



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024

Sommario

Premessa.....	2
Sezione 1: Scheda anagrafica dell' AOU San Luigi Gonzaga.....	3
Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione.....	4
2.1 Valore pubblico.....	4
2.2.1 L'Albero della Performance.....	5
2.2.2 Il ciclo della Performance	6
2.2.3 Gli obiettivi strategici ed operativi.....	7
2.2.4 La misurazione e valutazione della Performance	43
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza.....	44
2.3.1 Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2022/2024.....	44
Sezione 3: Organizzazione e capitale umano.....	89
3.1 Struttura organizzativa	89
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	96
3.3: Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) 2020-2022	105
3.4 Formazione del personale	109
Sezione 4: Monitoraggio	117

Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Decreto Milleproroghe (D.L. 30 dicembre 2021, n. 228, recante “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”) prevede che “*in sede di prima applicazione*” il PIAO “*sia adottato entro il 30 aprile 2022*”; tale termine è poi slittato, ai sensi del Decreto Legge n. 36 del 30.04.2022, alla data del 30.06.2022.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- 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;
- 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;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

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

- il Piano della Performance, poiché definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, poiché definisce la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

Il principio che guida la definizione del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità – e la conseguente frammentazione – degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di *governance*.

In quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione rappresenta una sorta di “testo unico” della programmazione, che sviluppa in chiave sistemica la pianificazione delle attività amministrative in ordine alla performance (dimensione operativa), alla trasparenza (accesso e utilizzabilità delle informazioni) e alla prevenzione della corruzione (riduzione dei comportamenti inappropriati e illegali), alla programmazione e della gestione del lavoro agile.

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'AOU San Luigi Gonzaga

Amministrazione pubblica	Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga
Indirizzo	Regione Gonzole 10. 10043 Orbassano
PEC	aousanluigigonzaga@pec.sanluigi.piemonte.it
P.IVA	02698540016
C.F.	95501020010
Sito web	https://www.sanluigi.piemonte.it

Ai sensi dell'art. 21 della L.R. 6/8/2007 n. 18, l'Azienda San Luigi Gonzaga di Orbassano (di seguito denominata AOU San Luigi) è stata individuata con D.G.R. n. 65-7819 del 17/12/2007 come Azienda ospedaliero-universitaria.

Tale identità giuridica è stata ribadita dalla D.G.R. n. 51-1358 del 29/12/2010, con cui è stato avviato il progetto di riordino del SSR e definita la nuova configurazione organizzativa e territoriale delle ASR.

L' AOU San Luigi ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; essa svolge in modo unitario funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

La sede legale, che coincide con quella operativa, è ubicata in Orbassano, Regione Gonzole 10 (codice fiscale 95501020010, Partita IVA 02698540016).

Altra sede operativa è a Beinasco, via San Giacomo 2, ove insiste il Corso di Laurea in Infermieristica.

Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1 Valore pubblico

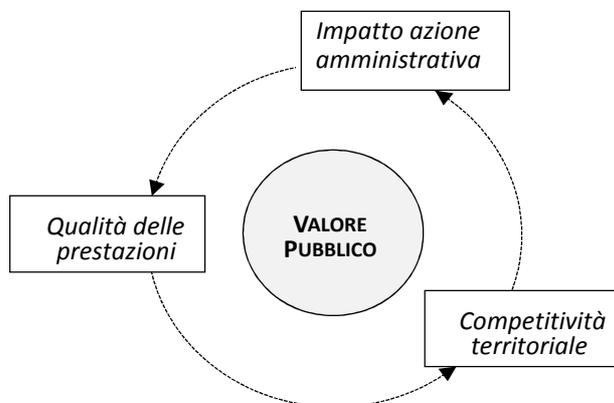
L'AOU San Luigi è una Azienda del Servizio Sanitario Regionale che opera secondo i seguenti principi ispiratori:

- efficacia e efficienza organizzativa;
- appropriatezza, intesa nella sua duplice accezione di appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza organizzativa come regime di erogazione della prestazione efficace, ma al tempo stesso a minor consumo di risorse;
- sicurezza, nella misura in cui l'assistenza erogata pone il paziente e gli operatori nel minor rischio;
- equità dell'assistenza intesa come l'erogazione delle prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha bisogno;
- miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte;
- partecipazione degli operatori e dei cittadini attraverso le associazioni di volontariato al processo di miglioramento dei servizi erogati;
- diritto di accesso dell'utente alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano;
- umanizzazione nel senso che la maggiore attenzione posta alla qualità delle cure e di conseguenza alla qualità della vita pone al centro del processo di gestione il paziente stesso e ne valorizza il punto di vista.

L'organizzazione ed il funzionamento di questa Azienda sono disciplinati nell'Atto Aziendale adottato con la deliberazione n. 705 del 07.12.202, così come modificato con atto n. 143 del 08.03.2022 relativo al recepimento dei rilievi di cui alla DGR n. 12-4697 del 25.02.2022, che prevede le seguenti strutture organizzative:

- dipartimenti
- strutture complesse
- strutture semplici a valenza dipartimentale
- strutture semplici in staff o interne alle strutture complesse

L'AOU San Luigi, come tutte le Aziende pubbliche, produce “valore” nella misura in cui risponde in modo adeguato ai bisogni della collettività, attraverso lo svolgimento di attività istituzionali e gestionali dirette alla produzione e all'erogazione di beni e servizi.

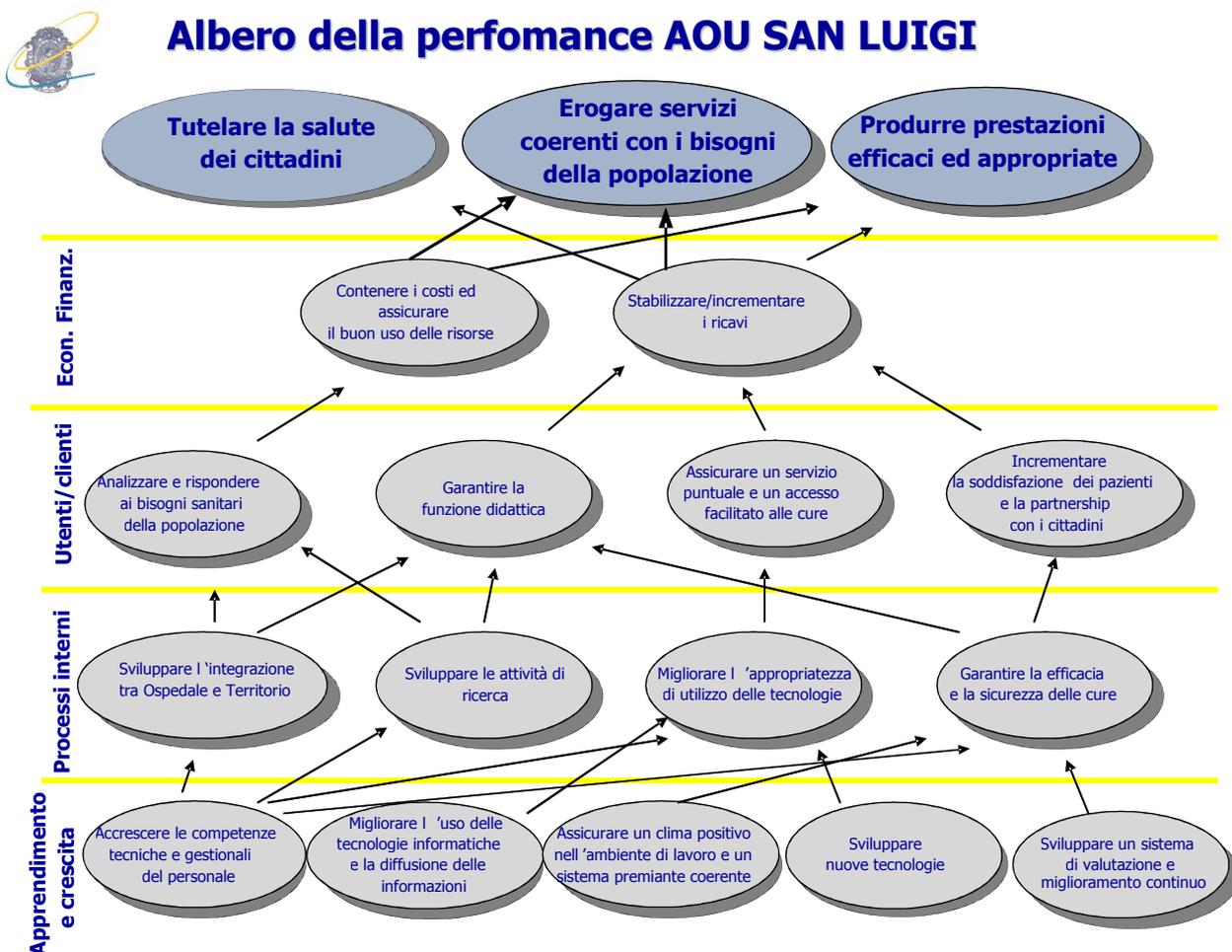


In particolare, nel triennio in esame si intende operare per migliorare l'accessibilità sia fisica che digitale dell'AOU San Luigi, con realizzazione, nello specifico, di:

- un progetto per la semplificazione dei percorsi per l'utenza ai fini dell'accesso agli ambulatori ed alle aree specialistiche
- una maggiore digitalizzazione dei documenti sanitari ed, in particolare, una implementazione, con i fondi del PNNR, della cartella clinica elettronica
- una maggiore informatizzazione dei percorsi sanitari
- una reingegnerizzazione delle informazioni e dei servizi di interesse dei dipendenti, tramite la costruzione della nuova internet

2.2.1 L'Albero della Performance

L'albero della Performance, di seguito riportato, è la mappa logica con la quale si rappresentano i legami tra mission, aree strategiche, obiettivi generali e obiettivi specifici dell'AOU San Luigi; in altri termini tale mappa dimostra come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla realizzazione del mandato istituzionale di questa Azienda. Gli indirizzi derivanti dai documenti di programmazione regionale e nazionale costituiscono la base di partenza dell'albero delle performance; ad essi si aggiungono tutti gli elementi che emergono dall'analisi del contesto interno e esterno, rilevanti ai fini della definizione della programmazione strategica.



2.2.2 Il ciclo della Performance

La Direzione, nell'ottica del soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di competenza mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie con efficiente gestione delle risorse disponibili, ha individuato le aree strategiche di intervento, da cui sono stati estrapolati gli obiettivi strategici triennali e da questi gli obiettivi aziendali da assegnare alle varie strutture, come di seguito dettagliati, integrati con il processo di programmazione e con il bilancio di previsione:

Area strategica	Obiettivo strategico triennale	Obiettivo aziendale annuale
		Monitoraggio liste e tempi d'attesa
Cittadino al centro	Accessibilità ai servizi	Realizzazione interventi previsti nel Piano Straordinario riorganizzazione della rete ospedaliera (progetti Arcuri) e nel Piano Investimenti Aziendale
		Digitalizzazione dei documenti
Innovazione e sviluppo	Transizione al digitale	Implementazione FSE e servizi on line
	Lavoro agile	Telemedicina
		Regolamentazione Lavoro Agile
		Area Osteomuscolare:
Qualità	Esiti di salute	Tempestività interventi
		Tempestività nell'effettuazione PTCA
	Razionalizzazione delle risorse	Donazioni d'organo
		Efficiente gestione dei budget economici assegnati
Sostenibilità del sistema	Gestione spesa farmaci	Appropriatezza prescrittiva consumo e utilizzo farmaci
Cultura della legalità	Cultura della legalità	Prevenzione della corruzione e dell'illegalità e amministrazione trasparente

L'assegnazione degli obiettivi è stata preceduta dallo svolgimento di incontri tra la Direzione Aziendale ed i Direttori di Dipartimento, nonché i Direttori di tutte le strutture, nei quali sono stati condivisi e negoziati i target attesi, anche in relazione agli obiettivi regionali di produzione, che contribuiscono a definire l'indice di redditività e l'efficienza dell'Azienda.

La programmazione della performance è pertanto, nell'ambito dell'AOU San Luigi, frutto di un processo di proposta, condivisione e quindi consolidamento degli obiettivi medesimi, con possibilità di

rimodulazione degli stessi in corso d'anno, in relazione ad eventuali rilevate criticità sul relativo raggiungimento.

In tutte le fasi del ciclo della Performance è operata una stretta correlazione tra la performance organizzativa e quella individuale in quanto solo l'azione programmata e coordinata degli individui consente il raggiungimento di risultati organizzativi.

2.2.3 Gli obiettivi strategici ed operativi

Le schede di budget/obiettivi 2022, sottoscritte dai Responsabili delle varie articolazioni aziendali, sono di seguito riportate

STRUTTURE SANITARIE DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA DIPARTIMENTO AREA MEDICA E ONCOLOGIA

SCDO GERIATRIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	25%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	25%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno n. 1 Audit da parte della SC Farmacia su appropriatezza		
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		

SCDU ANATOMIA PATOLOGICA

Macro obiettivo	Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Qualità dell'assistenza	Screenig Oncologici	40%	Produzione dei volumi prestazionali di screening oncologico previsti dall'aASL TO3		
Refertazione	Aggiornamento modalità di refertazione per patologia neoplastica su campioni chirurgici, in adeguamento alle piu' recenti classificazioni WHO e sistemi di stadiazione pTNM	30%	a) aggiornamento schede di refertazione entro 30.06.2022 b) applicazione di tale modalità di refertazione nel >90% dei casi nel 2° semestre 2022 c) relazione finale congiunta		
	Individuazione delle modalità per rendere disponibili i referti in modalità informatizzata ai reparti richiedenti in raccordo Informatica e privacy				
	Mantenimento tempi medi di refertazione anno 2019 per campioni di screening di I e II livello per carcinoma collo dell'utero, della mammella e del colon retto; campioni citologici derivanti da attività di radiologia interventistica; campioni biotipici di pertinenza dell'endoscopia digestiva e della broncoscopia	30%	Report tempi di refertazione 2022 vs 2019		

SCDU MEDICINA INTERNA

Macro obiettivo	Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Budget	Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
		25%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Accessibilità	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
		25%	Rispetto standard regionale		
Degenza Media	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Gestione spesa farmaci	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Telemedicina	Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		
Prevenzione Infezioni	Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		

SCDU MEDICINA INTERNA – Indirizzo Ematologico/SSD Terapia Onco Emat. Intens. Tra. CSE

Macro obiettivo	Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Budget	Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
		25%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Accessibilità	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
		25%	Rispetto standard regionale		
Degenza Media	Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Gestione spesa farmaci	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Telemedicina	Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		
Prevenzione Infezioni	Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		

SCDU ONCOLOGIA MEDICA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	20%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	5%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Incremento prelievi cornee	10%	Partecipazione al procurement di almeno n. 13 donatori a livello aziendale. Relazione coordinatore donazione organi e tessuti		
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	5%	N° di pazienti valutati anno 2022 per avvio a percorso PBM /numero interventi in elezione anno 2022. ≥ 2 % Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale		

SCDO MECAU

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Miglioramento percorsi interni di ricovero	35%	Riduzione del numero di ricoveri attraverso la definizione di percorsi interni concordati	% ricoveri inferiore al 2019	
Incremento utilizzo percorsi territoriali rispetto al 2019	20%	n° dimessi/accessi totali >2019		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	30%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Incremento prelievi cornee	15%	Partecipare al procurement di almeno n. 13 donatori a livello aziendale. Relazione del Coordinatore donazione organi e tessuti		

SCDU RADIODIAGNOSTICA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa (con prestazioni della Medicina Nucleare rapportate al periodo di effettiva apertura del servizio per ristrutturazione)	10%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	35%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Riapertura accessi diretti (effettuabile dal momento della rimozione del cantiere in corso)	20%	Evidenza documentale		
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali. Relazione Direttore del Dipartimento e SC DSPO		
	30%	Rispetto standard regionale		

SS RADIOTERAPIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	10%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	40%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	10%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	40%	Rispetto standard regionale		

SSD WEEK DAY H - INTERNISTICO

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento ricoveri in Day Hospital	45%	Report predisposto dal Controllo di Gestione	+ 3% anno 2019	
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	35%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Perfezionamento gestione della terapia con Epoprostenolo a pazienti con ipertensione polmonare	20%	Evidenza documentale		

SSD DIETOLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	35%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	35%	Rispetto standard regionale		
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	20%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		

SSD ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	25%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	25%	Rispetto standard regionale		
Screening oncologici	15%	Produzione dei volumi prestazionali di screening oncologico previsti dall'ASL TO3		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	15%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		

SS MALATTIE METABOLICHE DIABETOLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	25%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	25%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		

SSD ONCOLOGIA POLMONARE

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	25%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero dal DEA Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	5%	N° di pazienti valutati anno 2022 per avvio a percorso PBM / numero interventi in elezione anno 2022 \geq 2% . Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale		

SSD NEFROLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	30%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali. Relazione Direttore del Dipartimento e SC DSPO		
	30%	Rispetto standard regionale		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	15%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Relazione Direttore Dipartimento e Report finale SC DSPO		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		

COUNSELING GENETICO

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	60%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		
Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	40%	Report finale prodotto dai SII		

SSD MICROCITEMIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	25%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	10%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	25%	Rispetto standard regionale		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore del Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	15%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		

DIPARTIMENTO AREA MEDICA SPECIALISTICA SCDO CARDIOLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	15%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA .Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021) - In alternativa valutato un effettivo incremento dei pazienti ricoverati da P.S.		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Progettazione di un format cartaceo di cartella clinica condivisa medico, infermieristica, fisioterapia, logopedica, analoga per tutte le strutture e con inserti specifici per specialità	5%	a) entro 30/06/22 :Produzione di un prototipo condiviso b) entro 30/09/22 : Realizzazione di almeno 5 cartelle condivise per struttura c) entro 31/12/22: Realizzazione di almeno il 20% di dimissioni con cartella condivisa e lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa Report intermedi e finali prodotti dal Direttore del Dipartimento	> = 20% cartelle condivise ultimo trimestre 2022	
Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPSA)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa feriale (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
Effettuazione di almeno 1% delle visite/prestazioni in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	5%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		
%PTCA entro 0-2-gg di ricovero STEMI	5%	Mantenimento valore 2019 (88%) o comunque > = 85%		
Incremento prelievi cornee	5%	Partecipazione al procurement di almeno n. 13 donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti		

SCDO MEDICINA FISICA - NEURORIABILITAZIONE

Macro obiettivo	Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Budget	Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
		30%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Accessibilità	Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
		30%	Rispetto standard regionale		
Gestione spesa farmaci	Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Interdisciplinarietà	Progettazione di un format cartaceo di cartella clinica condivisa medico, infermieristica, fisioterapica, logopedica, analoga per tutte le strutture e con inserti specifici per specialità	5%	a) entro 30/06/22 :Produzione di un prototipo condiviso entro 30/09/22 : Realizzazione di almeno 5 cartelle condivise per struttura c) entro 31/12/22: Realizzazione di almeno il 20% di dimissioni con cartella condivisa e lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa Report intermedi e finali prodotti dal Direttore del Dipartimento	b) > = 20% cartelle condivise ultimo trimestre 2022	
Interprofessionalità	Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPS A)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa feriale (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
Telemedicina	Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	5%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Prevenzione Infezioni	Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		

SCDO LABORATORIO ANALISI CLINICHE E MICROBIOLOGICHE

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Estensione a 7 giorni su 7 dell'esecuzione in biologia molecolare di test per la ricerca rapida di patogeni MDR nelle alte e basse vie aeree	30%	A) raggiungimento pari al 100% se numero test/anno > 50 B)raggiungimento pari all'80% se numero test anno fra 20 e 50 C)raggiungimento pari al 50% se numero test/anno < 20		
Esecuzione in giornata di tutti i tamponi del precovero pervenuti in laboratorio	30%	tamponi referati in giornata/ tamponi pervenuti in giornata = 100%		
Riapertura accessi diretti	40%	Evidenza documentale		

SCDO NEUROLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	20%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA .Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Progettazione di un format cartaceo di cartella clinica condivisa medico, infermieristica, fisioterapica, logopedica, analoga per tutte le strutture e con inserti specifici per specialità	5%	a) entro 30/06/22 :Produzione di un prototipo condiviso b) entro 30/09/22 : Realizzazione di almeno 5 cartelle condivise per struttura c) entro 31/12/22: Realizzazione di almeno il 20% di dimissioni con cartella condivisa e lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa Report intermedi e finali prodotti dal Direttore del Dipartimento	> = 20% cartelle condivise ultimo trimestre 2022	
Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPSA)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa feriale (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	5%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		
Incremento prelievi cornee	5%	Partecipazione al procurement di almeno n. 13 donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti		

SCDO PNEUMOLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	20%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguatezza tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	20%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	5%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA .Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Progettazione di un format cartaceo di cartella clinica condivisa medico, infermieristica, fisioterapia, logopedica, analoga per tutte le strutture e con inserti specifici per specialità	5%	a) entro 30/06/22 :Produzione di un prototipo condiviso b) entro 30/09/22 : Realizzazione di almeno 5 cartelle condivise per struttura c) entro 31/12/22: Realizzazione di almeno il 20% di dimissioni con cartella condivisa e lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa Report intermedi e finali prodotti dal Direttore del Dipartimento	> = 20% cartelle condivise ultimo trimestre 2022	
Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPSA)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa feriale (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	5%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		
Incremento prelievi cornee	5%	Partecipazione al procurement di almeno n. 13 donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti		
* il peso di questo obiettivo, nel caso di mancata partecipazione, viene ribaltato sull'obiettivo "Incremento prestazioni ambulatoriali "(+ 3%anno 2019)				

SCDU PSICHIATRIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	20%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguatezza tempi di attesa prestazioni ambulatoriali	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA .Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	15%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Progettazione di un format cartaceo di cartella clinica condivisa medico, infermieristica, fisioterapica, logopedica, analoga per tutte le strutture e con inserti specifici per specialità	10%	a) entro 30/06/22 :Produzione di un prototipo condiviso b) entro 30/09/22 : Realizzazione di almeno 5 cartelle condivise per struttura c) entro 31/12/22: Realizzazione di almeno il 20% di dimissioni con cartella condivisa e lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa Report intermedi e finali prodotti dal Direttore del Dipartimento	> = 20% cartelle condivise ultimo trimestre 2022	
Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPSA)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa ferial (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	5%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
* il peso di questo obiettivo, nel caso di mancata partecipazione, viene ribaltato sull'obiettivo "Incremento prestazioni ambulatoriali "(+ 3% anno 2019)				

SSD ASMA GRAVE E MALATTIE RARE DEL POLMONE

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	25%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	25%	Rispetto standard regionale		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	15%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Sistematico utilizzo di Areas per refertazione	5%	Reportistica su Areas fornita dai SII		
Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPSA)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa feriale (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		
* il peso di questo obiettivo, nel caso di mancata partecipazione, viene ribaltato sull'obiettivo "Incremento prestazioni ambulatoriali "(+ 3% anno 2019)				

SSD LABORATORIO FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	30%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	30%	Rispetto standard regionale		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	15%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Sistematico utilizzo di Areas per refertazione	5%	Reportistica su Areas fornita dai SII		
Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPSA)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa feriale (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	5%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
* il peso di questo obiettivo, nel caso di mancata partecipazione, viene ribaltato sull'obiettivo "Incremento prestazioni ambulatoriali "(+ 3% anno 2019)				

SSD PATOLOGIE NEUROLOGICHE SPECIALISTICHE

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	20%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Garantire la disponibilità dei PL per il ricovero DEA .Riduzione degenza media	15%	Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019/2020/2021)		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Progettazione di un format cartaceo di cartella clinica condivisa medico, infermieristica, fisioterapica, logopedica, analoga per tutte le strutture e con inserti specifici per specialità	5%	a) entro 30/06/22 :Produzione di un prototipo condiviso b) entro 30/09/22 : Realizzazione di almeno 5 cartelle condivise per struttura c) entro 31/12/22: Realizzazione di almeno il 20% di dimissioni con cartella condivisa e lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa Report intermedi e finali prodotti dal Direttore del Dipartimento	> = 20% cartelle condivise ultimo trimestre 2022	
Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPSA)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa feriale (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	5%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Adesione al progetto 2022 di Antimicrobial Stewardship relativo all'uso appropriato dei farmaci antimicrobici, con il coinvolgimento attivo dei medici referenti ICA	5%	1) Partecipazione 100% dei referenti medici ICA della struttura agli audit organizzati con il gruppo multidisciplinare antimicrobial stewardship 2) Diffusione contenuti audit ai colleghi medici della struttura attraverso redazione verbale, da inviare in copia a SS UPRI entro 30 gg dalla data dell'audit		
Incremento prelievi cornee	5%	Partecipazione al procurement di almeno n. 13 donatori a livello aziendale. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti		
* il peso di questo obiettivo, nel caso di mancata partecipazione, viene ribaltato sull'obiettivo "Incremento prestazioni ambulatoriali "(+ 3% anno 2019)				

SSD SERVIZIO TRASFUSIONALE

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	30%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	10%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	30%	Rispetto standard regionale		
Promozione e partecipazione al progetto: "Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	25%	Numero di pazienti valutati anno 2022 per avvio a percorso PBM \geq 2% del numero di interventi in elezione anno 2022 - Produzione Report		

SSD PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro 30.05.2022		
	30%	report predisposto da CdG (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore Dipartimento e dalla SC DSPO		
	35%	Rispetto standard regionale		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	15%	Partecipazione ad almeno 1 audit SC Farmacia su appropriatezza		
Progettazione di un format cartaceo di cartella clinica condivisa medico, infermieristica, fisioterapica, logopedica, analoga per tutte le strutture e con inserti specifici per specialità	5%	a) entro 30/06/22 :Produzione di un prototipo condiviso b) entro 30/09/22 : Realizzazione di almeno 5 cartelle condivise per struttura c) entro 31/12/22: Realizzazione di almeno il 20% di dimissioni con cartella condivisa e lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa Report intermedi e finali prodotti dal Direttore del Dipartimento	> = 20% cartelle condivise ultimo trimestre 2022	
Integrazione interdisciplinare e interprofessionale attraverso un'esperienza lavorativa condivisa tra professionisti di diversa estrazione e specializzazione (previo raccordo con SC DIPS A)	5%	numero di giornate presso altra Struttura / numero di giornate di disponibilità a ricevere team di altre strutture non inferiori ad una settimana lavorativa ferial (se struttura individuata dal Direttore del Dipartimento) Report finale del Direttore del Dipartimento	*	
* il peso di questo obiettivo, nel caso di mancata partecipazione, viene ribaltato sull'obiettivo "Incremento prestazioni ambulatoriali "(+ 3% anno 2019)				

**DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA E INTENSIVA
SCDU ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

Obiettivo	sub obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Raggiungimento n. sedute operatorie e n. Interventi anno 2019		25%	N.interventi 2022 => 2019 / Fatturato 2022 => 2019		
% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS		15%	> 70% Collaborazione con Ortopedia per programmazione sale		
Donazioni d'Organo	Incremento Prelievi Cornee	25%	Partecipazione al procurement di almeno n. 13 donatori a livello aziendale. Messa a disposizione del Dirigente Medico Coordinamento donazione organi e tessuti. Attestazione coordinatore donazione organi e tessuti		
	Incremento donazioni organi		20-40% morti encefaliche segnalate in Rianimazione /n.decessi in Rianimazione con patologia compatibile.		
	Non opposizione alla donazione di organi		tasso di opposizione alla donazione di organi in Rianimazione inferiore al 33% delle segnalazioni di morte encefalica in Rianimazione.		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci		25%	Partecipazione ad almeno 2 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici		10%	N° di pazienti valutati anno 2022 per avvio a percorso PBM / numero interventi in elezione anno 2022 ≥ 2%. Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale		

SCDU OFTALMOLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	20%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Incremento prelievi cornee	10%	Partecipazione al procurement di almeno 13 donatori a livello aziendale.Relazione coordinatore donazione organi e tessuti		
Raggiungimento n. sedute operatorie e n. Interventi anno 2019	15%	N.interventi Ricoveri Ordinari 2022 ≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) N.interventi prestazioni ambulatoriali complesse 2022 ≥ 2019 Fatturato 2022 ≥ 2019		
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	15%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		

SCDU CHIRURGIA GENERALE

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	20%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Raggiungimento n. sedute operatorie e n. Interventi anno 2019	15%	N.interventi 2022 \geq 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2022 \geq 2019		
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	15%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Evidenza di adesione alla sorveglianza regionale attraverso la compilazione, per ogni intervento chirurgico previsto dal protocollo SNICH, in sala operatoria a ai successivi controlli ambulatoriali, della scheda di sorveglianza presente su GBO	5%	Interventi chirurgici con scheda di sorveglianza di GBO compilata \geq 80%		
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	5%	N° di pazienti valutati anno 2022 per avvio a percorso PBM / numero interventi in elezione anno 2022 \geq 2%. Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale		

SCDU CHIRURGIA TORACICA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	20%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Raggiungimento n. sedute operatorie e n. Interventi anno 2019	15%	N.interventi 2022 \geq 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2022 \geq 2019		
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	15%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Evidenza di adesione alla sorveglianza regionale attraverso la compilazione, per ogni intervento chirurgico previsto dal protocollo SNICH, in sala operatoria a ai successivi controlli ambulatoriali, della scheda di sorveglianza presente su GBO	5%	Interventi chirurgici con scheda di sorveglianza di GBO compilata \geq 80%		
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	5%	N° di pazienti valutati anno 2022 per avvio a percorso PBM / numero interventi in elezione anno 2022 \geq 2%. Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale		

SCDU ODONTOSTOMATOLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	25%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Raggiungimento n. sedute operatorie e n. Interventi anno 2019	20%	N.interventi 2022 ≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2022 ≥ 2019		
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	15%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		

SCDU ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	20%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Raggiungimento produzione anno 2019	15%	N.interventi 2022 ≥ 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2022 ≥ 2019		
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	5%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	15%	> 70% Collaborazione con SCDU Anestesia e Rianimazione e SS Sale Operatorie per programmazione sale		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	5%	Partecipazione ad almeno 1 Audit da parte della SC Farmacia su appropriatezza		
Evidenza di adesione alla sorveglianza regionale attraverso la compilazione, per ogni intervento chirurgico previsto dal protocollo SNICH, in sala operatoria a ai successivi controlli ambulatoriali, della scheda di sorveglianza presente su GBO	5%	Interventi chirurgici con scheda di sorveglianza di GBO compilata ≥ 80%		
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	5%	N° di pazienti valutati anno 2022 per avvio a percorso PBM / numero interventi in elezione anno 2022 ≥ 2%. Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale		

SCDU OTORINOLARINGOIATRIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	20%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Raggiungimento n. sedute operatorie e n. Interventi anno 2019	20%	N.interventi 2022 \geq 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2022 \geq 2019		
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	10%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	15%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Evidenza di adesione alla sorveglianza regionale attraverso la compilazione, per ogni intervento chirurgico previsto dal protocollo SNICH, in sala operatoria a ai successivi controlli ambulatoriali, della scheda di sorveglianza presente su GBO	5%	Interventi chirurgici con scheda di sorveglianza di GBO compilata \geq 80%		

SCDU UROLOGIA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	20%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	20%	Rispetto standard regionale		
Raggiungimento n. sedute operatorie e n. Interventi anno 2019	15%	N.interventi 2022 \geq 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2022 \geq 2019		
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	15%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	10%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		
Evidenza di adesione alla sorveglianza regionale attraverso la compilazione, per ogni intervento chirurgico previsto dal protocollo SNICH, in sala operatoria a ai successivi controlli ambulatoriali, della scheda di sorveglianza presente su GBO	5%	Interventi chirurgici con scheda di sorveglianza di GBO compilata \geq 80%		
Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	5%	N° di pazienti valutati anno 2022 per avvio a percorso PBM / numero interventi in elezione anno 2022 \geq 2%. Report prodotto da Responsabile SSD Servizio Trasfusionale		

SSD MEDICINA DEL DOLORE E TERAPIA ANTALGICA

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Incremento prestazioni ambulatoriali al fine della riduzione delle liste d'attesa	5%	Individuazione referente liste d'attesa entro il 30.05.2022		
	30%	Report predisposto dal Controllo di Gestione (al netto delle prestazioni aggiuntive)	+ 3% anno 2019	
Adeguamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	5%	Partecipazione alle riunioni previste per la gestione delle prestazioni ambulatoriali attestata dal Direttore del Dipartimento e dalla SC DSPO		
	25%	Rispetto standard regionale		
Effettuazione di almeno 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	15%	Report finale SC DSPO e/o Direttore Dipartimento		
Appropriatezza prescrittiva consumo ed utilizzo farmaci	20%	Partecipazione ad almeno 1 Audit SC Farmacia su appropriatezza		

SSD SALE OPERATORIE

Obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Raggiungimento n. sedute operatorie e n. Interventi anno 2019	25%	N.interventi 2022 \geq 2019 (al netto prestazioni aggiuntive) / Fatturato 2022 \geq 2019		
Ottimizzazione sedute Sale Operatorie	50%	Evidenza documentale azioni effettuate		
% casi di frattura femore con degenza media preoperatoria entro 48h dall'arrivo in PS	25%	> 70% Collaborazione con SCDU Anestesia e Rianimazione e SCDU Ortopedia per programmazione sale		

SSD DAY WEEK SURGERY

Obiettivo	sub obiettivo	Peso	Nota indicatore	misura indicatore	Indicatore
Obiettivi comuni alla SCDU Chirurgia Generale	Partecipazione agli obiettivi della SCDU Generale	70%	Vedasi specifici indicatori		
Ottimizzazione percorsi chirurgici finalizzati ad un utilizzo ottimale dei PL Week Surgery (in particolare quelli afferenti alla SCDU Oftalmologia)		30%	Evidenza documentale azioni attuate		

STRUTTURE TECNICHE ED AMMINISTRATIVE
S.C.RISORSE UMANE

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Budget	Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) <u>Budget di spesa</u> : 1) Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	30%
		b) <u>Budget straordinario</u> : 1) Provvedimento di assegnazione budget straordinario 2) Produzione reports strutture al 31.12.2022	10%
Libera Professione	Revisione Regolamento Libera Professione	1) Entro 30.09.2022 : presentazione alla Direzione proposta congiunta con SC GEF e SS SAAS 2) Entro 31.12.2022: Predisposizione, congiuntamente a SC GEF e SS SAAS, piano di attuazione, applicabile dal 01.01.2023	15%
Piano Attuativo Certificabilità	Aggiornamento PAC a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale	Entro 30.06.2022: revisione schede di pertinenza e trasmissione delle stesse alla SC GEF	15%
Omogeneizzazione e aggiornamento banche dati	Aggiornamento di tutti i dati di inquadramento in IrisWin ed allineamento agli stessi del Data Base del settore stipendi (procedura CSI)	1) Verbale audit interno di verifica aggiornamento e completezza dei dati 2) Report iniziale e finale di verifica coerenza dati (< 5% disallineamento). 3) Presenza titolo di studio in Iris per 100% dipendenti	10%
Tempestività nei pagamenti	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	15%
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE

Budget	Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) <u>Budget di spesa</u> :	1)	30%
		Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF	2)	
		Evidenza valutazione scostamenti	3)	
		Proposta interventi correttivi, ove necessari		
		b) <u>Budget straordinario</u> :		10%
		Report al 31.12.2022		
Utilizzo piattaforma ECM	Formazione dei referenti aziendali della formazione sull'utilizzo della piattaforma ECM per le richieste/autorizzazioni di corsi di aggiornamento esterno	1) predisposizione e pubblicazione in Intranet di apposita procedura 2) report incontri formativi effettuati su richiesta dei referenti		20%
Tempestività nei pagamenti	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria		15%
Valutazione docenti	Valutazione della soddisfazione dei docenti sui corsi dell'emergenza (BLS, ALS, ILS)	1) Definizione percorso per compilazione scheda di gradimento per almeno 80% dei partecipanti 2) Report finale con percentuale di gradimento per tutti gli item di valutazione		20%
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica		5%

CORSO LAUREA PROFESSIONI SANITARIE

Budget	Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) <u>Budget di spesa</u> : 1) Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	Coordinatore (30%) tutor (30%) amministrativi (30%)
		b) <u>Budget straordinario</u> : Report al 31.12.2022	Coordinatore (10%) tutor (10%) amministrativi (10%)
Progetti di promozione salute/sorveglianza sanitaria studenti'	Collaborazione al Progetto intitolato "Evviva ASITO3"	Eventi organizzati dall' ASL TO3 e Comuni del territorio con fine educativo/promozione alla salute: 1) svolgimento n 2 edizioni con partecipazione attiva di tutor e studenti del C.L. Infermieristica, formati in sede 2) definizione criteri scelta e comunicazione all'ente organizzatore degli studenti infermieri coinvolti 3) report su attività svolte, numero degli accessi alle attività, n. tutor e studenti infermieri coinvolti	Coordinatore, (30%) tutor (30%) amministrativi (20%)
	Programmazione, gestione e monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e TRP - anno di corso	I Completamento percorso della sorveglianza sanitaria per l'acquisizione dell'idoneità fisica degli studenti CLI e TRP - I anno di corso, prima dell'immissione in tirocinio. 100% studenti accertati prima dell'inizio del tirocinio	Amministrativi (20%)
Interprofessionalità	Interprofessional clerkship (integrazione attività studenti dei Corsi di Medicina e di Infermieristica) Finalità: favorire l'interprofessionalità e la formazione tra pari	Apprendimento da parte degli studenti di medicina di tecniche infermieristiche specifiche e per gli studenti infermieri assunzione del ruolo di guida. Svolgimento: n. 1 giornata di presentazione, n. 8 giornate di laboratorio presso il centro di simulazione, n. 4 giornate nei reparti, n. 2 giornate di conclusione lavori.	Coordinatore(30%) tutor (30%)
Tempestività nei pagamenti	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	Amministrativi (10%)
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	Amministrativi (10%)

S.C. PROVVEDITORATO ECONOMATO

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Budget	Monitoraggio del budget di spesa e rispetto del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	30%
		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2022	10%
Piano Attuativo Certificabilità	Aggiornamento PAC a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale	Entro 30.06.2022 : revisione schede di pertinenza e trasmissione delle stesse alla SC GEF	15%
Progetti di riorganizzazione Servizi Economali	Analisi e redazione progetti riorganizzazione Servizi Economali	1) entro 01.05.2022 : presentazione alla Direzione progetto riorganizzazione Servizio Autisti 2) entro 31.07.2022: presentazione alla Direzione progetto riorganizzazione Cucina e Centralino / Portineria 3) entro 31.12.2022: attivazione progetto Centralino / Portineria	30%
Tempestività nei pagamenti	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	10%
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

SC GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Budget	Determinazione dei budget di spesa delle strutture e rispetto del budget delle ore straordinarie assegnate.	1) Provvedimento di assegnazione budget di spesa 2) Raccolta report trimestrali di monitoraggio e relazioni su interventi correttivi 3) Valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione	30%
Libera Professione	Revisione Regolamento Libera Professione	1) Entro 30.09.2022 : presentazione alla Direzione proposta congiunta con SC Risorse Umane e SS SAAS 2) Entro 31.12.2022: Predisposizione, congiuntamente a SC Risorse Umane e SS SAAS, piano di attuazione, applicabile dal 01.01.2023	15%
Piano Attuativo Certificabilità	Aggiornamento PAC a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale	1) entro 30.09.2022 : Verifica PAC aggiornati a seguito del nuovo Atto Aziendale e trasmessi entro 31.05.2022 dalle strutture amministrative 2) Entro 31.12.2022: Formalizzazione PAC rivisti	20%
Tempestività nei pagamenti	Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione)	Report SC Gestione Economico Finanziaria	15%
	Attivazione procedura per azzeramento partite contabili aperte e scadute	1) verifica 100% partite aperte e scadute 2) chiusura 90% partite verificate	15%

SS CONTROLLO DI GESTIONE

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Monitoraggio Produttività	Misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (<i>fattori produttivi impiegati</i>)	1) presentazione progetto entro 30.06.2022 2) report trimestrali su andamento produttività di almeno il 50% delle strutture 3) report finale al 31.12.2022 (riferito ai dati 01.01.22-30.09.22)	100%

S.C. TECNICO

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Budget	Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	30%
		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2022	10%
Piano Straordinario riorganizzazione della rete ospedaliera	Realizzazione PL di terapia intensiva/terapia sub intensiva , interventi di adeguamento del Pronto soccorso	Realizzazione interventi entro la tempistica definita con la Regione .	20%
Tempestività nei pagamenti	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria su tempi liquidazione	10%
Piano Investimenti Aziendale	Attivazione di tutte le procedure stabilite nel Programma dei Lavori	Realizzazione 100% procedure previste	25%
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimento da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

SISTEMI INFORMATIVI ED INFORMATICI

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Budget	Monitoraggio del budget di spesa e rispetto del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	30%
		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2022	10%
Piano Attuativo Certificabilità	Aggiornamento PAC a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale	Entro 30.06.2022 : revisione schede di pertinenza e trasmissione delle stesse alla SC GEF	15%
Progetti di riorganizzazione Servizi Economali	Analisi e redazione progetti riorganizzazione Servizi Economali	1) entro 01.05.2022 : presentazione alla Direzione progetto riorganizzazione Servizio Autisti 2) entro 31.07.2022: presentazione alla Direzione progetto riorganizzazione Cucina e Centralino / Portineria 3) entro 31.12.2022: attivazione progetto Centralino / Portineria	30%
Tempestività nei pagamenti	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	10%
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

INGEGNERIA CLINICA

Budget	Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF 1) Evidenza valutazione scostamenti 2) Proposta interventi correttivi, ove necessari 3)	30%
		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2022	15%
Gestione elettromedicali	Monitoraggio delle attività svolte nell'ambito del "Servizio di Gestione delle Apparecchiature Elettromedicali".	Produzione di reportistica semestrale circa la verifica del rispetto dei livelli di servizio contrattualmente previsti	25%
PNRR	Attivazione delle procedure previste dal PNRR	Realizzazione 100% procedure previste	30%

SS SERVIZI AMMINISTRATIVI AREA SANITARIA

Budget	Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) <u>Budget di spesa</u> : 1) Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari b) <u>Budget straordinario</u> : Report SC Risorse Umane al 31.12.2022	30%
		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2022	10%
Libera professione	Revisione regolamento Libera Professione	1) Entro 30.09.2022 : presentazione alla Direzione proposta congiunta con SC Risorse Umane e SC GEF 2) Entro 31.12.2022: Predisposizione, congiuntamente a SC Risorse Umane e SC GEF, piano di attuazione, applicabile dal 01.01.2023 3) Entro 31.12.2022 : Revisione percorsi e predisposizione modulistica necessaria all'applicazione del Regolamento	20%
Piano Attuativo Certificabilità	Aggiornamento PAC a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale	Entro 30.06.2022: revisione schede di pertinenza e trasmissione delle stesse alla SC GEF	20%
Telemedicina	Predisposizione di tutte le attività propedeutiche all'attivazione della telemedicina (configurazione agende di prenotazione, abilitazione utenti e prestazioni prenotabili)	Percentuale di soddisfazione delle richieste di attivazione da parte delle strutture sanitarie > 90%	5%
Tempestività nei pagamenti	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	5%
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno 1 audit di verifica	10%

Settore Comunicazione Informazione -URP

Area Comunicazione / Supporto all'utenza	Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione ,con particolare riferimento a quelle correlate allo stato epidemiologico	Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti- concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste = 100% Evidenza tempistica pubblicazioni	45%
	Supporto all'utenza per le attività di disdetta prenotazioni	1) Richieste evase entro la giornata successiva alla presa in carico/richieste pervenute = 100% 2) Assenza di reclami dell'utenza	45%
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno 1 audit di verifica	10%

SS AFFARI GENERALI - SS ASSISTENZA GIURIDICA

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Budget	Rispetto del budget di spesa e del budget ore straordinarie assegnati	a) Budget di spesa : 1) Report trimestrale di monitoraggio da inviare al GEF 2) Evidenza valutazione scostamenti 3) Proposta interventi correttivi, ove necessari	15%
		b) Budget straordinario : Report SC Risorse Umane al 31.12.2022	10%
Piano Attuativo Certificabilità	Aggiornamento PAC a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale	Entro 30.06.2022: revisione schede di pertinenza e trasmissione delle stesse alla SC GEF	15%
Smaltimento documentazione	Ricognizione e smaltimento cartaceo di tutta la documentazione depositata presso i locali " ex autorimessa"	1) Report richieste inviate alla Soprintendenza Archivistica 2) Attivazione procedure smaltimento per il 100% del materiale smaltibile 3) Entro 30.06.2022: Stesura procedura che definisca la periodicità nella revisione	30%
Fondo rischi	Individuazione procedura interna per monitoraggio fondo rischi ed adeguamento dello stesso correlata ai singoli esercizi finanziari.	2) Report prima verifica annuale per esercizio 2021 e previsione 2022	20%
Tempestività nei pagamenti	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture (completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione)	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	5%
Trasparenza ed Anticorruzione	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

PREVENZIONE E PROTEZIONE

MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	PESO
Prevenzione	Redazione procedura di segnalazione dei quasi incidenti e aggressioni al personale dipendente	1) definizione della procedura e pubblicazione della stessa sul sito intranet aziendale 2) Evidenza informativa adozione procedura ai DDL, Direttori di Struttura e Preposti	50%
Documento valutazione rischio biologico	Revisione DVR Biologico	1) acquisizione schede raccolta dati e relativa pubblicazione nella cartella DVR 2) Evidenza informativa al DDL, Direttori di Struttura e Preposti	35%
Attività di supporto	Supporto alle strutture aziendali nella fase emergenziale e post emergenziale da Covid 19	Interventi eseguiti settore sanitario e amministrativo /richieste ricevute =100%	15%

Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione

Obiettivo	Indicatore	nota indicatore	Peso
Incremento prestazioni ambulatoriali (+3% 2019, al netto prestazioni aggiuntive)	Report prestazioni sospese/non attivate per assenza infermiere e motivazione eventuali criticità		20%
Avvio di un monitoraggio degli esiti sensibili alle cure infermieristiche, finalizzato alla sicurezza delle cure ed a permettere una valutazione dei risultati dell'assistenza nei diversi contesti di cura	1)Definizione degli strumenti per la raccolta dati degli esiti sensibili individuati 2) Presenza di set di esiti sensibili alle cure infermieristiche misurabili per aree omogenee	Evidenza documentale	30%
Elaborazione di una scheda che evidenzi le attività assistenziali eseguibili da ciascun operatore di supporto, in coerenza alle prescrizioni ad alto impatto organizzativo espresse nel giudizio di idoneità. Da condividere con il medico competente .	Numero di schede compilate del personale di supporto con prescrizioni ad alto impatto organizzativo /numero di operatori di supporto con prescrizioni ad alto impatto organizzativo	Evidenza documentale	20%
Predisposizione modello di check list che evidenzi il percorso di formazione da intraprendersi e le attività "core"che devono essere acquisite dal personale neo inserito	Verifica predisposizione da parte di almeno l'80% delle strutture	Evidenza documentale della check list, con relazione finale	30%

**Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza
Dipartimento Area Medica Specialistica**

Obiettivo	Indicatore	Peso	
Incremento prestazioni ambulatoriali (+3% 2019, al netto prestazioni aggiuntive)	Prestazioni sospese /non attivate per assenza infermiere = 0	30%	
Razionalizzazione gestione scorte magazzini di reparto	Collaborazione con SC Farmacia per la predisposizione "Profili prescrittivi"	Attestazione SC Farmacia della presenza dei profili in Oliamm	30%
Progettazione di un format cartaceo di cartella clinica condivisa medico, infermieristica, fisioterapica, logopedica, analoga per tutte le strutture e con inserti specifici per specialità Introduzione della lettera di dimissione infermieristica/riabilitativa	a) entro 30/06/22 :Produzione di un prototipo condiviso b) entro 30/09/22 : Realizzazione di almeno 5 cartelle condivise per struttura c) entro 31/12/22: Realizzazione di almeno il 20% di dimissioni con cartella condivisa e lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa Report intermedi e finali prodotti dal Direttore del Dipartimento e Direttore DIPSA	>= 20% cartelle condivise ultimo trimestre 2022 >= 20% dimissioni con lettera di dimissione infermieristico/riabilitativa ultimo trimestre 2022	20%
Predisposizione modello di check list che evidenzi il percorso di formazione da intraprendersi e le attività "core"che devono essere acquisite dal personale neo inserito	Produzione di un documento che evidenzi il percorso formativo e professionale previsto per l'acquisizione delle competenze "core" richieste.	Evidenza documento per ogni struttura	20%

**Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza
Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva**

Obiettivo	Indicatore		Peso
Incremento prestazioni ambulatoriali (+3% 2019, al netto prestazioni aggiuntive)	Prestazioni sospese /non attivate per assenza infermiere = 0		35% (altre strutture)
Razionalizzazione gestione scorte magazzini di reparto	Collaborazione con SC Farmacia per la predisposizione "Profili prescrittivi"	Attestazione SC Farmacia della presenza dei profili in Oliamm	30% (SS Sala Operatoria) 35% (altre strutture)
Revisione degli elenchi di materiale per ogni intervento	Presenza elenco materiale per almeno due strutture chirurgiche	Attestazione SC Farmacia della presenza degli elenchi	40% (Solo SS Sala Operatoria)
Predisposizione modello di check list che evidenzi il percorso di formazione da intraprendersi e le attività "core"che devono essere acquisite dal personale neo inserito	Produzione di un documento che evidenzi il percorso formativo e professionale previsto per l'acquisizione delle competenze "core" richieste.	Evidenza documento per ogni struttura	30% (SS Sala Operatoria) 30% (altre strutture)

**Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza
Dipartimento Area Medica ed Oncologica**

Obiettivo	Indicatore		Peso
Incremento prestazioni ambulatoriali (+3% 2019, al netto prestazioni aggiuntive)	Prestazioni sospese /non attivate per assenza infermiere = 0		35%
Razionalizzazione gestione scorte magazzini di reparto	Collaborazione con SC Farmacia per la predisposizione "Profili prescrittivi"	Attestazione SC Farmacia della presenza dei profili in Oliamm	35%
Predisposizione modello di check list che evidenzi il percorso di formazione da intraprendersi e le attività "core"che devono essere acquisite dal personale neo inserito	Produzione di un documento che evidenzi il percorso formativo e professionale previsto per l'acquisizione delle competenze "core" richieste.	Evidenza documento per ogni struttura	30%

Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia

Obiettivo	Indicatore		Peso
Predisposizione modello di check list che evidenzi il percorso di formazione da intraprendersi e le attività "core" che devono essere acquisite dal personale neo inserito	Produzione di un documento che evidenzi il percorso formativo e professionale previsto per l'acquisizione delle competenze "core" richieste.	Evidenza documento	50%
Razionalizzazione gestione scorte magazzini di reparto	Collaborazione per la predisposizione "Profili prescrittivi"	Attestazione SC Farmacia della presenza dei profili in Oliamm	50%

SC DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO/ SS UPRI/SS RISK MANAGEMENT/SS QUALITA'

OBIETTIVO	NOTA INDICATORE	PESO
Incremento prestazioni ambulatoriali (+3% 2019, al netto delle prestazioni aggiuntive)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	25%
Rispetto standard regionale tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA (1° accesso)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	25%
Riduzione 1% degenza media (rispetto al miglior valore tra anni 2019,2020, 2021)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	20%
Effettuazione dell' 1% delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo)	Monitoraggio mensile strutture e report finale in collaborazione con CdG	5%
Definizione di una Check list di verifica, nelle diverse aree ospedaliere, della adozione delle misure aziendali previste per il miglioramento della qualità dell'assistenza	Adozione della Check list. Effettuazione almeno 2 visite/anno per struttura. Individuazione delle criticità e proposte di miglioramento. Evidenza documentale	10%
Adesione, da parte delle Strutture Sanitarie, al programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza	Monitoraggio obiettivo assegnato alle strutture e report finale	10%
Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza ,riportante esito di almeno un audit di verifica	5%

FUNZIONE SERVIZIO SOCIALE

OBIETTIVO	NOTA INDICATORE	PESO
Attivazione dei percorsi di continuità ospedale -territorio, in collaborazione con il NOOC	Percorsi attivati/percorsi richiesti ≥ 90%	30%
	Unificazione in un'unica area NOCC/Assistenti Sociali/Bed manager	20%
Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere = 100%	50%

Personale infermieristico afferente alla SS UPRI

OBIETTIVO	NOTA INDICATORE	PESO
Prevenzione infezioni attraverso il monitoraggio della corretta igiene delle mani	Realizzazione di 2 audit in almeno il 50% delle strutture sanitarie aziendali Report al 31.12.2022 e produzione verbali su richiesta dell'OIV	50%
Prevenzione infezioni attraverso il monitoraggio della corretta applicazione delle procedura aziendali sulla prevenzione del rischio infettivo	Realizzazione di 1 audit in almeno il 50% delle strutture sanitarie aziendali Report al 31.12.2022 e produzione di verbali su richiesta dell'OIV	50%

SC FARMACIA

OBIETTIVO	NOTA INDICATORE	PESO
Valutazione del consumo e utilizzo dei farmaci e presenza dei profili prescrittivi su procedura OLIAMM	Almeno n.1 Audit di appropriatezza per struttura, produzione verbali su richiesta dell'OIV ed attestazione presenza di almeno il 90% dei "profili prescrittivi" su procedura OLIAMM	30% (Dirigenti Farmacisti)
Allestimento in sicurezza degli anticorpi monoclonali e valutazione della terapia iniettiva e orale	a) Centralizzazione di almeno il 90% degli allestimenti concordati con Dipartimento di Area Medica Specialistica ed Area Medica ed Oncologia b) Partecipazione ad almeno 1 audit su appropriatezza per reparto e relativa attestazione	30% (Dirigenti Farmacisti)
Revisione degli elenchi di materiale per ogni intervento	Attestazione SC Farmacia della presenza degli elenchi, elaborati in collaborazione con la SS Sale Operatorie e le Strutture Chirurgiche individuate Evidenza documentale, su richiesta.	25% (Dirigenti Farmacisti)
Rispetto tempistica liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione delle fatture - Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria	50% Personale Comparto non Sanitario
Attuazione misure prevenzione corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	50% Personale Comparto non Sanitario 15% Dirigenti Farmacisti

SS MEDICO COMPETENTE

OBIETTIVO	NOTA INDICATORE	PESO
Riduzione arretrato sulla trasmissione cartella sanitaria e di rischio al dipendente cessato (D.Lgs 81/08)	50% cartelle trasmesse	40%
Riduzione arretrato sulla trasmissione documentazione sanitaria radioesposti all'Ispettorato del Lavoro - Roma	50% cartelle trasmesse	40%
Attuazione misure prevenzione corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	20%

OBIETTIVI 2022 -DIRETTORI DIPARTIMENTI STRUTTURALI			
DIPARTIMENTO	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO
Area Chirurgica ed Intensiva	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti.	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70%
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche b) relativi verbali	30%
Area Medica Specialistica	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti.	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70%
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche b) relativi verbali	30%
Area Medica ed Oncologia	1) Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti.	Raggiungimento dei medesimi in misura pari almeno al 85 %, tenendo conto del relativo peso	70%
	2) Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	a) almeno n. 4 riunioni anno anche telematiche b) relativi verbali	30%

OBIETTIVI 2022- INCARICHI DI PROGRAMMA			
STRUTTURA	OBIETTIVI	INDICATORI	PESO
SCDU Medicina Interna	Mantenimento numero analisi effettuate nell'anno 2019	numero analisi effettuate = 2019	100%
Dipartimento Area medica e specialistica	Impatto delle nuove terapie con modulatori e dell'infezione da Sars Covid 19 sulle esacerbazioni della Fibrosi Cistica	Evidenza documentale	100%

OBIETTIVI 2022 PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI

DIPARTIMENTO	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO
Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche /Dipartimento di Oncologia	Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati.Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancati accertamenti	30%
	Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale , con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione	30%
	Progetto finalizzato all'individuazione ed alla razionalizzazione di percorsi amministrativi condivisi con riferimento agli specifici ambiti delle attività oggetto di convenzionamento	Evidenza progetto	40%

Personale Universitario: attività di convenzione nell'ambito della SC Tecnico -Ing. Clinica - SII	Partecipazione agli obiettivi assegnati ai SII	Partecipazione agli obiettivi assegnati ai SII	100%
---	--	--	------

OBIETTIVI 2022 NON CORRELATI AL TRATTAMENTO DI RISULTATO/PRODUTTIVITA'

DIRETTORI SC/ RESPONSABILI SSD SANITARIE	
Obiettivo	Indicatore
Partecipazione ai gruppi di lavoro interdisciplinari finalizzati all'efficientamento ed all'analisi rapporto costo/ricavi e al piano straordinario riduzione liste d'attesa	Attestazione del Direttore del Dipartimento
Designazione componenti Nuclei Tecnici e Commissioni di gara nel rispetto dei tempi assegnati dalla stazione appaltante	Attestazione del Direttore SC Provveditorato-Economato e SC Tecnico
Coesione e collaborazione nel perseguire obiettivi comuni nell'ambito del Dipartimento e risoluzione delle criticità segnalate dai Direttori di SC	Attestazione del Direttore del Dipartimento

DIRETTORI SC/ RESPONSABILI SS APT	
Designazione componenti Nuclei Tecnici e Commissioni di gara nel rispetto dei tempi assegnati dalla stazione appaltante	Attestazione del Direttore SC Provveditorato-Economato e SC Tecnico

OBIETTIVI 2022 - SPECIALISTI AMBULATORIALI			
STRUTTURA	OBIETTIVO	INDICATORI	PESO
SCDO Neurologia	Partecipazione agli obiettivi assegnati alla struttura		100%
SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	1) Valutazione e individuazione di pazienti oncologici e loro caregivers che, oltre ad affrontare il disagio emotivo dovuto alla malattia, hanno ancora un carico psicologico aggiuntivo legato a due anni di pandemia	Colloqui psicologici : almeno 20 prestazioni - cod. catalogo 94.09. e 94.09.04	50%
	2) Applicazione di trattamento psicologico in almeno 20 casi ritenuti, dalle valutazioni del precedente obiettivo, fragili e complessi a causa dell'impatto sociale della pandemia	Trattamenti psicologici specialistici, almeno 50 prestazioni (cod. catalogo 94.3 e 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio (obiettivo 1) e trattamenti specialistici ad altri pazienti - (almeno 400 prestazioni)	50%
SCDO Pneumologia - Specialista Psicologia Clinica - Centro Fibrosi Cistica	1) Valutazione e trattamento psicologico dei pazienti adulti afferenti al Centro Fibrosi Cistica in regime ambulatoriale e/o di ricovero ospedaliero in presenza e/o in telemedicina	Colloquio psicologico clinico : almeno 580 prestazioni (cod. catalogo 94.09)	40%
	2) Somministrazione testistica specifica di screening	Somministrazione test psicometrici GAD-7 ,PHQ-9,CFQ-R versione per adolescenti e adulti: almeno 40 valutazioni (Codice Catalogo 94.08.5) -	40%
	3) Valutazione trattamento psicologico e follow up attraverso il colloquio psicologico clinico dei caregivers dei pazienti affetti da fibrosi cistica (in regime ambulatoriale e/o di ricovero ospedaliero) in presenza e/o telemedicina	Colloquio psicologico clinico pazienti e caregivers di monitoraggio della situazione clinica e trattamento psicologico : almeno 40 prestazioni (codice catalogo 94.09) -	20%

* Il raggiungimento/mancato raggiungimento di questi obiettivi costituirà elemento di valutazione in sede di rinnovo dell'incarico gestionale.

2.2.4 La misurazione e valutazione della Performance

L'Azienda San Luigi intende la performance come il contributo che ciascun soggetto (individuo, organizzazione) apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi definiti.

La metodologia adottata per misurare e valutare la performance sia organizzativa che individuale è stata definitiva dall'AOU San Luigi nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (approvato con deliberazione n. 231 del 14.04.2015 ed aggiornato con atto n. 147 del 14.03.2019), fondato sulla valorizzazione del merito, sia in termini individuali che di struttura, nonché sulla trasparenza nei risultati conseguiti.

Il Ciclo della Performance annuale dell'AOU San Luigi prevede un monitoraggio intermedio sullo stato di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi e si conclude con la valutazione della performance organizzativa delle articolazioni aziendali, effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), nonché con la valutazione della performance individuale.

Soprattutto per i direttori delle strutture la valutazione della performance individuale è fortemente integrata con quella organizzativa e concerne il contributo individuale ai risultati della gestione, nonché le capacità e competenze dimostrate.

La trasparenza dei processi è garantita dalla pubblicazione sul sito istituzionale, in apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente", di tutta la documentazione correlata all'assegnazione degli obiettivi nonché delle Relazioni annuali sulla performance e del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Gli adempimenti, i compiti e le responsabilità previsti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) sono inseriti e integrati nel ciclo della performance e trovano spazio anche nel PIAO come elemento fondamentale della programmazione triennale. Di seguito si riporta il testo del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024 dell'AOU San Luigi di Orbassano, deliberato con atto n. 236 del 21.04.2022 Il PTPCT, in particolare, individua, attraverso un'accurata valutazione dei rischi, le strategie dell'Azienda per la loro riduzione o mitigazione.

Si precisa che con atto n. 244 del 27.04.2022 e nel rispetto del principio della rotazione degli incarichi è stato nominato il nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'AOU San Luigi, con durata dell'incarico fino alla piena attuazione del nuovo Atto Aziendale e comunque per un periodo non superiore a mesi ventiquattro.

2.3.1 Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – Triennio 2022/2024

Introduzione

In attuazione dell'art. 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, ratificata con legge n. 116/2009, la legge 6 novembre 2012, n. 190, art. 1, comma 2, reca disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione. Il dettato legislativo focalizza l'attenzione alla prevenzione dei fenomeni corruttivi nella pubblica amministrazione, con l'intenzione di disciplinare in modo organico un piano di azione, coordinato su tutto il territorio nazionale, volto al controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

La Legge 190/2012 prevede che il sistema di prevenzione della corruzione si articoli su due livelli:

- un livello nazionale, con l'Adozione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- un livello proprio di ciascuna Amministrazione, mediante l'adozione di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) da approvarsi e pubblicarsi entro il 31 gennaio di ogni anno, atto nell'ambito del quale vengono individuate le strategie principali per la prevenzione ed il contrasto della corruzione.

La corruzione, e più in generale il malfunzionamento dell'Amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ha un costo per la collettività, non solo diretto (ad esempio, nel caso di pagamenti illeciti), ma anche indiretto, connesso ai ritardi nella conclusione dei procedimenti amministrativi, al cattivo funzionamento degli apparati pubblici, alla sfiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni, arrivando a minare i valori fondamentali sanciti dalla Costituzione: uguaglianza, trasparenza dei processi decisionali, pari opportunità dei cittadini.

Ne consegue, quindi, l'indispensabilità di attivare forme efficaci per la prevenzione ed il contrasto alla corruzione, prevedendo che tutte le amministrazioni pubbliche definiscano e trasmettano all'Autorità Nazionale Anticorruzione (di seguito ANAC), ai sensi dell'art. 1, c. 8, Legge n. 190 del 2012, novellata del Decreto Legislativo n. 97 del 25 maggio 2016, un proprio piano di prevenzione della corruzione, che dia

una valutazione del livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, indicando gli interventi organizzativi volti a prevenirne il rischio e predisponendo procedure volte a formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

Il decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, “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”, introduce una grande novità legislativa in un’ottica di semplificazione e razionalizzazione degli strumenti di programmazione per le pubbliche amministrazioni: l’articolo 6 introduce, per le amministrazioni con più di 50 dipendenti (esclusi gli istituti scolastici) l’adozione del PIAO, il Piano integrato di attività e organizzazione, un unico atto che racchiude in sé gestione la programmazione relativa alla performance, all’organizzazione dei dipendenti nei vari uffici e gestione del lavoro agile, al piano dei fabbisogni e alla formazione nonché alla programmazione in materia di prevenzione della corruzione. Nelle more del decreto ministeriale che chiarisca nel dettaglio i contenuti del PIAO, questa Azienda, entro i termini fissati dalla legge, provvede quindi ad aggiornare il Piano Triennale.

L'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (di seguito “Azienda”) riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali al perseguimento della “mission” aziendale e delle funzioni istituzionali, sviluppando ed attuando un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti.

Il presente documento rappresenta quindi l’evoluzione e l’aggiornamento dei piani approvati da questa Azienda dall’entrata in vigore della legge 6 novembre 2012, n.190, elaborati in coerenza con quanto previsto dalla Determinazione ANAC. n. 12/2015 e dai Piani Nazionali Anticorruzione (in particolare il Piano adottato da ANAC con deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019, che ha rivisto profondamente la parte generale) in modo tale da ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare le capacità di scoprire casi di corruzione e creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Con la nomina della nuova Direzione generale nel mese di luglio del 2021, si è avviato un processo di riorganizzazione delle strutture aziendali. Con la deliberazione n. 705 del 07/12/2021 è stato modificato l’Atto Aziendale e approvato dalla Regione. Il nuovo assetto delineato con le modifiche apportate, delineerà una nuova geometria delle strutture aziendali, sanitarie e amministrative con conseguente ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità che andrà necessariamente ad influire sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza e sulla programmazione in materia. L’attuale Piano rappresenta la prosecuzione del Piano precedente, in un’ottica di continuità evolutiva con l’impostazione generale riferita alle iniziative strategiche già adottate sul versante della prevenzione della corruzione.

1. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

1.1 Normativa statale

- Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.

- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Il Codice stabilisce l’obbligo di “assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico”.
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".
- Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, denominato "Testo unico sulla privacy”.
- Legge n. 116 del 3 agosto 2009, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato Italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale ed al codice di procedura penale".
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".
- Decreto Legge n. 90 del 24 giugno 2014, convertito nella Legge n. 114 dell’11 agosto 2014, “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”.
- Legge 7 agosto 2015, n. 124, “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50, “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d’appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”.
- Regolamento Generale sulla protezione dei dati 2016/679 (GDPR) del 27 aprile 2016.
- Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74, “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”.
- Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 75, “Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.
- Legge 30 novembre 2017, n. 179, “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.
- Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.
- Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali alla attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”.
- Legge 6 agosto 2021, n. 113 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 9 giugno 2021 n.80 recante 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.”

Ulteriori strumenti normativi di riferimento sono rappresentati da:

- Conferenza Unificata del 24 luglio 2013 - Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 60 e 61 L. 190/2012.
- Delibera CiVIT n. 72/2013 dell'11 settembre 2013, relativa all'approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA).
- Regolamento ANAC del 9 settembre 2017 "Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'A.N.A.C. per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei piani triennali di trasparenza, dei codici di comportamento".
- Determinazione ANAC. n. 12 del 28 ottobre 2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione".
- Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016".
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 "Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013".
- Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016".
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione".
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione".
- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione".
- Delibera ANAC 19 febbraio 2020, n. 177 "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche"
- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano.
- Delibera ANAC 19 Febbraio 2020, n.177 "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche"
- Regolamento ANAC del 01 luglio 2020 "Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54 bis Decreto legislativo n. 165/2001".
- Delibera ANAC 5 maggio 2021, n. 364 "Accesso civico generalizzato ex artt. 5, co. 2 e 5-bis del d.lgs. n. 33/2013 con riferimento alla consulenza tecnica d'ufficio (CTU)"
- Regolamento ANAC del 12 maggio 2021 "Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento - Testo consolidato con le modifiche agli articoli 1, 11, 12 approvate con delibera n. 437 del 12 maggio 2021"
- Delibera ANAC del 9 giugno 2021, n. 469, "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)".
- Delibera ANAC del 16 giugno 2021, n. 468 "Obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27 d.lgs. n. 33/2013): superamento della delibera numero 59 del 15 luglio 2013 recante "Pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27, d.lgs. n. 33/2013)"

- Comunicato del Presidente 21.07.2021 - Del. 468.2021 errata corrige.
- Delibera del 10 novembre 2021, n. 747, “Indicazioni di carattere generale sulla pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 dei dati relativi alle autovetture di servizio delle pubbliche amministrazioni e sull’introduzione di misure specifiche di prevenzione della corruzione.”
- Regolamento del 19 gennaio 2022, “Regolamento per la costituzione e la gestione di un Registro dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza.”

1.2 Disposizioni aziendali

- Deliberazione del Direttore Generale n. 385 del 18 giugno 2013, avente ad oggetto: “Nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, rispettivamente ai sensi della Legge n. 190/2012 e del Decreto Legislativo n. 33/2013”, con la quale, per il triennio 2013-2016, è stato nominato il Dott. Claudio Amprino.
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 5 del 07 gennaio 2014, con la quale è stato approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2014-2016.
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 44 del 29 gennaio 2014, con la quale è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2016.
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 45 del 29 gennaio 2014, con la quale è stato approvato il Codice aziendale di comportamento.
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 308 del 14 maggio 2014, con la quale è stato approvato il “Regolamento delle incompatibilità, divieto di cumulo e impieghi e di incarichi al dipendente pubblico”.
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 309 del 14 maggio 2014, con la quale è stato approvato il “Regolamento per la composizione ed il funzionamento del Servizio Ispettivo dell’A.O.U. San Luigi Gonzaga”.
 - Deliberazione del Direttore Generale n. 63 del 28 gennaio 2015, con la quale è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed il Programma per la Trasparenza e l’Integrità 2015-2017.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 203 del 31 marzo 2015, con la quale è stato aggiornato il Codice aziendale di comportamento.
- Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 28 del 28 gennaio 2016, con la quale è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed il Programma per la Trasparenza e l’Integrità 2016-2018.
 - Deliberazione del Commissario n. 327 del 21 luglio 2016, con la quale è stato approvato il nuovo Regolamento delle incompatibilità, divieto di cumulo di impieghi e di incarichi al dipendente pubblico.
 - Deliberazione del Commissario n. 391 del 5 settembre 2016, con la quale il Dott. Claudio Amprino è stato nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2016-2019.
 - Deliberazione del Commissario n. 422 del 15 settembre 2016, con la quale il Dott. Emanuele Davide Ruffino è stato nominato soggetto “Gestore” degli adempimenti connessi alla normativa antiriciclaggio.
 - Deliberazione del Commissario n. 16 del 24 gennaio 2017, con la quale il Responsabile della Funzione Approvigionamenti, Dott. Michele Golzio, è stato nominato Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) dell’A.O.U. San Luigi Gonzaga per il triennio 2017-2020.
 - Deliberazione del Commissario n. 25 del 26 gennaio 2017, con la quale è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019.
 - Deliberazione del Commissario n. 94 del 14 febbraio 2017, con la quale è stato approvato il Regolamento per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.
 - Deliberazione del Commissario n. 591 del 7 dicembre 2017, con la quale è stato approvato il Regolamento per il diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l’esercizio dell’accesso civico.
 - Deliberazione del Commissario n. 68 del 25 gennaio 2018, con la quale è stato approvato il nuovo Codice di comportamento.

- Deliberazione del Commissario. n. 71 del 31 gennaio 2018, con la quale è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020.
- Deliberazione del Commissario. n. 331 dell'11 maggio 2018, con la quale è stato aggiornato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020.
- Deliberazione del Commissario n. 375 del 29 maggio 2018, con la quale è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di conferimento incarichi e di espletamento di attività extra istituzionale.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 204 del 16 novembre 2018, con la quale la Dott.ssa Donatella Baravalle è stata nominata Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 15 novembre 2018 -14 novembre 2021.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 55 del 30 gennaio 2019, con la quale è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021.
- Deliberazione n. 77 del 28 giugno 2019, con la quale è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di conferimento incarichi di funzione.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 633 del 3 dicembre 2019, con la quale è stato aggiornato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 57 del 29 gennaio 2020, con la quale è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 115 del 18 febbraio 2020, con la quale il Referente della Funzione Approvvigionamenti della S.C. Gestione Servizi Economici e Approvvigionamenti, Dott. Michele Golzio, è stato nominato Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA) dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga per il periodo 18.2.2020-17.2.2023.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 396 del 6 agosto 2020, con cui è stato approvato il regolamento in materia di individuazione e graduazione delle posizioni della dirigenza medica, sanitaria e delle professioni sanitarie nonché conferimento e revoca degli incarichi.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 195 del 30 marzo 2021, con la quale è stato approvato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 663 del 22 novembre 2021, con la quale è stata prorogata la nomina a Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga della Dott.ssa Donatella Baravalle.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 705 del 7 dicembre 2021 “Modifica dell’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 578 del 28.11.2017”.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 768 del 30 dicembre 2021 con cui è stato approvato il regolamento relativo allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro agile.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 206 del 08/04/2021 Normativa antiriciclaggio e lotta alla corruzione: nomina del soggetto “gestore”.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 43 del 21 gennaio 2022 “Approvazione del regolamento sulla disciplina e gestione delle sponsorizzazioni”.
- Deliberazione n. 143 del 08/03/2022 avente ad oggetto Atto Aziendale dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano adottato con Deliberazione n. 705 del 07.12.2021: recepimento rilievo regionale.

2. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

La Legge 190/2012 non contiene una vera e propria definizione di “corruzione”.

L'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione precisa che il termine “*corruzione*” è sempre da intendersi in senso ampio, tale da ricomprendere non solo lo specifico reato di corruzione (di cui agli artt. 318, 319 e 319-ter) e il complesso di reati contro la pubblica amministrazione, ma anche la cosiddetta “*maladministration*”, ossia l'assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti,

di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Rientrano pertanto nel termine “*corruzione*” anche tutti quegli atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si inserisce proprio in questo contesto e in esso il concetto di corruzione è da intendersi in senso lato, comprendendo tutte le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri abuso, da parte di un soggetto, dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati.

La definizione di corruzione cui si fa riferimento è quella ampia, riportata anche nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, che descrive la corruzione come: i comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio, o un interesse particolare di terzi, assume (o concorre all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di vantaggio (economico, o meno) dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli. In tale Piano è stato precisato che “naturalmente con la legge 190/2012 non si modifica il contenuto tipico della nozione di corruzione ma per la prima volta in modo organico si introducono e, laddove già esistenti, si mettono a sistema misure che incidono laddove si configurano condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali – riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione – che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio”.

3. IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Il Piano è il documento che definisce a livello aziendale, nel rispetto delle indicazioni di cui alla L. 190/2012 e successivi provvedimenti attuativi, le strategie per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità.

Il Piano è lo strumento attraverso il quale l'Azienda si propone di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, di aumentare le capacità di scoprire casi di corruzione e di creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

I contenuti essenziali del Piano sono predeterminati dalla L. 190/2012, in particolare all'art. 1, comma 5 e 9:

- individuazione delle attività e degli uffici dell'amministrazione più esposti al rischio di corruzione;
- previsione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione e degli altri interventi organizzativi volti a prevenire il rischio;
- monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda ed i soggetti che con essa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti che gli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Azienda;
- previsione di procedure di selezione e formazione dei dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, in particolare sulle attività a rischio di corruzione;
- adozione delle misure in materia di trasparenza come disciplinate dal D.Lgs n. 33/2013;
- individuazione di specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Il presente Piano ha lo scopo di individuare tutte le misure atte a prevenire ogni possibile episodio corruttivo all'interno dei propri uffici, identificando i "trainer" di questa attività di prevenzione, a cui spetterà il

compito di monitorare i processi più delicati e a rischio di eventuali comportamenti illeciti mediante il coinvolgimento dei singoli Direttori/Dirigenti, e utilizzando gli strumenti previsti dal presente Piano. La Direzione Aziendale avrà il compito di dare maggior incisività ad ogni misura intrapresa atta a raggiungere lo scopo prefissato.

L'Azienda si propone, innanzitutto, di realizzare tre obiettivi strategici, sostanzialmente mutuati dalle indicazioni nazionali:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Nel Piano, sono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione a livello aziendale che non si configura come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione ai feedback ottenuti dalla loro applicazione ed all'evoluzione organizzativa.

Il presente documento intende, inoltre, garantire il raccordo tra le finalità della L. 190/2012 e del D.lgs. 33/2013 sulla trasparenza.

Il Piano, a seguito dell'adozione da parte del Direttore Generale, è pubblicato sul sito internet aziendale e allo stesso ne viene data la massima diffusione.

Il Piano viene aggiornato annualmente e, comunque, ogni qualvolta emergano rilevanti mutamenti organizzativi dell'amministrazione e/o venga approvato un nuovo Piano di Organizzazione Aziendale.

La violazione, da parte dei dipendenti dell'Azienda, delle misure di prevenzione previste dal presente Piano, costituisce illecito disciplinare, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, comma 14 della L. 190/2012, fatta salva ogni eventuale rilevanza delle condotte ai fini penali e civili.

Il presente Piano si articola in sette sezioni principali, e precisamente:

- Soggetti
- Analisi del contesto
- Gestione del rischio
- Misure obbligatorie
- Coordinamento con il Ciclo della Performance
- Adempimento degli obblighi di Trasparenza

L'articolazione sopra riportata deriva dalle specifiche indicazioni contenute nell'ambito del PNA 2013, integrato dai disposti della Determinazione ANAC. n. 12 del 28 ottobre 2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione", della Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016", della Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione", della Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione" e Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione".

L'Azienda ha, con le deliberazioni di assegnazione degli obiettivi, previsto che costituiscano obiettivi strategici della prevenzione della corruzione e della trasparenza per le strutture coinvolte, quelli relativi all'attuazione delle misure in materia di trasparenza ed in materia di prevenzione della corruzione. Infatti ogni anno le strutture devono relazionare al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza in merito al raggiungimento di tali obiettivi indicando le misure messe in atto.

4. SOGGETTI

4.1 Soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione

Tutti i soggetti aziendali sono chiamati, in base al proprio ruolo, a partecipare all'attività di prevenzione della corruzione e a garantire la trasparenza dell'attività amministrativa.

Il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda, nomina il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione, adotta e aggiorna, su proposta di quest'ultimo, il piano triennale entro il 31 gennaio di ogni anno (o altra data prevista, nell'anno 2022 previsto il termine del 30 aprile), garantisce al Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (*RPCT*) predispone ogni anno, entro il 31 gennaio (o altra data prevista, nell'anno 2022 previsto il termine del 30 aprile), coadiuvato dalle diverse strutture dell'azienda, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza aziendale, che sottopone al Direttore Generale per la sua approvazione e di cui ne cura la pubblicazione sul sito internet aziendale.

La predisposizione del PTPCT rientra, in particolare, fra gli specifici compiti affidati dalla vigente normativa in capo a questa figura, e cioè

a) in materia di Prevenzione della Corruzione (art. 1, commi 5 lett. A, 8, 10 lett. A e 14 L. 190/2012)

- proposta per l'adozione del PTPCT;
- definizione di procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti operanti in settori esposti alla corruzione;
- pubblicazione sul sito web istituzionale di una relazione annuale sull'attività svolta;
- verifica dell'efficace attuazione del PTPCT e proposta di eventuali modifiche;
- verifica della rotazione degli incarichi dirigenziali, d'intesa con il dirigente competente;
- individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione;
- vigilanza sull'applicazione delle norme in materia di inconfiribilità ed incompatibilità (art. 15 D.lgs. 39/2013);
- adempimenti correlati all'adozione del Codice aziendale di comportamento (art. 15 DPR 62/2013).

b) in materia di Trasparenza (art. 43 D.Lgs. 33/2013)

- controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa garanzia della completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnalazione agli organismi competenti (Direzione, OIV, ANAC, Ufficio per i Procedimenti Disciplinari) dei casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- controllo e garanzia della regolare attuazione dell'accesso civico (art. 5 D.lgs. 33/2013);
- disamina delle richieste di riesame in tema di accesso generalizzato (art. 5, comma 7, D.lgs. 33/2013).

Nella deliberazione ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018, sempre rispetto ai compiti del R.P.C.T., è stato precisato che quest'ultimo “nell'esercizio delle proprie funzioni – secondo criteri di proporzionalità, ragionevolezza ed effettività, rispetto allo scopo delle norme richiamate – non possa svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, né esprimersi sulla regolarità tecnica o contabile di tali atti, a pena di sconfinare nella competenza di soggetti a ciò preposti all'interno di ogni ente o amministrazione ovvero della magistratura”.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 204 del 16 novembre 2018, la Dott.ssa Donatella Baravalle è stata nominata Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 15 novembre 2018-14 novembre 2021. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 663 del 22 novembre 2021 l'incarico è stato prorogato.

Sebbene l'aggiornamento al PNA sottolinei l'importanza di una struttura organizzativa a supporto del RPCT, posta effettivamente al servizio dell'operato del Responsabile, attualmente presso l'Azienda, anche a causa delle limitate risorse a disposizione, non è ancora stato istituito un ufficio dedicato a sostegno del RPCT. A partire dal 01/10/2021, nell'ambito dello scorrimento delle graduatorie di un concorso per profilo di collaboratore amministrativo professionale organizzato da più Aziende, è stato assunto n.1 collaboratore amministrativo professionale che, dopo apposita formazione, ha coadiuvato il RPCT nelle sue attività.

Non è invece, al momento, prevista la figura specifica dei Referenti anticorruzione. Relativamente alla struttura organizzativa dell'Azienda (che, ad esempio, è priva di un'articolazione territoriale), non emerge una peculiarità dei compiti di relazione e segnalazione che questi soggetti potrebbero svolgere in maniera diversificata rispetto a quelli propri di tutte le figure dirigenziali apicali.

Va però segnalato che, nel mese di maggio 2019 è stato istituito il gruppo Aziendale Audit in tema di anticorruzione che ha partecipato in data 27 maggio 2019 alla giornata promossa dalla Regione Piemonte in materia di formazione audit in ambito di prevenzione della corruzione e trasparenza. Nell'anno 2020 vista l'emergenza pandemica che ha di fatto limitato i contatti tra il personale, se non strettamente necessari, e il gruppo non ha potuto svolgere audit. Anche nel 2021 a causa della recrudescenza della diffusione del virus da Sars Covid 19, non è stato possibile, per il Gruppo Aziendale Audit, riunirsi e svolgere l'attività. Il RASA (Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante) è il soggetto preposto all'iscrizione, all'effettivo inserimento ed all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA, istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221), in quanto l'individuazione del RASA, come indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. L'Azienda, con Deliberazione del Direttore Generale n. 115 del 18 febbraio 2020, ha nominato il Referente della Funzione Approvvigionamenti della S.C. Gestione Servizi Economici e Approvvigionamenti, Dott. Michele Golzio, Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante per il periodo 18.2.2020-17.2.2023, incaricato pertanto di svolgere tutti gli adempimenti necessari per l'iscrizione dell'Azienda, ed il suo mantenimento, nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti. Occorre considerare, infatti, che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016).

I Dirigenti, ognuno per la propria area di competenza, destinatari delle presenti disposizioni sono tutti i Direttori/Dirigenti appartenenti ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale, nonché i Direttori/Dirigenti del ruolo sanitario responsabili di Dipartimento/Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale/Struttura Semplice. Ai medesimi compete, per struttura e le aree di attività di competenza, in concorso con il responsabile aziendale:

- diffondere una cultura di prevenzione della corruzione attraverso l'assunzione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione dei propri collaboratori
- sulle procedure e sui regolamenti aziendali, con particolare riguardo al personale di nuova assegnazione;
- individuare i processi di lavoro e il personale maggiormente a rischio nell'ambito della propria struttura;
- definire meccanismi operativi finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;
- partecipare all'elaborazione del Piano fornendo attiva collaborazione al Responsabile aziendale nella valutazione del grado di rischio presente, nell'individuazione ed eventuale correzione, integrazione, modifica degli interventi organizzativi e delle procedure volte a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché nella predisposizione di idonei strumenti di monitoraggio;
- fissare i termini di conclusione dei processi e/o procedimenti di competenza, laddove non già previsti da norme o regolamenti o altra disciplina, e monitorare il loro effettivo rispetto con cadenza

periodica, con l'obbligo di segnalare al Responsabile aziendale eventuali scostamenti o anomalie riscontrate;

- monitorare i rapporti instaurati tra Azienda e soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere, secondo regolamenti e procedure interne che verranno adottate e, se già presenti, aggiornate alla luce della normativa anticorruzione;
- garantire la massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione e ad assicurare l'osservanza della legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, diffondendone la conoscenza fra il personale della propria struttura;
- individuare il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità, comunicandoli al Responsabile aziendale, e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite;
- verificare, d'intesa con il Responsabile aziendale, l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree di attività nel cui ambito è più elevato rischio di corruzione.

I Direttori/Dirigenti Responsabili, per quanto di competenza, provvedono inoltre:

- all'attivazione effettiva della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, di cui all'art. 1, comma 51, della L. 190/2012, con le necessarie forme di tutela, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- all'adozione di misure a garanzia del rispetto del Codice di comportamento dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano;
- all'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, di cui al D.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001);
- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, ex art. 53 del D.lgs. n. 165/2001 come modificato dall'art. 1, comma 42, della L. 190/2012;
- all'adozione delle misure in materia di trasparenza previste dal D.lgs. n. 33/2013 e dalle altre disposizioni vigenti.

L'Ufficio per il Procedimenti Disciplinari (UPD) fornisce al RPCT, secondo le indicazioni operative dallo stesso stabilite, dati e informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.

Inoltre:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. 3/1957; art. 1, comma 3, L. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice aziendale di comportamento.

È stata approvata la Deliberazione del Direttore Generale n.164 del 15/03/2022 "Ufficio competente per i procedimenti disciplinari nei confronti del personale dirigente e del comparto dell'AOU San Luigi Gonzaga - Proroga."

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla

prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'OIV può chiedere allo stesso le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.

Inoltre:

- partecipa al processo di gestione del rischio fornendo supporto e pareri in merito all'attività di mappatura dei processi e di valutazione dei rischi inerenti la prevenzione della corruzione.
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.lgs. 33/2013); ha infatti il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le disposizioni impartite dall'ANAC;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs 165/2001);
- assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di comportamento e il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale;
- verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 448 del 23 luglio 2021 è stato effettuato il rinnovo di due componenti dell'organismo indipendente di valutazione e la conferma della struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, mentre con la Deliberazione del Direttore Generale n. 650 del 16 novembre 2021 è stato nominato il nuovo presidente.

Il Collegio Sindacale verifica l'Amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e , pertanto, anche quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 710 del 17/12/2021 è stato nominato il Collegio Sindacale dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano.

Il restante personale, costituito da tutti i dipendenti diversi dai Dirigenti di cui sopra:

- partecipa al processo di gestione del rischio, secondo le indicazioni dei propri Dirigenti;
- osserva le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, L. 190/2012);
- segnala le situazioni di illecito (art. 54 bis D.lgs. 165/2001);
- segnala casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. 241/1990; Codice generale di comportamento).

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel Piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'Azienda, e segnalano le situazioni di illecito.

Il RPCT ed i soggetti sopra elencati devono agire in maniera coordinata.

A tal fine, ed in particolare per consentire al RPCT di conoscere tempestivamente fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'azienda e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza, vengono utilizzati i seguenti strumenti di raccordo:

- il RPCT effettua ed adotta comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, telefono, ecc.). A tal proposito, il RPCT invia agli interessati tutte le comunicazioni relative agli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza all'interno dell'Azienda e le comunicazioni pubblicate sul sito ANAC;
- il RPCT mette a disposizione materiale e documentazione di specifico interesse nella sezione dedicata "Anticorruzione e Trasparenza" del sito intranet aziendale, ovvero mediante le modalità alternative effettivamente disponibili, anche alla luce dell'implementazione del processo di graduale dematerializzazione della documentazione;
- il RPCT organizza e supervisiona specifici gruppi di lavoro sulle tematiche della legalità e della trasparenza;

- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata dal RPCT ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

In ogni caso, la mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del RPCT da parte dei suddetti soggetti è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

4.2 Procedimento di approvazione del Piano: coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni

- Le disposizioni vigenti stabiliscono che il Piano deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno (per l'anno 2022 entro il 30 aprile). Il RPCT, in accordo con la Direzione Aziendale, con nota protocollo n. 15964 del 15/11/2021, nonché con e mail del 16.11 2021 ha, pertanto, richiesto ai Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali coinvolte, di procedere all'aggiornamento della mappatura dei processi, delle attività/fasi del processo, dei relativi rischi, dei Responsabili dei processi relativi alle singole strutture di competenza e degli altri soggetti.

Il tutto effettuato:

- in coerenza con quanto previsto dai sopra citati PNA;
- tenuto conto della riorganizzazione conseguente l'Atto Aziendale;
- alla luce dell'esperienza maturata sul campo in questi anni;
- in seguito alla valutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione nel frattempo poste in essere e alla formazione ricevuta in materia;
- alla nuova valutazione dei rischi rilevati, in termini di Probabilità ed Impatto, utilizzando i criteri e la metodologia riportata da ANAC nella delibera n. 1064 del 13 novembre 2019;
- con la valutazione complessiva del livello di esposizione del rischio e con la relativa motivazione ;
- all'individuazione delle misure per ridurre i rischi rilevati e della relativa tempistica di attuazione;
- alla definizione degli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure caratterizzati da specifica valenza informativa, volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive.

In tema di coinvolgimento degli stakeholder esterni si è proceduto all'attivazione di una consultazione pubblica mediante la pubblicazione sul sito internet aziendale di un avviso finalizzato all'acquisizione di osservazioni e/o proposte atte all'aggiornamento del PTPCT da parte di tutti gli interessati (cittadini, associazioni, enti, imprese, ecc.). Inoltre è stato pubblicato sul sito aziendale apposito comunicato, per tutti gli interessati, in merito alla possibilità di invio, entro il 24 gennaio 2022, di osservazioni e/o proposte atte all'aggiornamento stesso.

Il RPCT, tenendo conto di quanto emerso, ha predisposto un primo schema del presente Piano che è stata oggetto di valutazione da parte della Direzione Generale e dei Direttori/Dirigenti Responsabili interessati. Lo stesso, alla luce delle osservazioni emerse, ha, di conseguenza, predisposto la stesura definitiva del Piano, trasmessa alla Direzione Generale, unitamente alla proposta di atto deliberativo di approvazione del medesimo Piano.

Dopo l'approvazione, il Piano è pubblicato ufficialmente, nella versione definitiva, sui siti web aziendali.

Il Piano sarà aggiornato su proposta del RPCT nel caso di:

- eventuali normative sopravvenute che impongono ulteriori e/o diversi adempimenti, anche in riferimento all'acquisizione di nuove competenze da parte dell'Azienda;
- modifiche organizzative dell'articolazione dell'Azienda che comportano la necessità di modificare e/o integrare compiti e responsabilità attribuite dal PTPCT;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPCT;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA.

5. ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto ha come obiettivo quello di evidenziare come i fattori esterni ed interni possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi all'interno dell'Azienda e possano condizionare sia la valutazione del rischio corruttivo che il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

La sanità infatti rappresenta un settore in cui elevato è il rischio corruttivo: oltre all'impiego di grandi quantità di risorse economiche che si traducono in appalti, per forniture di beni e di servizi, con la diffusività sull'intero territorio nazionale, costituisce presidio sul territorio e può essere utilizzato come strumento di consenso e quindi essere soggetto a influenze esterne e condizionamenti.

L'analisi in oggetto inoltre non può prescindere dall'affrontare anche le conseguenze dell'emergenza pandemica e i riflessi che questa ha avuto nell'ambito della prevenzione della corruzione.

5.1 Il contesto esterno

E' necessario premettere che una maggiore consapevolezza ed importanza è stata data alla lotta ai fenomeni corruttivi nel nostro Paese. La prevenzione della corruzione è stata al centro dell'evoluzione normativa degli ultimi anni: a partire dalla legge 190 del 2012, l'attività legislativa è stata indirizzata verso una maggiore efficienza della pubblica amministrazione, volta alla semplificazione, alla trasparenza e al contrasto degli illeciti, introducendo nuovi istituti e inasprendo alcune fattispecie di reato. E i dati di Transparency International relativi all'indice di percezione della corruzione registrano, dal 2012 al 2021, un trend positivo per l'Italia (con una piccola battuta d'arresto nel 2020) che ha portato il nostro Paese a guadagnare ben quattordici posizioni nel ranking globale attestandosi ora al 42esimo posto su scala globale. Seppur i risultati siano incoraggianti, dall'ultimo report annuale emerge un monito ad intervenire su questioni lasciate ancora in sospeso, tra tutte il ritardo nel trasposizione della Direttiva europea 2019/1937 sul tema del whistleblowing, i cui termini sono scaduti a dicembre 2021. "La corruzione è fenomeno sfuggente, insidioso, difficile da scoprire e da estirpare" e per combatterla "serve più trasparenza della Pubblica Amministrazione e maggiore controllo preventivo incrociato dei dati e degli appalti", è quanto affermato dal Presidente dell'Anac Giuseppe Busia il 9 dicembre 2021 a Dubai, intervenuto alla Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite (UNODC) nella Giornata Internazionale contro la Corruzione.

Sebbene negli ultimi due anni di emergenza sanitaria sia stato registrato un calo del tasso di criminalità (nel corso del 2020 sono denunciati 1.866.857 reati, ben 435.055 in meno rispetto all'anno precedente -circa il 18,9% di reati in meno, con una diminuzione nei mesi di marzo e aprile del 48,2% rispetto al 2019), la situazione di emergenza pandemica ha costituito un'ulteriore opportunità per il proliferare del fenomeno criminoso e l'infiltrazione della criminalità organizzata su tutto il territorio nazionale.

Nel 2021 è stata registrata una lieve crescita (5,4%) rispetto al 2020 ma comunque in calo del 12,6% in confronto al 2019. Sulla base dei dati raccolti dalle Forze di polizia che operano nell'ambito di strutture interforze relativi al periodo gennaio-novembre 2021 va segnalato un aumento del femminicidio (295 omicidi, con 118 vittime donne) e delle truffe online (con il 66% dei casi di truffa avvenuto via web nell'ambito di un aumento complessivo del 30,5% dei reati informatici).

Fenomeni sospetti e attività che potrebbero celare la presenza della criminalità organizzata sono state evidenziate dai dati raccolti dal Ministero dell'Interno, ad esempio in merito alle variazioni degli assetti societari nel corso degli ultimi due anni: nonostante una flessione del -6,30% registrata nel periodo marzo 2020 – febbraio 2021 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, va registrato un incremento del 7% delle segnalazioni per operazioni sospette ed un aumento, per il periodo marzo 2020 – febbraio 2021, del 9,7% del numero delle società colpite dai provvedimenti interdittivi antimafia, rispetto all'anno precedente. I dati del 2020 mostrano che le percentuali più alte di variazioni societarie sono state registrate nelle regioni Calabria, Sicilia e Campania, con una flessione per la Lombardia e l'ingresso del Piemonte e della Puglia al posto dell'Emilia Romagna.

La Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno delle mafie, nella Relazione sulla prevenzione e repressione delle attività predatorie della criminalità organizzata di giugno 2021, ha evidenziato come nel periodo marzo-novembre 2020 siano stati registrati circa quattordicimila gli atti di compravendita di quote societarie (valore complessivo dichiarato pari a oltre 22miliardi di euro) un aumento significativo del

numero di variazioni dei codici ATECO delle imprese rispetto all'anno precedente, fenomeni che insieme all'aumento delle segnalazioni di operazioni finanziarie sospette, fanno temere fenomeni illeciti ricollegati anche all'emergenza Covid-19.

Nonostante sia stato registrato un calo del tasso di criminalità nel corso della pandemia, non si è fermata l'attività delle forze di polizia: ai controlli e verifiche relativi alle violazioni degli obblighi di contenimento epidemico, si è aggiunta la lotta ai fenomeni speculativi relativi ai dispositivi di protezione individuale, ai prodotti di igienizzazione e alle frodi e ai commerci illegali relativi ai vaccini.

Secondo i dati nazionali provenienti dal Ministero dell'Interno il Comando Carabinieri per la tutela della Salute ha effettuato verifiche presso 44.169 aziende, con la contestazione di 4.408 violazioni e il deferimento all'Autorità Giudiziaria di 835 persone (+255) e la segnalazione amministrativa per ulteriori 3.350 (+1.980) per violazione degli obblighi di contenimento della situazione epidemiologica. I NAS hanno effettuato il sequestro complessivo di 6.894.000 tra mascherine chirurgiche e dispositivi medici protettivi irregolari e di 672.000 confezioni tra igienizzanti e saponi privi di proprietà disinfettanti, immesse in commercio in assenza di registrazione e con data di scadenza superata; in ambito di crimini informatici, sono stati individuati e oscurati 245 siti web collocati su server esteri extraUE dove venivano effettuate la pubblicità e l'offerta in vendita, anche in lingua italiana, di medicinali vietati o falsamente dichiaranti proprietà curative e preventive, in realtà privi di evidenze scientifiche. Controlli sono stati effettuati anche in merito alla legittimità delle vaccinazioni anti-Covid somministrate a persone apparentemente non aventi diritto o riconducibili a categorie non ricomprese nelle priorità sanitarie, mediante accertamenti su un totale di 550 dosi arbitrariamente erogate in alcuni centri del territorio nazionale.

La sanità è uno dei settori in cui maggiormente si è concentrata l'attività della Guardia di finanza: nel 2020 sono stati registrati 311 interventi con segnalazione alle Procure della Repubblica ed arresti in ambito di tutela della regolarità della spesa sanitaria, sono stati accertati danni erariali per l'ammontare significativo di 258,5 milioni di euro e tra le procedure contrattuali risultate irregolari una cospicua fetta è relativa ad appalti nel settore sanitario (su una cifra di oltre 5 miliardi di euro circa 632 milioni di euro).

Va segnalato il continuo raffronto con l'Autorità Nazionale Anticorruzione che ha delegato la GF ai controlli in materia di contrattualistica pubblica e accertamenti nel settore anticorruzione e trasparenza. Dalla relazione dell'Anac del 18 giugno 2021, è emerso come nel 2020 siano stati definiti diversi procedimenti di vigilanza avviati all'esito di indagini espletate dal nucleo speciale anticorruzione della GF sugli appalti di servizi e forniture da parte di enti del servizio sanitario nazionale: ci sono stati numerosi casi in cui è stata ravvisata la violazione dei principi comunitari di libera concorrenza parità di trattamento e trasparenza, casi di ricorso frequente all'istituto delle proroghe e dei rinnovi in materia di affidamenti e casi di frequente ricorso all'affidamento diretto verso i medesimi operatori economici e alle proroghe; da qui l'intervento dell'ANAC che con i suoi provvedimenti ha dovuto richiamare ad un corretto utilizzo degli istituti previsti del Codice degli appalti.

Il contesto socio economico del territorio in cui l'Azienda si inserisce è stato fortemente influenzato dai due anni di pandemia che, oltre all'emergenza sanitaria, ha anche creato e in alcuni casi acuito, quella economica, coinvolgendo imprese e famiglie.

Nei mesi dopo la pandemia, stando ai dati di IRES Piemonte, i settori sono stati colpiti in maniera asimmetrica da calo di fatturato, colpendo con un impatto negativo (calo) sui ricavi molte imprese con un buon grado di solvibilità.

Senza gli interventi governativi a sostegno dei cittadini, per il Piemonte la perdita del reddito disponibile sarebbe stata pari al -6,4% del reddito equivalente: grazie all'intervento del governo (per la Regione è stato pari a 2,8 miliardi) le famiglie hanno recuperato parte del calo del reddito (perdita complessiva al 3%) ma non ciò non ha evitato un impoverimento trasversale a diversi livelli di distribuzione reddituale. In un contesto socio economico dove la forza lavoro era caratterizzata per la prevalenza da addetti del settore industriale (destinatari molto spesso della CIG), di percettori di reddito da lavoro autonomo nei settori reddituali intermedi, di percettori di reddito da pensione minima e soggetti rimasti esclusi dai provvedimenti di sostegno all'economia, la prima fase della pandemia ha provocato un aumento della disuguaglianza

sociale; la situazione si è poi stabilizzata ed è migliorata nel corso del 2021. Stando all'ultimo rapporto di IRES Piemonte, rispetto ai primi undici mesi del 2020, è calato del 44% il ricorso alla Cassa Integrazione (la maggior flessione si è verificata nella provincia di Cuneo) mentre per quanto riguarda il Fondo di solidarietà rispetto ai primi undici mesi del 2020 si è passati da 79, 8 milioni erogati a poco più di 65 milioni. Sebbene il 2021 sia stato un anno di crescita per l'Italia e per il Piemonte permangono alcune incognite per il nuovo anno dovute ad un contesto fortemente condizionato dalla recrudescenza della pandemia dovuta al dilagare della variante Omicron, dalla crescita dell'inflazione, dall'aumento dei prezzi delle materie prime e dell'energia, dalla carenza di alcuni materiali e componenti.

Per quanto riguarda la criminalità organizzata, secondo una classifica elaborata da IlSole24Ore sulla base delle denunce registrate nel corso dell'anno, per il territorio regionale emerge il 6° posto della provincia di Torino con 4232,6 denunce/100.000 abitanti, con la provincia che si attesta ai primi posti per quanto concerne furti e rapine.

Con l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2022 l'allarme è stato lanciato dal Procuratore Generale della Repubblica di Torino, Francesco Saluzzo invitando a non sottovalutare il fenomeno delle infiltrazioni mafiose soprattutto in questo periodo di ripresa economica post Covid. Purtroppo è ormai certificata da anni la presenza della criminalità organizzata sul territorio piemontese e la sua commistione con le istituzioni è testimoniata dai provvedimenti di scioglimento adottati in passato nei confronti dei Consigli comunali Bardonecchia (1995) Leinì (2012) e Rivarolo Canavese (2012). Inoltre sono evidenti anche i numeri relativi agli atti intimidatori: valutando l'incidenza di questi episodi in rapporto alla popolazione (100k) notiamo come la media nazionale si attesti a 0,90 episodi ogni 100k abitanti con il Piemonte che, nello stesso periodo di tempo ha registrato 33 episodi per 100k abitanti (con una media di 0,76).

E' evidente dalle varie operazioni svolte sul territorio piemontese la presenza e la proliferazioni di fenomeni mafiosi, soprattutto di stampo ndranghetista, volti anche all'appropriarsi e al beneficiare degli strumenti di sostegno messi in campo contro la pandemia.

5.2 Contesto interno

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO), costituita dal presidio ospedaliero sito in Regione Gonzole n. 10 costruito nel 1970; si caratterizza per le attività medico-chirurgiche che la pongono in posizione di rilievo nell'ambito del panorama sanitario piemontese. L'iniziale vocazione al trattamento delle sole patologie polmonari è stata nel corso degli anni, oggetto di profonde trasformazioni evolutive che hanno portato questa Azienda ad essere fortemente caratterizzata da un'offerta di interventi sanitari polispecialistici ad alta complessità e contenuto qualitativo.

La presenza del Polo Universitario "San Luigi Gonzaga" della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino, del Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) e di alcune Scuole di Specializzazione post-laurea hanno ulteriormente ampliato la collaborazione tra l'Università e questa Azienda, divenuta Ospedale di insegnamento a rilevanza nazionale, consentendo così il raggiungimento di livelli di sviluppo attraverso l'integrazione tra ricerca scientifica, assistenza e formazione professionale.

Si evidenziano, sempre all'interno della struttura ospedaliera:

- il Centro Regionale Antidoping "Alessandro Bertinaria", realizzato in occasione delle Olimpiadi Invernali "Torino 2006", che, con la conclusione degli Eventi Olimpici di Torino 2006, è diventato un punto di riferimento a livello regionale, nazionale e internazionale per quanto riguarda l'analisi chimico-clinica, tossico-logica e forense e si sta affermando come centro di eccellenza per la ricerca e la formazione nel campo della lotta all'uso di sostanze dopanti ed illecite sia di uso umano sia di uso veterinario;
- il Neuroscience Institute Cavalieri Ottolenghi (NICO), impegnato nello studio dei meccanismi biologici fondamentali e nella sperimentazione di strategie terapeutiche innovative per le patologie neurodegenerative e neuropsichiatriche.
- la Biblioteca Pubblica parte del Sistema Bibliotecario di Area Metropolitana di Torino (SBAM).

Al fine di garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria di qualità in continuo miglioramento, l'Azienda è dotata di aree di alta specializzazione, supportate da un'area di assistenza di base di grande professionalità e di aree di assistenza ben rappresentate e sviluppate dedicate alla tutela della fragilità.

Il Presidio Ospedaliero aziendale è organizzato secondo un modello assistenziale che prevede sia l'attività di ricovero (ordinario e diurno), sia l'attività ambulatoriale e dispone di:

- 343 letti di ricovero ordinario
- 69 letti di day hospital (ricovero diurno)
- 1 Poliambulatorio centralizzato e ambulatori decentrati
- 7 sale operatorie
- Dipartimento Area chirurgica ed intensiva (alta e media intensità)
- Dipartimento Area medica ed oncologia (media intensità)
- Dipartimento Area medica specialistica (media intensità)
- Dipartimento funzionale di Emergenza e Urgenza (Pronto soccorso con
- Osservazione Breve Intensiva, Medicina d'Urgenza, Rianimazione, Neurologia con Stroke Unit, Cardiologia con UTIC ed Emodinamica, attivi sulle 24 ore)
- Dipartimento Continuità assistenziale (bassa intensità, interaziendale AOU San Luigi Gonzaga – ASL TO3)
- Psichiatria (con posti letto)
- Radiodiagnostica con Medicina Nucleare e Radioterapia
- Laboratorio Analisi Centrale con Punto Prelievi dedicato
- Servizio Trasfusionale
- Dialisi
- Farmacia ospedaliera
- Hospice

Per un'adeguata valutazione del contesto interno è fondamentale un breve riassunto di quanto avvenuto all'interno di questa Azienda nel corso del 2021, anno in cui le strutture aziendali, pur cercando di riprendere a pieno regime le proprie attività, hanno dovuto affrontare la gestione dalla terza e quarta ondata provocata dalla recrudescenza della diffusione del Sars Covid 19.

Per contenere la diffusione del virus su tutto il territorio nazionale il Governo italiano ha introdotto il sistema delle zone di colore: ai territori, sulla base dell'analisi di parametri determinati, veniva attribuita una fascia di rischio (zona bianca, zona gialla, zona arancione e zona rossa) a cui corrispondeva limitazioni e misure di contenimento; tale meccanismo, operante sulla base di un continuo monitoraggio ed evoluzione dei dati, consentiva allentamenti e restrizioni maggiori sulla base dell'evoluzione della situazione epidemiologica.

Dopo la seconda ondata, l'inizio dell'anno è stato caratterizzato da un alleggerimento della pressione sulla struttura (che ha fatto ipotizzare un progressivo decremento dei numeri di posti letto per soggetti covid positivi e una graduale riconversione dei reparti a questi dedicati. Nel frattempo, a partire dal 25 febbraio è operativo per la ASL TO3 un punto vaccinale all'interno dei locali dell'Azienda che è diventato punto di riferimento per la somministrazione dei vaccini sul territorio.

A marzo, l'aumento del numero dei positivi ha indotto il DIRMEI a richiedere la progressiva riattivazione dei posti letto per pazienti covid positivi e la contestuale riduzione dell'attività chirurgica ed ambulatoriale. Nuovi posti letto quindi sono stati ricavati modificando la destinazione di alcune aree e riconvertendo reparti, le prenotazioni ambulatoriali sono state limitate alle prestazioni non procrastinabili (U e B, screening oncologico) e le attività di ricovero limitate ai ricoveri in regime di urgenza, ai ricoveri elettivi oncologici e non oncologici con priorità A; è stata sospesa l'attività di libera professione intramuraria dei professionisti di questa Azienda.

Con lo scemare della terza ondata, dai mesi di aprile e maggio è stata avviata una progressiva riduzione dei posti letto e conversione di aree per pazienti positivi al covid in aree covid negative; con la ripresa

dell'attività di libera professione sono ripartite le prenotazioni telefoniche, le attività di recupero delle prestazioni e la normale attività ambulatoriale. Sono state inoltre riaperte le visite in tutti i reparti di degenza covid e covid free con rigidi protocolli.

Seppur con numero contenuto, nel mese di settembre è proseguito il ricovero di soggetti covid positivi, che ha visto l'impiego di due strutture aziendali. È proseguita l'attività del punto vaccinale presente all'interno dell'Azienda: oltre alla vaccinazione del bacino di utenza dell'ASL TO3, è stata conclusa la somministrazione della dose addizionale di vaccino contro il covid per i pazienti immunodepressi oncologici. Dal mese di novembre, oltre alla vaccinazione anticovid, è stata aperta per tutto il personale aziendale, la campagna di adesione per il vaccino antinfluenzale.

La resistenza di alcune fasce di popolazione alla vaccinazione, unita successivamente alla scoperta e diffusione della variante Omicron ha provocato un graduale ma costante aumento dei casi di positività e di ricovero per covid. Parallelamente all'intensificazione dell'attività vaccinale (passaggio a due linee vaccinali operative 7 giorni su 7), dato il peggiorare dei numeri della pandemia e l'aumento della pressione sulla struttura, nei primi giorni di dicembre è stato deciso di sospendere l'accesso per i visitatori nelle strutture di degenza mentre, sulla base delle indicazioni provenienti dall'unità di crisi regionale, si è proceduto alla rimodulazione delle attività ospedaliere ambulatoriali e chirurgiche (privilegiando le attività non procrastinabili U e B ed oncologiche) e dei posti letto covid di terapia intensiva e degenza ordinaria.

L'attività dell'Azienda, seppur con momenti in cui si è cercato di ripristinare la normale attività e di recuperare le attività e le prestazioni in arretrato, è stata ancora fortemente condizionata purtroppo dall'evoluzione della situazione pandemica e dalla sua gestione. Purtroppo infatti alcune attività in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono state difficoltose: infatti si è continuato con la formazione da remoto per quanto riguarda le tematiche dell'etica e della legalità e sono state ridotte le attività di audit.

Per quanto riguarda la struttura Aziendale, nel 2021 c'è stato l'insediamento della nuova Direzione Aziendale: il Direttore Generale Dottor Francesco Arena ha nominato i suoi collaboratori, nominando il Dott. Roberto Arione Direttore Sanitario e la Dott.ssa Rosa Alessandra Brusco Direttore amministrativo. Nei mesi successivi al loro insediamento è stato avviato un processo di riorganizzazione delle strutture aziendali che ha portato alla deliberazione n.705 del 07/12/2021 "Modifica dell'Atto Aziendale adottato con deliberazione n.578 del 28/11/2017", recepito dalla Regione Piemonte.

Inoltre va segnalato anche l'incremento del personale: oltre all'assunzione del personale a tempo determinato per la gestione dell'emergenza covid e della campagna vaccinale, c'è stata l'assunzione a seguito di concorso e scorrimento della relativa graduatoria di figure di collaboratori amministrativi professionali.

Si riportano di seguito alcuni dati salienti dell'Azienda, relativi all'anno 2021, che sono indicati nelle tabelle che seguono:

Attività	Numero ricoveri ordinari	8267
	Numero DH/DS	4706
	Numero prestazioni ambulatoriali per esterni	800.720
	Numero accessi PS	26.422

	Numero fatture attive	964
--	-----------------------	-----

Amministrazione	Numero fatture passive	22453
	Numero ordini	21224
	Numero atti deliberativi	785
	Numero determinazioni dirigenziali	665

Personale	Medico Dirigente	253
	Sanitario non medico Dirigente	20
	Dirigente Tecnico-Professionale-Amministrativo-Infermieristico	12
	Comparto	1270
	Totale dipendenti	1555

A supporto delle strutture propriamente assistenziali, opera, inoltre, una serie di strutture ed uffici di carattere tecnico – amministrativo, che svolgono le funzioni di gestione delle risorse umane, gestione tecnico-logistica, manutentiva e di approvvigionamento di beni e servizi, gestione contabile, gestione degli affari istituzionali e gestione delle relazioni esterne. Relativamente alle stesse, non essendo possibile disporre di standard per la strutturazione di un apposito Dipartimento, il coordinamento delle diverse funzioni dirigenziali è assunto direttamente dal Direttore Amministrativo, ferma la separazione tra le funzioni strategiche di supporto alla Direzione Generale e le funzioni gestionali qui configurate da parte dello stesso.

L’A.O.U. San Luigi Gonzaga, in quanto tale, non ha ramificazioni, né servizi sul territorio (medici di base, pediatri, veterinari, ambulatori, guardie mediche, ecc.) e, pertanto, riceve segnalazioni, ovvero rileva punti di fragilità della correttezza istituzionale principalmente, se non esclusivamente, con riferimento all’attività erogata all’interno delle proprie strutture ospedaliere.

Con provvedimenti succedutisi negli ultimi anni la Regione Piemonte ha rivalutato i fabbisogni assistenziali regionali e ha rideterminato le strutture organizzative ed i relativi posti letto, definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale con conseguente riduzione del numero delle strutture sia assistenziali che amministrative.

Con Deliberazione n. 601 del 16 ottobre 2015, l’A.O.U. San Luigi Gonzaga ha adottato il nuovo Atto Aziendale e il Piano di Organizzazione, che sono andati a modificare sostanzialmente il sistema organizzativo sino a quel momento alla base dei precedenti PTPC aziendali. L’Atto Aziendale si attiene ai contenuti della D.G.R. n. 42-1921 del 27.07.2015 “Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i. All. 1 e approvazione All. A. “Approvazione principi e criteri per l’organizzazione delle

Aziende Sanitarie regionali e applicazione parametri standard per l'individuazione di Strutture Semplici e Complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012”.

Con Deliberazione n. 607 del 18 dicembre 2017 l’A.O.U. San Luigi Gonzaga ha adottato il nuovo Atto Aziendale e il Piano di Organizzazione.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 705 del 7 dicembre 2021 è stata approvata la “Modifica dell’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 578 del 28.11.2017”. E’ stata poi adottata la Deliberazione n. 143 del 08/03/2022 avente ad oggetto Atto Aziendale dell’A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano adottato con Deliberazione n. 705 del 07.12.2021: recepimento rilievo regionale.

Il modello organizzativo aziendale, in fase di mutazione a seguito del riassetto organizzativo, è riportato nell’*Allegato 4* al presente PTPCT. Nell’Allegato 4, vista la fase di transizione, sono riportati l’organigramma di cui alla Deliberazione n. 607 del 18 dicembre 2017 nonché l’organigramma del nuovo assetto organizzativo.

L’Atto aziendale vigente prevede quale principio imprescindibile dell’azione dell’Azienda quello di buona amministrazione che deve, in particolare, garantire la trasparenza, la semplificazione dell’azione amministrativa e la prevenzione della corruzione, intesa come analisi delle cause e dei fattori che possono dar luogo a fenomeni di corruzione o anche di mero rischio adottando gli interventi di prevenzione e contrasto.

Si ritiene, di conseguenza, necessario che sia concretizzato quanto previsto dall’ANAC con determinazione n. 12/2015 e delibera n. 831/2016 e, in particolare, che venga garantita al RPCT una struttura di supporto adeguata, sia per qualità del personale che per mezzi tecnici.

Questo, in una logica di integrazione delle attività, anche attraverso una effettiva collaborazione con l’OIV, il Servizio Ispettivo, l’Ufficio Procedimenti Disciplinari e i vari uffici di controllo interno esistenti in azienda o istituendi, nonché con le strutture che curano la predisposizione del Piano della Performance.

Con le Deliberazioni n. 578 del 28 novembre 2017 e n. 607 del 18 dicembre 2017, recepite dalla D.G.R. 12 gennaio 2018, n. 38-6363, è stato modificato l’Atto Aziendale 2015. L’attivazione delle modifiche ha impattato particolarmente nell’ambito del settore amministrativo.

Dall’analisi del contesto esterno ed interno, come nei PTPCT precedenti, si conferma la necessità di rafforzare la consapevolezza che un efficace sistema di prevenzione della corruzione deve prevedere una rete di confronto continuo e scambio di informazioni con tutti i Dirigenti, che nel reciproco riconoscimento dei ruoli e delle responsabilità, sia il presupposto di ogni strategia di prevenzione e mitigazione del rischio. Ciò premesso, si evidenzia come nell’emergenza pandemica sia stato complesso mantenere l’interazione auspicata tra RPCT e strutture e non certo per una precisa volontà degli attori, quanto dalla necessità di dedicare ogni sforzo alla gestione dell’emergenza che ha impattato su tutto il sistema, come descritto nel contesto esterno ed interno.

La pandemia ha però evidenziato anche la necessità di incrementare, terminata la fase concitata dell’emergenza, la condivisione delle strategie in materia, coinvolgendo con il supporto della Direzione aziendale e delle Direzioni Mediche di Presidio, i professionisti di area sanitaria in un serio processo di responsabilizzazione.

Per quanto emerge dall’analisi del contesto interno ed esterno si ritiene di poter evidenziare alcuni punti critici:

- resistenza all’attuazione di misure percepite come meri adempimenti burocratici, soprattutto in un periodo di emergenza in conseguenza anche delle ridondanze e sovrapposizioni di alcuni obblighi e adempimenti per i quali si auspica una incisiva semplificazione anche alla luce di molte incertezze applicative. Quest’ultimo aspetto rappresenta anche un concreto ostacolo all’avvio e alla partecipazione condivisa di ulteriori iniziative di approfondimento e implementazioni di attività
- necessità di un maggior coinvolgimento dell’area sanitaria con il supporto della Direzione Aziendale, allo scopo anche di contrastare il diffuso senso che le politiche in materia siano di stretta competenza dell’area tecnico-amministrativa.

- Necessità di effettivo supporto del tavolo di coordinamento regionale degli RPCT perché sia un momento di concreta definizione, pur nella specificità di ciascun ente, di percorsi comuni, procedure e linee guida condivise, considerata anche la carenza delle risorse umane attribuite al RPCT.

In ultimo, si evidenzia che i casi di illegalità che, nello specifico, hanno coinvolto l'Azienda dall'entrata in vigore della L. 190/2012 hanno riguardato un procedimento penale a carico di dipendenti dell'Azienda avanti alla procura della Repubblica del Tribunale di Torino. In data 21 dicembre 2021 è stata emessa dal Tribunale di Torino la sentenza di condanna n. 3694/2021 nei confronti di due dipendenti di questa Azienda (uno dei quali in pensione con decorrenza antecedente a tale data). Aperto procedimento dinanzi alla Corte dei Conti per danno erariale. Si precisa che i fatti contestati si riferiscono anche ad avvenimenti accaduti presso altra Azienda Sanitaria.

6. GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio, ossia l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'azienda con riferimento al rischio di "corruzione", è stato condotto in osservanza della tempistica e delle modalità operative citate al precedente punto 4 (vedi, in particolare, il punto 4.2), osservando, comunque, la metodologia generale indicata, complessivamente, dal PNA nei suoi successivi aggiornamenti.

L'obiettivo è analizzare tutta l'attività svolta, in particolare attraverso la mappatura dei processi organizzativi, al fine di identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è un modo "razionale" di individuare e rappresentare tutte le attività dell'Azienda e assume carattere strumentale a fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi e per la formulazione di adeguate misure di prevenzione.

Pertanto, sono state seguite le fasi operative di seguito elencate:

- Analisi del contesto, esterno ed interno (vedi precedente punto 5)
- Mappatura dei processi attuati dall'Azienda ed identificazione dei relativi rischi
- Valutazione (analisi e ponderazione) dei rischi per ciascun processo
- Trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure)

Gli esiti delle fasi b) e c) sono riportati al presente punto 6; gli esiti della fase d) sono riportati invece al successivo punto 7.

E' doveroso precisare che l'elenco dei processi effettuato, pur presentando un elevato livello di dettaglio, non ha ancora pretese di esaustività, richiedendo nel corso del triennio di previsione un aggiornamento .

6.1 Mappatura dei processi e identificazione dei rischi

La mappatura degli attuali processi aziendali è stata effettuata in base alla pre-definizione di 14 aree di rischio nel cui ambito è stato ritenuto più elevato il rischio di corruzione: pertanto, alle 8 aree di rischio generali per tutte le Amministrazioni, indicate all'Allegato 2 del PNA, così come aggiornate dall'ANAC con determinazione n. 12/2015 e delibera n. 831/2016, sono state aggiunte ulteriori 6 aree specifiche che tengono conto delle attività svolte da un'azienda ospedaliero-universitaria e, nello specifico, dall'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO).

Le Aree di rischio così enucleate sono le seguenti:

A) Aree di rischio generali

- Acquisizione e progressione del personale
- Incarichi e nomine
- Contratti pubblici
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Affari legali e contenzioso
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

B) Aree di rischio specifiche

- Attività libero-professionale e liste di attesa
- Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Attività correlate al decesso in ospedale
- Gestione delle risorse umane
- Relazioni con il pubblico
- Gestione rischi dei lavoratori dipendenti

Rispetto alla proposta del PNA, si è tralasciata l'Area "Rapporti Contrattuali con Privati Accreditati" perché non di competenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Nell'ambito delle succitate Aree di rischio, i Direttori/Dirigenti Responsabili, con l'ausilio e la supervisione del RPCT, hanno quindi proceduto all'individuazione delle attività maggiormente "sensibili", unitamente all'identificazione dei rischi correlati: il risultato finale di questa rilevazione costituisce la "Mappatura dei processi e dei rischi" aziendali, specificamente riportato nell'*Allegato 1* al presente PTPCT e contenente:

- Area di rischio
- Relativi processi (articolati in attività/fasi)
- Identificazione dei possibili eventi rischiosi correlati
- Strutture e responsabili aziendali di afferenza
- Eventuali altri soggetti coinvolti.

Come anticipato in "Premessa" e nell'ambito della disamina del contesto interno, l'individuazione delle aree di rischio potrà oggetto di rivalutazione generale, nell'arco del triennio di riferimento.

6.2 Valutazione (analisi e ponderazione) dei rischi

Alla prima fase di mappatura dei processi aziendali ed identificazione dei rischi correlati di cui al precedente punto 6.1, è seguita, sempre da parte dei Direttori/Dirigenti Responsabili, con l'ausilio e la supervisione del RPCT, quella di valutazione dei relativi rischi, con l'analisi e la ponderazione degli stessi, in applicazione della metodologia predefinita.

Gli esiti della complessiva fase di valutazione sono riportati nell'*Allegato 2* al presente PTPCT, nel quale sono specificati:

- Area di rischio
- Processo
- Attività/fase del Processo
- Struttura/e aziendale/i responsabile/i del Processo
- Livello di rischio (espresso in valore numerico)

Al fine di procedere all'identificazione degli eventi rischiosi, è stato individuato, come oggetto di analisi il processo e, ove quest'ultimo si componga di più fasi, le fasi stesse.

Per procedere all'analisi degli eventi rischiosi si è partiti dai rischi rappresentati dall'*allegato 2* del Piano 2019-2021, tenendo conto dei suggerimenti del PNA 2019 ovvero l'utilizzo di un approccio di tipo qualitativo, in termini cioè di Basso, Medio o Alto rischio, dando spazio alla motivazione della valutazione. Sono stati individuati quali elementi elementi soggettivi per la valutazione del rischio:

- EFFETTI DEL PROCESSO: se l'attività espletata ha come destinatario un soggetto interno i rischi saranno minori; maggiori invece nel caso di soggetto esterno.
- LIVELLO DI INTERESSE "ESTERNO": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;

- GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALLA PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- COMPLESSITÀ DEL PROCEDIMENTO ED EVENTUALE COINVOLGIMENTO DI UNA PLURALITÀ DI AMMINISTRAZIONI: più è complesso il processo espletato e/o coinvolge altre amministrazioni, maggiore è il rischio;
- MANIFESTAZIONE DI EVENTI CORRUTTIVI IN PASSATO NEL PROCESSO/ATTIVITÀ ESAMINATA: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- LIVELLO DI COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DEL PROCESSO O DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE, AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- GRADO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi;
- PRESENZA DI CONTROLLI: l'espletamento di controlli sul processo determina una riduzione del rischio;
- FRAZIONABILITÀ DEL PROCESSO: se il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato, il rischio aumenta.

Mentre sono stati individuati quali dati oggettivi:

-PRESENZA DI PRECEDENTI GIUDIZIARI E/O DISCIPLINARI A CARICO DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:

- a) i reati contro la PA;
- b) il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);
- c) i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
- d) i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Tali dati possono essere reperiti dall'Ufficio Legale dell'amministrazione o tramite l'Avvocatura (se presenti all'interno dell'amministrazione), o dall'Ufficio procedimenti disciplinari e l'Ufficio Approvvigionamenti/Contratti. Si può ricorrere anche alle banche dati on-line già attive e liberamente accessibili (es. es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione).

-PRESENZA DI SEGNALAZIONE, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction, che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.

- ULTERIORI DATI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE (es. rassegne stampa, ecc.).

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

- B - Basso rischio
- M - Medio rischio
- A - Alto rischio

6.3 Trattamento dei rischi

La terza fase del processo di gestione del rischio, ossia quella di trattamento dello stesso, si è tradotta nell'individuazione delle Misure di prevenzione ritenute idonee per neutralizzare o ridurre il rischio.

Nella definizione delle Misure si è tenuto conto sia dell'Aggiornamento del PNA di ottobre 2015 e del PNA 2016, sia dei precedenti piano PTPCT 2017-2019, PTPCT 2018-2020 ,PTPCT 2019-2021 e PTPCT 2020-2022

Nell'*Allegato 3* al presente PTPCT, sono riportate le misure per:

- Area di rischio
- Processo
- Attività/Fase del Processo
- Possibile evento rischioso
- Responsabile del Processo
- Altri eventuali soggetti coinvolti
- Valutazione del rischio (espressa in valori numerici e descrittivi)
- Misure in atto
- Misure da attuare
- Tempi di attuazione
- Indicatori per il Monitoraggio e Controllo
- Eventuali note esplicative

L'individuazione delle misure di prevenzione è stata definita sulle caratteristiche organizzative di questa struttura sanitaria, in quanto la strategia di prevenzione deve essere personalizzata aziendalmente. Si rileva in particolare che alcuni processi di valutazione del rischio sono stati rimodulati (in particolare gestione del decesso/liste d'attesa) anche in considerazione degli incontri e sulla base delle indicazioni pervenute dalla Regione Piemonte.

6.4 Monitoraggio del PTPCT e delle Misure

Al fine di evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili, è opportuno progettare e scadenziare le misure a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione. Risulta, pertanto, importante, dopo la fase di individuazione delle misure, una fase di controllo e di monitoraggio delle stesse.

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere a tre requisiti.

- Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
- Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni ed enti. Se fosse ignorato quest'aspetto, i PTPC finirebbero per essere irrealistici e quindi restare inapplicati. L'eventuale impossibilità di attuarle va motivata.
- Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. L'identificazione delle misure di prevenzione è un elemento dipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.

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

Come evidenziato al precedente punto 6.3, nell'*Allegato 3* al presente PTPCT sono riportate le colonne:

- Misure in atto
- Misure da attuare
- Tempi di attuazione
- Indicatori per il Monitoraggio e Controllo

L'effettiva attuazione delle misure si realizza attraverso la verifica degli indicatori di monitoraggio.

A tal fine, viene prevista una verifica nel corso dell'anno, preferibilmente semestrale, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse, in particolare a seguito di scostamenti tra valori attesi e quelli rilevati attraverso gli indicatori di monitoraggio associati a ciascuna misura e una verifica annuale.

A supporto dell'attività di autoanalisi, nel PTPCT (Allegato 3) sono proposti alcuni indicatori contraddistinti da semplicità di calcolo e particolare valenza informativa, in modo da fotografare al meglio tutte le possibili specificità che la caratterizzano. Nel tempo, l'utilizzo costante degli indicatori, anche in funzione dell'organizzazione dei controlli interni, potrà fornire un quadro dinamico sull'andamento delle attività nell'area e sulla coerenza con il dettato normativo, consentendo di studiare e implementare misure specifiche di intervento o prevenzione dei rischi di corruzione.

Alcune misure riguardano l'implementazione/aggiornamento di regolamenti e/o procedure che permettono di individuare e tracciare l'iter amministrativo e/o comportamentale corretto.

Sulla base del rispetto del regolamento/procedura è possibile attivare gli indicatori di monitoraggio dell'attività inerente.

Lo stesso dicasi per le misure di informatizzazione dei processi amministrativi e/o sanitari che permettono maggiori controlli e verifiche sull'attività.

Ulteriori strumenti di monitoraggio sono rappresentati da:

- la predisposizione da parte del RPCT, entro il 15 dicembre di ogni anno o altra data indicata da ANAC, di una Relazione annuale che riporta il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC; questa relazione deve contenere una serie di indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione con riguardo ai seguenti ambiti: gestione rischi, formazione, codice aziendale di comportamento, altre iniziative; la Relazione è trasmessa alla Direzione aziendale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ed è pubblicata sul sito web aziendale. A decorrere dal 2014, detta Relazione viene predisposta sul modello messo a disposizione delle pubbliche amministrazioni dall'ANAC;
- lo svolgimento di specifici Audit da parte del RPCT in relazione all'attuazione di tutte o di alcune delle misure contenute nel PTPCT. Questa attività, sospesa nel 2020 per la pandemia, non è stata ripresa nel 2021 a causa della recrudescenza della diffusione del virus da Sars Covid 19;
- l'implementazione di un sistema di reportistica tale da consentire al RPCT un monitoraggio costante in merito allo stato di avanzamento di attuazione delle misure contenute nel PTPCT. Considerato il collegamento con il Ciclo della Performance (di cui al successivo punto 8 del presente Piano), la reportistica è quella usualmente utilizzata in sede aziendale per illustrare lo stato di realizzazione degli obiettivi annuali di attività, sia in fase di verifica intermedia sia in fase di rendicontazione finale;
- le attività di verifica e valutazione svolte dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) nell'ambito del Ciclo della performance aziendale, stante la stretta correlazione esistente con il Piano (di cui al successivo punto 8).

A tal proposito, nel corso dell'anno 2021, il RPCT ha effettuato le seguenti azioni:

- provveduto alla redazione della Relazione annuale, secondo il modello messo a disposizione dall'ANAC, e pubblicazione della stessa sul sito web;
- provveduto al monitoraggio relativamente alla mappatura dei rischi inserito nel Piano;
- ha proceduto al monitoraggio periodico (semestrale, sulla totalità dei dati; random, a campione, su singole voci) dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Nel corso del triennio di riferimento si prevedono:

- la definizione di uno schema di reportistica atto da consentire al RPCT un monitoraggio costante in merito allo stato di avanzamento di attuazione delle misure contenute nel PTPCT, eventualmente mediante l'acquisizione di idoneo supporto informatico;

- la prosecuzione di un processo organico volto alla definizione di un sistema di controlli interni idoneo a verificare l'appropriatezza e la legalità dell'azione amministrativa aziendale;
- prosecuzione delle verifiche da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- redazione della relazione da parte del RPCT, secondo lo schema definito da ANAC, e pubblicazione della stessa sul sito web entro il termine indicato dalla stessa Autorità;
- adeguamento alla nuova disciplina prevista dal decreto legge 9 giugno 2021 n. 80 in materia di rafforzamento della capacità amministrativa delle PA funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza e per l'efficienza della giustizia, con l'adozione del nuovo PIAO (Piano Integrato di Attività ed Organizzazione) volto a riunire e a comprendere tutti gli strumenti organizzativi relativi ad obiettivi strategici, alla prevenzione del rischio corruttivo, al piano della Performance e della formazione.

7. MISURE OBBLIGATORIE

Nel presente PTPCT non è stata operata la distinzione tra misure “obbligatorie” e misure “ulteriori”, in quanto le misure indicate per ogni area di rischio e ogni processo sono ritenute congrue e utili rispetto ai rischi rilevati, ritenendo che la misura è una valutazione correlata all'analisi del rischio e deve essere un'azione che possa effettivamente prevenire o contrastare comportamenti corruttivi.

Alla luce di quanto previsto dalla L. 190/2012 e dall'insieme delle disposizioni relative al PNA, si evidenziano alcuni aspetti fondamentali, considerati come misure obbligatorie.

Sono misure obbligatorie:

- Trasparenza
- Codice di comportamento
- Rotazione del personale
- Astensione in caso di conflitto di interesse
- Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali
- Inconferibilità per incarichi dirigenziali e incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali
- Attività successive alla cessazione del servizio
- Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.
- Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (*whistleblower*)
- Formazione del personale
- Patti di integrità negli affidamenti
- Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile
- Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Le altre misure preventive sono, invece, qualificate come ulteriori, in quanto non sono obbligatorie per legge ma lo diventano soltanto in seguito alla loro previsione nell'ambito del PTPCT, in seguito alle operazioni di mappatura dei rischi e delle criticità evidenziate in questa sede.

L'articolazione di dettaglio di tutti gli aspetti relativi alle singole misure costituirà, comunque, oggetto di una specifica rilevazione nell'ambito della fase di coordinamento del presente Piano con il Ciclo della Performance, oggetto dell'analisi di cui al successivo punto 8.

Le misure obbligatorie sono specificamente analizzate qui di seguito.

7.1 Trasparenza

La particolare rilevanza della materia della trasparenza, la cui corretta e compiuta attuazione rappresenta una delle misure fondamentali per la prevenzione dei fenomeni di corruzione e di cattiva amministrazione, richiede una trattazione particolarmente articolata della stessa. Per tale motivo, si rimanda alla sezione dedicata “9. Attuazione degli obblighi di Trasparenza”.

7.2 Codice di comportamento

Altra misura fondamentale ai fini della prevenzione dei fenomeni di corruzione e di cattiva amministrazione, è costituita dal Codice di comportamento, che rappresenta un elemento molto importante per indirizzare in senso legale ed eticamente corretto le azioni e le attività dei dipendenti (e degli altri soggetti ivi operanti) dell'Azienda.

Il Codice aziendale di comportamento, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 45 del 29 gennaio 2014, è stato aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 203 del 31 marzo 2015. Alla luce delle “Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”, di cui alla Deliberazione dell’ANAC n. 358 del 29 marzo 2017, con Deliberazione del Commissario n. 68 del 25 gennaio 2018 è stato approvato il nuovo Codice di comportamento, pubblicato sul sito internet aziendale www.sanluigi.piemonte.it (sezione Amministrazione Trasparente → Disposizioni generali → Atti generali → Codice disciplinare e di codice di condotta). Il Codice di comportamento è oggetto di diffusione capillare nei confronti di tutto il personale aziendale, al momento dell'assunzione è data comunicazione in merito dalla S.C. Amministrazione del Personale.

La redazione e la divulgazione del Codice di comportamento costituiscono, altresì, obiettivo compreso nel PAC, azione A1.5 (D.G.R. 2 marzo 2015, n. 34-1131/2015).

Il Gruppo di lavoro regionale degli RPCT ha elaborato le “Linee Guida per la predisposizione dei codici di comportamento delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte”, approvate con D.G.R. n. 9-4694 del 25 febbraio 2022: obiettivo per il prossimo triennio è quello di adeguare il codice di comportamento aziendale rispetto alle indicazioni delle linee guida.

7.3 Rotazione del personale

In linea generale, la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura molto rilevante fra gli strumenti di prevenzione dei fenomeni di tipo corruttivo.

La rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. In tale direzione va anche l’esperienza del settore privato dove, a fronte di un mondo del lavoro sempre più flessibile e di rapido cambiamento delle competenze richieste, il livello di professionalità si fonda non tanto o, non solo, sulle capacità acquisite e dimostrate, ma anche su quelle potenziali e future.

La rotazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

In ogni caso, la rotazione va correlata all’esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell’azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

La rotazione del personale all’interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall’art. 1, comma. 5, lett. b) della L. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all’ANAC “procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari”. Inoltre, secondo quanto disposto dall’art. 1, comma 10, lett. b) della L. 190/2012, il RPCT deve verificare, d’intesa con il dirigente competente, “l’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione”. Questo tipo di rotazione, c.d. “ordinaria” è stata, quindi, inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia

preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'istituto della rotazione era stato già previsto dal D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego, dall'art. 16, comma 1, lett. l-quater) (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla l. 7 agosto 2012, n. 135), sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Tale misura, c.d. rotazione "straordinaria", solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione.

7.3.1 Rotazione ordinaria

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di "expertise" consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione ordinaria è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Nell'ambito di un'azienda ospedaliero-universitaria con le caratteristiche dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga (in termini di dimensioni, numero di personale dirigenziale e non dirigenziale), la rotazione ordinaria rappresenta uno strumento di non agevole attuazione.

In particolare:

- la rotazione, innanzitutto, non è attuabile nei confronti del personale medico e – in generale – del personale dirigente del ruolo sanitario, in quanto detto personale deve essere necessariamente assegnato alla propria specifica disciplina medica di specializzazione e, di conseguenza, non possono ipotizzarsi trasferimenti in diverse strutture aziendali; unica limitata possibilità è quella riferita a variazioni e modifiche dei singoli incarichi dirigenziali;
- in linea generale, alcuni settori di attività amministrativa, in cui la misura della rotazione del personale avrebbe indubbiamente una significativa potenziale rilevanza (ad esempio il settore acquisti), non sono suscettibili di quei rallentamenti e/o sospensioni di attività che fisiologicamente si verificherebbero a causa dell'elevata specializzazione che il personale addetto a tali aree deve acquisire (ciò, soprattutto, in un momento, come l'attuale, in cui è difficile acquisire nuove risorse umane e il periodo pandemico aggrava anche la gestione amministrativa dell'Azienda). La difficoltà di attuare la rotazione in ambito amministrativo dipende anche dall'età del personale poco interessato ad investire nell'acquisizione di nuove competenze e demotivato dal fatto di non poter trasmettere a personale più giovane le competenze acquisite in tanti anni di carriera, stante la difficoltà come sopra espresso di ricambio generazionale;
- la rotazione del personale, intesa come misura sistematicamente adottata ai fini della prevenzione del fenomeno corruttivo, presuppone fasi di specifico confronto sindacale che necessitano di tempi tecnici di particolare entità.

Peraltro, le questioni organizzative che si pongono a proposito della rotazione ordinaria della dirigenza subiranno una decisa influenza dall'effettiva adozione del decreto legislativo di attuazione di quanto disposto dall'art. 11 della legge 7 agosto 2015 n. 124 (c.d. Legge Madia) che prevede la costituzione di ruoli unici per la dirigenza e soprattutto modalità di affidamento degli incarichi dirigenziali attraverso un "interpello" al quale possono rispondere tutti i dirigenti appartenenti ai ruoli.

L'allegato 2 del PNA 2019 è interamente dedicato alla rotazione ordinaria del personale; l'art. 1 c. 4 lett. e) della Legge 190/2012 prevede infatti che spetti ad ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei Dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione, ancorché ANAC ritenga che la finalità sostanziale della misura e lo scopo della norma portino a ritenere che l'ambito soggettivo sia riferito a tutti i pubblici dipendenti.

Pur nella difficoltà dell'applicare tale misura di prevenzione del rischio, è da segnalare l'entrata in servizio di un nuovo dirigente amministrativo nel corso del 2021 e la previsione di un altro ingresso per marzo del 2022. Inoltre con l'applicazione della modifica all'atto aziendale, verrà ridisegnato l'assetto delle strutture aziendali e le loro competenze.

Atteso quanto sopra riportato, nelle more della definizione di uno specifico Regolamento aziendale in materia, che recepisca le indicazioni di cui all'emanando decreto legislativo ex art. 11 legge 124/2015 e del PNA, non si prevedono, alla stesura del presente PTPCT, ulteriori interventi specifici e cogenti sul tema della rotazione ordinaria del personale. L'adozione dei provvedimenti in oggetto verrà riportata nei successivi aggiornamenti del presente Piano.

Ad ogni buon conto, si tenga presente che:

- i singoli Dirigenti e Responsabili delle strutture aziendali tecnico – amministrative possono, comunque, regolarmente disporre la rotazione del personale assegnato alle proprie Strutture nell'esercizio delle proprie ordinarie prerogative gestionali della struttura di appartenenza;
- la tematica sarà ulteriormente approfondita, nell'arco del triennio di riferimento, con il contributo dei portatori di interessi e attraverso il confronto con le altre aziende sanitarie.

7.3.2 Rotazione straordinaria

In merito alla rotazione straordinaria viene definita solamente la seguente misura positiva di carattere cautelare, immediatamente esecutiva:

- in caso di coinvolgimento del dipendente in fatti di natura corruttiva, a seguito di:
 - avvio di procedimento penale;
 - ricevimento di informazione di garanzia o ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o perquisizione o sequestro;
 - avvio di procedimento disciplinare.

Ferma restando la possibilità di adottare un provvedimento di sospensione del rapporto di lavoro, l'Azienda procede a:

- per il personale dirigenziale, alla revoca dell'incarico in corso e al contestuale passaggio ad altro incarico (combinato disposto dell'art. 16, comma 1 lett. L quater e art. 55 ter, comma 1, del D.lgs. 165/2001);
- per il personale non dirigenziale, all'assegnazione ad altro servizio (art. 16, comma 1 lett. L quater, D.lgs. 165/2001).

7.4 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

L'obbligo di evitare ogni possibile situazione di conflitto di interesse, anche solo potenziale, è già ben definito dalla normativa generale.

Si tratta, infatti, di un'importante misura preventiva che si realizza principalmente mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (anche solo di livello endoprocedimentale, ossia istruttorio rispetto alla decisione finale) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione pubblica e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento e gli altri interessati e contro interessati.

La disciplina aziendale della questione è contenuta negli artt. 8 e 9 del Codice di comportamento di cui al precedente punto 7.2, che - fra l'altro – elenca esemplificativamente una serie di situazioni concretanti ipotesi di conflitto d'interesse, nonché la procedura da seguire per la segnalazione e la gestione di tali ipotesi. In ogni caso, la tematica costituisce oggetto degli interventi formativi sui temi etici e della legalità avviati nei confronti di tutto il personale aziendale già da novembre 2015.

In relazione alla tematica in oggetto, l'Azienda tenuto conto della Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”, “II – Sanità, 2. Aree di rischio: eventi corruttivi e misure, 2.2. Aree di rischio specifiche, 2.2.3. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni”, si è dotata dell'acquisizione di apposite dichiarazioni attestanti le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa

nell'espletamento di attività inerenti alla partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati e ad attività occasionali.

La modulistica in questione consente di trasferire questa buona pratica finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. Gli obiettivi legati alla diffusione della suddetta modulistica sono i seguenti:

- rafforzamento della trasparenza nell'organizzazione sanitaria e nel complesso sistema di interrelazioni interprofessionali e istituzionali di cui è connotato il servizio sanitario nel suo insieme e nel contesto dei rapporti tra i professionisti che vi operano e gli altri “portatori di interesse” (stakeholders);
- recupero dei valori di integrità ed etica professionale individuale ed aziendale;
- messa a sistema degli interventi anche di governance amministrativa per la prevenzione dei rischi di condizionamento/conflicto di interessi e di corruzione in sanità.

Poiché la condizione di “interesse” nel sistema sanitario non necessariamente configura un “conflicto”, ma può essere percepita come condizionamento nell'espletamento dell'attività professionale con riferimento al singolo professionista e/o nella governance, è necessario:

- individuare strumenti per innalzare all'interno delle aziende sanitarie i livelli di trasparenza attraverso la pubblicizzazione dei rapporti eventualmente intercorrenti tra coloro che operano nell'amministrazione e l'azienda/industria/produttori/fornitori di farmaci, dispositivi, altre tecnologie e altri beni anche non sanitari;
- promuovere la più ampia partecipazione e condivisione dello strumento di “dichiarazione pubblica di interessi” attraverso il confronto con gli stakeholders;
- mettere in chiaro, con lo strumento della dichiarazione pubblica la molteplicità di rapporti del professionista all'interno dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso;
- consentire da un lato, all'organizzazione presso cui il professionista opera e, dall'altro, all'azienda/industria/produttore/fornitore/sponsor, di disporre di una reciprocità di informazioni utili per gestire “in trasparenza” le attività/prestazioni professionali rese in particolari ambiti;
- implementare, nel rispetto del trattamento dei dati sensibili, una piattaforma informativa cui il R.P.C.T. aziendale possa attingere per l'attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno ma anche per agevolare controlli extra-aziendali con il coinvolgimento di altri enti e/o istituzioni.

L'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici è stata, invece, oggetto di specifiche linee guida da parte dell'ANAC, approvate con delibera n. 494 del 5/6/2019.

7.5 Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali

In generale, lo svolgimento di incarichi di carattere extra-istituzionale da parte dei dipendenti dell'Azienda può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e che in alcuni casi possono anche rappresentare il sintomo di fatti corruttivi (in termini di “compensi” impropri rispetto ad attività svolte nell'esercizio delle proprie prerogative).

La questione è affrontata aziendalimente nel Regolamento aziendale in materia di conferimento incarichi e di espletamento di attività extra istituzionale adottato con Deliberazione n. 375 del 29 maggio 2018 e modificato ed integrato con Deliberazione n. 65 del 8.2.2019. Con la Deliberazione del Direttore Generale n.166 del 15/03/2022 è stata invece approvata la modificazione e integrazione del Regolamento per il Conferimento di incarichi esterni di lavoro autonomo.

Con Deliberazione n. 353 del 18.6.2019, è stato approvato il nuovo “Regolamento del Servizio Ispettivo Luigi Gonzaga, ai sensi della Legge n. 662/1996”, organismo deputato a provvedere all'accertamento

dell'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità attraverso periodiche verifiche a campione sui dipendenti, il cui aggiornamento si è reso necessario anche alla luce del dettato della Legge n. 190/2012 che impone alla P.A. una rotazione degli incarichi. Nello specifico, viene stabilito che i componenti del Servizio Ispettivo durano in carica per un periodo di quattro anni e non possono essere rinnovati.

Il Servizio Ispettivo, nell'ambito dello svolgimento delle proprie funzioni, nel corso dell'anno 2021, compatibilmente al periodo pandemico, ha svolto le funzioni previste nel sopra citato regolamento.

7.6 Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali

Il Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, entrato in vigore il 4 maggio 2013, ha emanato specifiche disposizioni destinate a disciplinare i casi di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali conferiti dalle pubbliche amministrazioni.

In particolare, l'art. 3 del sopra citato decreto legislativo prevede i casi di inconferibilità in caso di precedenti condanne per reati contro la pubblica amministrazione; l'art.12 sancisce, invece, l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali con le cariche di componente della giunta o del consiglio regionale, nonché di componente della giunta o del consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti, ovvero ancora con la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione.

A decorrere dal 2015, atteso il contenuto della delibera ANAC 22 dicembre 2014, n. 149, che precisa "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, ... devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39" e la sentenza 5583/2014 emessa dalla terza sezione del Consiglio di Stato, sono state sospese le richieste delle dichiarazioni annuali ai direttori di struttura e pubblicate solamente quelle del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

Si evidenzia, peraltro, che l'affidamento dell'incarico di direttore generale/commissario ed i provvedimenti conseguenti sono di competenza regionale.

7.7 Attività successive alla cessazione del servizio

La L. 190/2012 ha previsto, per la prima volta, una disciplina generale diretta a ridurre il rischio di situazioni di corruzione correlate all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

In questo ambito, la legge citata ha stabilito una limitazione della libertà negoziale del (ex) dipendente per un periodo triennale successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti: in questi casi, infatti, il rischio deriva dal fatto che durante il periodo di servizio il dipendente possa dolosamente preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose sfruttando in tal modo per il proprio personale interesse la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro "favorevole" presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

A questo riguardo, le norme sopra citate già prevedono un effetto preventivo legato alla particolare rilevanza delle sanzioni previste in caso di loro inosservanza, visto che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

È stata prevista apposita modulistica da far firmare ai soggetti prossimi alla cessazione del servizio: sono già state raccolte e pubblicate le dichiarazioni di due dirigenti da inizio 2022.

7.8 Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di delitti contro la Pubblica Amministrazione

Oltre quelle già segnalate al precedente punto 7.7, la L. 190/2012 ha previsto altre misure di prevenzione di carattere soggettivo: si tratta, infatti, di misure che anticipano il loro effetto già al momento dell'individuazione dei soggetti competenti a prendere decisioni nelle pubbliche amministrazioni, relativamente alla partecipazione a commissioni di concorso o di gara, nonché per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati ad alto rischio di corruzione.

Alla luce di queste disposizioni, l'Azienda deve, pertanto, verificare che i dipendenti (dirigenti e/o funzionari) che sono stati condannati, anche in via non definitiva ed anche in caso di patteggiamento, per delitti contro la pubblica amministrazione:

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

La Struttura Risorse Umane, nonché le strutture aziendali competenti per i procedimenti amministrativi sull'acquisizione di beni, servizi e forniture provvedono a verificare, ed a sottoporre a revisione, le direttive aziendali su questa materia.

La situazione impeditiva cessa nel momento in cui viene pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva; se poi la situazione di inconferibilità si manifesta nel corso del rapporto di lavoro, il RPCT effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

In relazione all'art 77 del Codice dei contratti pubblici che prevede che quando i contratti di appalto siano aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, la valutazione delle offerte dal punto di vista tecnico ed economico, sia affidata ad una commissione giudicatrice i cui esperti debbano essere necessariamente iscritti all'Albo Nazionale tenuto dall'ANAC, si è reso noto che, a seguito delle novità introdotte dalla legge cd "Sbocca cantieri" (L. n. 55/2019), l'operatività dell'albo in questione risultava sospesa fino a fine 2020 come confermato con comunicato ANAC del 15.7.2019.

A tal proposito ANAC, con nota del 31.7.2018, aveva aperto, a far data da settembre 2018, le iscrizioni all'albo suddetto con lo scopo di renderlo obbligatorio per le stazioni appaltanti dal 2019. Tuttavia, anche a seguito dell'esiguo numero di iscrizioni, si era già provveduto ad una serie di rinvii dell'operatività dell'albo stesso fino a metà luglio 2019.

Con D.L. n. 76 del 16.7.2020 il sopra citato termine è stato ulteriormente prorogato al 31 dicembre 2021 al momento non previsto.

7.9 Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (*whistleblower*)

Un'altra importante misura innovativa prevista dalla L. 190/2012, direttamente finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, è stata quella relativa alla tutela del dipendente pubblico che segnala situazioni di illecito, ossia il cosiddetto "*whistleblower*".

In particolare, la disposizione ha previsto che la tutela del whistleblower si sviluppi su tre distinti versanti, e precisamente:

- la tutela della riservatezza
- il divieto di discriminazione
- la sottrazione della denuncia/ segnalazione al diritto di accesso

Su questi punti, l'Azienda ha perseguito le seguenti linee di comportamento.

7.9.1 Whistleblower e denunce anonime

Innanzitutto, l'Azienda non ha equiparato la tutela prevista per il whistleblower anche ai casi di denunce anonime.

La tutela del whistleblower, infatti, è relativa alla denuncia proveniente da un soggetto individuabile, mentre le segnalazioni anonime possono, invece, essere accettate unicamente se risultano dettagliate e

circostanziate in maniera tale da far emergere fatti e situazioni in relazione a contesti determinati (ad esempio indicazione di nominativi o uffici specifici, eventi particolari, ecc.).

7.9.2 Tutela della riservatezza

Per quanto riguarda la salvaguardia dell'anonimato, in caso di procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa.

Qualora 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 di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità. Pertanto, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché i Dirigenti e Responsabili aziendali nell'esercizio delle proprie prerogative di carattere disciplinare, si sono conformati a tale indirizzo di comportamento.

7.9.3 Divieto di discriminazione

L'Azienda ha tutelato il whistleblower rispetto all'adozione di eventuali misure discriminatorie, intendendo con questo termine le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili per il dipendente che ha effettuato la segnalazione.

Si tratta di una tutela che presenta le seguenti caratteristiche:

- riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico;
- se il dipendente ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, deve darne notizia circostanziata al RPCT; questi valuta quindi la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto all'Ispettorato della Funzione Pubblica;
- il dipendente può, inoltre, informare circa la presunta discriminazione l'organizzazione sindacale alla quale aderisce o altra organizzazione sindacale rappresentativa presente in azienda; l'organizzazione sindacale deve riferire della situazione di discriminazione
- all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal RPCT;
- il dipendente può dare notizia della presunta discriminazione anche al Comitato Unico di Garanzia (CUG) aziendale (Deliberazione n. 25 del 13.1.2020); il presidente del C.U.G. deve riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal RPCT.

7.9.4 Sottrazione della denuncia al diritto di accesso

Infine, l'Azienda ha sottratto il documento contenente la segnalazione, e la documentazione ad essa allegata, dall'eventuale esercizio del diritto di accesso esercitato nei suoi confronti: questa disposizione integra il vigente Regolamento aziendale in materia di diritto di accesso

La tutela del dipendente pubblico che segnala situazioni di illecito ("*Whistleblower*") è stata disciplinata formalmente con l'adozione della Deliberazione del Direttore Generale n. 507 del 23 luglio 2014 avente ad oggetto "Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità (Whistleblowing Policy) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano – Approvazione". Detta procedura è conforme a quanto previsto dalle Linee Guida approvate dall'ANAC con la Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015. L'Azienda, nel corso del mese di ottobre 2018, ha aderito alle attività di prevenzione della corruzione svolte da Transparency International Italia, tra cui l'utilizzo del Portale per la segnalazioni di corruzione con l'adesione alla piattaforma "whistleblowerpa". Il software è progettato dall'organizzazione no-profit Hermes Center for Transparency and Digital Human Rights.

La disciplina in oggetto è stata recentemente novellata dalla Legge 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato", entrata in vigore il 29 dicembre

2017, che rafforza la tutela del "whistleblower", modificando, per quanto concerne il settore pubblico, l'art. 54 bis del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Il nuovo comma 5 prevede che l'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotti apposite linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni. Dette linee guida devono prevedere l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovere il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione. Con apposito comunicato del 15 dicembre 2017, l'ANAC ha precisato che, per rispondere ai nuovi compiti assegnati dalla legge, l'Autorità è al lavoro per predisporre apposite linee guida per la gestione delle segnalazioni e istituire un apposito ufficio che si occuperà in via esclusiva del whistleblowing.

Dall'entrata in funzione dell'applicativo non sono arrivate segnalazioni.

Atteso quanto sopra esposto, l'Azienda, nel corso del triennio di riferimento, provvederà ad aggiornare la procedura adottata anche alla luce delle del "Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54 bis Decreto legislativo n. 165/2001" approvato da ANAC con delibera n. 690 del 1.7.2020. A seguito della partecipazione al corso online degli RPCT, in cui è stata approfondito, con apposito modulo, l'istituto del whistle blowing e a sua disciplina, è in fase di predisposizione una bozza di modifica ed aggiornamento della procedura aziendale volta ad integrare policy aziendale con quanto previsto dalle linee guida ANAC.

7.10 Formazione del personale

Ai fini della prevenzione dei fenomeni di tipo corruttivo e, più in generale, di cattiva amministrazione, la formazione di tutti i dipendenti riveste un ruolo fondamentale, ed in quanto tale è perseguita dall'azienda. Innanzitutto, sono stati previsti interventi formativi mirati per i funzionari addetti a specifici processi di alcune aree di rischio (ad esempio, in materia di lavori pubblici e di valutazione del personale).

Ancora più significativi, sono risultati, peraltro, gli interventi formativi programmati sia per diffondere fra tutti i dipendenti i valori etici alla base degli interventi aziendali sui temi della legalità. Tra l'altro, a seguito dell'adozione del nuovo codice di comportamento è stato attivato il corso di formazione "Nuovo codice di comportamento delle Pubbliche Amministrazioni", destinato a tutto il personale aziendale, evento formativo è stato tenuto dall'allora Dirigente Responsabile della Struttura Affari Generali, in qualità di Presidente dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

Dal mese di novembre 2015, è stato attivato il Corso di formazione a distanza (FAD) "Prevenzione della corruzione e trasparenza nella Pubblica Amministrazione – corso base", realizzato in collaborazione con alcune aziende sanitarie piemontesi, proseguito nel periodo di riferimento sino ad avvenuta formazione di tutto il personale dipendente ed in particolare destinato al personale neo assunto. Nel corso dell'anno 2021 sono stati formati 206 dipendenti.

Nell'anno 2021 l'RPCT ha:

- partecipato attivamente agli incontri sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza in ambito sanitario (Conflitti di interesse nel comparto sanità e impatto della Legge anticorruzione organizzato da Federsanità il 15.10.2021);
- partecipato ad eventi di organizzati a livello nazionale per la formazione degli RPCT (Il monitoraggio anticorruzione: aspetti teorici e pratici dell'1.07.2021; "Il piano triennale anticorruzione: Stesura, criticità e buone pratiche" dell' 8.7.2021; "Whistleblowing: procedure e indicazioni operative", "Sull'Onda della trasparenza: pianificazione 2022-2024", ANAC, Roma, il 26.10.2021, Webinar "Il Whistleblowing: stato dell'arte, esperienze concrete, procedure", ANAC, Roma, 31.01.2022);
- partecipato al ciclo di formazione on line per RPCT Modulo 1 "Introduzione alla stesura del PTPCT: quadro normativo" dal 30.09.2021 al 21.10.2021; Modulo 2 "Le misure generali del PTPCT" dal 28.10.2021 al 11.11.2021; Modulo 3 "La piattaforma di acquisizione dei PTPCT" dal 18.11.2021 al 25.11.2021; Modulo 4 "Il whistleblowing" dal 2.12.2021 al 16.12.2021 , ANAC, Roma;
- preso parte alla Giornata della Trasparenza "Chiari, efficaci, efficienti", organizzata dalla Regione Piemonte il 14.12.2021.

Nel corso del triennio di riferimento, sono ipotizzabili:

- la progettazione di nuovi eventi formativi, anche in forma di gruppi di lavoro e/o focus group, rivolti a soggetti e professionalità specifiche (Direttori/Dirigenti, Funzionari e Coordinatori in primo luogo) e diretti a sottoporre a revisione l'intero processo di gestione del rischio, a partire dall'individuazione delle aree maggiormente esposte a rischio fino ad arrivare alla valutazione degli stessi rischi ed alla proposta di specifiche

misure preventive, eventualmente in associazione e/o collaborazione con le altre aziende sanitarie della Regione Piemonte;

- la prosecuzione della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nella Pubblica Amministrazione.

7.11 Patti di integrità negli affidamenti

Nell'ambito di una delle aree a più alto rischio, quale quella degli acquisti, l'Azienda implementa, fra le misure preventive, quella relativa all'adozione, in qualità di stazione appaltante, di specifici patti e protocolli d'integrità che i concorrenti ad una gara d'appalto devono accettare come presupposto condizionante la loro partecipazione.

In particolare, il patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo.

La legittimità di questa tipologia di misure è stata sancita, tra l'altro, da una specifica determinazione (n. 4/2012) dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (AVCP), che ha evidenziato come l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità, attraverso la presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta, comporti, in realtà, l'accettazione di regole comportamentali già doverose per tutti i concorrenti, e che, in caso di loro violazione, aggiungono, anche, sanzioni di carattere patrimoniale alla comune conseguenza dell'estromissione della gara.

Si ricorda, infine, che un riferimento specifico all'obbligo dei singoli fornitori ed appaltatori di aderire alle clausole etiche è esplicitamente previsto anche dall'art. 18, comma 12, del vigente Codice di comportamento.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 659 del 27 ottobre 2014, sono stati approvati i "Patti di integrità in materia di contratti pubblici", entrati in vigore dalla data di pubblicazione del provvedimento (28 ottobre 2014).

7.12 Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

L'Azienda imposta le proprie politiche di comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi attraverso l'utilizzo di vari strumenti, nella consapevolezza che, ai fini dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione o sintomatici di illegalità, risulta particolarmente rilevante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza.

Fra le azioni di sensibilizzazione rientrano:

- le fasi di consultazione pubblica con cui i documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali sul tema della trasparenza e dell'integrità (Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e Codice aziendale di comportamento);
- la predisposizione da parte dell'Ufficio per la Relazione con il Pubblico (URP) di strumenti per acquisire sistematicamente proposte, osservazioni e anche segnalazioni di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitti d'interesse da parte degli utenti e di tutti i cittadini;
- l'organizzazione della Giornata della Trasparenza: nel 2021 l'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano ha partecipato alla Giornata della Trasparenza organizzata online dalla Regione Piemonte;

Nel corso dell'anno 2021 sono state effettuate le seguenti azioni:

- sono stati resi noti e oggetto di consultazione pubblica i documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali sul tema della trasparenza e dell'integrità (Piano Triennale di Prevenzione

della Corruzione, includente il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e Codice aziendale di comportamento);

- è attiva una procedura per la segnalazione di presunti illeciti e irregolarità compiute dall'amministrazione da parte della società civile, la quale prevede che le osservazioni, le opposizioni, i reclami e le denunce possano pervenire all'Ufficio Relazioni con il Pubblico via mail, con lettera in carta semplice o attraverso un colloquio personale. Tutte le comunicazioni sono recepite ed analizzate nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi erogati.
- non essendo stato possibile, causa pandemia, organizzare in Azienda la Giornata della Trasparenza, l'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano ha preso parte alla Giornata della Trasparenza "Chiari, efficaci, efficienti", organizzata dalla Regione Piemonte il 14.12.2021.
- in ambito di partecipazione delle associazioni, è stata indetto il rinnovo della Conferenza Aziendale di partecipazione per il Triennio 2022-2024.

Nel corso del triennio di riferimento:

- saranno oggetto consultazione pubblica i documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali sul tema della trasparenza e dell'integrità (Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, eventuali aggiornamenti del Codice aziendale di comportamento);
- proseguirà la raccolta delle segnalazioni di presunti illeciti e irregolarità compiute dall'amministrazione da parte della società civile, a cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- alla luce degli aggiornamenti normativi in materia di performance e trasparenza, verrà riprogettata la Giornata della Trasparenza;
- si procederà con l'insediamento del nuovo tavolo della Conferenza Aziendale di Partecipazione, riattivando così la collaborazione con le Associazioni, resa più difficoltosa dalla pandemia.

7.13 Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo

L'Azienda ha predisposto il Regolamento aziendale in materia di diritto di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, approvato con Deliberazione del Commissario n. 94 del 14 febbraio 2017. La normativa antiriciclaggio è diretta ad impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da attività illecite, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per gli enti pubblici.

L'Azienda, pertanto, ha adottato il Regolamento (pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente) allo scopo di:

- favorire l'individuazione, da parte dei propri Uffici, di eventuali transazioni ed operazioni economico-finanziarie che, per la presenza di caratteristiche ed elementi particolari, possano generare anche solo il sospetto di possibili azioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- definire la procedura di segnalazione delle operazioni sospette, supportando le competenti autorità nelle attività di prevenzione e repressione di tali fenomeni criminosi.

Il Regolamento è rivolto alle strutture aziendali che, per la natura delle funzioni esercitate, svolgono attività finalizzate a realizzare operazioni a contenuto economico connesse con la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di qualsiasi tipo, o con la realizzazione di un obiettivo di natura finanziaria o patrimoniale, ovvero a quelle che svolgono i controlli nei confronti dei destinatari di dette operazioni, identificati quali soggetti cui è riferita l'operazione, siano essi persone fisiche o giuridiche.

Ai fini dell'applicazione della normativa in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, sono individuati tre livelli di responsabilità interni all'Azienda:

- Direzione Amministrativa
- Responsabili di struttura
- Gestione dell'antiriciclaggio

Con Deliberazione del Commissario n. 422 del 15 settembre 2016, il Dott. Emanuele Davide Ruffino è stato nominato soggetto "Gestore" degli adempimenti connessi alla normativa antiriciclaggio; con

Deliberazione del Generale n. 206 del 8 aprile 2021 il Dott. Emanuele Ruffino è stato nuovamente nominato soggetto “Gestore” per durata triennale.

8. COORDINAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

L'Azienda, in attuazione del D.Lgs. 150/2009, promuove un Piano della Performance “integrato”, comprendente gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità, ivi compresa l'adozione del PTPCT con le conseguenti misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione (secondo quanto disposto dalla L. 190/2012 e dal D.lgs. 33/2013).

L'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

In particolare, rispetto a quest'ultimo ambito, le norme succitate sanciscono, infatti, che il PTPCT riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale, in quanto non solo costituisce una parte rilevante dei programmi di attività dell'azienda, ma ne consente la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti.

Per quanto poi riguarda l'individuazione di specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture dell'azienda in relazione all'attuazione del Piano, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione del conguaglio annuale della retribuzione di risultato (performance organizzativa), il RPCT partecipa alla presentazione di apposite proposte alla Direzione, in tempo utile rispetto alla predisposizione del Piano della Performance da assegnare al personale dirigente.

Il RPCT elabora la sua proposta in modo che tali specifici obiettivi da inserire nel Piano della Performance conseguano prioritariamente e direttamente dalle misure contenute nel PTPCT, ricalcandone pertanto adempimenti, compiti e responsabilità.

La Direzione Generale procederà, invece, all'assegnazione di specifici obiettivi individuali al RPCT (performance individuale) in relazione agli adempimenti di sua competenza.

L'attività di collaborazione tra l'RPCT, gestione delle Risorse umane e l'OIV -e relative programmazioni in materia di anticorruzione, obiettivi e piano della performance- andranno ad integrarsi e a confluire in un unico atto programmatico, il PIAO (Piano Integrato di Attività ed Organizzazione) che dovrà essere predisposto in attuazione del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali alla attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”.

9. ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Tra le principali novità del D.Lgs. 97/2016 in materia di trasparenza, vi è stata l'unificazione in un solo strumento del PTPC e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) diventato, a tutti gli effetti, il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI), per effetto della nuova disciplina, ha comportato che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPCT come “apposita sezione”. Quest'ultima deve contenere, dunque, le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente. In essa devono anche essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Secondo quanto introdotto dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione deve contenere una sezione apposita dedicata alla trasparenza, all'interno della quale sono

indicati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati richiesti dalla norma.

Devono inoltre essere indicati nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti all'individuazione e/o elaborazione dei dati e alla pubblicazione.

Tali informazioni sono contenute nell'allegato 5 del presente documento.

Nel documento allegato, per ogni singola voce della sezione del sito Amministrazione Trasparente è prevista l'indicazione della struttura cui compete la pubblicazione, la periodicità dell'aggiornamento del dato e il nome del soggetto responsabile.

Nell'anno 2020 è stata inoltre data visibilità alle donazioni ricevute a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica Covid-19. Nella sezione "Interventi straordinari e di emergenza" dell'area Amministrazione Trasparente del sito internet è pubblicata la deliberazione n. 541 del 27.10.2020 relativa all'approvazione della rendicontazione somme di denaro da donazione liberale di privati, Associazioni/Onlus e Società finalizzate a fronteggiare l'emergenza Covid-19, presso l'AOU San Luigi Gonzaga, periodo dall'11/3/2020 al 20/10/2020. Euro 385.487,05" nonché il rendiconto della raccolta fondi a sostegno dell'emergenza.

Nel corso del 2021 è proseguita l'attività di monitoraggio periodica relativa agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa nazionale: ciascuna Struttura aziendale ha infatti dovuto relazionare in merito agli obiettivi di anticorruzione e trasparenza.

9.1 Obiettivi strategici in materia di Trasparenza

L'Atto Aziendale esplicita che A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO) è un'organizzazione che "favorisce rapporti con i cittadini improntati a trasparenza, comunicazione e partecipazione" e "che definisce ed attua tutte le possibili azioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità".

L'atto aziendale si ispira, in particolare, ai principi di semplificazione e trasparenza dell'azione amministrativa, con il puntuale rispetto dei principi etici e dei valori sociali del contesto ambientale e della normativa e, quindi, favorisce la promozione e l'effettiva estrinsecazione dei valori etici dell'integrità, della legalità e della trasparenza.

In merito alla concreta attuazione di questi valori, il PTPCT intende favorire l'effettiva realizzazione di forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità, nella misura in cui l'adempimento degli obblighi di trasparenza è diretto a fare emergere – ed eliminare - ipotesi di cattiva gestione.

Da ciò derivano gli obiettivi strategici del Piano definiti dalla Direzione Generale:

- rafforzare uno strumento essenziale nella prospettiva della promozione dell'integrità e dello sviluppo della cultura della legalità in funzione preventiva dei fenomeni corruttivi e – più in generale – di cattiva amministrazione;
- sviluppare il controllo diffuso sulla performance aziendale;
- consentire ai cittadini l'effettiva conoscenza dei servizi che possono ottenere dall'azienda, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative e delle loro modalità di erogazione.

A tali obiettivi strategici conseguono una serie di azioni ed attività declinate nel PTPCT che, in ultima analisi, ed a titolo puramente esemplificativo, possono consentire:

- la responsabilizzazione dei funzionari aziendali, derivante dalla conoscenza dei singoli responsabili di ogni procedimento amministrativo o comunque per ciascuna area di attività aziendale;
- la possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi e dei procedimenti aziendali, derivante dalla conoscenza delle condizioni previste per il loro stesso svolgimento;
- la possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità improprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- la possibilità di controllare eventuali situazioni di arricchimenti anomali dei vertici e dei dirigenti apicali aziendali, derivante dalla conoscenza della loro situazione patrimoniale.

9.2. Atti aziendali di determinazione degli obiettivi annuali di attività

Il PTPCT, per quanto concerne la sezione dedicata all'adempimento degli obblighi di trasparenza, riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale in quanto consente la piena conoscibilità dei programmi di attività (del quale peraltro lo stesso Piano costituisce una parte rilevante), del loro stato di attuazione e dei risultati conseguiti.

Per quanto poi riguarda l'individuazione di specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture dell'azienda in relazione all'attuazione del PTPCT, ciascuna struttura è tenuta a relazionare in merito indicando le misure concrete messe in atto.

9.3. Strutture e dirigenti coinvolte

Il Programma di adempimento degli obblighi di trasparenza è predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT).

Con il RPCT collabora funzionalmente l'area di comunicazione aziendale, sia nella fase di divulgazione delle iniziative in tema di trasparenza che, tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per la raccolta diretta di informazioni, suggerimenti e commenti da parte del pubblico, in funzione dell'esigenza di individuare con maggiore accuratezza le aree a maggior rischio di mancata trasparenza ed integrità; per le attività di aggiornamento, integrazioni, modifiche da realizzare all'interno del sito web istituzionale aziendale per renderlo aderente alle vigenti disposizioni normative, nonché, con il supporto dell'area aziendale dei sistemi informativi ed informatici, per garantire l'accessibilità dei dati secondo le specifiche richieste ed il supporto tecnico/informatico sull'utilizzo del portale aziendale.

9.4. Coinvolgimento degli stakeholder

In generale, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è il luogo di incontro istituzionale fra l'Azienda ed il cittadino per facilitare i rapporti fra questi e la struttura ospedaliera, visto che è possibile rivolgersi agli operatori dell'URP non solo 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. Con la pandemia non è stato possibile per gli operatori dell'ufficio fare attività di front office ma l'attività di supporto all'utenza è stata portata avanti telefonicamente e telematicamente.

A questa modalità generale di coinvolgimento degli stakeholder, se ne aggiungono però altre più specificamente dirette ad una migliore individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza.

Sul sito internet aziendale, in concomitanza con la predisposizione del presente aggiornamento al piano, è stato pubblicato un avviso pubblico finalizzato all'acquisizione di osservazioni e/o proposte da parte di tutti gli interessati (cittadini, associazioni, enti, imprese, ecc.) da far pervenire all'RPCT. Di tale possibilità è stata inoltre pubblicata sul sito aziendale, apposita news .

L'azienda raccoglie i feedback dai cittadini e dagli stakeholder sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, oltre che gli eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

A tal fine ci si avvale prioritariamente dei seguenti strumenti:

- l'utenza può far pervenire osservazioni, chiarimenti e richieste all'indirizzo di posta elettronica aziendale segnalato nella sotto-sezione "Disposizioni generali" → "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza" del sito web aziendale www.sanluigi.piemonte.it;
- l'URP mette a disposizione dell'utenza appositi moduli per la raccolta dell'osservazione e/o del reclamo.

9.5 Iniziative di comunicazione della Trasparenza

L'azione più significativa ai fini della diffusione dei contenuti del PTPCT e, comunque, della trasparenza aziendale in senso lato, è costituita dall'organizzazione presso l'azienda della "Giornata della Trasparenza".

Si tratta di un'iniziativa diretta a concretizzare un momento di confronto e di ascolto finalizzato a garantire l'effettiva partecipazione e coinvolgimento dei cittadini, in tal modo migliorando non solo l'individuazione delle informazioni di effettivo interesse, ma – attraverso l'acquisizione e l'analisi dei feedback da parte di stakeholder e cittadinanza - la stessa qualità dei servizi resi all'utenza aziendale.

La Giornata è aperta a interlocutori istituzionali (organi e organismi aziendali, Organismo Indipendente di Valutazione, organizzazioni del personale, ecc.), agli stakeholder e soprattutto alla cittadinanza, e viene organizzata a cadenza annuale, secondo modalità adeguate a massimizzare la realizzazione degli obiettivi sopra specificati.

In ogni caso, gli elementi risultanti dal confronto realizzato durante la Giornata della Trasparenza sono utilizzati ai fini del miglioramento dei livelli di trasparenza e della rielaborazione annuale dei documenti afferenti al Piano aziendale della Performance.

La diffusione del Coronavirus e le misure di contenimento della pandemia non hanno permesso di organizzare, negli ultimi anni, le Giornate della Trasparenza: anche nel 2021 l'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano ha partecipato alla Giornata della Trasparenza organizzata online dalla Regione Piemonte, coinvolgendo i suoi dipendenti.

9.6 Responsabili della trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati

Le disposizioni vigenti, che in questa sede si richiamano integralmente, prevedono già in forma analitica il contenuto minimo e la relativa organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate sull'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale (www.sanluigi.piemonte.it); questa sezione è, a sua volta, articolata in sotto-sezioni di primo e di secondo livello corrispondenti a diverse tipologie di dati da pubblicare.

La tipologia dei dati che l'Azienda deve pubblicare, i responsabili della trasmissione e/o della pubblicazione dei dati, dei documenti, delle informazioni e dell'aggiornamento degli stessi sono indicati nell'*Allegato 5* al presente PTPCT.

I responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale sono i direttori/dirigenti responsabili delle strutture indicate nell'allegato stesso.

Il Direttore/Dirigente Responsabile di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione. E' responsabile per il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto degli adempimenti stabiliti dalla legge. Deve, inoltre, porre la massima attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

Il RCPT espleta le proprie funzioni di coordinamento, e conseguente monitoraggio, delle attività dei direttori/dirigenti responsabili attraverso le seguenti modalità:

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);
- messa a disposizione di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informatica aziendale, ovvero mediante le modalità alternative effettivamente disponibili anche alla luce dell'implementazione del processo di graduale dematerializzazione della documentazione;
- organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento.

Il sistema si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete l'elaborazione/trasmissione dei dati e della informazione nonché loro pubblicazione, anche con assegnazione di specifico obiettivo aziendale. I responsabili individuati devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate. Il RPCT svolge un ruolo di coordinamento e monitoraggio sulla pubblicazione dei dati (tranne quelli di competenza) ma non sostituisce gli uffici nella elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati.

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

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

- adeguamento del sito web aziendale e del software dedicato attualmente in dotazione, il cui utilizzo consente alle singole strutture aziendali l’inserimento in piattaforma dei dati oggetto di pubblicazione, rispetto alle caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento;
- organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle norme di riferimento. La realizzazione di questa azione è prevista con gradualità nel corso del triennio laddove emerga l’evidenza di interventi particolarmente onerosi di adeguamento del sito web aziendale e del software dedicato di cui al punto precedente;
- individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni ed aggiornamento dei dati stessi, come specificato al precedente punto 9.6;
- trasmissione di disposizioni operative da parte del RPCT nell'esercizio della propria funzione di coordinamento;
- programmazione di specifiche iniziative formative in materia di trasparenza.

9.8 Termini di pubblicazione

Con la Delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016”, l’ANAC, tra l’altro, ha fornito indicazioni alle pubbliche amministrazioni sulle principali e più significative modifiche o integrazioni degli obblighi di pubblicazione disciplinati nel D. Lgs 33/2013, unitamente ad alcune indicazioni circa la decorrenza dei nuovi obblighi e l’accesso civico in caso di mancata pubblicazione di dati.

Nel richiamare la responsabilità del Direttore/Dirigente Responsabile di ciascuna struttura aziendale in merito alla tempestività e regolarità del flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto degli adempimenti stabiliti dalla legge, occorre tuttavia fare alcune doverose precisazioni in relazione ad alcuni obblighi di pubblicazione di nuova istituzione. Infatti, mentre per gli obblighi già previsti nel decreto trasparenza del 2013, la cui pubblicazione risulta oggi sufficientemente “rodada”, non si rilevano particolari problematiche, non altrettanto si è verificato a fronte della palese gravosità di alcuni nuovi obblighi richiesti dalla novellazione del 2016.

Nello specifico, si è trattato degli obblighi di pubblicazione di cui agli articoli:

- 4 bis, “Trasparenza nell’utilizzo delle risorse pubbliche”
- 14, “Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali”
- 33, “Tempi di pagamento dell’amministrazione”
- 37, “Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture”

e, specificamente per gli artt. 4 bis e 14, per le loro correlazioni con l’art. 41, “Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale”.

In ultimo occorre ancora descrivere l’evolversi della problematica relativa alla pubblicazione dei dati e delle dichiarazioni di carattere reddituale concernente gli incarichi amministrativi di vertice (art. 14, comma 1 bis, del D.Lgs. 33/2013).

Inizialmente la pubblicazione era stata sospesa alla luce della sentenza del TAR Lazio n. 1030 del 2.3.2017 e, a seguito della delibera dell’ANAC n. 382/2017 era stata sospesa l’efficacia delle linee guida adottate dalla stessa Autorità con delibera 241/2017. Successivamente il TAR Lazio, con sentenza 9828 del 19.9.2017 aveva dichiarato non manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell’art. 14, c. 1 bis e c. 1 ter del D.Lgs.33/2013.

In data 23.1.2019 la Consulta si è pronunciata e successivamente, con deliberazione n. 586 del 26.6.2019 è intervenuta l’ANAC che, pur prendendo atto che la Consulta avesse auspicato un intervento del Legislatore per dare maggiore chiarezza sui soggetti tenuti agli obblighi di che trattasi, ha ritenuto di formulare indicazioni a modifica ed integrazione di quelle contenute nella delibera n. 241/2017 della stessa autorità. In tale si definisce in particolare in merito agli obblighi per i Dirigenti del SSN specificando che, per quanto concerne la Dirigenze del SSN, sono tenuti a rispettare tale obbligo il Direttore Generale, il

Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, i Responsabili di Dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari posizioni apicali. In relazione alle riflessioni e valutazioni affrontate ed in particolare alle valutazioni intervenute a livello regionale dal gruppo degli RPCT piemontesi e dal Dirigente Regionale di settore, in considerazione dell'incertezza normativa e applicativa, durante un incontro del 18/11/2011 tra RPCT e Responsabili delle strutture personale delle Aziende Sanitarie, è emerso un orientamento condiviso a livello regionale espresso in una comunicazione trasmessa a tutte le Aziende nella quale l'Assessorato Sanità invita, con nota 34194 del 29.10.2019, tutte le Aziende stesse ad attendere i chiarimenti da parte delle Autorità coinvolte, già interessate a livello di Conferenza Stato-Regioni o dallo stesso Legislatore, prima di procedere alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei propri Dirigenti. Si precisa che anche alcune sigle sindacali hanno notificato alle Aziende del SSN atti di diffida a procedere alla pubblicazione dei dati reddituali, dichiarandosi pronti ad assumere iniziative legali a tutela dei propri iscritti.

Successivamente il TAR del Lazio con ordinanza del 21/11/2019, su ricorso di alcuni Dirigenti, ha sospeso in via cautelare, il provvedimento n. 775/2019 dell'Azienda Sanitaria di Matera che, in attuazione della Delibera ANAC 586/2019 disponeva la pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei dirigenti sanitarie e direttori di struttura complessa.

A seguito dell'ordinanza del TAR sopra riportata, l'ANAC, con delibera n. 1126 del 4.12.2019 è nuovamente intervenuta in materia, deliberando:

- in attesa dell'intervento legislativo nazionale chiarificatore sull'applicazione dell'art. 14, co. 1- bis, del d.lgs. 33/2013, di rinviare alla data del 1 marzo 2020 l'avvio della propria attività di vigilanza sull'applicazione dell'art. 14, co. 1, lett. f), d.lgs. 33/2013 – dati reddituali e patrimoniali- con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti da queste dipendenti;

- fermo restando quanto previsto nella delibera ANAC n. 586/2019 per i dirigenti del SSN, di sospendere, alla luce dell'ordinanza cautelare del TAR Lazio n. 7579 del 21 novembre 2019, l'efficacia della richiamata delibera limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 33/2013 ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa fino alla definizione nel merito del giudizio.

A seguito del provvedimento di ANAC, il Sindacato autonomo rappresentativo della dirigenza degli enti locali, delle regioni e PTA del SSN dell'area funzioni locali FEDIRETS, ha immediatamente trasmesso al Presidente ANAC e, per conoscenza a tutte le aziende del SSN, un ulteriore atto di diffida per aver omessi di estendere il provvedimento di sospensione della pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dell'intera dirigenza, senza eccezione alcuna, ingiungendo all'Autorità a prendere atto dell'inefficacia assoluta della propria delibera n. 586/2019 e a procedere, contestualmente, ad una revisione della delibera n. 1126/2019 in quanto chiaramente in contrasto con le conclusioni tratte dalla sentenza della Consulta 20/2019.

In ultimo è intervenuto il Decreto legge n. 162 del 30.12.2019 (art. 1 comma 7) che ha disposto la sospensione della pubblicazione dei dati sino al 31.12.2020, nelle more dell'adozione di uno specifico regolamento in materia da adottarsi entro il suddetto termine su proposta del Ministro della PA. L'atto regolamentare dovrà prevedere i dati che le Pubbliche Amministrazioni dovranno pubblicare con riferimento agli incarichi amministrativi di vertice e gli incarichi dirigenziali, ivi comprese le posizioni organizzative ad essi equiparati.

A tutt'oggi il sopra citato regolamento non è stato approvato e con D.L. n. 183 del 31.12.2020 il termine è stato ulteriormente posticipato al 30.4.2021. Ad oggi non risulta alcun intervento da parte del legislatore, per cui permangono i dubbi interpretativi sopraesposti.

Si precisa che il TAR Lazio, con sentenza n. 12288/2020 ha annullato il provvedimento n. 775/2019 dell'Azienda Sanitaria di Matera e la stessa delibera ANAC n. 586/2019 con la quale si disponeva la pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti sanitari.

9.9 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 ed agli organismi istituzionali quali l'ANAC e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il RPCT provvede a:

- monitorare sistematicamente la regolarità e tempestività dei flussi informativi, utilizzando anche gli strumenti elencati al precedente punto 9.6. Qualora riscontri inadempienze e/o irregolarità di livello significativo, il RPCT sollecita il Responsabile aziendale interessato 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'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli ulteriori organismi che - a seconda delle circostanze – risultano interessati;
- verificare lo stato di attuazione degli obblighi di Trasparenza comunicando scostamenti dal programma originario ;
- riscontrare le specifiche richieste da parte dell'ANAC in materia di attuazione del principio di trasparenza;
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione, 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, il RPCT predispose un programma operativo per ottemperare alle prescrizioni che eventualmente risultassero 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'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) spetta, invece, il preciso compito di promuovere ed attestare in sede aziendale l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

L'Organismo Indipendente di Valutazione 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 sottosezione “Controlli e rilievi sull'amministrazione” - “Organismi Indipendenti di Valutazione” - “Atti degli Organismi Indipendenti di Valutazione”.

In particolare, l'Organismo Indipendente di Valutazione, oltre a formulare annualmente, generalmente entro il mese di dicembre, 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'Organismo Indipendente di Valutazione terrà, comunque, conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione degli obblighi in materia di trasparenza, ai fini della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa, sia individuale, del RPCT e dei Dirigenti delle strutture deputate a mettere a disposizione i dati.

9.10 Misure per assicurare l'efficacia dell'Accesso Civico

Una delle principali novità introdotte dalla normativa in materia di trasparenza è stata rappresentata dall'esplicitazione del diritto di qualunque cittadino a richiedere ed ottenere che ogni Pubblica Amministrazione pubblichi le informazioni da questa detenute, ma che, per qualsiasi motivo, non sono state rese disponibili sul rispettivo sito internet istituzionale.

In ogni caso, l'accesso civico è gratuito e non richiede motivazione o una particolare legittimazione del richiedente; esso è limitato alle ipotesi di pubblicazione obbligatorie di dati prevista dalla legge e si differenzia dalle segnalazioni, critiche e suggerimenti, di cui si terrà conto in fase di aggiornamento del PTPCT e di migliorie al sito web aziendale.

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, nella sezione “Amministrazione Trasparente”, alla voce “Altri contenuti – Accesso Civico”, sono pubblicati sia un breve vademecum informativo sull'esercizio di questa facoltà, sia i dati relativi al Responsabile al quale può essere presentata la richiesta di accesso civico nonché il nome del titolare del potere sostitutivo, con i relativi recapiti.

Inoltre, risultano funzionali all'esercizio del diritto in questione anche i seguenti elementi:

- la pubblicazione della situazione analitica di attuazione degli obblighi di pubblicazione aziendale;
- lo svolgimento delle Giornate della Trasparenza, di cui al precedente punto 9.5, in termini di corretta ed adeguata informazione alla cittadinanza in materia di trasparenza ed esercizio dei diritti correlati.

Accanto alla fattispecie dell'accesso civico prevista dalla normativa originaria del 2013, il D.Lgs. 97/2016 ha introdotto una nuova tipologia di accesso (definito "accesso generalizzato"), delineata nel novellato art. 5, comma 2 del decreto trasparenza, ai sensi del quale "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti". In estrema sintesi, questo si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione. La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice". Questo rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza.

I due diritti di accesso, pur accomunati dal diffuso riconoscimento in capo a "chiunque", indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa, sono quindi destinati a muoversi su binari differenti, come si ricava anche dall'inciso inserito all'inizio del comma 5 dell'art. 5, "fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria", nel quale viene disposta l'attivazione del contraddittorio in presenza di controinteressati per l'accesso generalizzato.

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (definito "accesso documentale"). La finalità dell'accesso documentale è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso". Inoltre, mentre la legge 241/90 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello "semplice", è riconosciuto proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico".

Con la Deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016, l'ANAC, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali, ha adottato delle specifiche Linee Guida recanti le indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico generalizzato.

Alla luce del disposto delle suddette linee guida, l'Azienda, con Deliberazione del Commissario n. 591 del 7 dicembre 2017, ha approvato il nuovo "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dell'accesso civico".

9.11 Dati ulteriori

Nella sotto-sezione "Altri contenuti - Dati ulteriori" di "Amministrazione Trasparente", l'Azienda pubblica attualmente una serie di contenuti aggiuntivi rispetto a quelli imposti dalla normativa di riferimento.

Al riguardo, si riporta il relativo programma operativo:

<u>Contenuto ulteriore</u>	<u>Descrizione</u>	<u>Tempistica di pubblicazione</u>	<u>Struttura aziendale di riferimento</u>
Legge 8 marzo 2017, n. 24	Condizioni generali polizza regionale responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera	aggiornamento tempestivo	Legale
Legge 8 marzo 2017, n. 24	Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio	annuale	Legale
Segnalazioni utenti	Report delle segnalazioni (reclami ed elogi)	aggiornamento semestrale	URP
Piano Attuativo della Certificabilità – PAC	Procedure adottate	aggiornamento tempestivo	Referente PAC
Procedimenti disciplinari	Riepilogo di numero, tipologie ed esiti dei procedimenti disciplinari avviati nei confronti del personale dipendente	aggiornamento semestrale	UPD
Censimento auto PA- DPCM 25 settembre 2014	Riepilogo del numero e delle specifiche delle auto di servizio a qualunque titolo utilizzate	Aggiornamento annuale	Provveditorato-Economato

La previsione di ulteriori contenuti da pubblicare sul sito web istituzionale potrà scaturire:

- dalla vigenza di nuovi obblighi normativi;
- dall'analisi degli esiti delle azioni previste dal PTPCT.

Sezione 3: Organizzazione e capitale umano

Nella presente sezione vengono illustrati l'assetto organizzativo e le attività svolte dall'Azienda in termini, in particolare, di organizzazione del lavoro agile, di assunzione del personale e di formazione dello stesso.

3.1 Struttura organizzativa

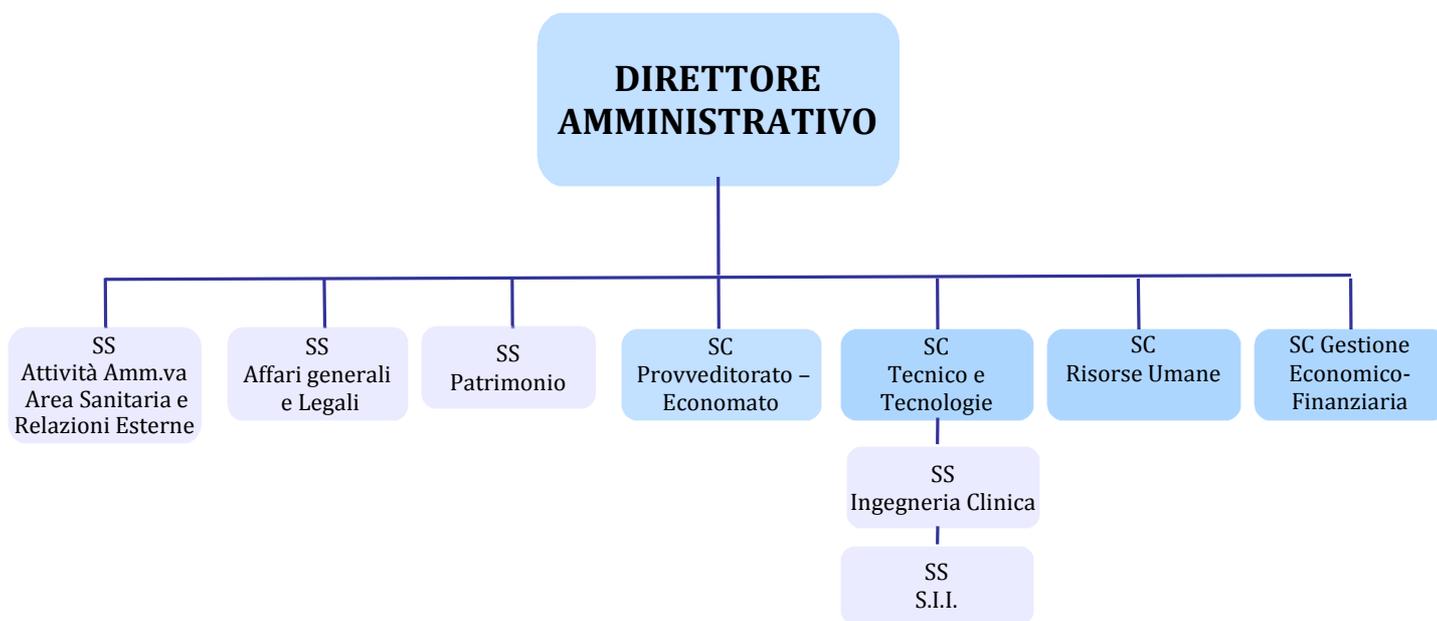
Come illustrato negli organigrammi sotto riportati, l'organizzazione dell'AOU San Luigi si articola nelle seguenti strutture:

- Dipartimenti;
- Strutture complesse
- Strutture semplici dipartimentali
- Strutture semplici

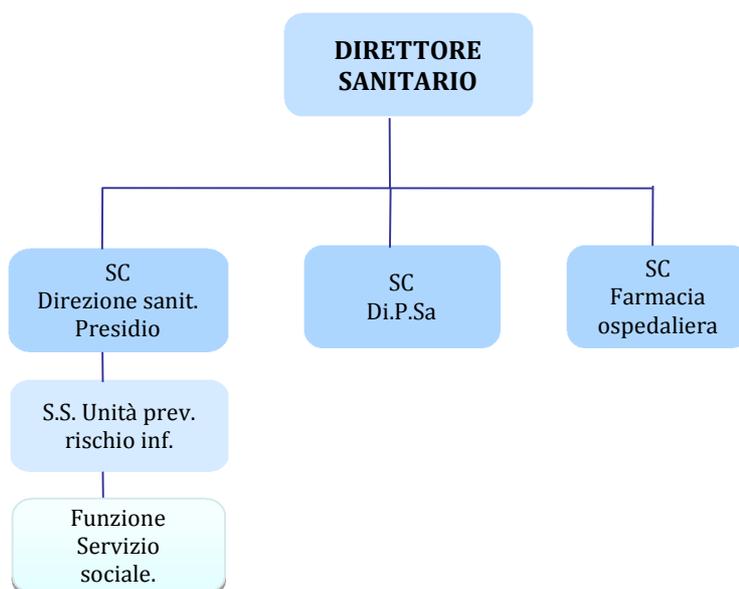
Staff Direzione Generale



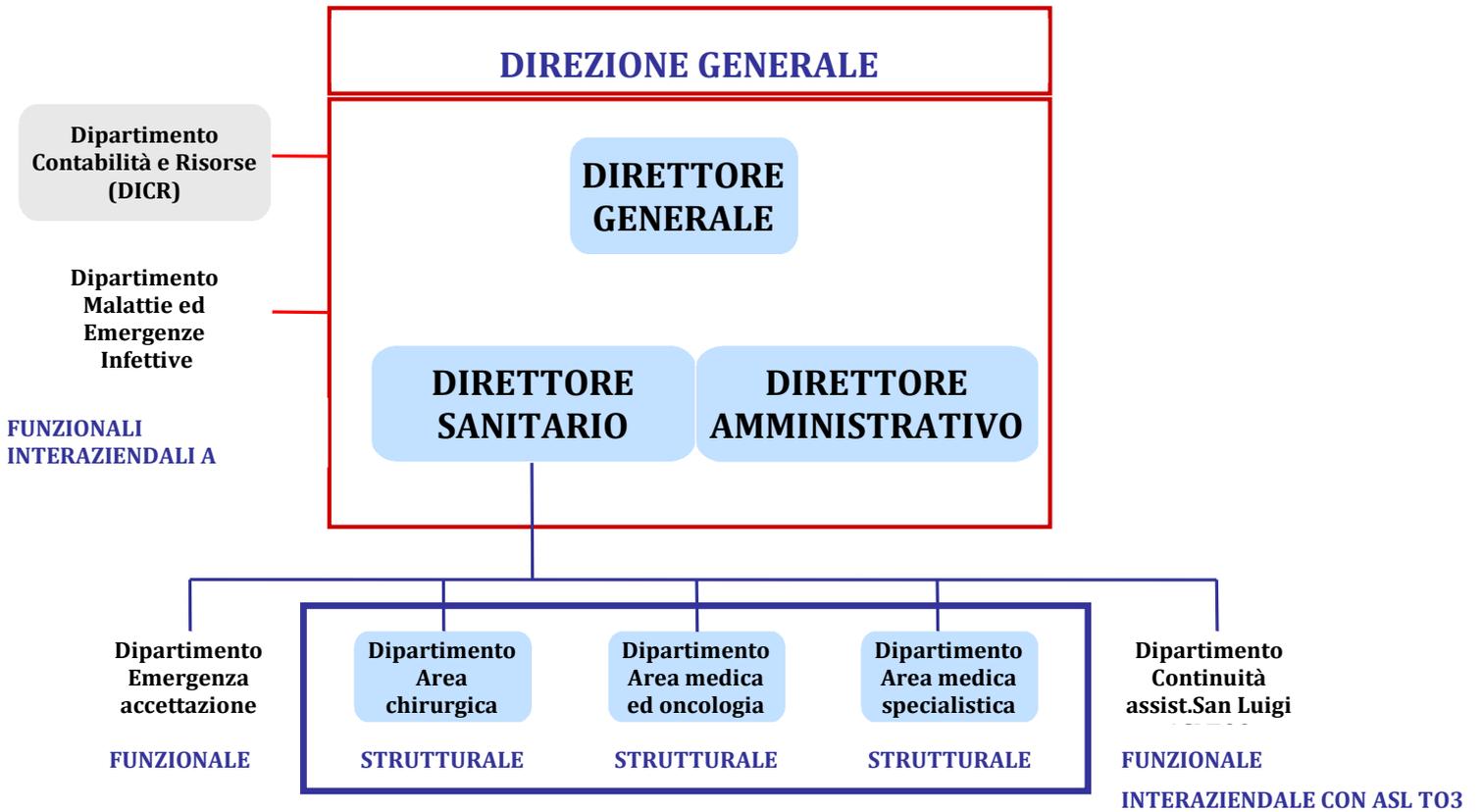
Line Direzione Amministrativa



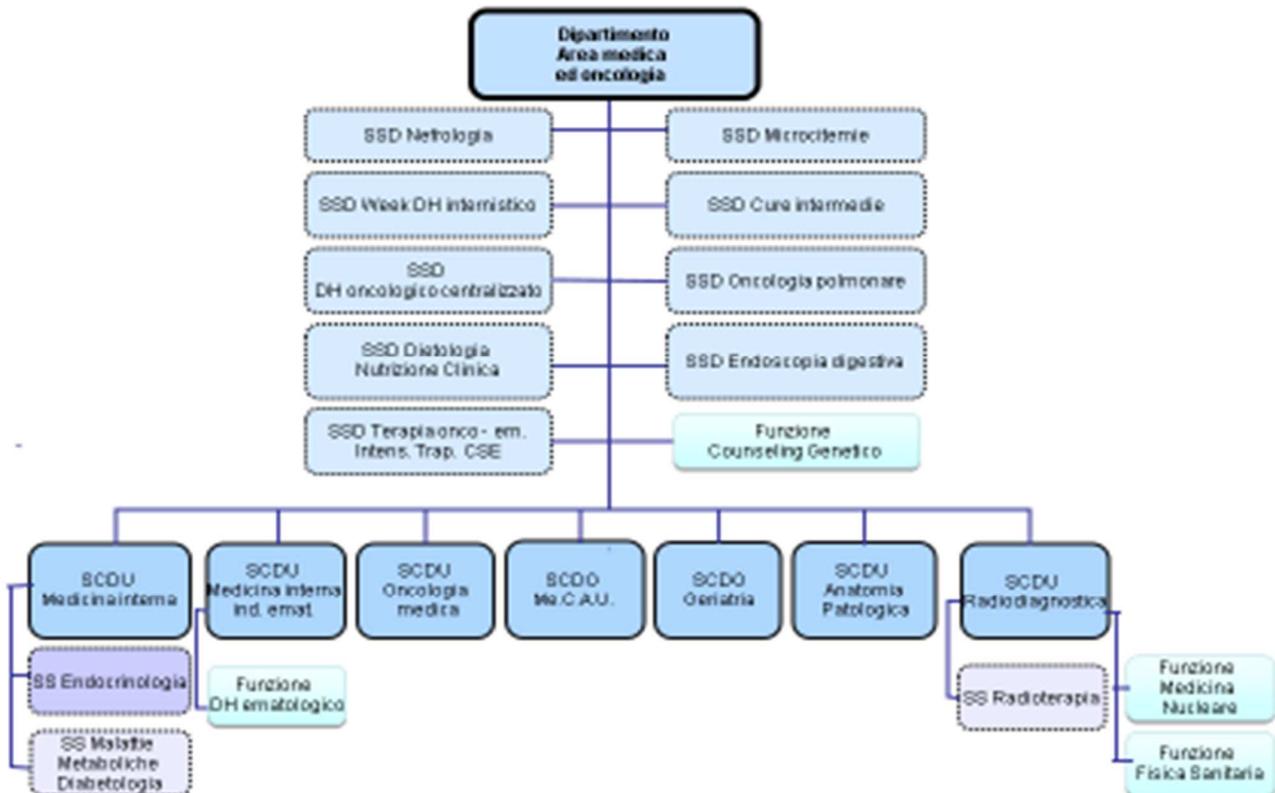
Line Direzione Sanitaria



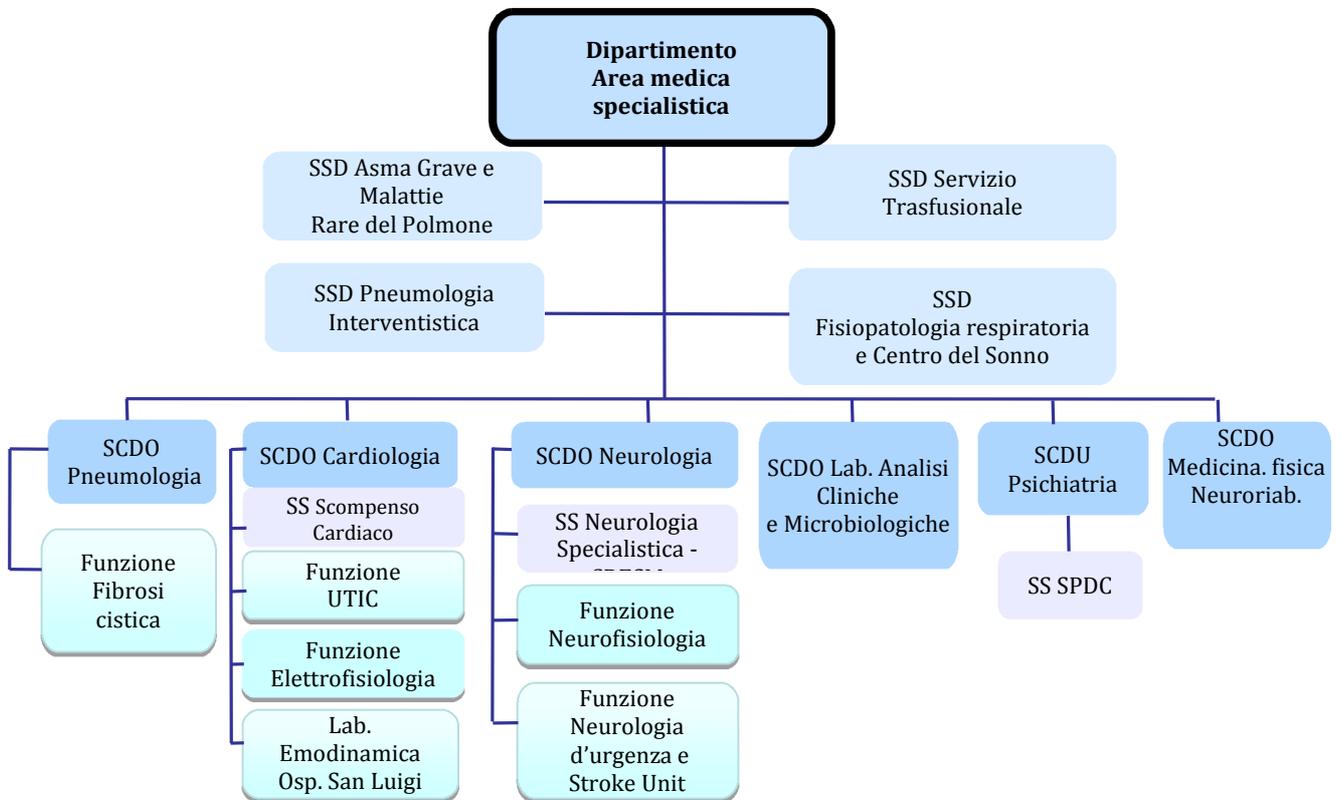
Dipartimenti



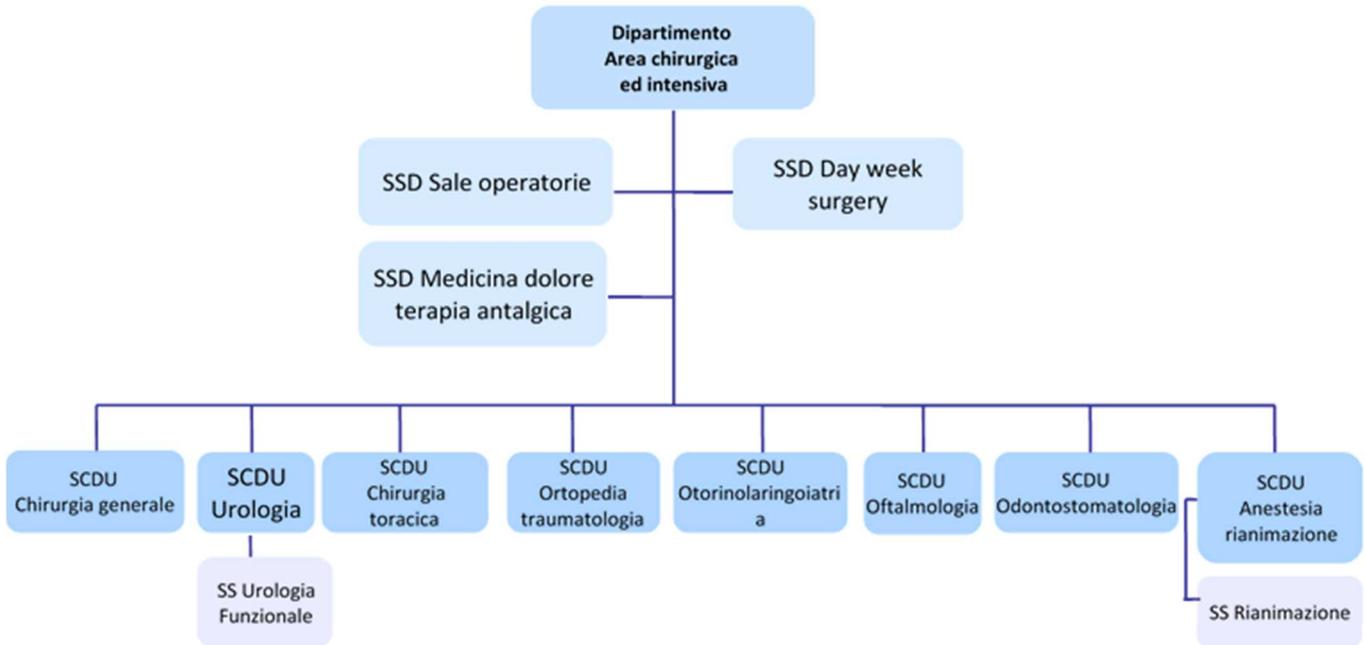
Dipartimento area medica ed oncologia



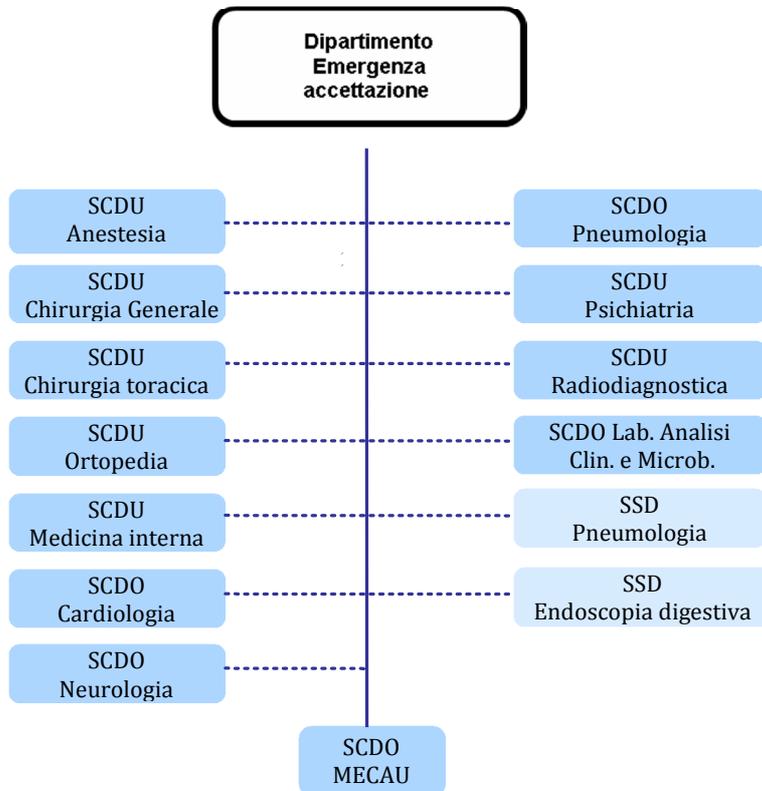
Dipartimento area medica specialistica



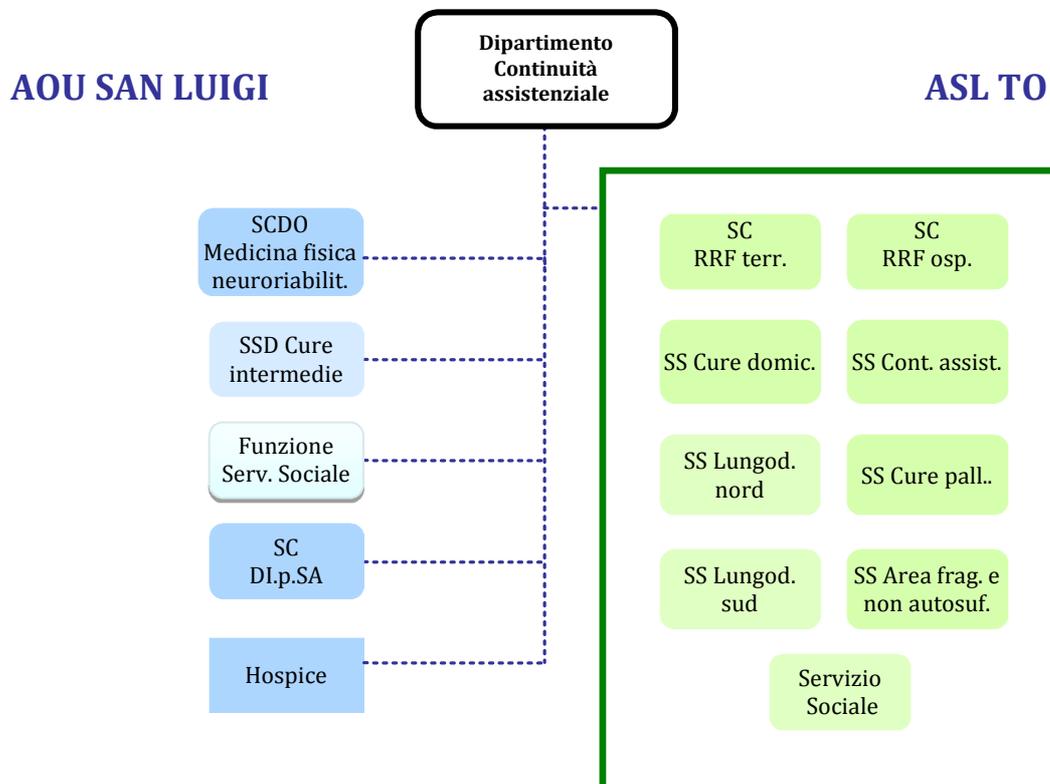
Dipartimento area chirurgica ed intensiva



Dipartimento emergenza accettazione



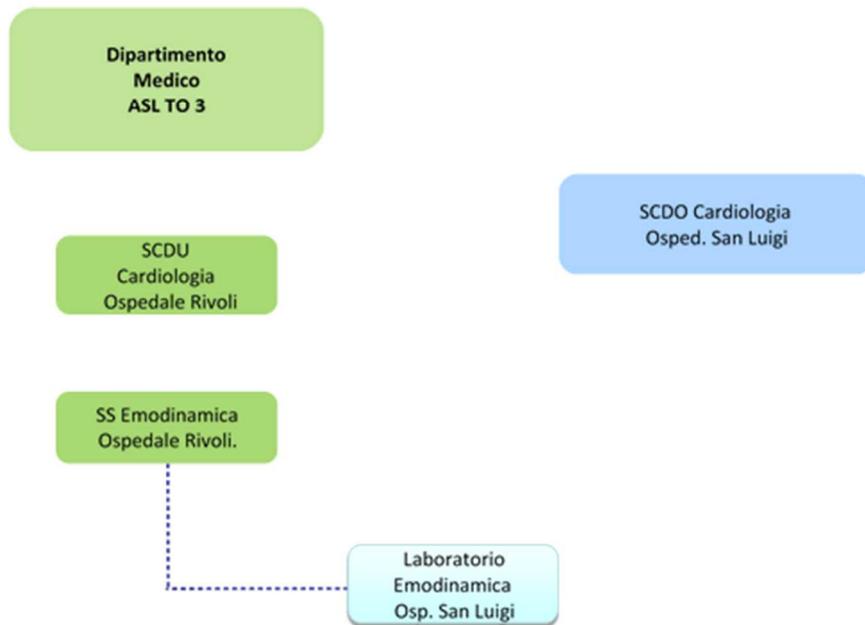
Dipartimento continuità assistenziale



DSM ASL TO 3 - Psichiatria



Emodinamica



3.2 Organizzazione del lavoro agile

Sul ricorso al lavoro agile - disciplinato dal Capo II delle legge n. 81/2017 – sono intervenute, nel biennio 2020/2021 caratterizzato dallo stato di emergenza da Covid 19, diverse disposizioni normative che hanno consentito l'utilizzo dello Smart Working semplificato, attivabile cioè senza la sottoscrizione del previsto accordo individuale tra le parti

A fronte di tali presupposti l'AOU San Luigi, nel suddetto biennio, ha previsto ed autorizzato, relativamente alle attività che potevano essere svolte da remoto, lo svolgimento della prestazione lavorativa con modalità in forma semplificata, compatibilmente con le potenzialità organizzative di ogni struttura e garantendo sempre la qualità e l'effettività del servizio prestato.

Successivamente il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 23.09.2021 ha definito, con decorrenza 15.10.2021, l'attività in presenza quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella pubblica amministrazione ed a seguire il DM del 08.10.2021 ha stabilito, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva, le condizioni per l'accesso allo Smart Working.

Conseguentemente l'AOU San Luigi ha disposto il rientro in presenza dei dipendenti che fruivano di tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, fatta eccezione per i lavoratori fragili che hanno potuto utilizzare l'istituto fino al 31.03.2022 (data di cessazione dello stato di emergenza).

Alla luce di quanto sopra evidenziato ed in osservanza delle linee guida ministeriali del 30.11.2021 che hanno specificato le condizioni per l'accesso alla prestazione lavorativa in forma agile, l'AOU San Luigi, con atto n. 768 del 30.12.2021 ha regolamentato lo svolgimento dello Smart Working così come di seguito dettagliato e con riserva di successiva integrazione secondo quanto previsto dalla vigente normativa in materia

REGOLAMENTO RELATIVO ALLO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA IN MODALITA' DI LAVORO AGILE

INDICE

- Articolo 1- Oggetto
- Articolo 2 - Definizioni
- Articolo 3 - Obiettivi
- Articolo 4 - Destinatari
- Articolo 5 - Procedure
- Articolo 6 – Durata
- Articolo 7 - Rapporto di lavoro
- Articolo 8- Modalità e luogo di svolgimento della prestazione lavorativa
- Articolo 9- Trattamento giuridico ed economico
- Articolo 10 - Strumenti e sicurezza dei dati
- Articolo 11 - Sicurezza sul lavoro
- Articolo 12 – Obblighi di custodia e riservatezza
- Articolo 13 - Valutazione della performance
- Articolo 14 - Monitoraggio
- Articolo 15 - Formazione
- Articolo 16 – Allegati
- Articolo 17 – Disposizioni finali

Articolo 1 - Oggetto

- 1) Il presente regolamento stabilisce le modalità operative relative allo svolgimento della prestazione lavorativa in lavoro agile (smart-working) da parte dei dipendenti dell'AOU San Luigi di Orbassano, nel rispetto della vigente normativa.
2. L'accesso al lavoro agile è consentito nei modi e limiti previsti dal presente documento e nel rispetto delle procedure nello stesso indicate.
3. La prestazione può essere eseguita in modalità agile quando sussistono le seguenti condizioni:
 - a. lo svolgimento della prestazione lavorativa non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore dell'utenza;
 - b. possibilità di delocalizzare almeno in parte le attività assegnate al dipendente, senza che sia necessaria la sua costante presenza fisica nella sede di lavoro;
 - c. possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
 - d. coerenza della prestazione lavorativa in modalità agile con le esigenze organizzative e funzionali della struttura alla quale il dipendente è assegnato;
 - e. adeguato livello di autonomia operativa ed organizzativa del lavoratore relativamente all'esecuzione della prestazione lavorativa;
 - f. possibilità di monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate rispetto agli obiettivi programmati.
4. Con ricognizione interna, soggetta a periodico aggiornamento, sono individuati i processi di lavoro che possono essere svolti in modalità agile, senza indicazione di una percentuale di dipendenti fruitori ma con l'obiettivo di miglioramento del servizio pubblico e di modernizzazione dei processi.
5. Deve essere garantita un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza. E' prevalentemente in presenza lo svolgimento della prestazione lavorativa da parte dei dirigenti, dei titolari di incarichi di funzione/ coordinamento e dei responsabili dei procedimenti amministrativi. Lo svolgimento della prestazione in lavoro agile da parte della Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica, qualora richiesto, sarà autorizzato dalla Direzione Amministrativa in conformità con i principi disposti dal presente regolamento.

Articolo 2 - Definizioni

1. Ai fini del presente documento si intende per:
 - a) "Lavoro agile" o "Smart working": una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro connotata dallo svolgimento di parte dell'attività lavorativa all'esterno della sede di lavoro, entro i limiti di durata del tempo di lavoro giornaliero derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale, con il supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione che consentano il collegamento con l'Azienda AOU San Luigi, nel rispetto delle norme in materia di sicurezza e di trattamento dei dati personali.
 - b) "strumenti di lavoro agile": dotazione tecnologica necessaria per l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
 - c) "sede di lavoro": la sede abituale di servizio del dipendente;
 - d) "Progetto individuale di lavoro agile": Progetto che, in coerenza con i presupposti previsti dall'art. 1, comma 3, definisce per ogni singola posizione di lavoro agile:
 - 1) le specifiche attività da espletare in modalità agile;
 - 2) il luogo di effettuazione della prestazione
 - 3) la strumentazione tecnologica necessaria allo svolgimento dell'attività lavorativa fuori dalla sede di lavoro;
 - 4) la durata dell'attività svolta in lavoro agile, con possibilità di proroga;

- 5) le modalità di controllo della prestazione lavorativa;
- 6) l'individuazione delle giornate di lavoro agile e le fasce orarie in cui il dipendente risulta contattabile;
- 7) gli indicatori e gli standard quantitativi e qualitativi della prestazione lavorativa

Articolo 3 – Obiettivi

1. Il lavoro agile, come strumento di innovazione organizzativa e di modernizzazione dei processi, risponde alle seguenti finalità:

- a) favorire, attraverso lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato, un incremento di efficacia e di efficienza dell'azione amministrativa;
- b) promuovere una visione dell'organizzazione del lavoro ispirata ai principi della flessibilità, dell'autonomia e della responsabilità;
- c) ottimizzare la diffusione di tecnologie e competenze digitali;
- d) Conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico
- e) promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze;

Articolo 4 - Destinatari

1. L'assegnazione a progetti di lavoro agile può riguardare personale dipendente dell'AOU San Luigi, sia a tempo indeterminato – anche part-time/impegno ridotto - che determinato, a condizione che la relativa attività rispetti quanto disposto dall' art. 1, comma 3, del presente documento

I profili coinvolgibili sono individuati dalla Direzione Generale, di norma annualmente o comunque, in casi eccezionali, quando se ne ravvisi la necessità. L'Amministrazione individua altresì le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Articolo 5 – Procedure

a) Modalità di richiesta/Progetto di lavoro agile

1. L'accesso al lavoro agile avviene su base volontaria e consensuale

2. Per poter avviare lo smart working devono essere necessariamente seguite le seguenti fasi:

- Analisi di fattibilità e formalizzazione, a cura dei Responsabili delle Strutture, di una o più attività da svolgersi in Smart Working , in relazione alle attività lavorative della propria Struttura, rispondenti alle condizioni elencate nell'art. 1 che precede.
- Sviluppo descrittivo di un progetto (secondo il fac simile all.to n.1 al presente Regolamento), il cui contenuto minimo sarà: identificazione specifica delle attività da svolgere e degli obiettivi da raggiungere tramite la modalità di lavoro in regime di *smart working*, tenuto conto che gli obiettivi legati alla performance sono condivisi tra i lavoratori in presenza e quelli in lavoro agile
- fasce orarie di disponibilità richieste al lavoratore, articolazione delle giornate in sede ed in regime di SW, eventuale turnazione tra più dipendenti sul medesimo progetto, durata del progetto. Ciascun progetto di lavoro agile dovrà essere firmato dal Dirigente Responsabile e sullo stesso dovrà essere acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo/Sanitario
- I progetti così redatti ed approvati dalla Direzione dovranno essere resi noti da ciascun Responsabile al personale della propria Struttura . Ciascuna Struttura procede quindi alla raccolta delle candidature (secondo il fac simile allegato n.2 al presente Regolamento) ed all'individuazione dei dipendenti assegnatari dei progetti; il Dirigente, in caso di diniego, provvederà a darne motivata comunicazione.

3. Nell'eventuale presenza di più domande rispetto alle postazioni concedibili, l'Amministrazione, ferma restando i criteri di legge e la rotazione del personale, prevede di dare precedenza a:

- lavoratori con figli in condizione di disabilità
- lavoratori con figli di età inferiore a tre anni

- lavoratori in condizioni di disabilità
- lavoratrici in gravidanza fino all'inizio dell'astensione di legge
- lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità
- personale pendolare proveniente da Comuni siti ad oltre 20 Km. dalla sede di lavoro

Con riferimento ai lavoratori fragili si applicano le disposizioni in merito emanate dalla normativa di riferimento

Fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative vigenti, il principio di rotazione dei lavoratori al lavoro agile, per quanto applicabile, e l'obbligo di garantire prestazioni adeguate, l'Amministrazione faciliterà l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

b) Assegnazione/recesso

1. La SC Risorse umane, su segnalazione del nominativo da parte del relativo Direttore di struttura, procede alla sottoscrizione con il dipendente di un apposito accordo, (**redatto secondo il fac –simile all.to n.3 al presente regolamento**), al quale sarà allegato il progetto di lavoro agile.

L'accordo, integrato dal progetto, deve contenere i seguenti elementi:

- a) Durata della prestazione svolta in lavoro agile
- b) Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza. La concreta individuazione delle giornate lavorative da effettuarsi in SW, qualora non sia prevedibile nel progetto, dovrà essere, con cadenza settimanale o mensile, concordata e preventivamente validata dal Responsabile, in funzione delle esigenze di servizio.
- c) Modalità di recesso
- d) Modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro, nel rispetto della vigente normativa

2. Durante il periodo di svolgimento del progetto individuale di SW l'Amministrazione o il dipendente, fornendo specifica motivazione, possono interrompere il progetto, con un preavviso non inferiore a 30 gg (in caso di lavoratore disabile il preavviso dell'amministrazione deve essere pari almeno di 90 gg).

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

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

Articolo 6 – Durata

1. Il rapporto di lavoro agile sarà attivato a partire dalla data indicata nell'accordo di cui all'art.5 par.b) e per la durata ivi indicata.

Ai sensi del presente regolamento la durata di un rapporto di lavoro agile è definita nell'arco temporale da sei mesi a un anno, eventualmente rinnovabili

2. Al termine della prestazione in lavoro agile prevista dal sottoscritto accordo, si riterrà ripristinata la modalità tradizionale di svolgimento della prestazione di lavoro, senza necessità di alcuna comunicazione tra le parti.

Art. 7 - Rapporto di lavoro

1. L'assegnazione della posizione di lavoro agile non muta la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in atto, che continua ad essere regolato dalla legge, dalla contrattazione collettiva nazionale, dagli accordi collettivi decentrati nonché dalle disposizioni regolamentari ed organizzative dell'Ente.

Lo SW dovrà consentire il mantenimento del medesimo livello quali-quantitativo di prestazione e di risultati che si sarebbe conseguito presso la sede dell'Amministrazione.

Articolo 8 – Modalità e luogo di svolgimento della prestazione lavorativa

1. Nel rispetto di quanto previsto dal presente articolo, le modalità organizzative di svolgimento della prestazione di lavoro agile sono definite nel Progetto individuale di cui all'articolo 5, paragrafo a)

Il personale potrà svolgere la prestazione in modalità smart working di norma in n. 2 giornate massimo a settimana, salvo casi eccezionali e motivati, autorizzati dal Dirigente.

Il mancato utilizzo delle giornate di smart working disponibili nella settimana da parte del lavoratore non comporterà la differibilità delle stesse in epoca successiva.

Per sopravvenute e documentate esigenze di servizio, può essere revocata da parte del Responsabile l'approvazione della singola giornata di smart working, con possibilità in tal caso per il dipendente di riprogrammare la giornata persa, ricalenderizzando tale giornata, di norma, nella medesima settimana o in quella successiva.

Per sopravvenute esigenze di servizio il lavoratore può essere richiamato in sede, con comunicazione almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il recupero delle giornate di lavoro agile non fruito.

2. Lo SW dovrà essere gestito di norma, per giornate intere, salvo la fruibilità di ½ giornata di ferie, autorizzata dal Dirigente, nell'ambito della flessibilità oraria e delle fasce di reperibilità riportate nel progetto individuale; a tal fine il dipendente deve comunicare al proprio Responsabile un recapito telefonico in modo da garantire la disponibilità e la contattabilità nel rispetto delle concordate fasce orarie, qualora non sia necessaria la deviazione delle chiamate; il telefono personale dovrà essere utilizzato dal dipendente anche per effettuare chiamate in uscita verso l'esterno.

3. La rilevazione della prestazione in lavoro agile sarà effettuata con utilizzo della bollatura virtuale, in ingresso ed in uscita, effettuata con l'accesso all'apposito applicativo aziendale.

Il dipendente in giornata di SW che debba interrompere, per sopraggiunti e imprevisi motivi personali, la propria prestazione lavorativa, deve preventivamente inserire nell'applicativo aziendale l'orario di inizio e di fine della medesima, dandone contestuale comunicazione al proprio responsabile.

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

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

4. Nell'accordo è individuato il periodo temporale entro il quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa (fascia di inoperabilità).

Il dipendente è obbligato a rispettare le norme sui riposi previste dalla legge e dal contratto collettivo e, in particolare, ad effettuare almeno 11 ore consecutive al giorno di riposo e disconnessione dalle strumentazioni e almeno 24 ore consecutive ogni sette giorni.

I tempi di riposo del lavoratore, su base giornaliera o settimanale, non potranno comunque essere inferiori o diversi da quelli previsti per i lavoratori in presenza.

L'orario di lavoro sarà articolato conformemente alle esigenze del servizio di appartenenza; al dipendente è richiesto di rendere la propria prestazione lavorativa nell'arco temporale dalle ore 08:00 alle ore 20:00, nelle giornate previste per il personale in presenza e nel rispetto del CCNL.

Durante il periodo di riposo e di disconnessione - salvo particolari esigenze organizzative e fermo, in ogni caso, il recupero dei riposi - non è richiesto al dipendente lo svolgimento della prestazione lavorativa e, quindi, la lettura delle email, la ricezione delle telefonate, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

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

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

7. Al lavoratore in modalità agile è garantita la pausa per il recupero psicofisico

Articolo 9 - Trattamento giuridico e economico

1. La prestazione lavorativa resa in modalità agile è integralmente considerata come servizio pari a quello ordinariamente reso presso la sede abituale ed è utile ai fini della progressione in carriera, del computo dell'anzianità di servizio, nonché dell'applicazione degli istituti relativi al trattamento economico accessorio.

2. Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, nelle giornate di lavoro agile non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive. Il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea di cui all'art. 10 del CCNL 12 febbraio 2018, i permessi di cui all'art. 33 della legge 104/1992.

Sono fruibili recuperi ore con possibilità, per il dipendente, in relazione ad un intervallo temporale determinato, di essere sollevato dall'obbligo di contattabilità laddove la sua esigenza, per natura e caratteristiche, non risulti compatibile con tale obbligo e non possa essere soddisfatta al di fuori del periodo di durata del medesimo, ferme restando le ordinarie disposizioni contrattuali sulle causali, sulla motivazione e sulla documentazione dei permessi stessi.

3. Nelle giornate di lavoro agile il dipendente non ha diritto all'erogazione del buono pasto.

4. Il lavoratore in Smart Working ha diritto alla tutela contro gli infortuni sul lavoro dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali

Articolo 10 - Strumenti e sicurezza dei dati

1. Il Progetto individuale di lavoro agile di cui all'articolo 5 del presente regolamento definisce la dotazione informatica e gli applicativi necessari.

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

E' fatta salva la possibilità della messa a disposizione in futuro della detta strumentazione da parte dell'Amministrazione, la quale mette comunque a disposizione un numero di PC da destinare ai dipendenti che non possono dotarsi di strumenti personali.

In relazione alla modalità di accesso è utilizzata una utenza personale o domestica del dipendente per le ordinarie attività di servizio, con puntuali prescrizioni da parte dell'Amministrazione per garantire la sicurezza informatica.

2. Alla postazione di lavoro agile sono applicati i normali protocolli di sicurezza previsti nell'ambito dei piani per il trattamento dei dati e per la salvaguardia della loro integrità e riservatezza, nel rispetto di standard di sicurezza equivalenti a quelli garantiti alle postazioni lavorative presenti nei locali dell'Azienda (si richiama a tal fine quanto dettagliato nell'allegato 4 al presente regolamento "**Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile ai sensi dell'art. 22 c. 1, legge 81/17**")

In presenza di problematiche tecniche o di sicurezza informatica che impediscano o ritardino sensibilmente lo svolgimento dell'attività lavorativa in SW - anche derivanti da rischi di perdita o divulgazione di informazioni dell'Amministrazione - il dipendente sarà tenuto a dare tempestiva informazione al proprio responsabile e, qualora le suddette problematiche dovessero rendere impossibile la prestazione lavorativa, il dipendente potrà essere richiamato in sede.

3. A tutti gli adempimenti tecnici di cui ai commi precedenti provvedono i Sistemi Informativi Informatici dell'azienda.

L'accesso alle risorse digitali ed alle applicazioni dell'amministrazione raggiungibili tramite la rete internet avviene in ogni caso attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale in grado di assicurare un livello di sicurezza adeguato e tramite sistemi di accesso alla rete in grado di assicurare la protezione da qualsiasi minaccia proveniente dalla rete (attivazione di una VPN Virtual Private Network)

4. Il lavoratore si impegna a disconnettersi dal collegamento ogni qualvolta si allontani dal dispositivo, al fine di proteggere la riservatezza dei dati

Articolo 11- Sicurezza sul lavoro

1. L'Amministrazione garantisce, ai sensi del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i., la salute e la sicurezza del lavoratore in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro in smart working, a tal fine consegnando al singolo dipendente ed ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza un'informativa scritta (allegato n. 4 al presente Regolamento) con indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole dei luoghi in cui espletare l'attività lavorativa.

2. Il lavoratore che svolge la propria prestazione lavorativa in modalità smart working, dovrà rispettare ed applicare correttamente le direttive dell'Amministrazione e in particolare dovrà prendersi cura della propria salute e sicurezza, in linea con le disposizioni di cui al D.lgs. 81/08 e s.m.i. (Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro)

3. Nell'eventualità di un infortunio durante la prestazione *in smart working*, il lavoratore dovrà inoltrare tempestiva e dettagliata segnalazione all'Amministrazione.

Art. 12 Obblighi di custodia e riservatezza

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

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

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

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

4. Ai fini di quanto sopra, al momento della sottoscrizione dell'accordo sarà consegnata al dipendente un'informativa scritta che costituirà allegato allo stesso accordo individuale (allegato n. 5 al presente Regolamento).

Articolo 13 - Valutazione della performance

L'adozione di modalità di lavoro agile è oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale; nei singoli progetti sono individuati gli obiettivi e gli idonei indicatori, al fine di valutare l'efficienza, l'efficacia ed economicità delle attività svolte in modalità agile, con definizione delle modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione.

L'accordo definisce altresì le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione lavorativa, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in Smart Working.

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

Articolo 14 – Monitoraggio

1. Stante la natura dello SW, il potere di controllo dell'Amministrazione si esercita essenzialmente con riguardo al risultato della prestazione, in termini sia quantitativi che qualitativi, in relazione alle priorità definite dal Dirigente responsabile e comunicate agli interessati, oltre che mediante la previsione di fasce orarie in cui il lavoratore in SW è disponibile per essere contattato da colleghi e Dirigenti al fine di assicurare il coordinamento con l'organizzazione complessiva del datore di lavoro.

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

Tra il lavoratore in modalità agile e il datore di lavoro sono condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili, che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa. Tali obiettivi possono prevedere orizzonti temporali differenziati (quindi con cadenza limitata), coerentemente con la durata del rapporto in modalità agile, al fine di verificare il loro conseguimento all'interno dello svolgimento del lavoro da remoto.

2. Il lavoratore deve accertarsi pertanto di trovarsi in luogo idoneo a garantire la ricezione e la risposta nonché nelle condizioni di poter operare.

3. Il Responsabile della struttura alla quale è assegnato il dipendente in lavoro agile predispone un idoneo sistema di monitoraggio al fine di verificare costantemente i risultati conseguiti attraverso la prestazione lavorativa svolta.

4. La rendicontazione della prestazione in SW da parte del dipendente è effettuata con la redazione, con cadenza mensile, di un report sull'attività svolta, da trasmettere al diretto Responsabile, che ne verifica la coerenza con quanto indicato nel progetto.

Mensilmente ciascun Direttore relaziona alla Direzione Generale sullo svolgimento dell'attività in lavoro agile svolta dai dipendenti afferenti alla struttura.

Articolo 15 – Formazione

1. L'Azienda garantisce ai dipendenti che svolgono il lavoro in modalità agile le stesse opportunità formative e di aggiornamento, finalizzate al mantenimento e allo sviluppo della professionalità, previste per tutti i dipendenti che svolgono mansioni analoghe.

2. Saranno inoltre previsti percorsi di formazione per il personale in lavoro agile, anche con riferimento ai profili della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Articolo 16 – Allegati

Sono allegati al presente regolamento i seguenti documenti:

- Fac simile progetto lavoro agile (All. 1)
- Fac simile richiesta adesione al lavoro agile (All. 2)
- Fac simile Accordo individuale (All. 3)
- Informativa sulla sicurezza (All. 4)
- Istruzione per il trattamento dati personali (All. 5)

Articolo 17 – Disposizioni finali

1. L'amministrazione verificherà l'impatto delle misure organizzative adottate sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, tenendo conto delle valutazioni /osservazioni dell'utenza.

2. La definizione di aspetti comportamentali specifici per il lavoratore in SW potrà essere prevista in una apposita sezione del Codice di Comportamento aziendale.

3. Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento si applicano le disposizioni previste dalla normativa, dalla contrattazione collettiva vigente e dalla contrattazione aziendale. Il regolamento entra in vigore dal giorno successivo alla sua approvazione mediante atto deliberativo.

Articolo 18 – Normativa e Circolari

Art. 14 della L. 124/2015 (come modificata dal D.L. n. 34/2020, convertito in legge 17/7/2020, n. 77)

Artt. da 18 a 23 della Legge n. 81/2017

Direttiva del Dipartimento Funzione Pubblica n. 3/2017, recante "Linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti", relativa ad indicazioni metodologiche per l'attivazione del lavoro agile

Circolari del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 1/2020 del 04/03/2020, n. 2/2020 del 01/04/2020 e n. 3/2020 del 27/07/2020

Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 19 ottobre 2020, in tema di lavoro agile nella pubblica amministrazione.

Decreto Legge 22 marzo 2021 n. 41

Decreto Legge 22 aprile 2021 n. 52 (lavoratori fragili)

DPCM 23 settembre 2021 /Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione 8 ottobre 2021 (modalità organizzative rientro in presenza)

Linee Guida del Ministro per la Pubblica Amministrazione

3.3: Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) 2020-2022

Il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale definisce, per il triennio di riferimento, l'allocazione delle "risorse umane", nelle diverse forme contrattuali di seguito elencate:

1. Personale Dipendente
2. Altre forme contrattuali
 - Borsisti
 - Incarichi Libero Professionali
 - Specialisti Ambulatoriali
 - Personale Universitario Convenzionato

in relazione alle necessità contingenti in funzione del periodo storico, delle scelte strategiche e delle attività "trainanti" dell'A.O.U. San Luigi.

Tale definizione viene attuata attraverso confronti dialettici tra la Direzione Aziendale ed i Direttori della SC Risorse Umane e della SC Dipsa, analisi dei dati forniti dalla SS Controllo di Gestione in materia di produzione e costi, costante monitoraggio dei tetti di spesa.

Il Piano di seguito riportato è stato redatto sulla base dei seguenti criteri:

- Coerenza con le disposizioni regionali in tema di rete ospedaliera
- Coerenza con l'atto aziendale vigente
- Rispetto dei vincoli finanziari nazionali e regionali ed alla luce delle strategie/obiettivi di seguito elencati:
 - migliorare ed efficientare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici
 - sostenere le attività altamente specialistiche e di Centri di riferimento regionali che insistono sul San Luigi
 - implementare la riabilitazione di terzo livello
 - rafforzare le aree tecnologiche
 - digitalizzare procedure e funzioni
 - reingegnerizzare i processi
 - incrementare la manutenzione straordinaria
 - ridurre le forme di lavoro flessibili
 - garantire il rispetto della normativa in materia di orario di lavoro

Nella tabella sottostante, si riporta, sulla base del PTFP formalmente approvato dalla Regione Piemonte, la **DOTAZIONE ORGANICA**, a tempo indeterminato relativa agli **anni 2020, 2021 e 2022**:

AREA	CATEGORIA/PROFILO	Dotazione organica Anno 2020	Dotazione organica Anno 2021	Dotazione organica Anno 2022
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	DIRIGENTE MEDICO SC	7	7	7
	DIRIGENTE MEDICO SS	19	19	19
	DIRIGENTE MEDICO	229	236	236
	DIRIGENTE VETERINARIO SC	0	0	0
	DIRIGENTE VETERINARIO SS	0	0	0
	DIRIGENTE VETERINARIO	0	0	0
Unità Totali		255	262	262
DIRIGENZA SPTA	DIRIGENTE - FARMACISTA SC	1	1	1
	DIRIGENTE - FARMACISTA SS	0	0	0
	DIRIGENTE - FARMACISTA	7	7	7
	DIRIGENTE - BIOLOGO SC	0	0	0
	DIRIGENTE - BIOLOGO SS	0	0	0
	DIRIGENTE - BIOLOGO	8	9	9
	DIRIGENTE - CHIMICO SC	0	0	0
	DIRIGENTE - CHIMICO SS	0	0	0
	DIRIGENTE - CHIMICO	0	0	0
	DIRIGENTE - PSICOLOGO SC	0	0	0
	DIRIGENTE - PSICOLOGO SS	0	0	0
	DIRIGENTE - PSICOLOGO	1	1	1
	DIRIGENTE - FISICO SC	0	0	0
	DIRIGENTE - FISICO SS	0	0	0
	DIRIGENTE - FISICO	2	3	4
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SC	1	1	1
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SS	0	0	0
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	0	0	0
	DIRIGENTE AVVOCATO SC	0	0	0
	DIRIGENTE AVVOCATO SS	0	0	0
	DIRIGENTE AVVOCATO	0	0	0
	DIRIGENTE INGEGNERE SC	0	0	0
	DIRIGENTE INGEGNERE SS	1	1	1
	DIRIGENTE INGEGNERE	2	2	2
	DIRIGENTE ARCHITETTO SC	1	1	1
	DIRIGENTE ARCHITETTO SS	0	0	0
	DIRIGENTE ARCHITETTO	0	0	0
	DIRIGENTE ANALISTA SC	0	0	0
	DIRIGENTE ANALISTA SS	0	0	0
	DIRIGENTE ANALISTA	1	1	1
	DIRIGENTE STATISTICO SC	0	0	0
	DIRIGENTE STATISTICO SS	0	0	0
	DIRIGENTE STATISTICO	0	0	0
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	3	3	3	
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SS	4	4	4	
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	3	3	3	
Unità Totali		35	37	38
RUOLO SANITARIO (COMPARTO)	CPSS - INFERMIERE	32	32	32
	CPSS - INFERMIERE PEDIATRICO	0	0	0
	CPSS - OSTETRICA	0	0	0
	CPSS - DIETISTA	1	1	1
	CPSS - ASSISTENTE SANITARIA	1	1	1
	CPSS - TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA	0	0	0
	CPSS - TECNICO LABORATORIO	1	1	1
	CPSS - TECNICO AUDIOMETRISTA	0	0	0
	CPSS - TECNICO PERFUSIONISTA	0	0	0
	CPSS - TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	0	0	0
	CPSS - FISIOTERAPISTA	1	0	0
	CPSS - LOGOPEDISTA	0	0	0
	CPSS - ORTOTTISTA	0	0	0
	CPSS - EDUCATORE PROFESSIONALE	0	0	0
	CPSS - TEC. PREVENZIONE	0	0	0
	CPSS - TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'	0	0	0
	CPS - INFERMIERE	523	529	529
	CPS - INFERMIERE PEDIATRICO	6	6	6
	CPS - OSTETRICA	0	0	0
	CPS - DIETISTA	3	3	3
	CPS - ASSISTENTE SANITARIA	0	0	0
	CPS - TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	38	38	38
	CPS - TECNICO LABORATORIO	52	52	52
	CPS - TECNICO AUDIOMETRISTA	1	1	1
	CPS - TECNICO PERFUSIONISTA	0	0	0
	CPS - TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	3	3	3
	CPS - FISIOTERAPISTA	18	20	20
	CPS - LOGOPEDISTA	5	5	5
	CPS - ORTOTTISTA	1	1	1
	CPS - EDUCATORE PROFESSIONALE	0	0	0
	CPS - TEC. PREVENZIONE	0	0	0
	CPS - TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'	0	0	0
	CPS - MASSAGGIATORE NON VEDENTE	0	0	0
INFERMIERE GENERICO SENIOR	2	2	2	
PUERICULTRICE SENIOR	0	0	0	
MASSIOFISIOTERAPISTA SENIOR	3	3	3	
INFERMIERE GENERICO	0	0	0	
Unità Totali		691	698	698
RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE (COMPARTO)	ASSISTENTE RELIGIOSO	2	2	2
	COLLAB. PROF.ASSIST.SOCIALE SENIOR	2	2	2
	COLLAB. TECNICO PROF.LE SENIOR	2	2	2
	COLLAB. PROFESS.ASSISTENTE SOCIALE	2	2	2
	COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	10	10	10
	ASSISTENTE TECNICO	23	23	23
	PROGRAMMATORE	0	0	0
	OPERAT.TECN.SPECIALIZZATO SENIOR	10	10	10
	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	24	24	24
	OPERATORE SOCIO SANITARIO	192	194	194
	OPERATORE TECNICO / OTA	15	15	15
	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	33	33	33
Unità Totali		315	317	317
RUOLO AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	COLLAB. AMM.VO PROFESS. SENIOR	22	22	22
	COLLABORATORE AMM.VO PROFESS.	28	33	33
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	59	59	59
	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	13	13	13
	COADIUTORE AMMIN.	31	32	32
COMMESSE	3	3	3	
Unità Totali		156	162	162
Unità Totali		1452	1476	1477

Nella tabella sottostante si riporta altresì, sulla base del PTFP formalmente approvato dalla Regione Piemonte, il Fabbisogno di Personale correlato all'emergenza dovuta al Covid-19; il reclutamento di tale personale, a tempo determinato, ha rappresentato uno strumento flessibile particolarmente utile in un contesto come quello pandemico, che ha richiesto di adeguare continuamente la consistenza del personale in servizio al mutare dinamico delle esigenze assistenziali

	CATEGORIA/PROFILO		Fabbisogno Covid 2021: personale dipendente		
			TP	PT	totale
DIRIGENZA MEDICA		DIRIGENTE MEDICO SC	0		0
		DIRIGENTE MEDICO	10		10
			10	0	10
DIRIGENZA SANITARIA		DIRIGENTE - FARMACISTA	2		2
		DIRIGENTE - BIOLOGO	0		0
		DIRIGENTE - CHIMICO	0		0
		DIRIGENTE - PSICOLOGO	0		0
		DIRIGENTE - FISICO	0		0
			2	0	2
RUOLO SANITARIO (COMPARTO)	Ds	CPSS - INFERMIERE	0		0
	Ds	CPSS - INFERMIERE PEDIATRICO	0		0
	Ds	CPSS - OSTETRICA	0		0
	Ds	CPSS - DIETISTA	0		0
	Ds	CPSS - ASSISTENTE SANITARIA	0		0
	Ds	CPSS - TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA	0		0
	Ds	CPSS - TECNICO LABORATORIO	0		0
	Ds	CPSS - FISIOTERAPISTA	0		0
	Ds	CPSS - LOGOPEDISTA	0		0
	Ds	CPSS - ORTOTTISTA	0		0
	D	CPS - INFERMIERE	158		158
	D	CPS - INFERMIERE PEDIATRICO	0		0
	D	CPS - OSTETRICA	0		0
	D	CPS - DIETISTA	0		0
	D	CPS - ASSISTENTE SANITARIA	0		0
	D	CPS - TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	7		7
	D	CPS - TECNICO LABORATORIO	8		8
	D	CPS - FISIOTERAPISTA	4		4
	D	CPS - LOGOPEDISTA	1		1
			178	0	178
RUOLO TECNICO/ AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	D	ASSISTENTE SOCIALE	0		0
	C	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	15		15
	Bs	OPERATORE SOCIO SANITARIO	103		103
	B	OTA	0		0
			118	0	118
			308,00	0,00	308,00

Per l'anno 2022, si ritiene utile rappresentare di seguito la consistenza delle **ALTRE FORME CONTRATTUALI**, diverse dal rapporto di lavoro dipendente e caratterizzate da una spiccata flessibilità oraria, *espressa in full time equivalent*.

Tali rapporti sono particolarmente importanti per questa Azienda stante la sua duplice mission, orientata sia all'assistenza che alla ricerca/didattica, che rende necessario il convenzionamento di personale universitario ed il reclutamento di unità (con contratto libero-professionale e soprattutto con borse di studio) per la realizzazione di specifici progetti di ricerca/innovazione

	FTE 2022 (full time equivalent)
ALTRE FORME CONTRATTUALI	47,93
BORSISTI	16,10
DIRIGENTE MEDICO	11,68
DIRIGENTE - BIOLOGO	3,39
DIRIGENTE – FISICO	0,21
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE	0,33
DIRIGENTE MEDICO	0,33
SPECIALISTA AMBULATORIALE	5,00
DIRIGENTE MEDICO	1,00
DIRIGENTE - PSICOLOGO	4,00
UNIVERSITARI CONVENZIONATI	26,50
DIRIGENTE MEDICO SC	6,50
DIRIGENTE MEDICO SS	2,50
DIRIGENTE MEDICO	10,00
DIRIGENTE - BIOLOGO	0,50
CPSS – TECNICO LABORATORIO	0,50
CPS - TECNICO LABORATORIO	1,00
COLLAB. AMM.VO PROFESS. SENIOR	1,50
COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	1,00
COLLABORATORE AMM.VO PROFESS.	1,50
ASSISTENTE TECNICO	1,00
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	0,50

3.4 Formazione del personale

L'AOU San Luigi considera la formazione uno strumento fondamentale di crescita e sviluppo dei propri professionisti, di miglioramento delle competenze e della performance dei medesimi, nonché di risposta ad esigenze di innovazione o gestione di situazioni nuove e imprevedute, come la pandemia ha dimostrato.

Formazione interna

Premesso che l'emergenza epidemiologica ha imposto nel 2020 e nel 2021 la rimodulazione della programmazione inizialmente prevista e l'adozione in via prevalente di tecnologie da remoto, nell'anno 2022 l'AOU San Luigi ha previsto una ripresa delle iniziative residenziali e della formazione sul campo, pur mantenendo un ruolo rilevante alla Formazione a distanza.

Non ha ritenuto però, in un contesto ancora così dinamico e non facilmente prevedibile a causa della situazione epidemiologica, di procedere ad una pianificazione triennale delle attività formative.

Il Piano Formativo 2022 è stato predisposto tenendo in considerazione:

- gli obblighi formativi previsti dalla normativa vigente (*corsi* in ambito sicurezza o su tematiche quali privacy, trasparenza e anticorruzione)
- gli obiettivi strategici
- l'assetto organizzativo
- la necessità di contenere i costi facendo economie di scala (utilizzo di formazione e-learning, coinvolgimento prioritario di docenti interni, ...)
- il fabbisogno formativo di natura “*bottom-up*”, rilevato attraverso un'indagine effettuata in tutte le articolazioni aziendali.

Tutti i bisogni/proposte formative emerse e/o rilevate sono state quindi vagliate dal Comitato Scientifico per la formazione, il quale ha definito - anche in base alle risorse disponibili ed alle strategie rappresentate dalla Direzione Aziendale - le iniziative da pianificare per l'anno 2022.

Il *Piano* è articolato in aree. All'interno delle stesse sono individuati i singoli interventi formativi e per ciascuno di essi sono definiti i potenziali partecipanti (profili, numeri e strutture di afferenza), la durata prevista, il numero di edizioni, il Responsabile Scientifico, il progettista, la modalità di erogazione (residenziale, FAD, blended, formazione sul campo)

La descrizione dettagliata di ciascun progetto, o azione formativa, avviene mediante la relativa scheda predisposta in fase di micro-progettazione, all'interno della quale sono specificati altresì gli obiettivi di apprendimento, i formatori individuati, tutte le informazioni di carattere organizzativo.

Di seguito è riportato il Piano formativo 2022

PIANO FORMATIVO 2022										
AREA/OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABILI SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA METODOLOGICA/18	REVISIONE DI PROCEDURE E DI ISTRUZIONI OPERATIVE PER L'ACQUISIZIONE DELLE IMMAGINI TC E SIMULAZIONE VIRTUALE E VERIFICA DEI TRATTAMENTI RADIOTERAPICI AL LINAC PER OTTIMIZZARE IL FLUSSO DI LAVORO E RIDURRE IL RISCHIO CLINICO	FSC	16	1	9	9	Medici, Fisico, TSRM	SS Radioterapia	VELTRI ANDREA	Montorro
	ESITI SENSIBILI ALLE CURE INFERMIERISTICHE: DALLE PAROLE AI FATTI	Residenziale PFA	8	8	15	120	Infermieri, Infermieri pediatrici	Tutte le strutture sanitarie	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	WOUND CARE: FOCUS SULLE LESIONI DA PRESSIONE	Blended	9	3	20	60	Medici, Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	GOBBI CLAUDIA	Montorro
	ESITI SENSIBILI ALLE CURE INFERMIERISTICHE: COME MISURARLI?	FSC	20	6	20	120	Infermieri, Infermieri pediatrici	Tutte le strutture sanitarie	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	IL MODELLO PRIMARY NURSING: AVVIO DI UN PROGETTO SPERIMENTALE	FSC	35	8	4	32	Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	IL MODELLO PRIMARY NURSING PER UN'ASSISTENZA PERSONALIZZATA	FSC	35	8	3	24	Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	FRANCIOTTI CONCETTA	Montorro
AREA/OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABILI SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA METODOLOGICA/18	NUOVE PROSPETTIVE DELLA TERAPIA CONSERVATIVA E DIALITICA PER IL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA RENALE CRONICA AVANZATA	Residenziale PFA	8	2	7	14	Medici, Infermieri	SSD Nefrologia	MASSARA CARLO MARIA LORENZO	Ponso
	UTILIZZO DELL'ULTRASONOGRAFIA PER L'APPLICAZIONE DI ACCESSI VASCOLARI IN FAV NATIVE E PROTESICHE IN EMODIALISI	FSC	6	4	3	12	Medici, Infermieri	SSD Nefrologia	MASSARA CARLO MARIA LORENZO	Ponso
	L'ACCOGLIENZA DEGLI STUDENTI INFERMIERI NELLE SEDI DI APPRENDIMENTO CLINICO	FAD	4	6	50	300	Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	RE VIGLIETTI SILVIA	Ponso
	LA VALUTAZIONE DELLO STUDENTE	FAD	4	6	50	300	Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	RE VIGLIETTI SILVIA	Ponso
	LA FUNZIONE DI GUIDA DI TIROCINIO PER GLI STUDENTI INFERMIERI UN'OCCASIONE DI SVILUPPO DELLA FORMAZIONE E DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE	Residenziale EFR	14	2	32	64	Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	RE VIGLIETTI SILVIA	Montorro
	LA FUNZIONE GUIDA DI TIROCINIO PER GLI STUDENTI INFERMIERI LIVELLO AVANZATO	Residenziale EFR	7	2	32	64	Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	RE VIGLIETTI SILVIA	Montorro
	LA CORRETTA GESTIONE DELLA FERITA CHIRURGICA	FSC	10	2	20	40	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici	Tutte le strutture sanitarie	SILVAPLANA PAOLA ANNA	Ponso

AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREA METODOLOGICA/ 18	VALUTAZIONE DELL'ANDAMENTO DELLA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI EMATICHE CORRELATE AI CATETERI VENOSI MONITORATI NELLE AREE DI DEGENZA E DAY HOSPITAL E ANALISI DELL'ADESIONE ALLA PROCEDURA AZIENDALE SPECIFICA	FSC	10	2	26	52	Medici, Infermieri, Infermieri referenti ICA	Tutte le strutture sanitarie	SILVAPLANA PAOLA ANNA	Ponso
	CORRETTA GESTIONE DEI TEST PRE TRASFUSIONALI DI PAZIENTI ONCOLOGICI IN TRATTAMENTO CON DARATUMUMAB	FSC	20	4	3	12	Medici, TSLB	SSD Servizio trasfusionale	CAMERINI ODETTA	Montorrotto
	USO CORRETTO DELL'ECOGRAFO PER REPERIMENTO ACCESSI VENOSI PERIFERICI	Residenziale PFA	5	4	4	16	Infermieri	SCDO Cardiologia	da definire	Ponso
	FORMAZIONE SUL CAMPO CONTROPULSATORE AORTICO	FSC	5	6	3	18	Infermieri	SCDO Cardiologia	ZENNARO DENNIS	Montorrotto
AREA EMERGENZA - URGENZA/18	BLS - BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION - IRC	Residenziale EFR	5	14	15	210	Tutti i profili sanitari	Tutte le strutture sanitarie	BORGA SARA	Montorrotto
	A.L.S. ADVANCED LIFE SUPPORT I.R.C.	Residenziale EFR	17	3	18	54	Medici, Infermieri	Strutture sanitarie di area critica	BORGA SARA	Montorrotto
AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREA EMERGENZA - URGENZA/18	ILS- IMMEDIATE LIFE SUPPORT	Residenziale EFR	7	4	15	60	Tutti i profili sanitari	Tutte le strutture sanitarie delle aree critiche	BORGA SARA	Montorrotto
	TTC-TRACK & TRIGGER COURSE	Blended	8	6	6	36	Medici, Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	CAIRONI PIETRO, BORGA SARA	Montorrotto
	OBI: NUOVI PDT	Residenziale PFA	8	1	8	8	Medici, Infermieri	SCDO Medicina d'urgenza	BOCCUZZI ADRIANA	Montorrotto
	LA GESTIONE DEL TRAUMA	Residenziale PFA	6	2	10	20	Medici, Infermieri	SCDO Medicina d'urgenza	BOCCUZZI ADRIANA	Montorrotto
	AGGIORNAMENTI SULLE MANOVRE INTERVENTISTICHE IN EMODINAMICA ED ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRE E POST PROCEDURA	FSC	20	4	1	4	Infermieri	SCDO Cardiologia	ZANINI LAURA	Montorrotto
	NIV NELLA PATOLOGIA COVID 19	Blended	12	10	8	80	Medici, Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	PERBONI ALBERTO	Montorrotto
	JOURNAL CLUB DI TERAPIA INTENSIVA	FAD	2	2	6	12	Medici, Infermieri	SCDU Anestesia Rianimazione	CAIRONI PIETRO	Ponso

AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREA DELLA RIABILITAZIONE/ 18	TECNOLOGIE AVANZATE IN AMBITO RIABILITATIVO	FSC	7	2	8	16	Medici, Infermieri, Fisioterapisti, Logopedisti	SCDO Medicina Fisica Neuro Riabilitativa	DAL FIOR SABRINA MARIA	Montorro
	DISALLETAMENTO PRECOCE E AUSILI PER LA DIMISSIONE PROTETTA	Residenziale PFA	3	3	12	36	Medici, Infermieri, OSS	Tutte le strutture sanitarie	DAL FIOR SABRINA MARIA	Montorro
	UPDATE IN RIABILITAZIONE	FSC	2	5	10	50	Medici, Infermieri, Fisioterapisti, Logopedisti, Psicologi, OSS, Massofisioterapista	SCDO Medicina Fisica Neuro Riabilitativa	DAL FIOR SABRINA MARIA	Montorro
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE/12	COME DARE CATTIVE NOTIZIE IN MEDICINA: LE BASI	Residenziale PFA	4	3	10	30	Mecici, Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	DE LUCA STEFANO	Ponso
	SOFT SKILLS NEL TEAM BUILDING E NELLA GESTIONE DEI CONFLITTI	Residenziale PFA	16	3	15	45	Fisioterapisti, Infermieri, TSRM, TSLB	Tutte le strutture sanitarie	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	LA DISPOSIZIONE ALLA COMUNICAZIONE: COSTRUIRE RELAZIONI CREATIVE	Residenziale PFA	16	5	20	100	Tutti i profili sanitari	Tutte le strutture sanitarie	FINIGUERRA IVANA	Montorro
AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREE COMUNICAZIONE E RELAZIONE/12	LA RELAZIONE CHE CURA 2: LAVORARE IN GRUPPO SENSIBILIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE ATTRAVERSO LA PSICOMOTRICITÀ	Residenziale PFA	20	1	22	22	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	OLIVA FRANCESCO	Montorro
	MINDFULNESS BASE	Residenziale PFA	24	2	22	44	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	OLIVA FRANCESCO	Montorro
	LA MINDFULNESS: CORSO AVANZATO	Residenziale PFA	14	1	22	22	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	OLIVA FRANCESCO	Montorro
	IL TOCCO NELLA RELAZIONE: FORMAZIONE ESPERIENZIALE "TRAMITE PILLOLE DI SHIATSU"	Residenziale PFA	20	3	12	36	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	BELLINI GIAMPIERO	Montorro
AREA ETICA E DEONTOLOGICA/ 28	DONARE, PERCHE'?	Residenziale EFR	5	4	20	80	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture sanitarie	IUDICELLO MARCO	Ponso
	DONAZIONE E PRELIEVO DI CORNEE	Residenziale EFR	5	4	20	80	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici	Tutte le strutture sanitarie	IUDICELLO MARCO	Ponso

AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREE SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO/27	FORMAZIONE DEI RISCHI INERENTI L'UTILIZZO DI SORGENTI DI RADIAZIONI OTTICO ARTIFICIALI	Residenziale PFA	5	8	9	72	Tutti i profili a contatto con le sorgenti ROA	Tutte le strutture ove vi sono sorgenti ROA	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	L'INCENDIO IN MEDICINA NUCLEARE: ASPETTI DI RADIOPROTEZIONE PER GLI OPERATORI DELLA SQUADRA DI PRIMO INTERVENTO	Residenziale non accreditato	2	4	9	36	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture ove presenti addetti SPI	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	FORMAZIONE PER I PREPOSTI AI SENSI DELL'ART.37 D.LGS.81 E ACCORDO STATO REGIONI DEL 21/11/2011 E S.M.I.	Residenziale PFA	16	5	9	45	Tutti i preposti	Tutte le strutture	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	AGGIORNAMENTO CORSO DI FORMAZIONE SULL'USO DELL'AUTORESPIRATORE PER GLI ADDETTI DELL'EMERGENZA	Residenziale PFA	4	4	9	36	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture ove presenti addetti SPI	BUCCINO PASQUALE	Ponso
	FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE AZIENDALE ALL'USO DEGLI ESTINTORI	FSC	1	20	9	180	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	FORMAZIONE PER I DIRIGENTI AI SENSI DELL'ART.37 D.LGS. 81 E ACCORDO STATO REGIONI DEL 21/11/2011 E S.M.I.	Residenziale PFA	16	8	9	72	Dirigenti	Tutte le strutture	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREE SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO/27	ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE INCENDI E LOTTA ANTINCENDIO AI SENSI DELL'ART. 18 COMMA 1 PUNTO B, PUNTO A DEL D. LGS 81/2008 E SMI	Residenziale PFA	16	20	9	180	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	BUCCINO PASQUALE	Ponso
	AGGIORNAMENTO - ATTUAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE INCENDI E LOTTA ANTINCENDIO AI SENSI DELL'ART. 18 COMMA 1 PUNTO B, PUNTO A DEL D. LGS 81/2008 E SMI	Residenziale PFA	8	10	9	90	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	BUCCINO PASQUALE	Ponso
	RICONOSCERE E GESTIRE LO STRESS DERIVANTE DALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA	Residenziale PFA	4	20	9	180	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	MAINA GIUSEPPE	Ponso
	RISCHI INERENTI L'UTILIZZO DI SORGENTI DI RADIAZIONI OTTICO ARTIFICIALI	Residenziale PFA	4	8	9	72	Tutti i profili a contatto con le sorgenti ROA	Tutte le strutture ove vi sono sorgenti ROA	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	FORMAZIONE INERENTE IL RISCHIO LEGIONELLOSI	Residenziale PFA	4	10	9	90	Tutti i profili sanitari	Tutte le strutture sanitarie	SILVAPLANA PAOLA ANNA	Ponso
	FORMAZIONE ED INFORMAZIONE SULLA MANIPOLAZIONE DI FARMACI CHEMIOTERAPICI	Residenziale PFA	4	3	9	27	Infermieri addetti alla preparazione	Farmacia/UFA	IELO DANIELA RABBIA CRISTINA	Ponso
	IL RISCHIO IN RISONANZA MAGNETICA ED IL REGOLAMENTO DI SICUREZZA	Residenziale PFA	2	4	9	36	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	TREVISIOL EDOARDO	Ponso

AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREE SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO/27	ADDESTRAMENTO SULLE TECNICHE DI EVACUAZIONE PER SOGGETTI CON DIFFICOLTÀ MOTORIE	Residenziale PFA	20	1	5	5	Infermieri, Amministrativi	Corso di Laurea in infermieristica	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	D. LGS 101/20 - CORSO DI FORMAZIONE IN RADIOPROTEZIONE - "LAVORATORI"	FAD	4	2	50	100	Tutti i profili sanitari	Strutture sanitarie esposte a rischio	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	AGGIORNAMENTO IN MATERIA DI RADIOPROTEZIONE PER DIRIGENTI E PREPOSTI ALLA LUCE DEL RECENTE D. LGS 101/2020	Residenziale PFA	4	3	9	27	Medici, Farmacisti, Dietisti, Infermieri, TSRM	Tutte le strutture sanitarie	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	81371A FORMAZIONE GENERALE ALLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 DEL D. LGS 81/08) - SETTORE ATECO 2007 Q 86	FAD	4	6	50	300	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	81371B FORMAZIONE SPECIFICA ALLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 DEL D. LGS 81/08) - MODULO PER MANSIONI A RISCHIO BASSO - SETTORE ATECO 2007 Q/86	FAD	6	2	50	100	Tutti non sanitari	Tutte le strutture	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	81371B FORMAZIONE SPECIFICA ALLA SALUTE E ALLA SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 D. LGS 81/08) - MODULO PER MANSIONI A RISCHIO ALTO IN AREA SANITARIA - SETTORE ATECO 2007 Q 86	FAD	12	6	50	300	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE SULLA SICUREZZA (ART. 37, D. LGS. 81/08 - SETTORE ATECO 2007: Q/86)	FAD	6	5	50	250	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREE SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO/12	AGGRESSIONE DEGLI OPERATORI: GESTIONE DEL RISCHIO	Residenziale PFA	4	2	25	50	Medici, Infermieri, Psico logi, Tutte le professioni non sanitarie	Tutte le strutture	MINECCIA CATERINA	Ponso
	LA SICUREZZA DELL'OPERATORE DEPUTATO ALLA GESTIONE DEI CONFLITTI	Residenziale EFR	21	3	15	45	Medici, Infermieri, Tutte le professioni sanitarie	SCDO Medicina d'urgenza, SCU Psichiatria, Servizio sorveglianza/porti neria	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	FORMAZIONE AZIENDALE SULL'UTILIZZO DEI DPI E SULLA PROCEDURA DI VESTIZIONE E SVESTIZIONE NELL'IPOTESI DI UN CASO SOSPETTO/PROBABILE DI COVID 19	FAD	2	6	50	300	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
AREE GIURIDICO NORMATIVA/17	L 219/2018 CONSENSO INFORMATO, DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO E PERCORSI CONDIVISI DI CURA	Residenziale EFR	5	2	25	50	Tutti i profili sanitari, Assistenti sociali	Tutte le strutture	MINECCIA CATERINA	Ponso
	LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE IN SANITA' (L. 24 DELL' 8/03/2017)	Residenziale PFA	4	2	25	50	Tutti i profili sanitari	Tutte le strutture sanitarie	MINECCIA CATERINA	Ponso
AREE QUALITA' E RISK MANAGEMENT/6	STRUMENTI PER LA GESTIONE DEI RISCHI SANITARI E PER IL CONTENIMENTO DEI POSSIBILI ERRORI	Residenziale EFR	4	2	20	40	Tutti i profili sanitari	Tutte le strutture sanitarie	MINECCIA CATERINA	Ponso

AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREE QUALITA' E RISK MANAGEMENT/6	PREVENZIONE SUICIDIO IN OSPEDALE	Residenziale PFA	4	2	30	60	Medici, Infermieri, Psicologi, OSS	Tutte le strutture sanitarie	MAINA GIUSEPPE	Ponso
	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA PER REFERENTI	Residenziale PFA	14	1	10	10	Medici, Infermieri, OSS	SSD Sale operatorie	MINECCIA CATERINA	Ponso
	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA	Residenziale PFA	4	2	15	30	Medici, Infermieri, OSS	SSD Sale operatorie	MINECCIA CATERINA	Ponso
	SICUREZZA TRASFUSIONALE	FAD	5	5	30	150	Mecici, Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	NAPOLI FRANCA	Montorro
	PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE	Residenziale PFA	4	1	30	30	Tutti i profili sanitari, Ausiliario specil. OSS, Infermiere generico, OTA	Tutte le strutture sanitarie	MINECCIA CATERINA	Ponso
AREA SPECIALITA' MEDICA/18	PRODUZIONE ED INDICAZIONI TERAPEUTICHE DEGLI EUNT (EMOCOMPONENTI PER USO NON TRASFUSIONALE) NEI DIVERSI AMBITI DI ATTIVITÀ CLINICA, MEDICA E CHIRURGICA	FSC	5	4	4	16	Medici, Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	NAPOLI FRANCA	Montorro
AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREA SPECIALITA' MEDICA/18	L'ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO DEL PIEDE DIABETICO. UN PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO CONDIVISO	Residenziale EFR	6	1	25	25	Medici, Assistenti sanitari, Fisioterapisti, Dietisti, Podologi, Tec. Ortopedici, Infermieri	Tutte le strutture sanitarie	CAVALOT FRANCO	Ponso
	GESTIONE DELL'IPERGLICEMIA NEL PAZIENTE RICOVERATO	FSC	3	1	15	15	Medici, Infermieri, Assistenti sanitari, Dietisti	Tutte le strutture sanitarie	BONOMO CATIA	Ponso
AREA SPECIALITA' MEDICA/21	LA COMPLESSITA' DEL DOLORE. VALUTAZIONE E APPROCCIO TERAPEUTICO DI VARIE SINDROMI DOLOROSE.	Residenziale PFA	7	2	25	50	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici	Tutte le strutture sanitarie	CANZONERI LUCA	Montorro
AREA GIURIDICO NORMATIVA/18	PRINCIPALI NOZIONI DI DIRITTO E REDAZIONE DI DELIBERE, DETERMINE E NOTE	Residenziale PFA	7	2	15	30	Tutti i profili non sanitari	Tutte le strutture	BARILLI GIORGIO	Montorro
	GESTIONE DELLE ASSENZE PREVISTE DAL CCNL 18/05/2018 E DALLE VIGENTI DISPOSIZIONI DI LEGGE	Residenziale PFA	7	2	20	40	Tutti i profili sanitari e non sanitari con incarichi di funzioni	Tutte le strutture	BARILLI GIORGIO	Montorro
	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE CORSO BASE	FAD	5	3	50	150	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	BARAVALLE DONATELLA	Montorro
AREE GIURIDICO NORMATIVA/7	FORMAZIONE IN MATERIA DI GDPR	FAD	7	3	50	150	Tutti i profili sanitari e non sanitari	Tutte le strutture	MELCHIONNE PATRIZIA	Montorro

AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREE GIURIDICO NORMATIVA/12	FORMAZIONE MANAGERIALE	Residenziale EFR	20	1	20	20	Direttori di struttura e titolari di incarico di posizione	Tutte le strutture	da definire	Montorro
	FORMAZIONE PER I DATORI DI LAVORO DELEGATI	Residenziale PFA	16	1	10	10	Datori di lavoro delegati	Tutte le strutture	da definire	Montorro
AREA PREVENZIONE E PROTEZIONE DELLA SALUTE /18	RUOLO DEL REFERENTE PER LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA NELLA PRATICA QUOTIDIANA	Residenziale PFA	7	2	30	60	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici	Tutte le strutture sanitarie	SILVAPLANA PAOLA ANNA	Ponso
	FORMAZIONE PERSONALE INDUSTRIA ALIMENTARE AI SENSI DELL'ART. 5 DEL REGOLAMENTO 852/2004	Residenziale PFA	2	3	7	21	Assistente tecnico, Operatore tecnico specializzato, Operatore tecnico	SC Provveditorato (servizio ristorazione)	SILVAPLANA PAOLA ANNA	Ponso
	PREVENIRE LE INFEZIONI ATTRAVERSO L'IGIENE DELLE MANI E IL CORRETTO USO DEI GUANTI	FAD	4	5	50	250	Tutti i profili sanitari, Ausiliari specializzati, OSS, Massofisioterapista, OTA, Assistente religioso	Tutte le strutture sanitarie	SILVAPLANA PAOLA ANNA	Ponso
	L'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP	FSC	12	2	10	20	Medici, Farmacisti, Biologi	Tutte le strutture sanitarie	SILVAPLANA PAOLA ANNA	Ponso
	ANTIBIOTICO RESISTENZA ED IL BUON USO DELL'ANTIBIOTICO	FAD	10	5	50	250	Medici, Infermieri, Infermieri pediatrici	Tutte le strutture sanitarie	SILVAPLANA PAOLA ANNA	Ponso
AREA DIAGNOSTICA/18	NUOVI TEST DI LABORATORIO IN COAGULAZIONE ED EMATOLOGIA	Residenziale PFA	4	2	25	50	Medici, Biologo, TSLB, Infermieri, Farmacisti	Tutte le strutture sanitarie	VIBERTI GIUSEPPINA	Ponso
AREA/ OBIETTIVO	TITOLO	MODALITA' FORMATIVA	DURATA PER EDIZ (ore)	NUM. EDIZ.	PART. PER ED.	TOTALE PART.	PROFILI COINVOLTI	STRUTTURE INTERESSATE	RESPONSABI LE SCIENTIFICO	PROGETTIS TA
AREA DIAGNOSTICA/18	VALIDAZIONE DELLE NUOVE STRUMENTAZIONI E TECNOLOGIE IN ANATOMIA PATOLOGICA E BIOLOGIA MOLECOLARE: STANDARDIZZAZIONE DELLE NUOVE PROCEDURE INFORMATICHE E DELLE NUOVE PROCEDURE DI ALLESTIMENTO DEI MATERIALI DA ESAMINARE	FSC	32	4	3	12	TSLB	SCDU Anatomia patologica	VOLANTE MARCO	Montorro
AREA SALUTE MENTALE/22	APPROCCIO AL PAZIENTE PSICHIATRICO: RICONOSCIMENTO DEI SINTOMI E TECNICHE RELAZIONALI	Residenziale PFA	8	3	8	24	Infermieri, OSS	SCDU Psichiatria	CINATO CLAUDIA	Ponso

Formazione esterna

La formazione esterna è quella che si acquista per coloro che presentano esigenze formative individuali, mirate e specialistiche strettamente connesse al ruolo ricoperto; l'autorizzazione alla formazione esterna segue il criterio della rotazione (per consentire la più ampia partecipazione del personale) e del massimo contenimento dei costi.

Sezione 4: Monitoraggio

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata dall'AOU San Luigi attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti.

Come previsto dal SMVP, l'AOU avvia un monitoraggio intermedio (da svolgersi entro il 30 settembre di ciascun anno) sul grado di attuazione degli obiettivi di performance organizzativa rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d'opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

Come specificato nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", il rispetto delle diverse misure di prevenzione della corruzione e il raggiungimento dei relativi obiettivi è effettuato in primo luogo attraverso l'autovalutazione svolta dai Responsabili dell'attuazione delle misure e in secondo luogo dal RPCT, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità.

L'OIV svolge il monitoraggio della performance organizzativa; valida inoltre la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione da parte del Direttore Generale

Tale documento costituisce sia uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ottimizzare la programmazione di obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente, sia uno strumento di *accountability* attraverso il quale poter rendicontare agli *stakeholder* i risultati ottenuti nel periodo considerato rispetto agli obiettivi programmati.

Nel periodo di vigenza del presente Piano si prevede di sottoporre ad ulteriore revisione l'insieme delle attività di monitoraggio eseguite nei vari contesti organizzativi al fine di potenziare l'integrazione e conseguire superiori livelli di efficienza.