libera professione intramoenia, vengono previsti almeno due monitoraggi nel corso dell'anno, indicativamente a giugno e dicembre, per:

- la verifica rispetto alla corretta gestione delle prenotazioni, per le prestazioni ambulatoriali;
- la verifica che l'attività libero professionale sia stata svolta al di fuori dell'orario di servizio e di tutte le altre assenze previste dalla legge quali per es. malattia, infortunio, aspettative, congedo per rischio radiologico, ect) -verifica rispetto delle regole per l'incasso delle prestazioni rese in regime di libera professione.

Il monitoraggio verrà svolto dalla SS Coordinamento amministrativo ospedaliero e libera professione su nominativi scelti mediante estrazione, in modo casuale in base all'ordine alfabetico, da parte del dal RPTC.

3.e DIFFUSIONE DELLA CULTURA DELLA LEGALITA'

Per l'anno 2025 il RPTC svolgerà audit specifici con i Direttori delle Strutture Complesse e Semplici a Valenza dipartimentale di neo assunzione volti a verificare ed a diffondere la cultura della legalità'.

Ti tali incontri, previsti anche come obiettivi specifici assegnati ai predetti Direttori si darà evidenza sul "cruscotto aziendale"

3.f MONITORAGGIO AUTOCERTIFICAZIONI

La s.c. GPVRU, in sede di assunzione, effettua le verifiche relative alle autocertificazioni aventi ad oggetto i titoli di studio e la pregressa esperienza lavorativa del dipendente, ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000.



A.S.L. NO
AZIENDA SANITARIA LOCALE di NOVARA
Viale Roma 7 - NOVARA

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

N° 29 del 21/01/2025

OGGETTO: PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2025. APPROVAZIONE.

PROPONENTE: S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE

(nominato con D.G.R. n. 23-653/2024/XII del 23/12/2024)

Nella data sopra indicata, su conforme proposta istruttoria della competente Struttura aziendale (sopra individuata), previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo, assente il Direttore Sanitario, ha assunto, in Novara, presso la sede dell'Ente, la deliberazione di cui all'interno.

OGGETTO: PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2024. APPROVAZIONE.

**Il Responsabile della S.S.D. GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO
formula la sottoestesa proposta istruttoria:**

§§§§§§§§§§

PREMESSO che le disposizioni regionali e contrattuali, oltre all'art. 16 del D. Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, prevedono una programmazione delle attività formative: in particolare le Aziende Sanitarie, sulla base degli obiettivi formativi nazionali e regionali, delle indicazioni di priorità della Regione e delle analisi dei bisogni formativi condotte a livello locale, sono tenute ad elaborare il proprio piano formativo, esplicitando le iniziative annualmente;

che in linea con il manuale della Qualità della Formazione si è provveduto alla rilevazione dei bisogni formativi a cura dei Referenti Dipartimentali della Formazione, nel periodo ottobre/novembre 2024;

che sulla base delle proposte derivate dai bisogni formativi è stato elaborato il "Piano Formativo Aziendale anno 2025";

DATO ATTO che il "Piano Formativo Aziendale anno 2025" è stato approvato dal Comitato Scientifico in data 20/12/2024;

che in data 02/01/2025 il Direttore della s.c. GPVRU ha trasmesso alle OO.SS. del Comparto, alle RSU e alle OO.SS. della Dirigenza Area Sanità e PTA il "Piano Formativo Aziendale anno 2025" e che ad oggi non sono pervenute osservazioni;

RITENUTO di approvare il "Piano Formativo Aziendale anno 2025" allegato (all. 1) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dando mandato alla ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico di predisporre l'attivazione e l'accreditamento ECM dei corsi proposti, man mano che verranno definiti nel dettaglio di progettazione e per quanto compatibili con le modalità di erogazione consentite

DELIBERA

Per tutto quanto in premessa esposto:

1.) **di approvare** il "Piano Formativo Aziendale anno 2025" allegato quale parte integrante della presente deliberazione (all.1), riservandosi di integrarlo ulteriormente in relazione a sopravvenute esigenze e bisogni formativi, ovvero, per l'intervento di nuove disposizioni normative, ovvero per l'implementazione di eventuali iniziative regionali;

- 2.) **di dare mandato** alla ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico di predisporre l'attivazione e l'accreditamento ECM dei corsi proposti, man mano che verranno definiti nel dettaglio di progettazione e per quanto compatibili con le modalità di erogazione consentite;
- 3.) **di dichiarare** il presente provvedimento immediatamente eseguibile stanti le ragioni d'urgenza che hanno indotto all'assunzione del medesimo.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA

la sopraesesa istruttoria;

acquisito il parere del Direttore Amministrativo, assente il Direttore Sanitario.

***DECIDE DI APPROVARLA INTEGRALMENTE
ADOTTANDOLA QUALE PROPRIA DELIBERAZIONE***

Il Direttore Generale

(Dott. Angelo Penna)

(firmato digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. 82/2005)

Il presente provvedimento si compone di un documento principale di 3 pagine e di n. 1 allegato

Allegato n. 1 – Piano Formativo Aziendale anno 2025 (pagine 14)



PIANO FORMATIVO 2025
APPROVATO
VALIDATO

* = corsi in fase di progettazione avanzata
A = associato a un corso accreditato ECM

Totale Eventi: 52

Codice evento PF241938	
Titolo	FORMAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DEL D.LGS 81/08 AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI NEL SETTORE SPECIFICO DI ATTIVITÀ (OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI)
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241937	
Titolo	FORMAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DEL D.LGS 81/08 - FORMAZIONE SPECIFICA AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI NEL SETTORE SPECIFICO DI ATTIVITÀ (OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI)
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241936	
Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING OSPEDALIERO - AREA MATERNO INFANTILE AREA MATERNO INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E LE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI NEL SETTORE SPECIFICO DI ATTIVITÀ (OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO-PROFESSIONALI)
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241920	
Titolo	PIANO GESTIONE SOVRAFFOLLAMENTO AREA GESTIONALE E MANAGERIALE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	MONITORARE ATTRAVERSO AUDIT IL SOVRAFFOLLAMENTO PERSO IL MECAU
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241916	
Titolo	RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE DI BASE NELL'ETÀ PEDIATRICA - REFRESH P-BLSD AREA EMERGENZA ED URGENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI PER LA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE DI BASE NELL'ETÀ PEDIATRICA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241915	
Titolo	RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE DI BASE NELL'ETÀ PEDIATRICA - PBLSD AREA EMERGENZA ED URGENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI PER LA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE DI BASE NELL'ETÀ PEDIATRICA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241914*A	
Titolo	RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE AVANZATA NELL'ADULTO - ALS AREA EMERGENZA ED URGENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI PER LA RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE AVANZATA NELL'ADULTO
Progettista di riferimento	
Codice corso	Titolo corso
49566	ALS IRC (ADVANCED LIFE SUPPORT)

Codice evento PF241912

Titolo	QUALITÀ ED ORGANIZZAZIONE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE ED UTILIZZARE GLI STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO PER IL MIGLIORAMNETO CONTINUO DELLA QUALITÀ E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241911

Titolo	QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE ED UTILIZZARE GLI STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO PER IL MIGLIORAMNETO CONTINUO DELLA QUALITÀ E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241910

Titolo	PROMOZIONE DELL'INTEGRAZIONE E DELLA CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO - PIANO CRONICITÀ - COT
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA GESTIONALE E MANAGERIALE
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE L'INTGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241909

Titolo	PROMOZIONE DEL BENESSERE DEI LAVORATORI
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE IL BENESSERE DEI LAVORATORI
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241908

Titolo	PROGRAMMAZIONE, REALIZZAZIONE E RENDICONTAZIONE DEL PLP DELL'ASLNO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE, PROGRAMMA E RENDICONTARE IL PLP ASL NO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241906

Titolo	PROBLEMATICHE INFANTILI E DELL'ETÀ EVOLUTIVA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA MATERNO INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI NELLE PROBLEMATICHE INFANTILI E DELL'ETÀ EVOLUTIVA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241905

Titolo	PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI DELL'ASL NO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE CONOSCENZE E COMPETENZE NELLE ATTIVITÀ DI GESTIONE E PREVENZIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241904

Titolo	PRELIEVO E DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA GESTIONALE E MANAGERIALE
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE NELLE ATTIVITÀ E NELLE PROCEDURE INERENTI IL PRELIEVO E LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241902

Titolo	PERCORSO DI SUPERVISIONE AREA GESTIONALE E MANAGERIALE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	GESTIRE IL CARICO EMOTIVO DEL PERSONALE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241899

Titolo	GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DELLA RISPOSTA IN CASO DI EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA, EXTRAOSPEDALIERA - FORMAZIONE TRIAGE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA EMERGENZA ED URGENZA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE PER LA GESTIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'EMERGENZA INTRA ED EXTRA OSPEDALIERA, COMPRESO IL TRIAGE E IL MONITORAGGIO DEL PAZIENTE RICOVERATO. (SCHEDA PRIMA.PRIMA-O)
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241895

Titolo	LE CURE DOMICILIARI E LA CRONICITÀ AREA CURE PRIMARIE E DOMICILIARI
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICHE PROFESSIONALI NELL'AMBITO DELLE CURE DOMICILIARI E DOMICILIARITÀ
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241893

Titolo	LA GESTIONE DEL DOLORE NEI DIVERSI SETTING AREA INTERDISCIPLINARE MEDICO-CHIRURGICA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICHE PROFESSIONALI FINALIZZATE ALLA GESTIONE DEL DOLORE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241890

Titolo	GESTIONE E PRESA IN CARICO DELLE PERSONE COINVOLTE IN STORIE DI VIOLENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE CONOSCENZE E COMPETENZE NELLE ATTIVITÀ DI PRESA IN CARICO DELLE PERSONE COINVOLTE IN EPISODI DI VIOLENZA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241889

Titolo	GESTIONE DATI E PRIVACY
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA GIURIDICO - NORMATIVA
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE NELLE ATTIVITÀ E NELLE PROCEDURE DI GESTIONE DATI E TUTELA DELLA PRIVACY
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241887

Titolo	I SISTEMI INFORMATICI E DI GESTIONE E LE PIATTAFORME
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA INFORMATICA E LINGUE STRANIERE
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI IN AMBITO INFORMATICO-APPLICATIVO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241885

Titolo	GESTIONE DEGLI ACCESSI VASCOLARI
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA INTERDISCIPLINARE MEDICO-CHIRURGICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI RELATIVAMENTE ALLA GESTIONE DEL PATRIMONIO VENOSO DEL PAZIENTE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241883

Titolo	FORMAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DEL D.LGS 81/08 - FORMAZIONE GENERALE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INERENTI LA NORMATIVA DLGS 81/08
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241881

Titolo	FORMAZIONE ADDETTI ANTINCENDIO E SICUREZZA ANTINCENDIO (AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE)
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TEORICO PRATICHE SULLA NORMATIVA ANTINCENDIO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241880

Titolo	EMERGENZA OSTETRICA E NEONATALE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA EMERGENZA ED URGENZA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI IN EMERGENZA URGENZA OSTETRICO-NEONATALE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241879

Titolo	COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE, RELAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA CON PAZIENTI E CARE-GIVER
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE COMPETENZE IN AMBITO RELAZIONALE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241877

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SPECIFICHE IN AREA DIAGNOSTICA - ANATOMIA PATOLOGICA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA DIAGNOSTICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI IN ANATOMIA PATOLOGICA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241876

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SPECIFICHE IN AREA DIAGNOSTICA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA DIAGNOSTICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI IN AREA DIAGNOSTICA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241874

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SPECIFICHE TRASVERSALI, NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA INTERDISCIPLINARE MEDICO-CHIRURGICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI TRASVERSALI NEI DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241873

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING TERRITORIALE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA CURE PRIMARIE E DOMICILIARI
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI NEL SETTING TERRITORIALE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241872

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING PREVENZIONE AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241871

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING OSPEDALIERO - AREA MEDICA AREA SPECIALITA' MEDICHE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	FINALIZZATI ALLO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI IN AMBITO INTERNISTICO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241870

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING OSPEDALIERO - AREA CHIRURGICA AREA SPECIALITA' CHIRURGICHE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI IN AMBITO CHIRURGICO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241868

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING TERRITORIALE - AREA DIPENDENZE E SALUTE MENTALE AREA SALUTE MENTALE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI NELL'AMBITO DELLA SALUTE MENTALE E PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241862

Titolo	AUDIT CLINICO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA METODOLOGICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI PROCESSI SANITARI
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241861

Titolo	APPROPRIATEZZA DIAGNOSTICA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITÀ E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, EFFICACIA, APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEGLI SPECIFICI PROCESSI DI PRODUZIONE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241860

Titolo	ANTIMICROBICORESISTENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SPECIALITÀ MEDICHE
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE STRUMENTI PER LA GESTIONE DELLA ANTIMICROBICORESISTENZA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241859

Titolo	ANALISI E CONFRONTO DELLA NORMATIVA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA GIURIDICO - NORMATIVA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	ANALISI E CONFRONTO DELLA NORMATIVA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241858

Titolo	AGGIORNAMENTO QUINQUIENNALE (ART.37 D.LGS 81/08) AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE LE COMPETENZE E LE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI PER LA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI E LUOGHI DI LAVORO - AGGIORNAMENTO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241857

Titolo	AGGIORNAMENTO IN MATERIA DI TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE AREA GIURIDICO - NORMATIVA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLE CONOSCENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI NEL SETTORE DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241812

Titolo	PERCORSI DI INSERIMENTO DEL PERSONALE NEO ASSUNTO/NEO-INSERITO INCLUSI I PROFESSIONISTI DI AGENZIE DI SOMMINISTRAZIONE LAVORO CHE OPERANO IN ASL NO AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	GARANTIRE IL CORRETTO INSERIMENTO DEL PERSONALE NEOASSUNTO O NEOINSERITO IN ASL NO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241811

Titolo	GESTIONE DELLE NUOVE TERAPIE E DEI NUOVI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHIATURE AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	GARANTIRE IL CORRETTO E APPROPRIATO UTILIZZO DELLE NUOVE TERAPIE E DEI NUOVI DISPOSITIVI INTRODOTTI IN AZIENDA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241809	
Titolo	DALLA SEGNALAZIONE ALLA GESTIONE DELL' EVENTO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	ANALIZZARE GLI EVENTI, RILEVARE EVENTUALI CRITICITÀ ED INDIVIDUARE LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241808	
Titolo	LA REDAZIONE DI MODALITÀ OPERATIVE CONDIVISE IN UN'OTTICA MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE PER LA GESTIONE E LA REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI CLINICI AZIENDALI
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	GESTIRE E LA REINGEGNERIZZAZIONE I PROCESSI AZIENDALI ATTRAVERSO LA REDAZIONE DI MODALITÀ OPERATIVE CONDIVISE IN UN OTTICA MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241807*A	
Titolo	LA MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI AI SENSI DEL D.LGS 81/2008 - PARTE PRATICA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE DIMOSTRAZIONE E SIMULAZIONE PRATICA SULLA MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI
Progettista di riferimento	
Codice corso	Titolo corso
49559	LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI

Codice evento PF241806	
Titolo	LA MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI AI SENSI DEL D.LGS 81/2008 - PARTE TEORICA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE STRUMENTI TEORICI PER LA MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241805*	
Titolo	ALLATTAMENTO AL SENO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA MATERNO INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE IL CORRETTO APPROCCIO METODOLOGICO PER LA GESTIONE DELL' ALLATTAMENTO AL SENO
Progettista di riferimento	
Codice corso	Titolo corso
	L'ALLATTAMENTO AL SENO: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Codice evento PF241804	
Titolo	LA RIFORMA CARTABIA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA GIURIDICO - NORMATIVA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	APPROFONDIRE LE TEMATICHE DELLA RIFORMA CARTABIA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF241803*A	
Titolo	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE ICA - MODULI TEORICO-PRATICI (B) E (C) - PNRR M6 C2 2.2
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SPECIALITA' MEDICHE
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE ICA
Progettista di riferimento	
Codice corso	Titolo corso
49497	ICA-PNRR, M6- C2 -2.2 - CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO. MODULI B + C

Codice evento PF241775*A	
Titolo	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE BASE NELL'ADULTO BLS D
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA EMERGENZA ED URGENZA
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	SVILUPPARE COMPETENZE TECNICHE SANITARIE DI BASE PER FAR FRONTE ALLE EMERGENZE SANITARIE
Progettista di riferimento	
Codice corso	Titolo corso
49558	BLS D IRC

Titolo	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE ICA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SPECIALITA' MEDICHE
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE
Finalità pianificata provvisoria	PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
Progettista di riferimento	

APPROVAZIONE COMITATO

DATA APPROVAZIONE: 24/12/2024

NOTE: Il comitato scientifico dell'ASL NO ha approvato il piano formativo 2025 nell'incontro del giorno 20-12-2024

Tabella 1 - AREE ESPOSTE A RISCHIO - CATALOGO PROCESSI

	AREE RISCHIO	PROCESSI	FASI del processo o SPECIFICAZIONI dell'oggetto del processo (EVENTUALI)	RISCHI	SERVIZI INTERESSATI
AREE DI RISCHIO COMUNI ED OBBLIGATORIE					
1	ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE	Reclutamento per: concorso pubblico, mobilità (avviso pubblico o domanda diretta), avviso pubblico (tempi determinati), collocamento		<p>Improprio condizionamento della procedura di selezione del personale al fine di favorire uno specifico candidato che non risulterebbe il migliore in una procedura standard, attraverso particolari modalità di: predisposizione del bando; momento della pubblicazione; incentivi/ disincentivi a presentare domanda; scelta dei componenti delle Commissioni esaminatrici; segretezza dei contenuti della prova; discrezionalità nel punteggio attribuito ai titoli</p> <p>Condizionamento delle scelte organizzative per l'attribuzione di incarichi o la copertura di posti per favorire dipendenti o candidati particolari</p> <p>Favorire, come componente della Commissione esaminatrice, candidati particolari in concorso</p> <p>Esercizio di pressioni indebite facendo leva su posizioni di potere politico o economico sui direttori di struttura o sulle direzioni generali per favorire l'assunzione di un professionista od operatore</p> <p>Mantenimento per molti anni di un ruolo esclusivo nella gestione delle procedure di acquisizione delle risorse umane</p>	GUPVRU
		Progressioni di carriera: fasce retributive/ selezioni interne/ incarichi sanitari di coordinamento/ posizioni organizzative/ conferimento incarichi dirigenziali		<p>Adozione di procedure non trasparenti nell'attribuzione di posizioni organizzative, progressioni orizzontali di carriera, concorsi interni</p> <p>Esercizio di pressioni indebite facendo leva su posizioni di potere politico o economico sui direttori di struttura o sulle direzioni generali per favorire la progressione di carriera di un particolare dipendente</p>	GUPVRU
		Conferimento di incarichi di collaborazione: prestazione d'opera (art. 7 dlgs 165/2001)		<p>Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente</p> <p>Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari</p> <p>Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari</p>	GUPVRU
		Conferimento di incarichi di collaborazione: convenzioni attive		Prevalenza dell'interesse del singolo collaboratore incarico rispetto all'interesse aziendale	GUPVRU
		Conferimento di incarichi di collaborazione: convenzioni attive		Prevalenza dell'interesse del singolo collaboratore incarico rispetto all'interesse aziendale	GUPVRU
		Conferimento incarichi professionali: patrocinio legale, perizie		Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta	AILCAT
		Conferimento incarichi professionali: progettazione, collaudo, direzione sicurezza cantiere, direzione lavori		Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta	TECNICO PATR.
	Conferimento incarichi professionali: perizie,		Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta	TECNICO PATR.	

		Conferimento di incarichi di collaborazione: borse di studio		Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta	GUPVRU
2	AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E AFFIDAMENTO DI OGNI ALTRO TIPO DI COMMESSA DISCIPLINATO DAL D.LGS. 163/2006	Manutenzione e ristrutturazione di strutture sanitarie Acquisizione di tecnologie sanitarie ed informatiche, arredi, beni sanitari e servizi in generale	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano una determinata impresa	TECNICO PATR. FARMACIA T. FARMACIA O. SICG
Individuazione dello strumento/ istituto per l'affidamento (compresi proroghe e rinnovi)			Elusione delle regole di evidenza pubblica, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara d'appalto Proroga opportunistica di contratti di fornitura per beni e servizi al fine di favorire specifici fornitori Ricorso ad artificiosi frazionamenti dell'appalto Tempi di risposta alle gare non adeguati alla complessità del capitolato per la fornitura di beni , servizi e lavori oggetto della gara Mantenimento per molti anni di un ruolo esclusivo nella gestione delle procedure di gara	TECNICO PATRIMONIALE	
Requisiti di qualificazione			Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico – economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione calibrati sulle capacità di una particolare impresa)	TECNICO PATR. FARMACIA T. FARMACIA O. SICG	
Requisiti di aggiudicazione			Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa. Esempi: 1) scelta condizionata dei requisiti di qualificazione attinenti all'esperienza ed alla struttura tecnica di cui l'appaltatore si avvarrà per redigere il progetto esecutivo; 2) inesatta o inadeguata individuazione dei criteri che la commissione giudicatrice utilizzerà per decidere i punteggi da assegnare all'offerta tecnica; 3) mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge e dalla giurisprudenza nella nomina della commissione giudicatrice	SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE	
Valutazione delle offerte			Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali	SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE	
Verifica delle eventuali anomalie delle offerte			Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale	SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE	
Procedure negoziate			Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti Condizionamento dell'efficacia delle gare d'appalto per farmaci, dispositivi, tecnologie sanitarie ed informatiche dichiarando unicità dei prodotti e proponendo acquisto in esclusiva con trattativa privata	SERVIZIO TECNICO PATRIMONIALE	

		Affidamenti diretti	<p>Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per gli affidamenti di lavori pubblici sottosoglia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge (art. 122 codice appalti, in particolare comma 7)</p> <p>Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi previste dalla legge</p> <p>Induzione o richiesta opportunistica di acquisti in esclusiva o fuori gara d'acquisto senza una motivazione clinica documentabile</p>	TECNICO PATR. FARMACIA T. FARMACIA O. SICG
AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E AFFIDAMENTO DI OGNI ALTRO TIPO DI COMMESSA DISCIPLINATO DAL D.LGS. 163/2006	Manutenzione e ristrutturazione di strutture sanitarie Acquisizione di tecnologie sanitarie ed informatiche, arredi, beni sanitari e servizi in generale	Revoca del bando	Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario	SERVIZIO TECNICO PATR. FARMACIA T. FARMACIA O.
		Redazione del cronoprogramma	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguadagni da parte dello stesso esecutore. Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera	TECNICO PATR. FARMACIA T. FARMACIA O. SICG
		Varianti in corso di esecuzione del contratto	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori, addebitabili in particolare modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante	TECNICO PATR. FARMACIA O. SICG
		Subappalto	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota – lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di fornitore	TECNICO PATR.
		Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto (accordi bonari)	Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivabili dalla presenza della parte privata all'interno della commissione	TECNICO PATR. FARMACIA T. FARMACIA O.
3	Gestione delle liste di attesa per prestazioni sanitarie		<p>Scorrimento liste, ossia abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie al fine di agevolare particolari soggetti, sia esterni che interni (esempio: inserimento in cima ad una lista d'attesa)</p> <p>Gestione delle liste d'attesa in maniera non trasparente e verificabile</p>	DISTRETTI DMPO

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Erogazione delle prestazioni sanitarie		Richiesta ai pazienti di pagamenti supplementari informali per ricevere prestazioni sanitarie Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	DISTRETTI DMPO
	Autorizzazioni per il personale dipendente: partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali		Concessione di benefici sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	GOCSS
	Autorizzazioni per il personale dipendente: partecipazione di professionisti sanitari a convegni ed eventi formativi esterni sponsorizzati		Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, strumenti) a fronte del finanziamento di attività di formazione esterna False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione	GOCSS
	Autorizzazione patenti di guida		Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	MED.LEG.
	Accertamento invalidità civile, handicap ex legge 104/92, disabilità collocabile ex legge 68/99		Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati Accertamenti sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	MED.LEG.
	Rilascio di autorizzazioni, nulla osta, pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni in materia di: - igiene e sanità pubblica - igiene alimenti - sanità animale - sicurezza e igiene del lavoro	Autorizzazione all'uso di fitosanitari	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Autorizzazione detenzione scorte farmaci veterinari presso allevamenti e/o veterinari	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Autorizzazione macellazione uso familiare	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Autorizzazione per vendita di farmaci veterinari presso magazzini all'ingrosso/dettaglio	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Parere per autorizzazione sanitaria all'esercizio di attività: studi veterinari, attività vendita animali, attività toelettatura	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
Parere per autorizzazione comunale allo svolgimento di fiere, mercati, esposizioni, concentramenti e mostre animali (DPR 320/54)		Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.	
	Nulla osta alla detenzione di animali esotici finalizzato al rilascio dell'autorizzazione sanitaria da parte del Comune di detenzione	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.	
	Parere per il riconoscimento CE	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.	
	Parere per utilizzo di acque potabili	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.	
		Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.	

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Rilascio di autorizzazioni, nulla osta, pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni in materia di: - igiene e sanità pubblica - igiene alimenti - sanità animale - sicurezza e igiene del lavoro	Parere preventivo su richiesta di soggetti privati	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
			Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Pareri e attestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Parere igienico sanitario in materia edilizia art. 5 dpr 380/2001 (Testo Unico in materia edilizia)	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Autorizzazione in deroga ai requisiti di altezza ex art. 63, comma 1, all. IV punto 1.2 del D.Lgs. n. 81/08	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Autorizzazione in deroga al divieto di utilizzo di locali sotterranei o semisotterranei ex art. 65 del D.Lgs. n. 81/08	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Notifica ex art. 67 dlgs 81/2008 (costruzione, ampliamento ristrutturazione di edifici o locali da adibire a lavorazioni industriali)	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Notifica preliminare ex art. 99, all. XII dlgs 81/2008 (notifica preliminare apertura cantieri)	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
4	Stipula contratti ex art. 8 quinquies dlgs 502 con le strutture sanitarie accreditate presenti sul territorio dell'ASL		Definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	GADVT
	Stipula contratti/convenzioni con le strutture socio-sanitarie accreditate (es. anziani, handicap ecc.) presenti sul territorio dell'Asl		Definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	DISTRETTI
	Stipula accordi con Farmacie aperte al pubblico (o loro associazioni es Federfarma) e altri erogatori di farmaci e ausili a carico del servizio sanitario		Definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	FARMACIA T. PROTESICA
	Rimborsi spese a persone fisiche (dipendenti, componenti commissioni, consulenti ecc.)		Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	GUPVRU
PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON	Riconoscimento esenzione ticket sanitari	esenzione ticket per patologia	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari utenti	DISTRETTI
		esenzione ticket per reddito	False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'esenzione Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti	DISTRETTI

EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO		esenzione ticket per stato di disoccupazione	False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'esenzione	DISTRETTI
	Procedura per il rilascio di protesi e ausili (scarpe ortopediche, busti, carrozzine, letti speciali ecc)	prescrizione	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende del settore in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca)	PROTESICA
		collaudo	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende del settore in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca)	PROTESICA
	Liquidazione prestazioni sanitarie di alta specializzazione fruite all'estero		Utilizzo di documentazione falsa ai fini dell'ottenimento del rimborso conseguente all'autorizzazione	DISTRETTI
	Inserimento di persone anziane / disabili in strutture residenziali		Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie al fine di agevolare particolari utenti	DISTRETTI
	Erogazione di contributi economici alle famiglie che assistono in casa persone anziane non autosufficienti / persone disabili		Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie al fine di agevolare particolari utenti	DISTRETTI

AREE DI RISCHIO ULTERIORI

5	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alla gestione del rapporto di lavoro (attestazione presenze, permessi, ferie, lavoro straordinario, part time, pratiche previdenziali, ecc.)	Omissioni di controllo e corsie preferenziali nella trattazione delle pratiche Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	GUPVRU
		Valutazione individuale del personale	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	GUPRU
		Procedimenti disciplinari	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	UPD
		Progettazione e realizzazione di attività formative	Condizionamento da parte di società e ditte private per l'adozione di modalità organizzative di eventi formativi che favoriscano la promozione di specifici prodotti sanitari/farmaceutici	GOCSS

6	GESTIONE DELLA FASE ESECUTIVA DEI CONTRATTI PER LAVORI, SERVIZI E FORNITURE	Progettazione, direzione e collaudo lavori Attestazione di conformità per servizi o forniture		Corresponsione di tangenti per ottenere omissioni di controllo e "corsie preferenziali" nella trattazione delle proprie pratiche Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati Carenza di controlli e verifiche sull'esecuzione dei lavori che non siano preventivamente programmati e conosciuti (e quindi non previsti)	TECNICO PATR. FARMACIA T. FARMACIA O. SICG
7	GESTIONE FARMACI ED ALTRI BENI SANITARI	Utilizzo beni sanitari: farmaci, dispositivi, strumenti (compreso strumentario chirurgico) software		Condizionamento dei comportamenti di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio) Danneggiamento/ perdita del bene a causa della scarsa attenzione dei relativi consegnatari	DIR.MED. DISTRETTI
		Sperimentazioni cliniche		Manipolazione di dati ad opera di singoli professionisti o di equipe al fine di favorire un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca) Inserimento, a loro insaputa, dei pazienti in studi farmacologici sponsorizzati dall'industria	DMPO
8	GESTIONE CONTABILE – PATRIMONIALE	Predisposizione degli atti di bilancio		Violazione delle norme in materia di redazione degli atti di bilancio (falso in bilancio)	SEF
		Pagamento fornitori (fase del pagamento)		Corsie preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti particolari	SEF
		Pagamento fornitori (fase della liquidazione)		Liquidazione della fattura senza adeguata verifica della prestazione al fine di favorire soggetti particolari	TUTTI
		Recupero crediti (ticket, sanzioni amministrative,)		Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	AFGL
		Gestione contratti attivi		Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	SEF
		Inventario beni mobili		Gestione dell'inventario in maniera non trasparente e verificabile Danneggiamento/ perdita del bene a causa della scarsa attenzione dei relativi consegnatari	TECNICO PATR.
		Gestione Cassa Economale		Gestione della Cassa Economale in maniera non trasparente e verificabile	TECNICO PATR.

		Gestione magazzini		Gestione dei Magazzini aziendali in maniera non trasparente e verificabile	TECNICO PATR.
		Definizione transattiva di controversie aventi contenuto economico		Definizione transattiva sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	AILCUT
9	ATTIVITA' LIBERO – PROFESSIONALE DEI PROFESSIONISTI SANITARI	Autorizzazioni del personale dipendente allo svolgimento di attività libero professionale intramoenia (ALPI)		False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione (es.: dichiarazioni previste per gli studi professionali in rete)	DMPO
		Svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI) in generale		Dirottamento del paziente dalle liste di attesa istituzionali Inserimento del paziente nelle liste di attesa istituzionali a prescindere dal livello di gravità ed urgenza clinica (specialmente per i ricoveri) Induzione opportunistica di un incremento delle liste d'attesa per favorire l'ALPI Svolgimento della libera professione in orario di servizio	DMPO
		Svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI) allargata		Omessa fatturazione delle prestazioni sanitarie Omessi versamenti all'azienda	DMPO
10	RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Gestione delle procedure di reclamo degli utenti		Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	AILCAT
		Contratti di sponsorizzazione		Condizionamenti da parte dello sponsor al fine di ottenere indebiti vantaggi	AILCAT
11	ATTIVITA' CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE	Gestione pazienti deceduti e Camere Mortuarie		Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di una quota sugli utili Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri Mantenimento per molti anni di un'assegnazione di servizio alle camere mortuarie dell'ospedale Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati (es. per vestizione salma da parte di operatore sanitario)	DMPO
12	GESTIONE RISCHI DEI LAVORATORI DIPENDENTI	Sorveglianza sanitaria		False certificazioni e dichiarazioni	MEDICO COMPENTE
		Valutazione dei rischi per la sicurezza sul lavoro	Individuazione del rischio	Condizionamento delle procedure di rilevazione del rischio da parte di soggetti interni ed esterni	MEDICO COMPENTE
13		Ispezioni e controlli negli ambienti di lavoro (inchieste infortunio, inchieste malattia professionale, vigilanza ordinaria)		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli animali vivi (allevamenti e mercati)		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli mangimi e farmaci veterinari		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.

	ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO	Ispezioni e controlli nei macelli		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli igiene alimenti		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli igiene alimenti		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Azioni in caso di non conformità alla normativa in materia di igiene alimenti (art. 54 reg.CE n.882/04)		Mancato rilievo di non conformità al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Azioni in caso di non conformità alla normativa in materia di igiene alimenti (art. 54 reg.CE n.882/04)		Mancato rilievo di non conformità al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Vigilanza sulle farmacie aperte al pubblico		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	FARMACIA T.
		Accreditamento e vigilanza sulle strutture sanitarie e socio sanitarie private: - centri diagnostici, poliambulatori, case di cura ecc - RSA, comunità terapeutiche ecc	verifica requisiti e parere per la Regione (competente per l'atto finale)	Abuso nel rilascio del parere per l'accreditamento al fine di favorire determinati soggetti Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	COMMISSIONI VIGILANZA
14	ATTIVITA' SANZIONATORIA	Sanzioni amministrative in materia sanitaria - procedimento legge 689/1981 (accertamento, contestazione, pagamento in misura ridotta)		Omissione di contestazione per condotte sanzionabili accertate al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
Sanzioni amministrative in materia sanitaria - procedimento legge 689/1981 (rapporto, scritti difensivi, audizione, definizione con ordinanza ingiunzione / archiviazione)			Archiviazione o riduzione della sanzione senza giustificato motivo al fine di favorire determinati soggetti Ammissione al pagamento rateale della sanzione pecuniaria in assenza di criteri e procedure	D.PREV.	
Contestazione violazioni penali e amministrative ex dlgs 758/1994 e procedimenti amministrativi correlati			Omissione di contestazione per condotte sanzionabili accertate al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.	
15	CERTIFICAZIONI, ATTESTAZIONI, VIDIMAZIONI, EMISSIONE DOCUMENTI	Attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi (Mod. 4, certificazioni avicunicoli)		False attestazioni e certificazioni	D.PREV.
Attestazioni per trasporto animali vivi			False attestazioni e certificazioni	D.PREV.	
Certificato per movimentazione intracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi			False attestazioni e certificazioni	D.PREV.	
Certificazione allevamento ittico indenne da SEV e NEI			False attestazioni e certificazioni	D.PREV.	
Certificazioni inerenti alla sanità animale (per capi o aziende: es. compravendita, anemia infettiva equini, indennità sanitarie, riproduttori, ecc..)			False attestazioni e certificazioni	D.PREV.	
Attestazioni e certificazioni per l'esportazione			False attestazioni e certificazioni	D.PREV.	
			False attestazioni e certificazioni	D.PREV.	
			False attestazioni e certificazioni	D.PREV.	

AILCAT	Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza
GUPVRU	Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane
SICGI	SERVIZIO INFORMATICO E CONTROLLO GESTIONE
GOCSS	Governo clinico e sviluppo strategico
DMPO	DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO
D.PREV.	Dipartimento Prevenzione
SEF	Servizio Economico Finanziario
GADVT	GESTIONE FUNZIONI AMMINISTRATIVE DECENTRATE A VALENZA TERRITORIALE



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Prot. n° 3109/25

Novara, 16/01/2025

Al Dirigente Settore Sistemi
Organizzativi
e Risorse Umane del SSR della
regione Piemonte

dott. Mario Raviola

pec:
personale.sanitario@cert.regione.piemonte.it
peo:
attivitaigiuridica.contrattuale@regione.piemonte.it

OGGETTO: Piano Triennale di Fabbisogno di Personale 2023/2025

In riferimento alle note di codesta Direzione del 6/12/2024 e prot. n. 30849 del 20/12/2024, si inviano le tabelle relative al fabbisogno di personale 2023/2025 e si comunica che è stato assolto l'obbligo informativo alle OO.SS. Del Comparto /RSU e delle Dirigenze dell'Area Sanità e PTA con specifici incontri avvenuti, per l'area del Comparto in data 14/1/2025, e per l'area dirigenziale in data 15/1/2025.

Si evidenzia che è stato inoltre confermato per le tre annualità di che trattasi, il fabbisogno di personale aggiuntivo per dare attuazione al DM77/2022, al potenziamento delle terapie intensive ai sensi del cd "Decreto Arcuri" e per la gestione del Magazzino Unico Sanitario (MUSA), i cui costi sono stati considerati extra tetto di spesa. Si precisa che il costo previsto per la gestione del MUSA è stato valorizzato considerando anche la quota di competenza delle restanti ASR interessate ma ai fini del confronto con l'importo del tetto di spesa detta quota è stata decurtata.

E' stato altresì considerato extra tetto di spesa il costo del Dirigente Farmacista assunto a tempo indeterminato nel 2022 a seguito di incarico regionale conferito all'ASL NO di collaborare con la struttura Regionale di Coordinamento delle attività trasfusionali (SRC) per garantire alcuni particolari funzioni.



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO
Struttura competente: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE
E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE
Responsabile dott. Gianluca CORONA
Tel. 0321/374564
Istruttore della pratica: dott.ssa Lucia Pomella
Tel. 0321/374533
e-mail: risorseumane@asl.novara.it



A.S.L. NO

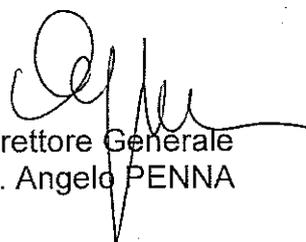
Azienda Sanitaria Locale
di Novara
P.IVA 01522670031

Sede Legale: viale Roma, 7 – 28100 Novara
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519
www.asl.novara.it

E' stata prevista un'ulteriore dotazione aggiuntiva di personale per il cui reclutamento sono da intendersi extra tetto di spesa:

- n. 1 dirigente farmacista di farmacia ospedaliera (a partire da gennaio 2025) e n. 2 assistenti amministrativi – area degli Assistenti (da novembre 2024) assunti a tempo indeterminato per il progetto AMCO;
- per il 2025: n. 1 dirigente biologo, n. 3 collaboratori tecnici professionali – area dei professionisti della salute e dei funzionari, n. 1 collaboratore amministrativo professionale – area dei professionisti della salute e dei funzionari, tutti con rapporto di lavoro a tempo determinato con utilizzo di fondi erogati dalla regione Piemonte – settore Prevenzione, Sanità pubblica e Veterinaria e Sicurezza Alimentare con Determinazione dirigenziale n. 120/A1409D/2024 del 25/2/2024;
- per il 2025: n. 1 dirigente medico e n. 4 tecnici di laboratorio biomedico – area dei professionisti della salute e dei funzionari, tutti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato per la s.c. SIMT-CPVE per far fronte ai crescenti carichi di lavoro derivanti dalla presa in carico di attività di altre ASR finalizzate alla gestione operativa di tutte le attività correlate alla lavorazione degli emoderivati affidati all'ASL NO, come previsto dalle DD.DD. n. A14-458 del 15/5/2020 e n. A14-1230 del 23/8/2021 e di cui alla riorganizzazione della SCR trasfusionale;
- pr il 2025 n. 4 operatori tecnici specializzati – area degli operatori a tempo indeterminato al fine di potenziare il Presidio Multizonale di Profilassi e Polizia veterinaria ricorrendo ai fondi regionali stanziati con la DGR 26-7087/2023/XI (nota Regione Piemonte prot. n.29077 del 4/12/2024).

Nel rimanere a disposizione per eventuali informazioni e/o chiarimenti, si porgono distinti saluti


Il Direttore Generale
dott. Angelo PENNA



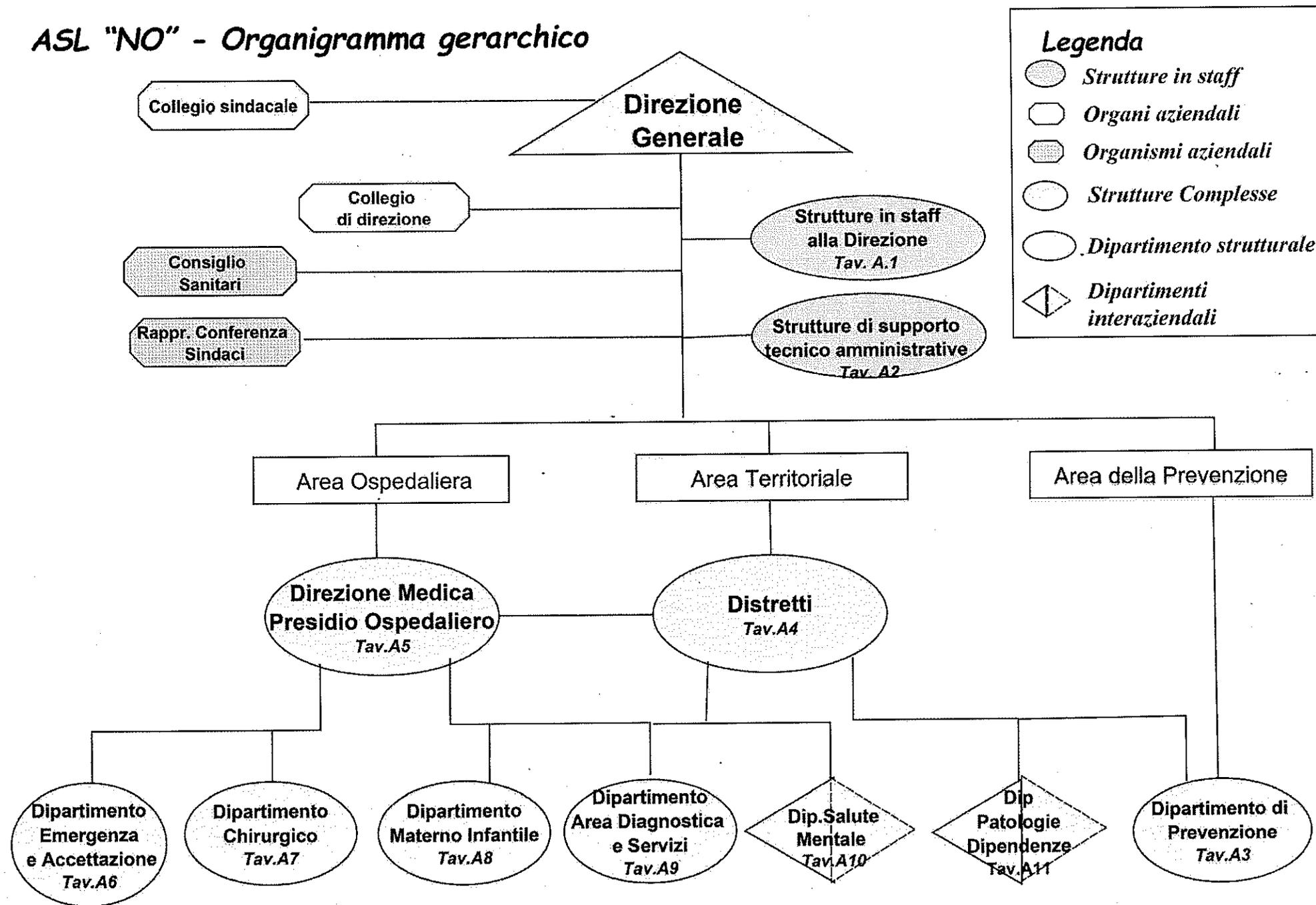
www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO
Struttura competente: SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE
E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE
Responsabile dott. Gianluca CORONA
Tel. 0321/374564
Istruttore della pratica: dott.ssa Lucia Pomella
Tel. 0321/374533
e-mail: risorseumane@asl.novara.it

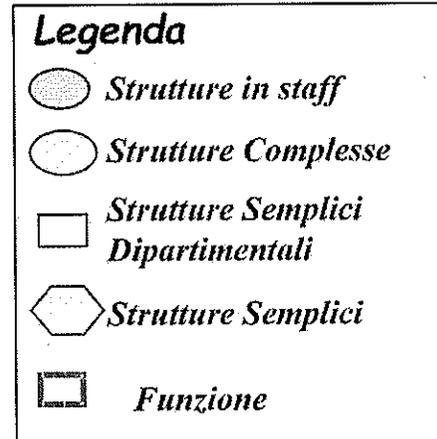
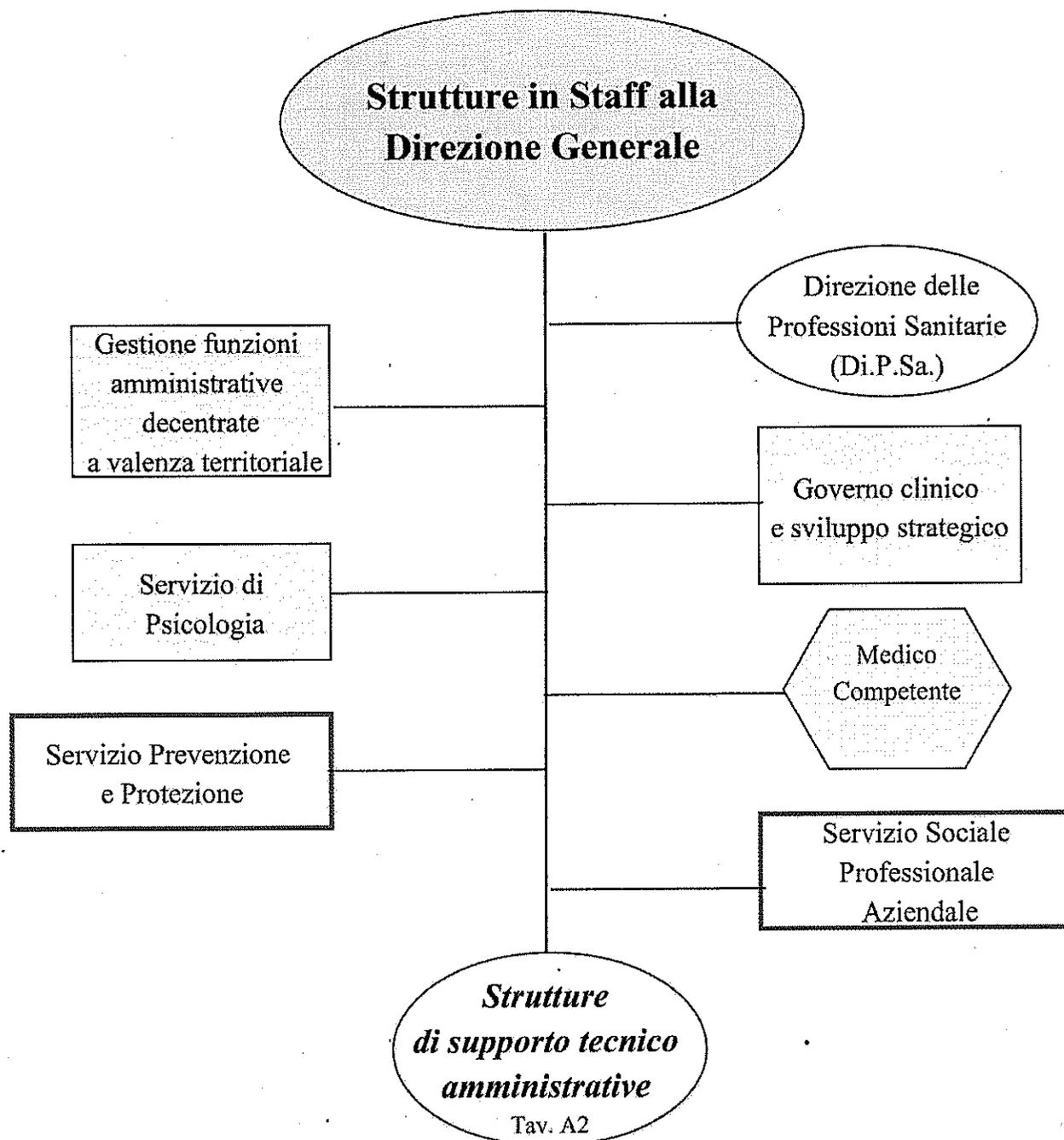
A.S.L. NO – NOVARA

Rappresentazione iconografica

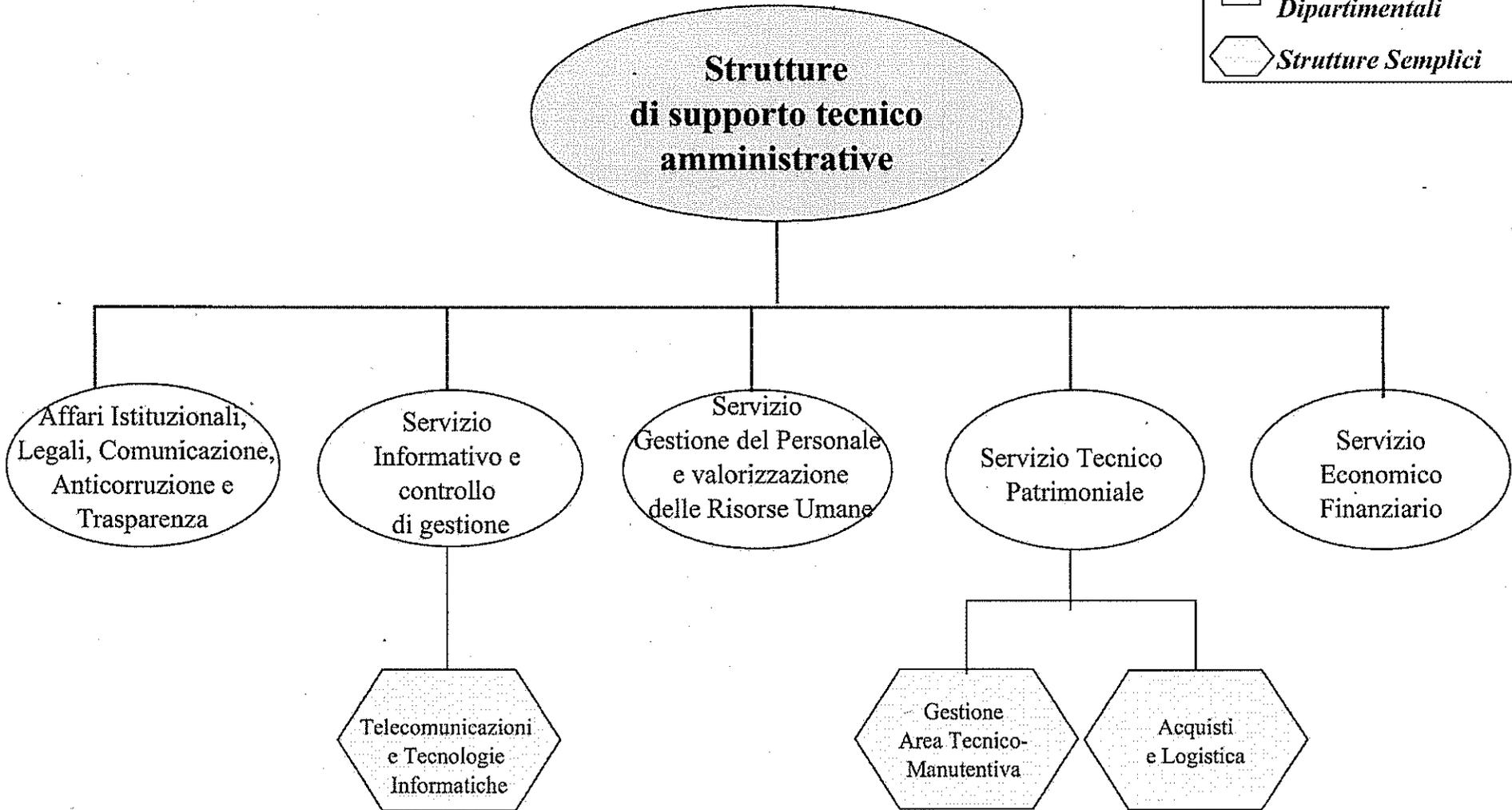
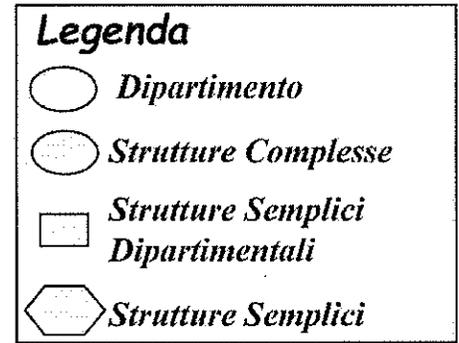
ASL "NO" - Organigramma gerarchico



ASL "NO" - Strutture in Staff alla Direzione Generale



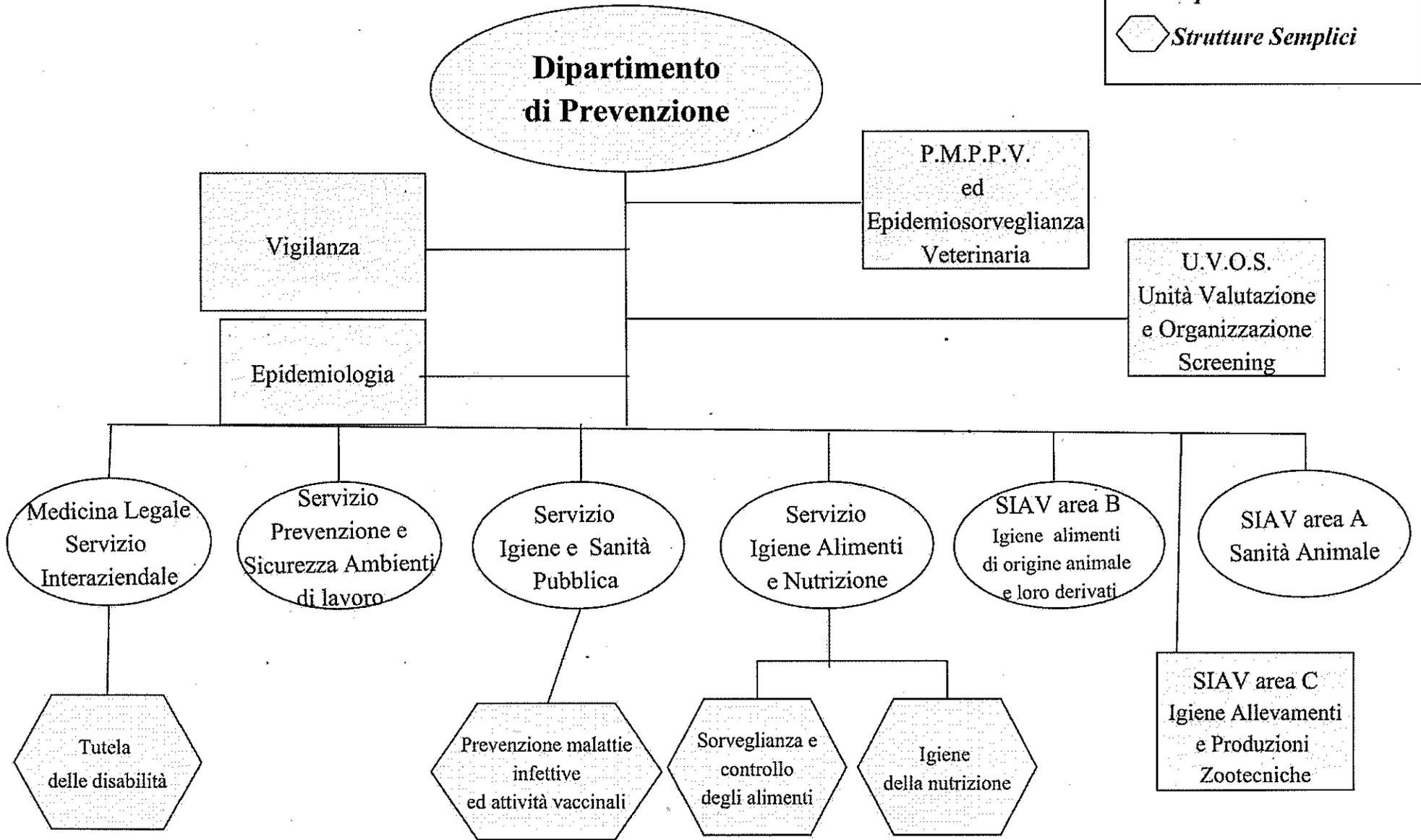
ASL "NO" - Strutture di supporto tecnico amministrative



Area della PREVENZIONE

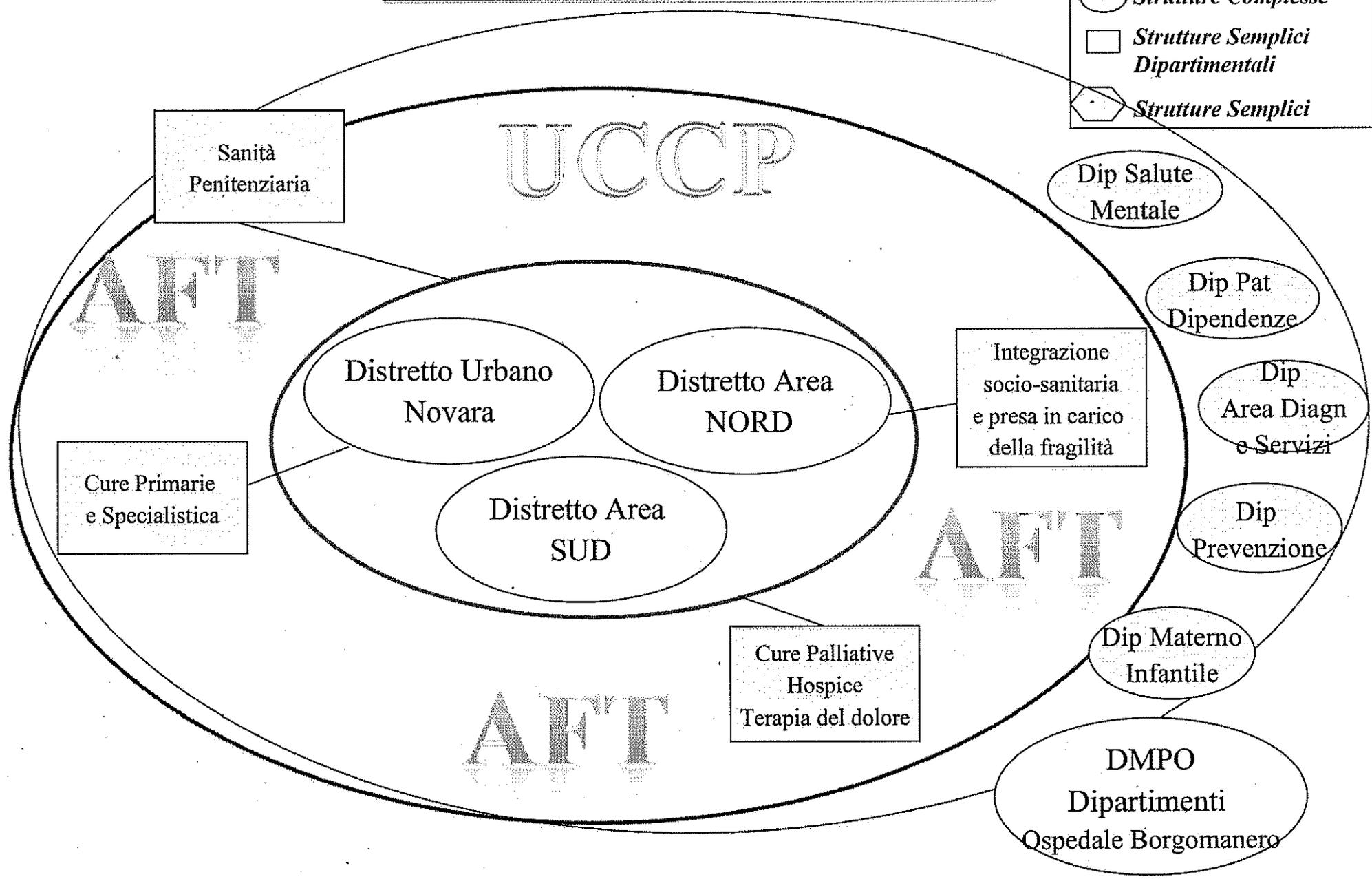
Legenda

- Dipartimento
- Strutture Complesse
- Strutture Semplici Dipartimentali
- ⬡ Strutture Semplici



Legenda

- Dipartimento
- Strutture Complesse
- Strutture Semplici Dipartimentali
- ◇ Strutture Semplici

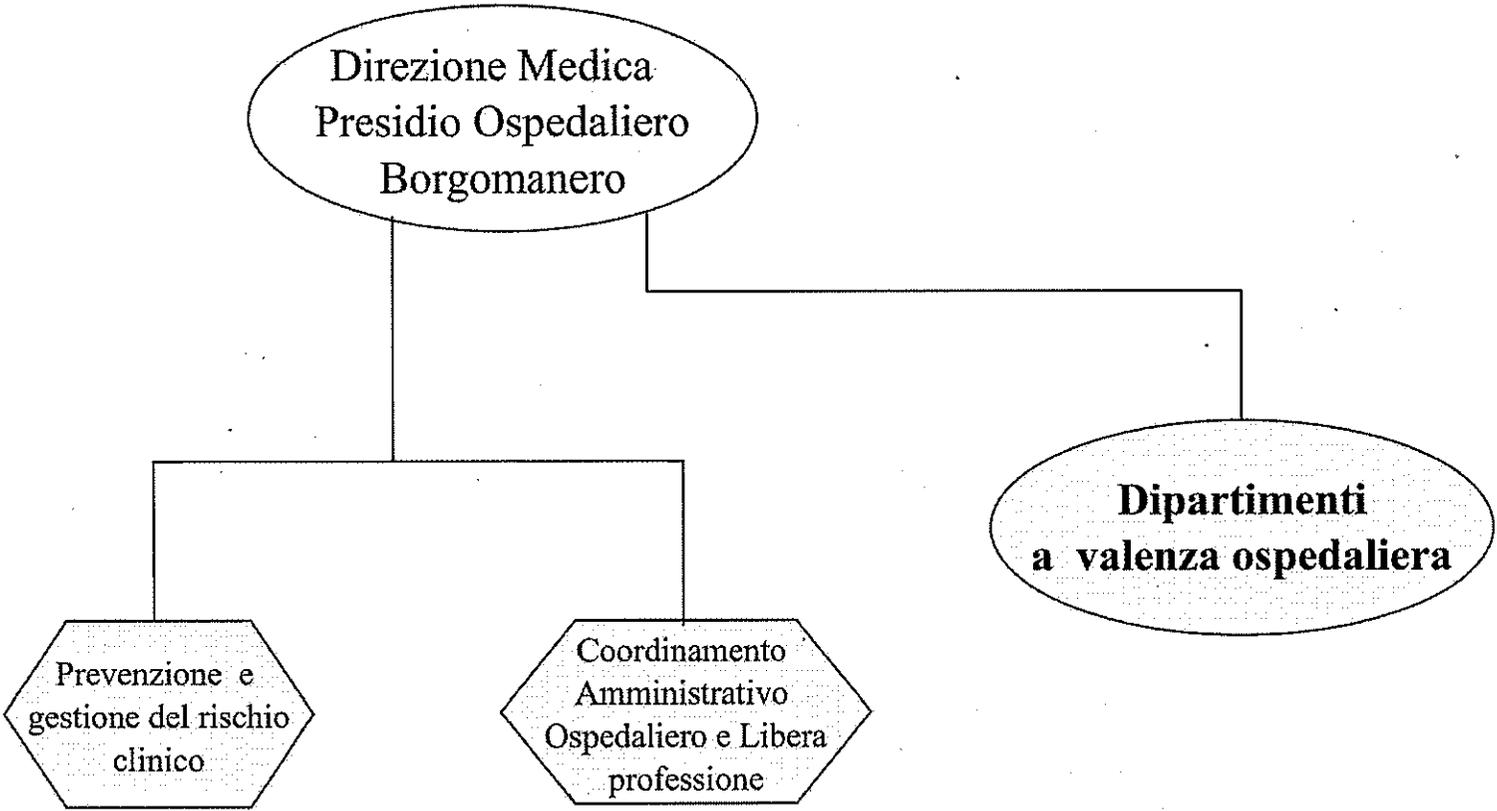


ASL "NO" - Direzione Medica di Presidio Ospedaliero

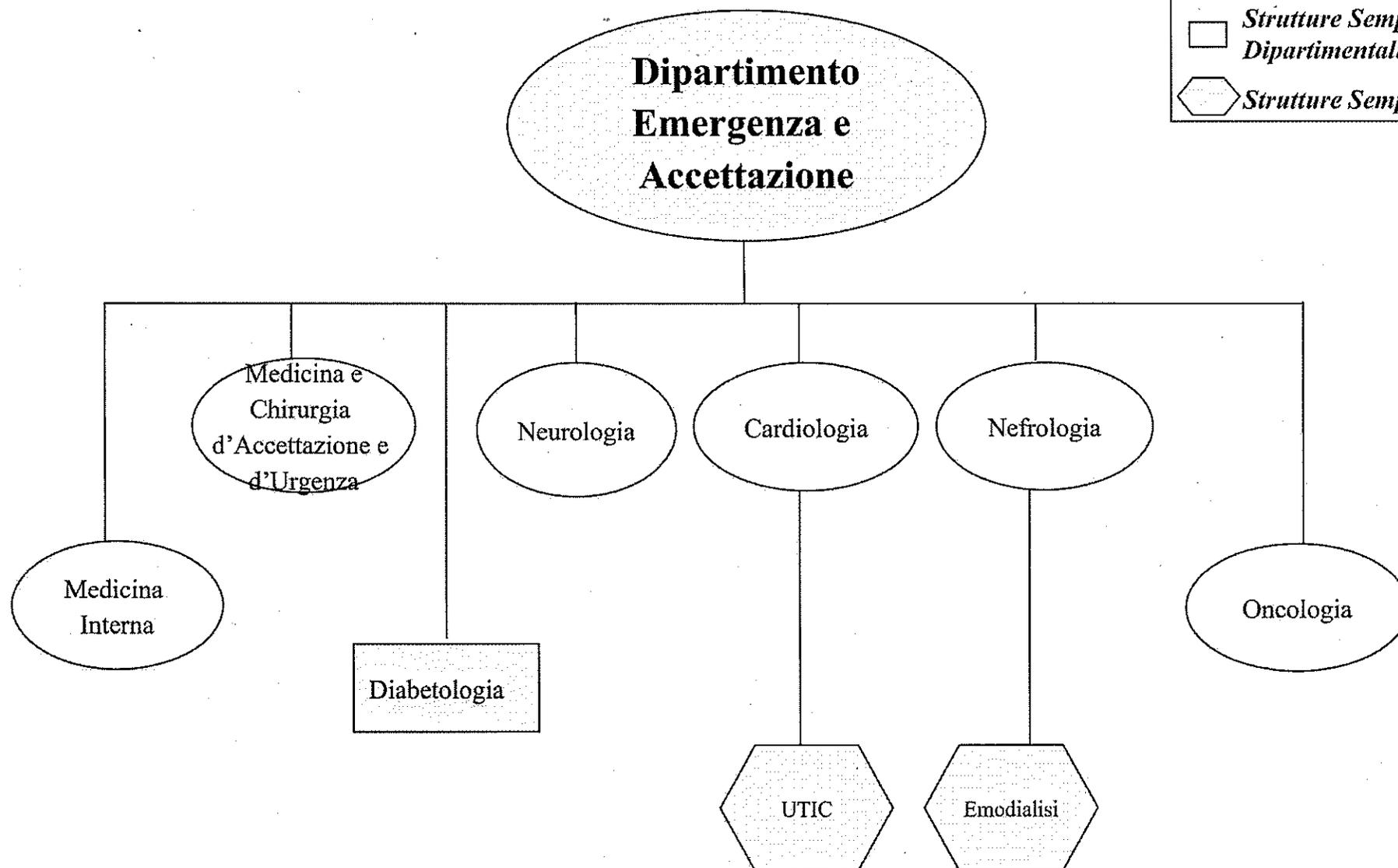
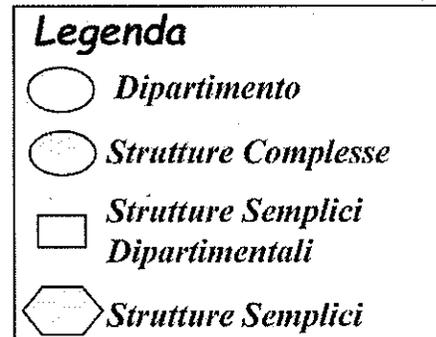
Area OSPEDALIERA

Legenda

- Dipartimento
- Strutture Complesse
- Strutture Semplici Dipartimentali
- ⬡ Strutture Semplici



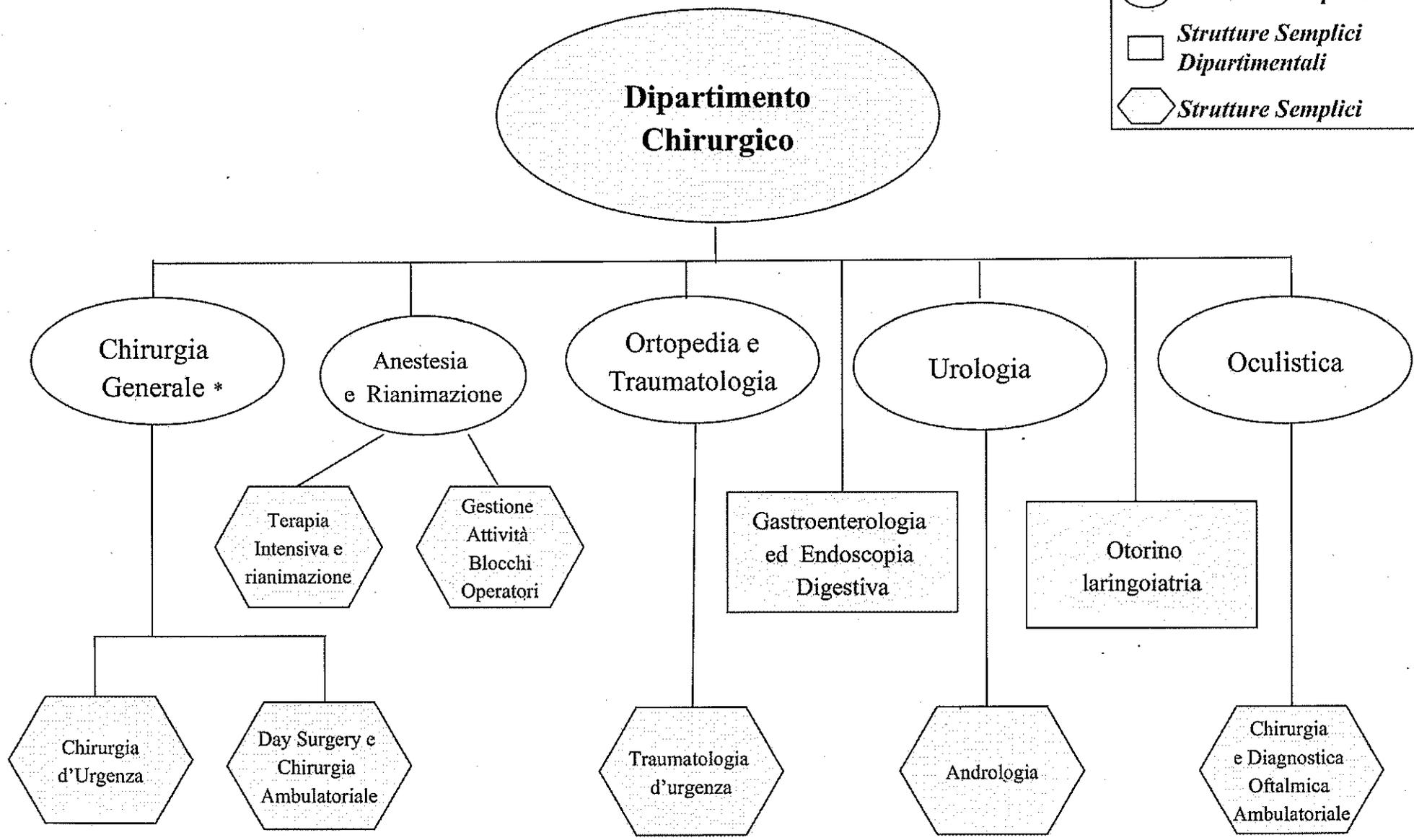
ASL "NO" - Dipartimento Emergenza e Accettazione



ASL "NO"- Dipartimento Chirurgico

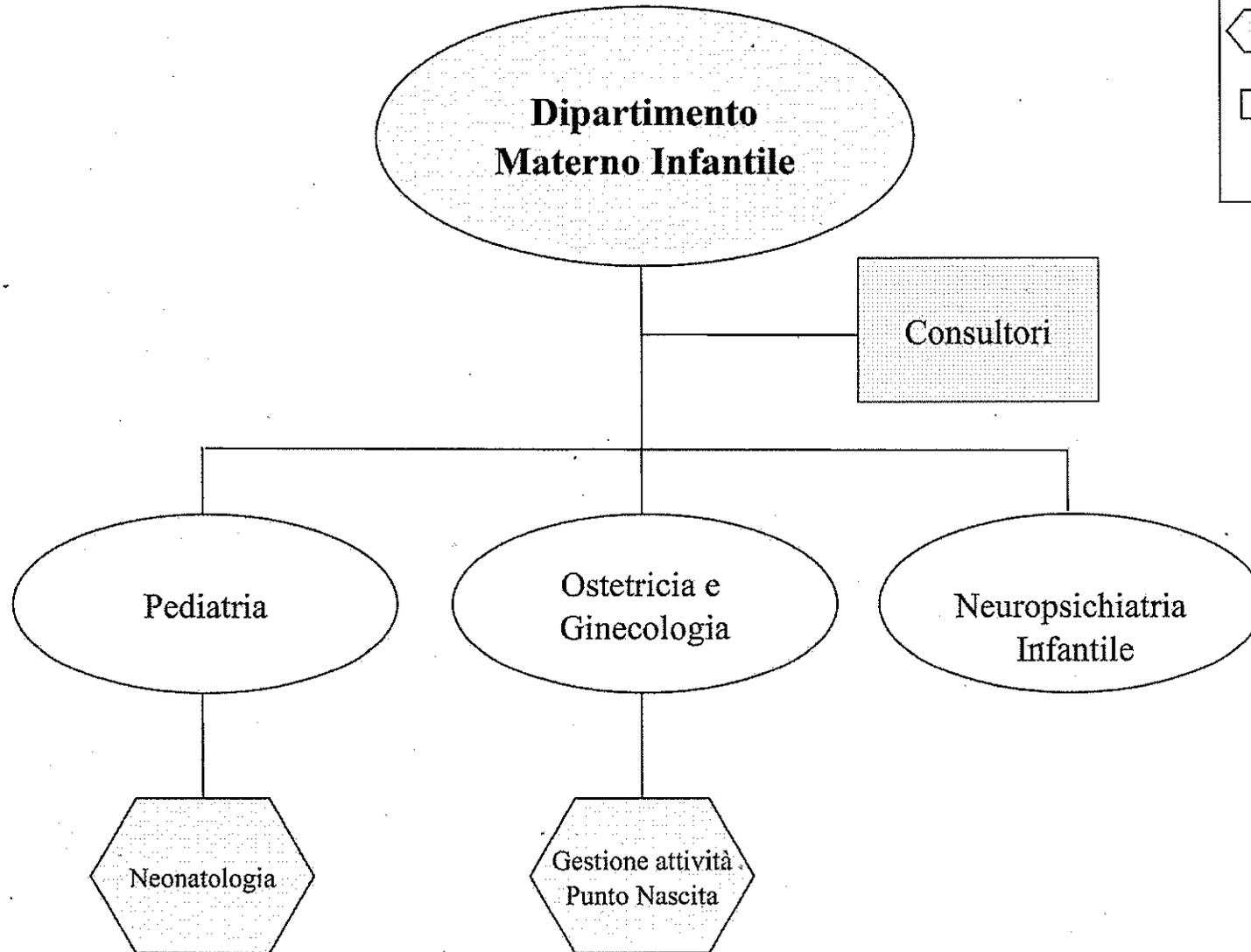
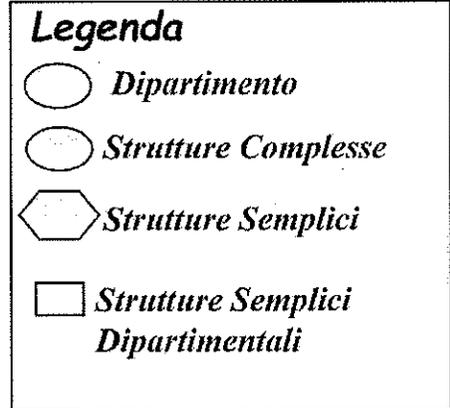
Legenda

- Dipartimento
- Strutture Complesse
- Strutture Semplici Dipartimentali
- ⬡ Strutture Semplici

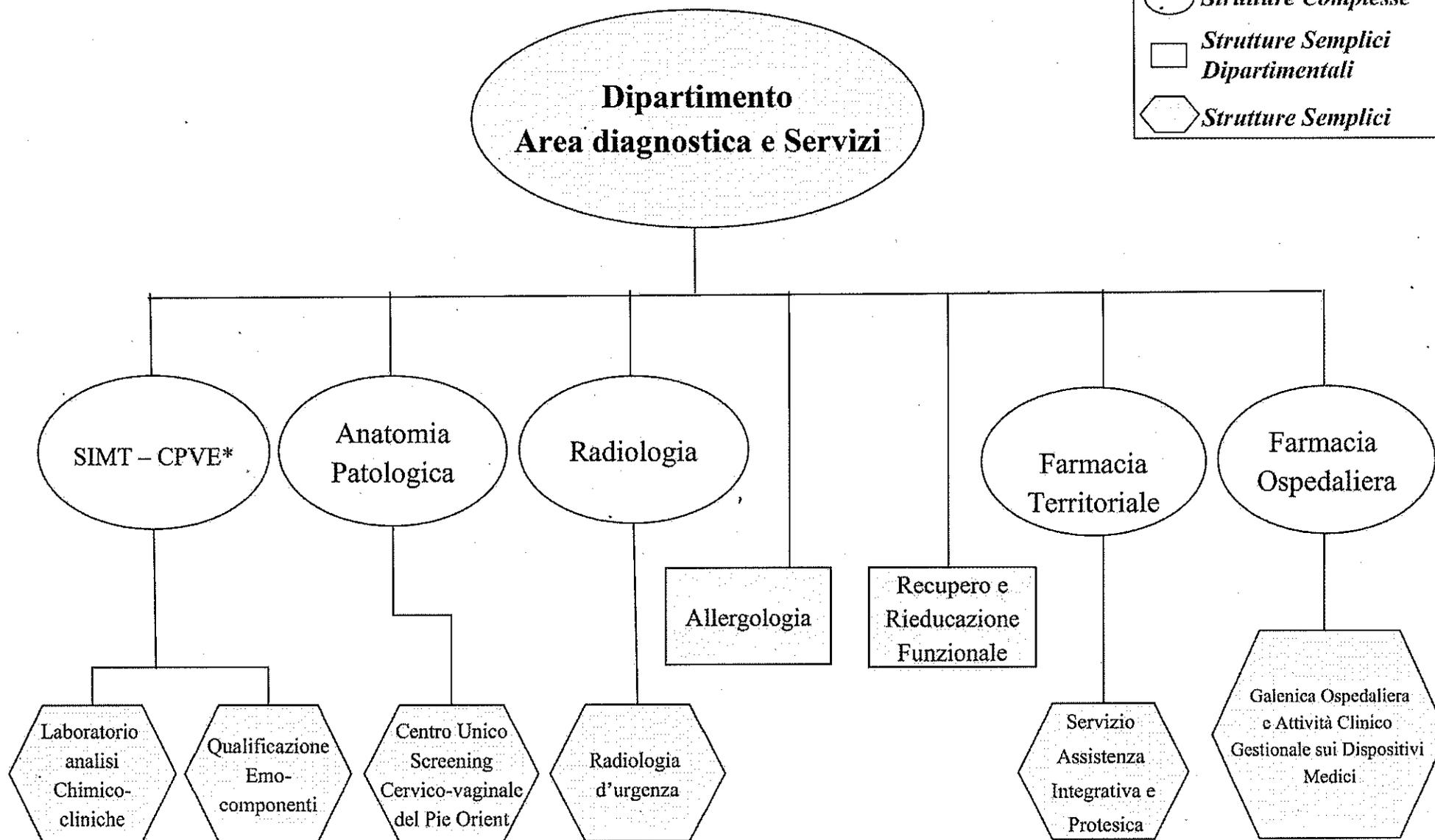
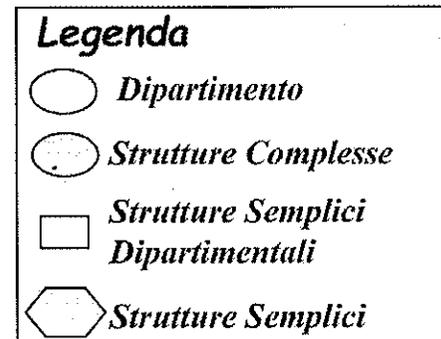


* Svolge funzioni di Breast Unit con accordo interaziendale con ASL VCO

ASL "NO" - Dipartimento Materno Infantile



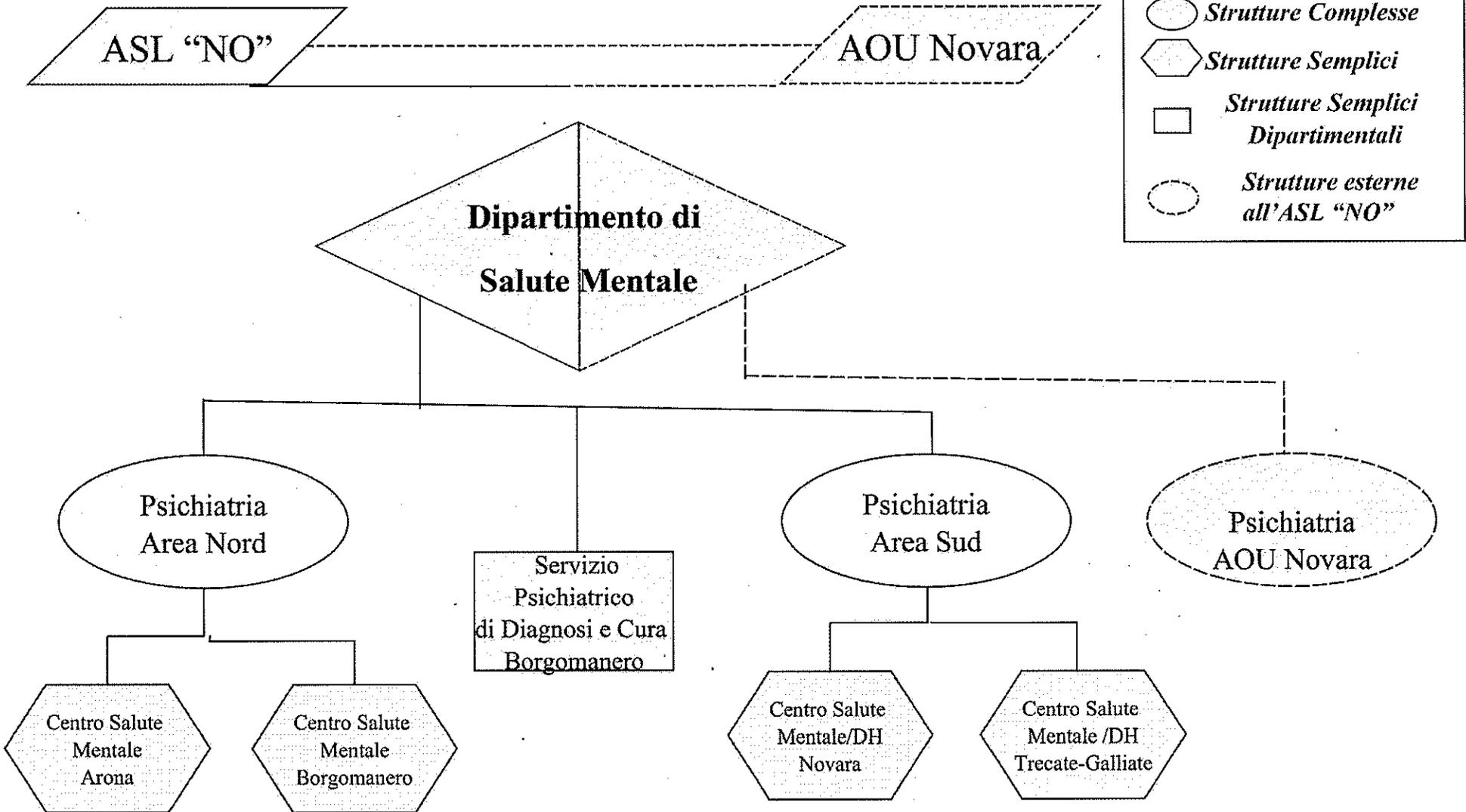
ASL "NO"- Dipartimento Area Diagnostica e Servizi



* Servizio Immuno Trasfusionale (SIMT) - Centro Produzione e Validazione Emocomponenti (CPVE)

ASL "NO"-Dipartimento di Salute Mentale- DSM

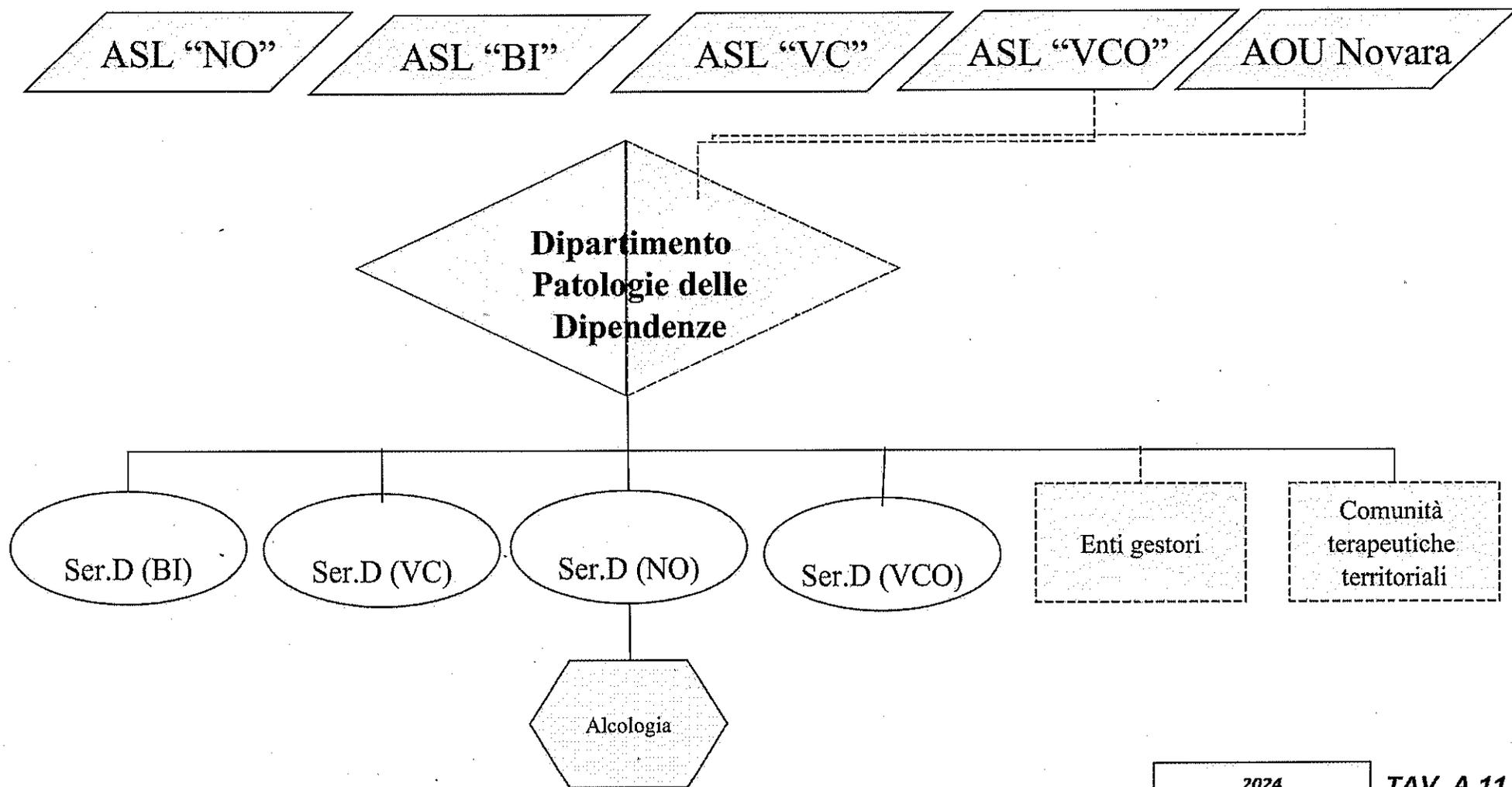
(Dipartimento Interaziendale strutturale ASL NO-AOU Novara)



ASL "NO"-Dipartimento Patologie delle Dipendenze
Dipartimento Interaziendale strutturale ASL NO - BI - VC -VCO

Legenda

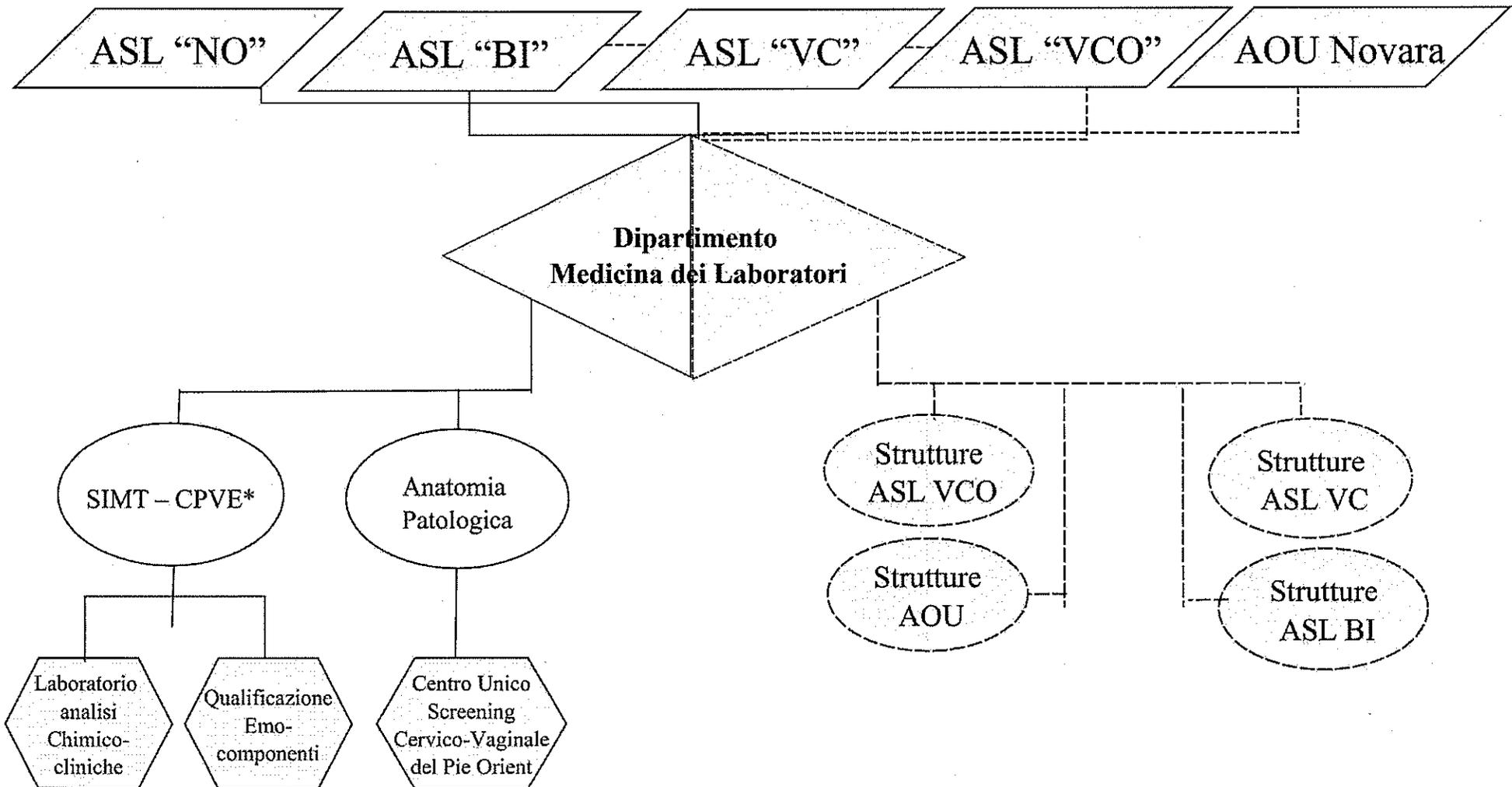
-  Dipartimento interaziendale
-  Strutture Complesse
-  Strutture Semplici
-  Strutture Semplici Dipartimentali



ASL "NO"- Dipartimento Medicina dei Laboratori
Dipartimento Interaziendale funzionale AOU - ASL NO - BI - VC -VCO

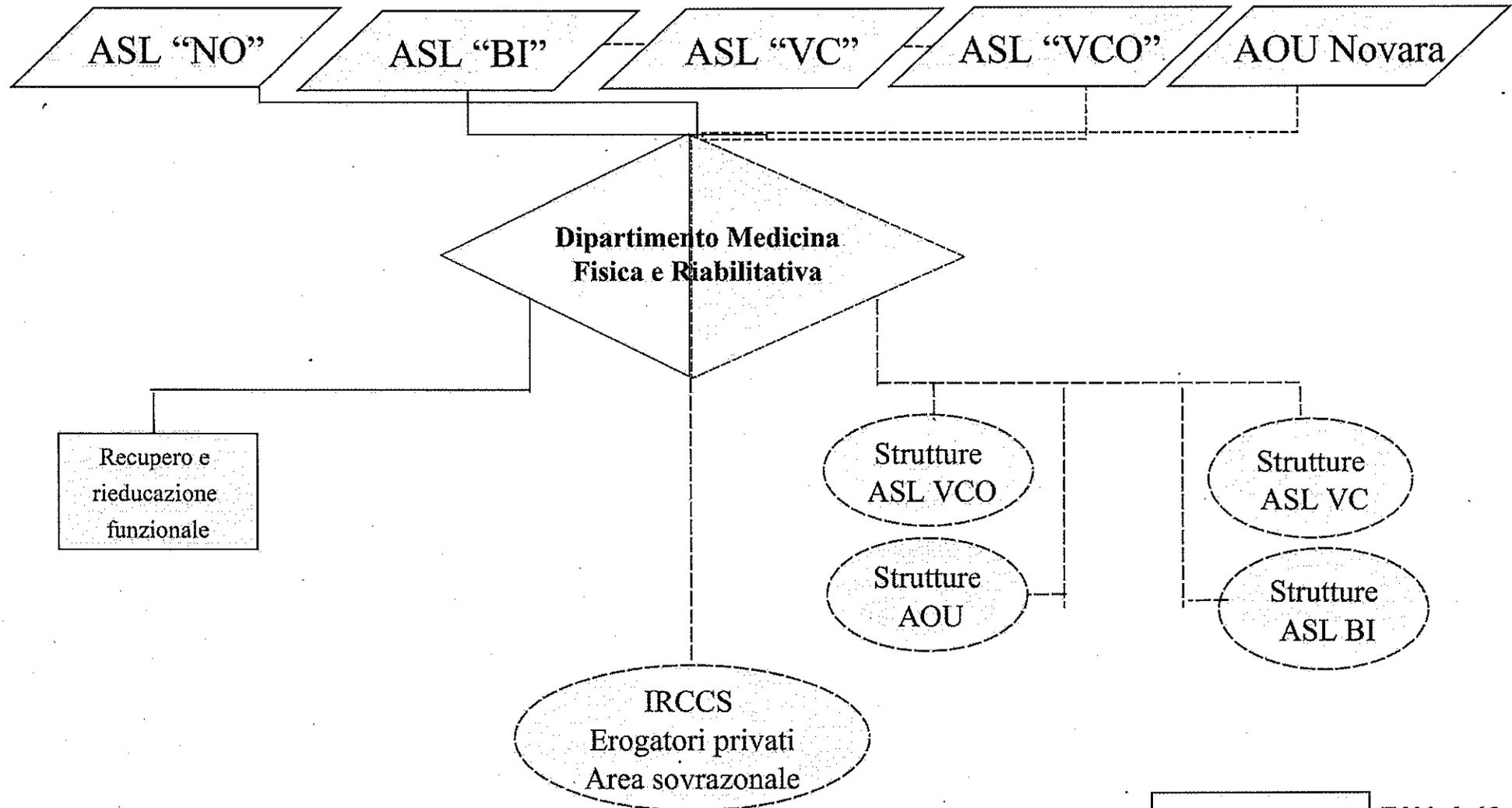
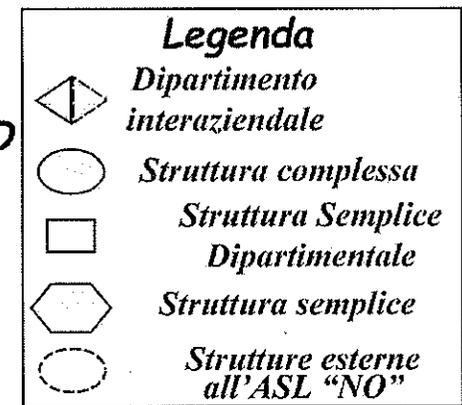
Legenda

-  Dipartimento interaziendale
-  Struttura complessa
-  Struttura Semplice Dipartimentale
-  Struttura semplice
-  Strutture esterne all'ASL "NO"

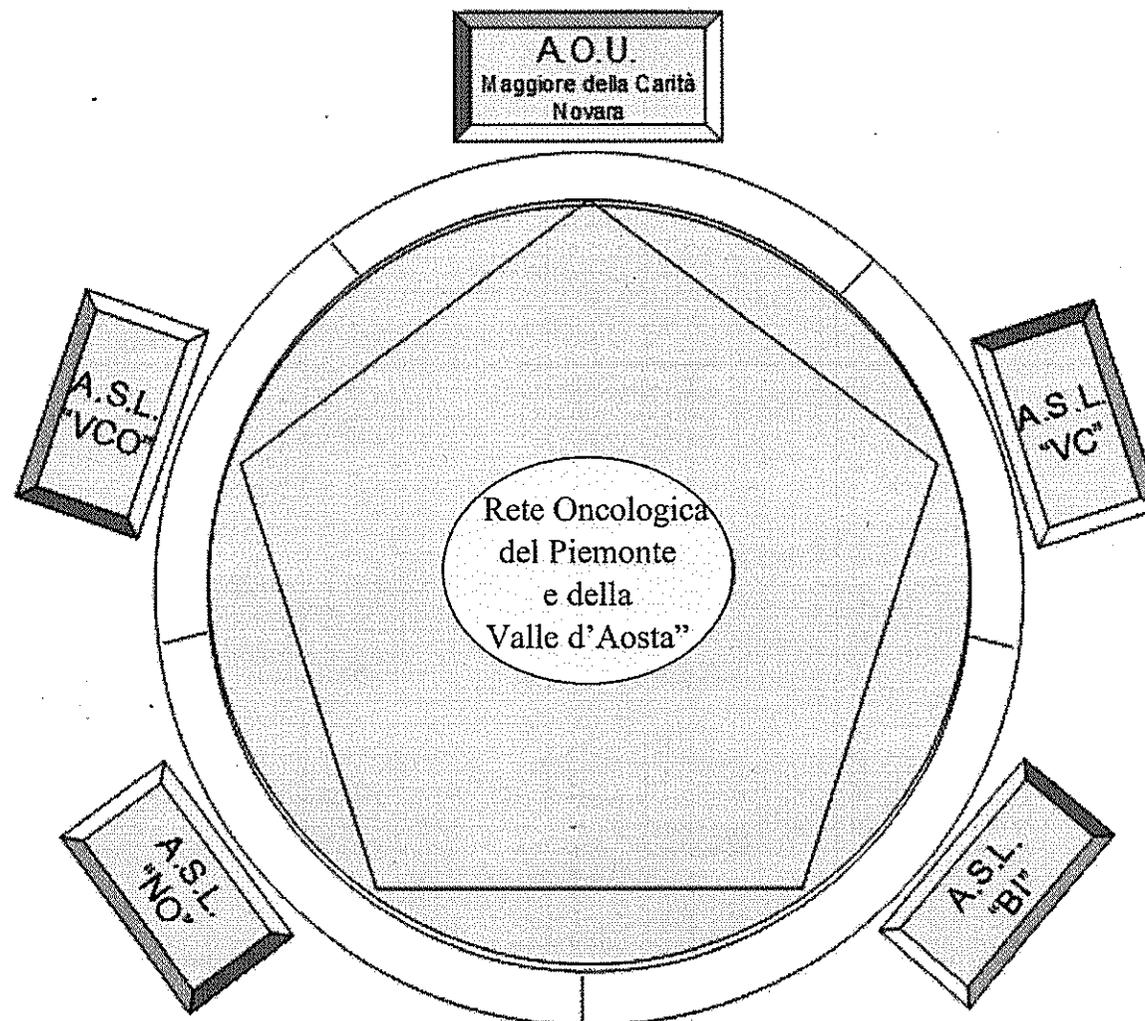


* Servizio Immuno Trasfusionale (SIMT) - Centro Produzione e Validazione Emocomponenti (CPVE)

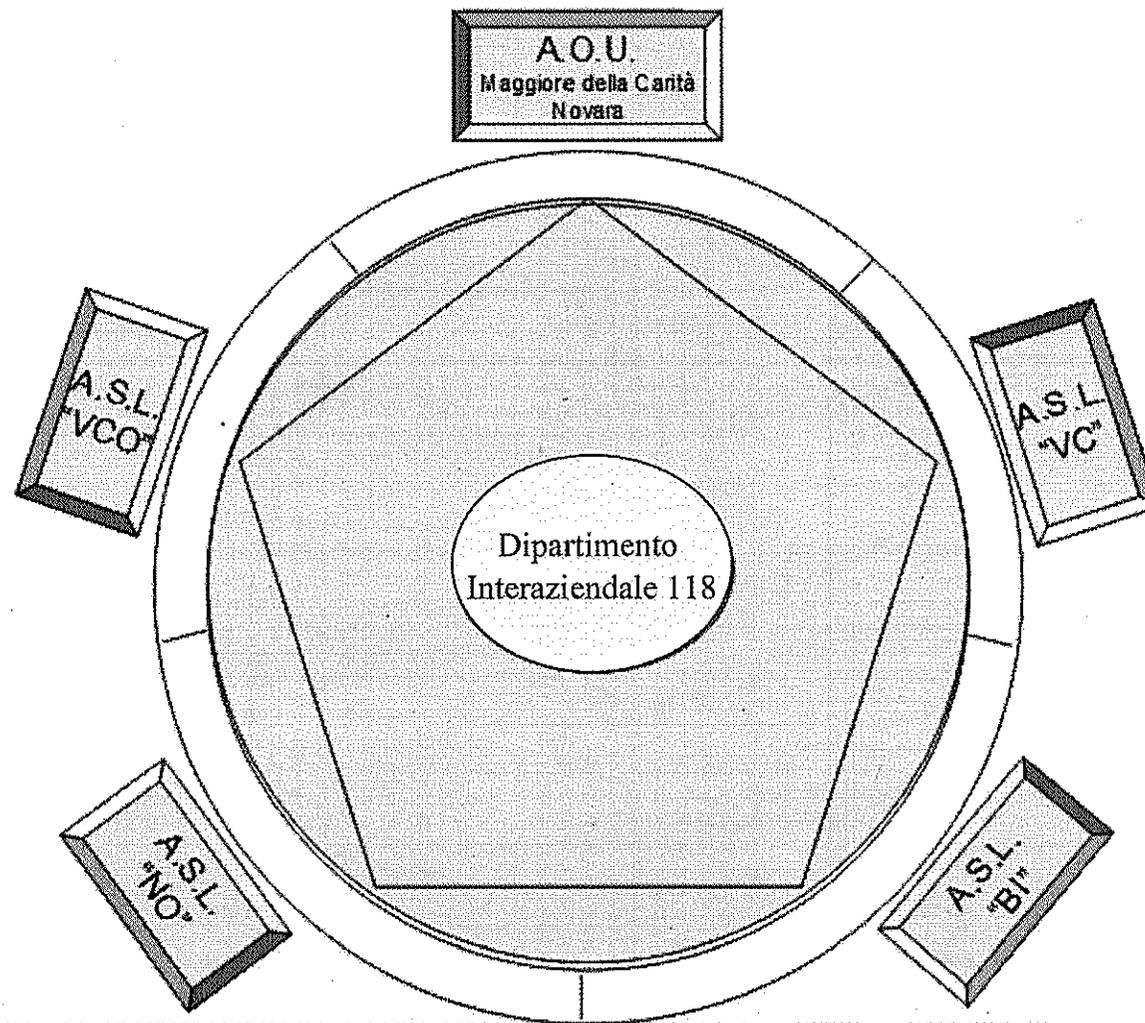
ASL "NO" - Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa
Dipartimento Interaziendale funzionale transmurale AOU-ASL NO-BI-VC-VCO



*Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale della Rete Oncologica
del Piemonte e della Valle d'Aosta*



Dipartimento Interaziendale 118



complessivo

strutture competenti alla pubblicazione

DISPOSIZIONI GENERALI	PIANO TRIENNALE	AILCAT
	ATTI GENERALI	AILCAT
	ONERI INFORMATIVI	NON DI COMPETENZA ASL
	BUROCRAZIA ZERO	NON DI COMPETENZA ASL
	SCADENZIARIO OBBLIGHI AMMINISTRATIVI	NON DI COMPETENZA ASL

ORGANIZZAZIONE	INCARICHI DI VERTICE	NON DI COMPETENZA ASL
	SANZIONI PER MANCATA COMUNICAZIONE DEI DATI	AILCAT
	RENDICONTI GRUPPI CONSIGLIARI	NON DI COMPETENZA ASL
	ARTICOLAZIONE UFFICI	GPVRU
	TELEFONO E POSTA ELETTRONICA	AILCAT

CONSULENTI E COLLABORATORI	TITOLARI INCARICHI DI COLLABORAZIONE	STRUTTURE secondo competenza per materia
---------------------------------------	--------------------------------------	--

PERSONALE	INCARICHI DI VERTICE	AILCAT
	INCARICHI DIRIGENZIALI	GPVRU
	POSIZIONI ORGANIZZATIVE	GPVRU
	DOTAZIONE ORGANICHE	GPVRU

complessivo

PERSONALE A TEMPO DETERMINATE	GPVRU
TASSI ASSENZA	GPVRU
INCARICHI CONFERITI E AUTORIZZATI	GPVRU
CONTRATTAZIONE COLLETTIVA	GPVRU
CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA	GPVRU
OIV	GOCSS
DIRIGENTI CESSATI	GPVRU
SANZIONE PER MANCATA COMUNICAZIONE DEI DATI	AILCAT

BANDI DI CONCORSO	STRUTTURE SECONDO COMP
--------------------------	------------------------

PERFORMANCE	SISTEMA DI VALUTAZIONE E MISURAZIONE DELLA PER	GOCSS
	PIANO DELLA PERFORMANCE	GOCSS
	RELAZIONE SULLA PERFORMANCE	GOCSS
	DOCUMENTO OIV DI VALIDAZIONE	GOCSS
	AMMONTARE DEI PREMI	GPVRU
	DATI RELATIVI AI PREMI	GPVRU
	BENESSERE ORGANIZZATIVO	GOCSS

complessivo

	ENTI PUBBLICI VIGILATI	NON DI COMPETENZA ASL
	SOCIETA' PARTECIPATE	AILCAT
ENTI	ENTI DI DIRITTO PRIVATO CONTROLLATI	NON DI COMPETENZA ASL
CONTROLLATI	RAPPRESENTAZIONE GRAFICA	NON DI COMPETENZA ASL
ATTIVITA' E	DATI AGGREGATI ATTIVITA' AMMINISTRATIVA	AILCAT
PROCEDIMENTI	TIPOLOGIE PROCEDIMENTO	AILCAT
	MONITORAGGIO TEMPI PROCEDIMENTALI	AILCAT
	DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE	AILCAT
PROVVEDIMENTI	PROVVEDIMENTI ORGANI INDIRIZZO POLITICO	AILCAT
	PROVVEDIMENTI DIRIGENTI	AILCAT
CONTROLLI SULLE IMPRESE		NON DI COMPETENZA ASL
BANDI DI GARA E CONTRATTI	INFORMAZIONI SULLE SINGOLE PROCEDURE	TP E STRUTTURE SECONDO COMP
	ATTI DELLE AMMINISTRAZIONI AGGIUDICAZTRICI	TP E STRUTTURE SECONDO COMP
SOVVENZIONI E	CRITERI E MODALITA'	AILCAT
CONTRIBUTI	ATTI DI CONCESSIONE	AILCAT
BILANCI	BILANCIO PREVENTIVO E CONSUNTIVO	SEF
	PIANO INDICATORI E RISULTATI ATTESI DI BILANCIO	SEF
BENI IMMOBILI E	PATRIMONIO IMMOBILIARE	TECNICO PATRIMONIALE

complessivo

GESTIONE DEL PATRIMONIO	CANONI DI LOCAZIONE ED AFFITTO	TECNICO PATRIMONIALE
	OIV	GOCSS
CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE	ORGANI DI REVISIONE AMMINISTRATIVA	AICAT
	CORTE DEI CONTI	AILCAT
	CARTA DEI SERVIZI	AILCAT
	COSTI CONTABILIZZATI	SICG
SERVIZI EROGATI	TEMPI MEDI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI	goccs
	CLASS ACTION	AILCAT
	SERVIZI IN RETE	SICG
	LISTE ATTESA	*DATI INSERITI SOPRA
	INDICATORE DI TEMPESTIVITA	SEF
PAGAMENTI AMMINISTRAZIONE	IBAN	SEF
	DATI SUI PAGAMENTI DEL SSN	SEF
	DATI SUI PAGAMENTI	SEF
	PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO	NON DI COMPETENZA ASL
	INFORMAZIONI AMBIENTALI	NON DI COMPETENZA ASL
OPERE PUBBLICHE	NUCLEI DI VALUTAZIONE	TP E STRUTTURE SECONDO COMP
	ATTI DI PROGRAMMAZIONE	NON DI COMPETENZA ASL
	TEMPI COSTI ED INCATORI REALIZZAZIONE OP	NON DI COMPETENZA ASL
STRUTTURE SANITARIE ACCREDITATE		GADVT

complessivo

INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA	NON DI COMPETENZA ASL
---	------------------------------

	PREVENZIONE CORRUZIONE	AILCAT
	ACCESSO CIVICO	AILCAT
ALTRI CONTENUTI	ACCESSIBILITA' E CATALOGO DATI	SICG
	DATI ULTERIORI	AILCAT

AREA	PROCESSO/ FASI /SPECIFICAZIONI	SERVIZI INTERESSATI	PROBABILITA'						IMPATTO				A. PROBABILITA' (totale punti)	B. IMPATTO (totale punti)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (A*B)
			1. Discrezionalità	2. Rilevanza esterna	3. Complessità del processo	4. Valore economico	5. Frazionabilità del processo	6. Controlli	7. Impatto organizzativo	8. Impatto economico	9. Impatto reputazionale	10. Impatto economico, economico e di immagine			
5	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE Applicazione degli istituti contrattuali relativi alla gestione del rapporto di lavoro (attestazione presenze, permessi, ferie, lavoro straordinario, part time, pratiche previdenziali, ecc.) Valutazione individuale del personale Procedimenti disciplinari Progettazione e realizzazione di attività formative	GUPVRU	1	2	1	1	1	2	4	1	0	2	1,33	1,75	2,33
		GUPVRU	2	2	1	1	1	2	1	1	0	3	1,50	1,25	1,88
		UPD	2	2	1	1	1	2	1	1	0	3	1,50	1,25	1,88
		GOCCS	2	5	1	3	1	2	1	1	0	4	2,33	1,50	3,50
6	GESTIONE DELLA FASE ESECUTIVA DEI CONTRATTI PER LAVORI, SERVIZI E FORNITURE Progettazione, direzione e collaudo lavori o attestazione di conformità per servizi o forniture Progettazione, direzione e collaudo lavori o attestazione di conformità per servizi o forniture Progettazione, direzione e collaudo lavori o attestazione di conformità per servizi o forniture Progettazione, direzione e collaudo lavori o attestazione di conformità per servizi o forniture Progettazione, direzione e collaudo lavori o attestazione di conformità per servizi o forniture	TECNICO PATRIMONIALE	2	5	1	3	1	1	1	1	1	1	2,17	1,00	2,17
		FARMACIA T.	5	5	1	1	5	2	2	1	1	3	3,17	1,75	5,54
		FARMACIA O.	5	5	1	1	5	2	2	1	1	3	3,17	1,75	5,54
		TECNICO PATR.	1	5	1	5	1	1	3	1	0	2	2,33	1,50	3,50
		S.INFORMATIVO	2	5	1	5	1	2	2	1	1	4	2,67	2,00	5,33
7	GESTIONE FARMACI ED ALTRI BENI SANITARI Utilizzo beni sanitari (farmaci, dispositivi, strumenti, software) Utilizzo beni sanitari (farmaci, dispositivi, strumenti, compreso strumentario chirurgico, software) Sperimentazioni cliniche	DISTRETTI	2	5	1	3	1	3	4	1	1	1	2,50	1,75	4,38
		DIR.MED.	2	5	1	5	1	2	1	1	0	3	2,67	1,25	3,33
		DIR.MED.	2	5	3	3	1	2	1	1	3	3	2,67	2,00	5,33
8	GESTIONE CONTABILE – PATRIMONIALE Predisposizione degli atti di bilancio Pagamento Fornitori Recupero crediti (ticket, sanzioni amministrative) Recupero crediti da prestazioni soggette al pagamento di diritti veterinari Inventario beni mobili Gestione Cassa Economale Gestione Magazzini Definizione transattiva di controversie aventi contenuto economico Procedure di codificazione e pagamento delle prestazioni sanitarie	SEF	2	5	3	3	1	1	3	1	0	3	2,50	1,75	4,38
		SEF	2	5	3	3	1	1	3	1	0	3	2,50	1,75	4,38
		AILCAT	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	1,83	1,00	1,83
		AILCAT	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	1,83	1,00	1,83
		TECNICO PAT.	1	2	1	1	1	1	3	1	0	2	1,17	1,50	1,75
		TECNICO PATR.	4	2	1	3	1	2	1	1	1	1	2,17	1,00	2,17
		TECNICO PATRIM.	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,83	1,00	1,83
		AILCAT	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	1,83	1,00	1,83
AILCAT	1	5	1	1	1	2	1	1	1	1	1,83	1,00	1,83		
9	ATTIVITA' LIBERO – PROFESSIONALE DEI PROFESSIONISTI SANITARI Autorizzazioni del personale dipendente allo svolgimento di attività libero professionale intramoenia (ALPI) Svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI) in generale Svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI) allargata	DIR.MED.	2	5	1	3	1	3	1	1	3	1	2,50	1,50	3,75
		DIR.MED.	2	5	1	3	5	2	2	1	1	1	3,00	1,25	3,75
		DIR.MED.	2	5	1	3	5	2	2	1	1	1	3,00	1,25	3,75
10	RELAZIONI CON IL PUBBLICO Gestione delle procedure di reclamo degli utenti	AILCAT	2	2	1	1	1	5	3	1	2	3	2,00	2,25	4,50
11	ATTIVITA' CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE Gestione pazienti deceduti e Camere Mortuarie	DIR.MED.	2	5	1	3	1	2	2	1	3	1	2,33	1,75	4,08
12	GESTIONE RISCHI DEI LAVORATORI DIPENDENTI Sorveglianza sanitaria Valutazione dei rischi per la sicurezza sul lavoro	NTSS	2	2	1	1	1	2	1	1	0	3	1,50	1,25	1,88
		NTSS	2	2	1	5	5	2	3	1	0	3	2,83	1,75	4,96
13	ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO Ispezioni e controlli negli ambienti di lavoro (inchieste infortunio, inchieste malattia professionale, vigilanza ordinaria) Ispezioni e controlli animali vivi (allevamenti e mercati) Ispezioni e controlli mangimi e farmaci veterinari Ispezioni e controlli nei macelli Ispezioni e controlli igiene alimenti Azioni in caso di non conformità alla normativa in materia di igiene alimenti (art. 54 reg.CE n.882/04)	DIPREV	2	5	3	5	1	3	4	1	0	2	3,17	1,75	5,54
		DIPREV	2	5	3	5	1	3	2	1	0	3	3,17	1,50	4,75
		DIPREV	2	5	3	5	1	3	1	1	0	3	3,17	1,25	3,96
		DIPREV	2	5	3	5	1	3	3	1	0	3	3,17	1,75	5,54
		DIPREV	2	5	3	5	1	3	4	1	0	2	3,17	1,75	5,54
		DIPREV	2	5	3	5	1	3	4	1	0	2	3,17	1,75	5,54

AREA	PROCESSO/ FASI /SPECIFICAZIONI	SERVIZI INTERESSATI	PROBABILITA'						IMPATTO				RISCHIO		
			1. Discrezionalità	2. Rilevanza esterna	3. Complessità del processo	4. Valore economico	5. Frazionabilità del processo	6. Controlli	7. Impatto organizzativo	8. Impatto economico	9. Impatto reputazionale	10. Impatto organizzativo, economico e di immagine	A. PROBABILITA' (totale punti)	B. IMPATTO (totale punti)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (A*B)
	Vigilanza sulle farmacie aperte al pubblico	DIPREV	2	2	1	1	1	1	1	1	0	2	1,33	1,00	1,33
	Accreditamento e vigilanza sulle strutture sanitarie e socio sanitarie private: - centri diagnostici, poliambulatori, case di cura ecc - RSA, comunità terapeutiche ecc	COMMISSIONI VIGILANZA	2	5	1	5	1	5	1	1	1	5	3,17	2,00	6,33
14	ATTIVITA' SANZIONATORIA														
	Sanzioni amministrative in materia sanitaria - procedimento legge 689/1981 (accertamento, contestazione, pagamento in misura ridotta)	DIPREV	1	5	1	5	1	1	4	1	0	2	2,33	1,75	4,08
	Sanzioni amministrative in materia sanitaria - procedimento legge 689/1981 (rapporto, scritti difensivi, audizione, definizione con ordinanza ingiunzione / archiviazione)	DIPREV	1	5	3	5	1	1	4	1	0	2	2,67	1,75	4,67
	Contestazione violazioni penali e amministrative ex dlgs 758/1994 e procedimenti amministrativi correlati	DIPREV	1	5	3	5	1	1	4	1	0	2	2,67	1,75	4,67
15	CERTIFICAZIONI, ATTESTAZIONI, VIDIMAZIONI, EMISSIONE DOCUMENTI														
	(Mod. 4, certificazioni avicunicoli)	DIPREV	1	5	1	5	1	2	2	1	0	3	2,50	1,50	3,75
	Attestazioni per trasporto animali vivi	DIPREV	1	5	1	5	1	2	1	1	0	3	2,50	1,25	3,13
	Certificato per movimentazione intracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi	DIPREV	1	5	3	5	1	2	2	1	0	3	2,83	1,50	4,25
	Certificazione allevamento itico indenne da SEV e NEI	DIPREV	1	5	1	5	1	3	1	1	0	3	2,67	1,25	3,33
	Certificazioni inerenti alla sanità animale (per capi o aziende: es. compravendita, anemia infettiva equini, indennità sanitarie, riproduttori, ecc..)	DIPREV	1	5	1	5	1	3	3	1	0	3	2,67	1,75	4,67
	Attestazioni e certificazioni per l'esportazione	DIPREV	1	5	1	5	1	2	2	1	0	3	2,50	1,50	3,75