



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

PIAO

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Periodo di riferimento 2023-2025:

Anno 2023

INDICE

PREMESSA	pag.	3
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	pag.	4
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	pag.	14
Sottosezione Valore Pubblico	pag.	14
Sottosezione Performance	pag.	18
Sottosezione Rischi Corruttivi e Trasparenza	pag.	38
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	pag.	94
Sottosezione Struttura Organizzativa	pag.	94
Sottosezione Organizzazione Lavoro Agile	pag.	101
Sottosezione Piano Triennale Dei Fabbisogni Di Personale	pag.	104
Formazione Del Personale	pag.	111
Piano azioni positive	pag.	116
SEZIONE 4 MONITORAGGIO	pag.	121
Monitoraggio Valore Pubblico	pag.	121
Monitoraggio Performance	pag.	121
Monitoraggio Rischi Corruttivi E Trasparenza	pag.	124
Monitoraggio Lavoro Agile	pag.	126
- Documenti allegati		
- Destinatari del Piano		

PREMESSA

Riferimenti normativi e obiettivi

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

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

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

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

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

Il Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" pubblicato nella GU n.209 del 7-9-2022 ha definito il contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, cui tutte le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti devono conformare il documento alla struttura e alle modalità redazionali indicate nell'atto legislativo, secondo lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del decreto.

① SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Chi siamo

L'ASL CN2 Alba-Bra è stata costituita il 1° gennaio 2008 (con decreto del Presidente della Giunta Regionale 91 del 17 dicembre 2007). Essa rappresenta la continuazione della ASL CN2 Sanitaria Locale 18, risultante, a sua volta, dall'aggregazione delle seguenti disciolte UU.SS.SS.LL.:

- U.S.S.L. 64 di Bra
- U.S.S.L. 65 di Alba.

L'ASL CN2 Alba-Bra ha personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia imprenditoriale.

L'ASL CN2 ha sede legale in Via Vida, 10 ad ALBA (CN). Le sedi operative vengono distribuite sul territorio ASL CN2 in funzione delle necessità organizzative e dei bisogni della popolazione.

C.F./P.IVA: 02419170044

Sito internet istituzionale: www.aslcn2.it

PEC: aslcn2@legalmail.it

Codice IPA: as18_alb

Codice AOO: ADD8514

Il patrimonio ASL CN2 è la fotografia della composizione qualitativa e della consistenza quantitativa del capitale, di norma effettuata alla data di chiusura del bilancio, e rappresenta l'insieme coordinato dei mezzi finanziari, economici, e dei beni che in un certo momento sono a disposizione dell'ente per il conseguimento delle finalità dell'ASL CN2.

Sono organi dell'ASL CN2 il Direttore Generale, il Collegio di Direzione il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato da ultimo con D.G.R. n. 20 – 3302 del 28.5.2021, è organo monocratico dell'ASL CN2, ne ha la rappresentanza legale e la responsabilità complessiva della gestione (programmazione, definizione delle politiche e degli indirizzi ASL CN2, emanazione di direttive e linee-guida).

Il Direttore Generale si avvale, per il governo strategico ASL CN2, del Collegio di Direzione, ed è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

In base agli artt. 3, comma 1-quater e 17 del D.lgs. 502/92 e la Deliberazione della Giunta Regionale 11 dicembre 2000, n. 80 – 1700 il Collegio di Direzione assume il ruolo di organo dell'ASL e gli viene

attribuita una rilevanza del tutto peculiare finalizzata all'esercizio di specifiche funzioni di concorso al governo del sistema. Esso assicura alla Direzione generale una gestione operativa dell'ASL CN2 su basi collegiali ed integrate, e costituisce la primaria sede di analisi, confronto e coordinamento tra la Direzione generale ed i Direttori e Responsabili delle strutture organizzative ASL CN2 nella elaborazione delle linee di sviluppo dell'ASL CN2, concorrendo alla funzione di governo complessivo affidata al Direttore Generale.

Nel merito specifico trattasi di compiti di elaborazione e proposta nei confronti del Direttore Generale per le attività di formazione, di ricerca e innovazione, disciplina e organizzazione dell'attività libero professionale intra muraria, programmazione del fabbisogno del personale, riqualificazione dell'assistenza e equilibrio economico-finanziario, piano di attività e piano di organizzazione.

La composizione e il funzionamento del Collegio di Direzione sono disciplinati dall'Atto Aziendale ASL CN2 e da un apposito regolamento. Il Collegio è presieduto dal Direttore Generale.

Il Collegio sindacale esercita le funzioni di cui all'art. 14 della l.r. 24 gennaio 1995, n. 10, e, a norma dell'art. 3 ter del D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

In particolare, esso esercita una azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'ASL CN2 delle regole di buon governo, nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e la tenuta della contabilità.

Mission aziendale

Il mandato istituzionale dell'ASL CN2 si inserisce nel contesto legislativo della Regione Piemonte all'interno del più ampio quadro normativo nazionale.

La mission dell'ASL CN2 è garantire una risposta ai bisogni appropriati di salute dei cittadini, nel rispetto della persona e in condizioni di sicurezza, utilizzando con la massima efficienza le risorse disponibili. Inoltre, sono assicurati gli interventi di promozione della salute, di prevenzione e cura efficaci, accessibili con tempestività e riducendo le barriere di cultura, lingua e condizioni socioeconomiche.

La vision dell'ASL CN2 è migliorare l'offerta dei servizi per la salute attraverso lo sviluppo di alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione, valorizzando il capitale dei professionisti e il loro impegno nel fornire prestazioni di eccellenza, sia all'esterno, con le altre Aziende Sanitarie del territorio, con le istituzioni e i soggetti sociali locali.

I valori fondanti l'azione dell'ASL CN2 sono:

- eguaglianza: ogni persona ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- continuità: i servizi sono erogati senza interruzioni, nell'ambito delle modalità di funzionamento definite da norme e regolamenti nazionali, regionali e dell'ASL CN2;
- partecipazione: l'ASL CN2 riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute e ne garantisce la partecipazione come utente singolo o tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- imparzialità: nelle scelte e nelle decisioni vengono garantite al cittadino equità di trattamento e di accesso, libertà di scelta del soggetto erogatore del servizio nell'ambito delle leggi regionali e nazionali.

Come operiamo

L'ASL CN2 svolge, coerentemente alle disposizioni normative di sistema (Legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di riordino del Sistema Sanitario), le seguenti funzioni:

- Promozione della salute e la prevenzione primaria collettiva. Tale funzione è esercitata tramite il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati. L'ASL CN2 esercita, inoltre, su delega della Regione Piemonte, la funzione di vigilanza sull'attività delle strutture, pubbliche e private, operanti sul territorio in ambito sanitario e sociosanitario. L'esercizio di tale funzione è affidato a Commissioni appositamente costituite in applicazione delle norme vigenti.
- Tutela della salute, esercitata tramite i Distretti. Essa si attua con la progettazione e realizzazione, sulla base di un'analisi socio-sanitaria dei bisogni della popolazione e del contesto dell'offerta ed in integrazione con i servizi sociali, di percorsi clinico assistenziali, mirati a garantire la globale presa in carico dei bisogni socio-sanitari dell'utente.
- Erogazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali. L'ASL CN2 eroga prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti per il tramite dei seguenti servizi: pronto soccorso; degenza ordinaria; day hospital e day surgery; riabilitazione; servizio trasfusionale, prelievo di organi. L'attività di

assistenza per acuti si svolge, inoltre, attraverso l'acquisizione, da parte dell'ASL CN2, di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate. L'ASL CN2 tutela e cura i portatori di patologie croniche psichiatriche (adulti e minori) e le persone con dipendenza, ponendo anche in essere azioni mirate alla loro riabilitazione ed al loro reinserimento sociale e lavorativo. Compete ancora all'ASL CN2 l'assistenza prolungata nel tempo, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, alle persone disabili e/o non autosufficienti.

Il complesso delle attività svolte e delle prestazioni socio-sanitarie erogate dall'ASL CN2, è individuato in dettaglio nell'Atto Aziendale attualmente in vigore, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 660 del 12.11.2021, validato dalla Giunta Regionale del Piemonte con D.G.R. con la D.G.R. n. 74 – 4223 del 26.11.2021 e regolarmente pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del Sito dell'ASL CN2.

Si precisa, inoltre, che con provvedimento n. 201 del 10.3.2023 è stata approvata la bozza di nuovo Atto Aziendale dell'Asl Cn2, al momento dell'assunzione del presente Piano sottoposta alla procedura di controllo e approvazione dei competenti Organi regionali.

I soggetti principali che si interfacciano con l'ASL CN2, rispetto ai cui rapporti con i dipendenti ASL CN2 assumono speciale rilevanza le misure di prevenzione di comportamenti illeciti riportate nelle sezioni successive del presente Piano, risultano dunque essere i seguenti:

- I Comuni costituenti l'ambito territoriale dell'ASL CN2 e con i quali l'Asl si rapporta, sul piano istituzionale, per il tramite della Conferenza dei Sindaci (Assemblea di tutti i 75 Comuni) e della sua Rappresentanza (Organo ristretto);
- Le imprese, sotto qualsivoglia forma giuridica, fornitrici di lavori, beni e servizi;
- Le persone fisiche e giuridiche sottoposte alla attività autorizzativa, di vigilanza, ispettiva e sanzionatoria dei Servizi e delle Strutture dell'ASL CN2;
- Le Società partecipate dall'ASL CN2 e nello specifico: AMOS S.c.r.l., con sede legale in Cuneo e sede amministrativa ed operativa in Fossano, che eroga servizi in house ai propri soci, tutte Aziende Sanitarie Regionali del Piemonte Sud, con l'obiettivo di garantire un contenimento dei costi di gestione allineati ai migliori standards di mercato.

Un'analisi completa delle dinamiche economiche e produttive dell'ASL CN2 non può comunque prescindere dall'esame dei documenti di bilancio, cui tuttavia – per ragioni di agile consultazione del presente documento – si rinvia, risultando regolarmente pubblicati in serie storica nella sezione

“Amministrazione Trasparente” del Sito ASL CN2, sotto sezione “ Bilanci” (Link [Documenti contabili - ASL CN2](#)).

Il contesto dell’offerta dell’ASL CN2 al 31 gennaio 2023, relativamente all’assistenza ospedaliera, si caratterizza per la presenza del nuovo nosocomio “Pietro e Michele Ferrero – Industriali”, cui è seguita la parziale trasformazione dei due vecchi ospedali di Alba e di Bra in sedi territoriali in corso di riqualificazione secondo le previsioni del D.M. n. 77/2022. Sono inoltre presenti tre case di cura private accreditate di cui una monospecialistica psichiatrica e una monospecialistica riabilitativa.

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

Al 01/01/2023 sono operativi 105 medici di medicina generale, 14 pediatri di libera scelta, 42 medici dedicati al servizio di “Continuità Assistenziale” (ex Guardia Medica) la cui attività è finalizzata a garantire l’assistenza primaria, oltre a 49 specialisti ambulatoriali convenzionati interni (di cui 12 psicologhe e 10 veterinari).

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

L’organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali dell’ASL CN2 è basata sulla distinzione in direzione generale strategica e direzioni operative. La Direzione strategica è di competenza della Direzione Generale ASL CN2. La Direzione operativa è di competenza dei Direttori delle strutture in cui si articola l’ASL CN2 coordinati dai Direttori dei Dipartimenti strutturali cui afferiscono.

Nei Dipartimenti ASL CN2 confluiscono le strutture complesse (S.C.) e le strutture operative semplici a valenza dipartimentale (S.S.D.). Le strutture operative complesse possono essere articolate – a loro volta – in strutture semplici (S.S.).

ASL CN2 in Cifre

Parametro	Distretto 1 – Alba	Distretto 2 - Bra
Superficie (kmq)	793,1	329
Territorio	Il territorio (alto collinare) occupa la parte nord-orientale della provincia di Cuneo ai confini con la provincia di Asti e, più a sud, con quella di Savona. Sezionandolo nella direzione nord-sud, alla longitudine di Alba, se ne ottiene il profilo altimetrico più indicativo: con la minima di 170 m. s. l. m. alle sponde del Tanaro e con la massima di quasi 900 m. alla balza di Mombarcaro.	Il territorio, pianeggiante e basso collinare, è dislocato al confine tra le province di Asti e Torino.
Popolazione al 31/12/2021	103.538	66.041
Densità di popolazione (ab/kmq)	130,5	200,7
N. Comuni	64	11



Comuni del distretto 1: Alba, Albaretto della Torre, Arguello, Baldissero d'Alba, Barbaresco, Barolo, Benevello, Bergolo, Borgomale, Bosia, Bossolasco, Canale, Castagnito, Castelletto Uzzone, Castellinaldo

d'Alba, Castiglione Falletto, Castiglione Tinella, Castino, Cerretto Langhe, Cissone, Corneliano d'Alba, Cortemilia, Cossano Belbo, Cravanzana, Diano d'Alba, Feisoglio, Gorzegno, Govone, Grinzane Cavour, Guarene, Lequio Berria, Levice, Magliano Alfieri, Mango, Monchiero, Monforte d'Alba, Montà, Montaldo Roero, Montelupo Albese, Monteu Roero, Monticello d'Alba, Neive, Neviglie, Niella Belbo, Novello, Perletto, Pezzolo Valle Uzzone, Piobesi d'Alba, Priocca, Rocchetta Belbo, Roddi, Roddino, Rodello, S. Benedetto Belbo, S. Giorgio Scarampi, S. Stefano Belbo, S. Stefano Roero, Serralunga d'Alba, Serravalle Langhe, Sinio, Torre Bormida, Treiso, Trezzo Tinella, Vezza d'Alba.

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

I Comuni con il maggior numero di abitanti sono i seguenti (dati al 31/12 di ciascun anno):

Comune	2019	2020	2021
Alba	31.506	31.215	31.219
Bra	29.656	29.466	29.680
Cherasco	9.290	9.383	9.471
Sommariva B.	6.333	6.251	6.256
Canale	5.609	5.575	5.486

Contesto e territorio

La popolazione residente nel territorio dell'ASL CN2 risulta essere al 31 dicembre 2021 di 169.579 abitanti, pari al 4% della popolazione residente nella Regione Piemonte. La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (50,9% contro il 49%); a novanta anni ed oltre le donne rappresentano il 72,1% della popolazione. **L'età media** della popolazione nell'anno 2021 è di 45,8 anni; in Piemonte nel 2021 l'età media si attesta a 47,1 anni.

Gli stranieri residenti al 31.12.2020 nell'ASL CN2 sono 19.099, pari all'11,3% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2020 sono 406.489, pari al 9,5% del totale dei residenti.

Anche per il 2020 nell'ASL CN2, il saldo naturale è negativo (1.158), con i decessi che superano le nascite, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il saldo migratorio (iscritti – cancellati) è positivo (152).

Gli **stranieri residenti** al 31.12.2021 sono 19.986, pari all'11,8% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2021 sono 415.637, pari al 9,8% del totale dei residenti.

Anche per il 2021 nell'ASL CN2, il saldo naturale è negativo (-929), con i decessi che superano le nascite, confermando una tendenza ormai da tempo stabile; mentre il saldo migratorio (iscritti – cancellati) è positivo (836).

Nel 2021, l'**indice di natalità**, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1.000, è di 7,2, superiore al dato regionale (6,3). Per quanto riguarda gli anziani, nell'ASL CN2 al 31.12.2021, si stimano 41.224 ultrasessantacinquenni, ossia il 24,3% della popolazione totale, mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13%.

Condizioni socio economiche

Le condizioni socio-economiche degli individui possono influenzare la salute: ad esempio le persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche, hanno indicatori di salute più favorevoli rispetto a chi non possiede tali caratteristiche.

Il numero medio di componenti della famiglia nell'ASL CN2 nel 2011, calcolato in occasione del 15° "Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011", ultimo dato ad oggi disponibile, è pari a 2,4, valore lievemente più elevato rispetto al dato regionale (2,2).

Il **sistema di sorveglianza PASSI** consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni ASL CN2 anche alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il livello di istruzione, le difficoltà economiche (percepita) e lo stato lavorativo. Nell'ASL CN2 nel periodo 2020-2021, su un campione casuale di 1.100 persone intervistate, il 65,8% ha complessivamente un livello di istruzione alto (licenza media superiore o laurea); l'alta scolarità è più frequente tra i giovani di 18-34enni (86,5%) e tra le donne (74%).

Dai dati PASSI 2020-2021 risulta occupato l'81,2% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni, di cui il 69,9% con un contratto di lavoro di "dipendente" e il 28,4% "autonomo"; lo 0,7% è in "cassa integrazione/solidarietà".

Il 3,5%, secondo i dati Passi 2020-2021, dichiara che con le risorse finanziarie a sua disposizione arriva a fine mese con "molte difficoltà", il 16,3% con "qualche" e l'80,2% con "nessuna".

I dati vengono forniti dal sistema di sorveglianza PASSI che consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni ASL CN2 anche alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il livello di istruzione, le difficoltà economiche (percepita) e lo stato lavorativo.

Lo stato di salute

Il numero totale dei decessi nel 2021 è di 2.153, con un tasso grezzo di mortalità (n. morti su popolazione totale x 1.000) di 12,7, inferiore al dato provinciale (12,9) e regionale (13,3).

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

La speranza di vita alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni nel 2019 (ultimo dato disponibile) si attesta rispettivamente a 81,3, 47,3 e 19,5 anni per gli uomini e a 84,9, 50,2 e 22,2 anni per le donne, in lieve crescita per le donne e in lieve diminuzione sia per gli uomini rispetto all’anno precedente.

Per quanto riguarda la mortalità per cause gli ultimi dati ISTAT disponibili sono relativi al 2019. In tale anno e per entrambi i sessi, le malattie dell’apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono le malattie dell’apparato respiratorio. I decessi per malattie cardiocircolatorie e tumorali rappresentano complessivamente il 62,8% delle morti tra i maschi ed il 62% tra le femmine.

Le malattie dell’apparato cardiocircolatorio rappresentano nella ASL CN2 la prima causa di morte sia per le femmine (39,7%) che per la popolazione maschile (34,2%); i tumori maligni la seconda causa di morte sia per i maschi (28,6%) che per la popolazione femminile (22,3%), mentre le malattie dell’apparato respiratorio si confermano al terzo posto in entrambi i sessi (maschi 10%; femmine 8,8%).

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute. Nella popolazione adulta (18-69 anni), nell’ASL CN2, nel biennio 2020-2021 (Sorveglianza PASSI) la prevalenza di fumatori è del 24,4%, mentre quella degli ex fumatori del 17%. A dimostrazione dell’efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta (18-49 anni) non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione risulta maggiore nelle generazioni più giovani.

L’assunzione di bevande alcoliche è un altro fattore di rischio su cui indaga al Sorveglianza PASSI: nel 2020-2021, il 62,2% della popolazione dell’ASL CN2 tra i 18-69 anni consuma bevande alcoliche (inteso come una unità di bevanda alcolica equivalente ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore nell’ultimo mese). L’ASL CN2 si presenta come un territorio in cui il consumo di alcol è più elevato rispetto alla media regionale, ma con una percentuale di consumatori a maggior rischio

inferiore (14,7%). La modalità di consumo a maggior rischio risulta più diffusa tra i giovani 18-24 anni e tra gli uomini.

È nota da tempo la relazione tra l'**eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (es: ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari). Il 25,6% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2020-2021 (Sorveglianza PASSI), risulta in sovrappeso, gli obesi sono l'11%; gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (34,2%) e obesi (12%) rispetto alle donne (16,9%, 10,1%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e con difficoltà economiche.

Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'attività fisica, il 54,2% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 33% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 12,8% è completamente sedentario (19,5% Piemonte e 31,5% Pool ASL). Il 12,5% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

Un regime alimentare ricco di frutta e verdura è noto rappresenti un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI stima che tra i 18 e i 69 anni, solo il 13,4% assuma le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali (valore inferiore al dato regionale 11,7%, uguale a quello del Pool nazionale 7,6%).

Analisi del contesto interno e sintesi delle attività

L'A.S.L. CN2 aveva un numero di occupati al 31/12/2022 pari a 2.037 dipendenti (di cui 17 a tempo determinato). Il personale dipendente è costituito per il 75% da donne. La fascia d'età più rappresentata è quella 43/58 anni che corrisponde al 51% del totale dei dipendenti, seguita dalla fascia d'età 59/66 anni, pari al 17% e da 32/42 anni, pari al 22% del totale, mentre la fascia d'età più giovane rappresenta il 10% del totale.

Il personale infermieristico rappresenta il 38% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (14%). Il personale OTA/OSS costituisce il 19% di tutto il personale dipendente e il personale della riabilitazione il 4%.

L'etica del lavoro nel territorio della nostra azienda sanitaria costituisce ancora un valore fondante e tale fatto è confermato presso i dipendenti di questa ASL, il cui tasso di assenteismo è pari al 2,75% (Totale giorni di malattia/Totale dipendenti per giorni lavorati), risultando di ben 10 punti percentuali inferiore alla media nazionale nel Pubblico Impiego e circa la metà del tasso nazionale rilevato nel settore privato

Ruolo	Tasso di presenza	Tasso di assenza	Tasso di malattia *
Sanitario	0,70	0,30	0,04
Professionale	0,99	0,01	0,01
Tecnico	0,75	0,25	0,04
Amministrativo	0,79	0,21	0,04

Per quanto riguarda il turn-over del personale dipendente, nell'anno 2022 si sono osservati: 49 pensionamenti, 1 decesso, 77 dimissioni volontarie, 19 scadenze incarichi, 29 trasferimenti ad altri enti , 1 recesso per mancato superamento periodo di prova.

② VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione Valore pubblico

Scopo dell'ASL CN2 è quello di assicurare ai propri assistiti il massimo livello qualitativo possibile di servizi e prestazioni, attraverso interventi sicuri, tempestivi, efficaci e appropriati, nonché adeguati ai bisogni delle persone, nel rispetto della loro dignità ed autonomia, passando da un modello di cura a un modello di presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza soluzione di continuità. Per tale ragione, a livello istituzionale il compito dell'ASL CN2 è creare valore pubblico a favore dei propri stakeholders, utenti e cittadini nello specifico.

L'ASL CN2 organizza la rete dell'assistenza in attuazione della normativa nazionale e regionale di riferimento e secondo modalità che permettano di perseguire, con particolare riguardo all'area della cronicità, la continuità delle cure attraverso l'integrazione con tutte le risorse della rete sanitaria e socio-sanitaria in una logica di efficienza e di efficacia.

L'ASL CN2 intende proporsi come attrattiva di nuove competenze e professionalità, anche in relazione alle potenzialità offerte dall'Ospedale unico di Verduno e dalle tecnologie d'avanguardia in esso presenti. Strettamente correlata a questa è l'ulteriore finalità di svolgere un significativo ruolo nella ricerca e nella formazione, attraverso apposite collaborazioni con le istituzioni universitarie, e quella di essere riconosciuta come centro di riferimento regionale per patologie specifiche.

L'ASL CN2, in particolare, persegue l'obiettivo di divenire un centro di eccellenza con riguardo alla ricerca ed alla clinica nell'area della nutrizione, nei suoi diversi aspetti dalla prevenzione alla cura, sempre perseguendo la compatibilità del sistema con le risorse finanziarie.

L'ASL CN2 ispira la propria attività ai seguenti principi:

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

Accessibilità digitale

Per quanto riguarda le politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, l'ASL CN2 persegue azioni e progetti volti ad assicurare l'accessibilità digitale, ovvero la capacità dei sistemi informatici di assicurare ed erogare servizi fruibili e di informazione anche ai soggetti più fragili, senza discriminazione ossia assicurare la capacità dei sistemi informatici ed erogare servizi anche verso soggetti più fragili che necessitano di tecnologie assistite o configurazioni particolari.

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

Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare

Alla luce delle misure previste dall'Agenda Semplificazione e tenuto conto dei progetti di realizzazione del PNRR, l'Asl Cn2 è impiegata durante l'arco temporale di riferimento ed in particolar modo nel 2023 nelle seguenti azioni:

ambiti	obiettivi	azioni	responsabilità	tempi
Semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure	Eliminare gli adempimenti e le autorizzazioni ridondanti	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	Servizi Informatici	2023
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Pubblicazione mensile dei tempi di attesa secondo le indicazioni regionali sul portale aziendale: AT e link veloci	Programmazione e Controllo Servizio Accettazione e Front Office	Ogni mese
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Monitoraggio tempi di risposta accessi	RPCT	Semestrale
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Utilizzo del Dossier Sanitario Elettronico per tutti gli utenti che danno il consenso	Servizio Accettazione e Front Office Servizi Informatici	2023-2024
Velocizzazione delle procedure	Indicazione dei tempi di espletamento delle fasi essenziali delle maggiori procedure	Creazione della cartella clinica ambulatoriale e di ricovero	Servizi Informatici	2023 – 2025
Digitalizzazione	Servizi wi-fi	Aggiornamento tecnologico della rete wi-fi	Servizi Informatici Ingegneria Clinica	2023
Attuazione obiettivi previsti dal Piano Triennale per l'Informatica nella PA	Digital & mobile first:	Accesso all'applicativo di Televisita anche con SPID (o analogo sistema di accesso a due livelli)	Servizi Informatici Ufficio Progetti	2023

ambiti	obiettivi	azioni	responsabilità	tempi
	“	<p>Passaggio al nuovo sistema amministrativo-contabile promosso dalla Regione Piemonte col fine di omogeneizzare le procedure di cui sopra, in tutte le Aziende Sanitarie Regionali, utilizzando un sistema amministrativo contabile unico per la sanità.</p> <p>Questo processo comporterà una serie di miglioramenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> -maggior livello di interscambio delle informazioni e dei dati attraverso l'unificazione del sistema; -miglior livello di confrontabilità dei dati a cui consegue un più elevato livello di monitoraggio e controllo sui dati e sulle informazioni elaborate dal sistema; - omogeneizzazione, standardizzazione e maggior trasparenza dei processi su cui opererà il sistema; -certezza e 	Bilancio	Dal 2023 l'Azienda è stata collocata all'interno del gruppo delle ASR che per prime attueranno questa transizione.

ambiti	obiettivi	azioni	responsabilità	tempi
		tracciabilità delle informazioni		
	Firma digitale	Completamento della dotazione di firma digitale da parte dell'Azienda a tutti i medici in servizio	Servizi Informatici	2023 A regime con assegnazione al momento della presa in servizio
	Sicurezza e privacy by design	Formazione su protezione dati e cybersicurezza	DPO – Gruppo Privacy Ufficio Formazione	2023

Sottosezione Performance

Performance

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

Per la definizione degli obiettivi annuali, si propone come contenuto minimo quanto di seguito indicato:

- le attività e i progetti da realizzare per il raggiungimento dell'obiettivo;
- le unità organizzative che devono contribuire al raggiungimento dei risultati attesi.

L'albero delle performance

L'albero della performance rappresenta il collegamento tra *mandato istituzionale - missione* dell'ASL CN2, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi.

La missione è la ragion d'essere dell'ASL CN2, lo scopo generale che si propone e i valori a cui si ispira. Per realizzare la propria missione l'ASL CN2 utilizza il processo della programmazione, attraverso il quale individua ed elabora programmi operativi idonei ad agevolare il raggiungimento degli obiettivi strategici definiti, tenendo nella dovuta considerazione i fattori di contesto.

La Direzione Aziendale ha avviato un percorso di programmazione strategica finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- esplicitare le priorità strategiche dell'ASL CN2;

- coinvolgere i Direttori di Dipartimento e di struttura nel confronto e nella condivisione delle priorità e degli obiettivi strategici, nella declinazione degli obiettivi operativi annuali, nell'individuazione delle modalità e delle strutture coinvolte per il loro raggiungimento.

Nella pianificazione triennale si evidenziano gli obiettivi specifici che l'amministrazione intende perseguire (ex art. 5 del d.lgs. 150/2009) e i relativi risultati attesi.

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

1. definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
2. collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
3. monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
4. misurazione e valutazione della performance;
5. utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valutazione del merito;
6. rendicontazione dei risultati alla Direzione, agli organi esterni, ai cittadini, ai destinatari dei servizi.

Come primo passo si realizza la funzione di committenza della direzione dell'ASL CN2 e della direzione dei distretti attraverso l'analisi epidemiologica del contesto distrettuale, l'analisi degli indicatori di offerta dei servizi e degli indicatori di qualità dell'assistenza.

La partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria, e socio – sanitaria, si esprime nell'attività della Conferenza dei Sindaci e, a livello distrettuale, principalmente nei Comitati di distretto.

La funzione di committenza si esercita inoltre nella negoziazione, con i vari livelli di produzione, della quantità e qualità delle prestazioni all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e prevede il monitoraggio periodico e la valutazione dei risultati.

Questa prima fase, quindi, si caratterizza per la composizione di punti di vista differenti (produttori e utilizzatori dei servizi, tecnici e amministratori, associazioni di tutela) al fine di orientare la programmazione verso ciò che è più rilevante e sostenibile all'interno dei vincoli e delle compatibilità di sistema.

Vincoli e compatibilità di sistema sono oggetto di incontri di concertazione tra la Regione e le Aziende sanitarie.

Gli obiettivi regionali, emanati annualmente con delibera di giunta regionale, vengono trasmessi e condivisi con le macro articolazioni ASL CN2, vengono calati nelle diverse realtà distrettuali ed integrati con quanto emerge dal confronto con gli Enti Locali e dalle valutazioni partecipate dei bisogni di salute della popolazione. Tali obiettivi orientano le priorità di azione ai diversi livelli organizzativi.

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

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

La formalizzazione annuale degli impegni delle singole unità operative avviene nella scheda obiettivi che può prevedere diverse sezioni: costi, attività, governo clinico etc. Agli indicatori è associato un "peso", che viene correlato alla retribuzione di risultato, e una scala per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi.

La performance viene monitorata mediante reportistica mensile che la struttura Programmazione e Controllo mette a disposizione delle singole strutture e delle Direzioni di Dipartimento per un confronto periodico tra i servizi e la Direzione ASL CN2. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi.

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

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

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

L'ASL CN2 ha come quadro di riferimento i temi e gli obiettivi specifici, che per loro natura sono di respiro pluriennale, e definisce gli obiettivi operativi nell'ambito della programmazione annuale recependo inoltre gli obiettivi annuali assegnati dalla Regione Piemonte, al momento non ancora emanati.

Il piano delle performance 2023/2025

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale introdotto dal D.lgs. 150/2009 e previsto per tutte le amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, ivi comprese le amministrazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Piano definisce gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance che trova esplicitazione nel documento "Relazione sulla

performance”, che evidenzia a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati raggiunti, così come previsto dal Titolo II del D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.

Il Piano della performance (art. 10 c. 1 lett. a D.lgs. 27 ottobre 2009 n. 150), ai sensi del D. L. n. 80/2021 come convertito dalla Legge n. 113/2021, è stato ora superato dalla sezione Performance del P.I.A.O. che è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell’ASL CN2.

Definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Essendo un atto di programmazione di medio periodo, il Piano della performance è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi specifici;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell’ASL CN2 (atto aziendale).
- Nella Sezione sono evidenziati tutti i passaggi logici atti a garantire “la qualità, la comprensibilità e l’attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance”, secondo quanto previsto dall’art. 10 comma 1 del D.lgs. 150/2009 come modificato dal D.lgs. 25 maggio 2017, n. 74.

La prima finalità della Sezione riguarda la verifica interna ed esterna della “qualità” del sistema di obiettivi o, più precisamente, del livello di coerenza con i requisiti metodologici che, secondo il decreto, devono caratterizzare gli obiettivi. L’articolo 5, comma 2, del decreto richiede, infatti che gli obiettivi siano:

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

- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

La seconda finalità della Sezione è quella di assicurare la comprensibilità della rappresentazione della performance. Nel Piano viene esplicitato il "legame" che sussiste tra i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le aree strategiche, gli obiettivi che l'ASL CN2 intende perseguire. Questo rende esplicita e comprensibile la performance attesa, ossia il contributo che l'Azienda intende apportare attraverso la propria azione alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

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

L'integrazione del piano

Il P.I.A.O., che ha validità 2023-2025, pone particolare attenzione agli obiettivi aziendali che vengono sviluppati a partire dalla definizione dei temi strategici in coerenza con il ciclo della performance e il ciclo della programmazione economico-finanziaria.

Gli indicatori di risultato vengono rappresentati in riferimento agli obiettivi strategici aziendali declinati in obiettivi operativi, assegnati a ciascuna unità operativa che deve contribuire al loro raggiungimento.

La performance è il contributo che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità, degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita; pertanto il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione, ai risultati della stessa e alle modalità di rappresentazione, come tale si presta ad essere misurata e gestita.

Gli obiettivi

Gli obiettivi dell'ASL CN2 Alba-Bra si inseriscono nell'ambito degli indirizzi nazionali e regionali, derivano da indicazioni regionali per ambiti specifici e da scelte di livello locale condivise nella Conferenza dei Sindaci.

Si evidenziano a seguire gli obiettivi che l'amministrazione intende perseguire nel triennio ("obiettivi generali" del d.lgs. 74/2017) e i relativi risultati attesi.

A seguire vengono sintetizzati:

- gli obiettivi dell'amministrazione ("obiettivi generali");
- risultati e impatti attesi per il prossimo triennio;
- le unità organizzative che devono contribuire al raggiungimento dei risultati attesi, specificandone i contributi parziali al perseguimento di obiettivi trasversali.

Gli obiettivi generali triennali si possono declinare come illustrato nell'albero delle performance a seguire.



Gli obiettivi strategici identificati per il triennio 2023-2024 sono i seguenti:

- I *integrazione ospedale /territorio;*
- E *economicità e uso appropriato delle risorse economiche;*
- A *produzione e attività*

D *tecnologie digitali per l'innovazione dei processi di cura;*

M *miglioramento qualità e appropriatezza;*

P *prevenzione e promozione della salute;*

S *salute e sicurezza lavoratori e pazienti;*

T *privacy e trasparenza;*

I dati vengono misurati con il sistema dei flussi regionali verificabili tramite i cruscotti Business Intelligence.

Integrazione ospedale/territorio

La necessità di una integrazione tra ospedale e servizi territoriali si è resa ancora più evidente dall'emergenza pandemica che ha mostrato quanto sia ormai indispensabile una continuità nelle/delle cure per la presa in carico di pazienti che inevitabilmente necessitano di assistenza di lunga durata a diversa intensità di cura.

Diventa quindi fondamentale su base territoriale l'erogazione di prestazioni di media e bassa intensità di cura e domiciliari, in una logica di rete e di integrazione delle funzioni e delle risorse.

Le cure erogate a domicilio rappresentano infatti una valida alternativa al ricovero ospedaliero, l'opportunità per una dimissione protetta e, in alcune occasioni e forme, l'alternativa o il complemento all'assistenza in strutture residenziali e semiresidenziali. L'integrazione permette di mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita, organizzare al domicilio della persona piani personalizzati di assistenza sociosanitaria e favorire i percorsi di rete realizzando sinergie con il setting ospedaliero

La riorganizzazione dell'integrazione del rapporto ospedale - territorio deve pertanto basarsi sull'integrazione della rete, sulla sostenibilità economica e organizzativa, sulla semplificazione per il paziente.

Risultati che l'ASL CN2 intende perseguire attraverso i seguenti obiettivi operativi:

1. *implementazione della scheda cartella domiciliare ADI;*
2. *implementazione dell'attività di Telecontatto Specialistico a disposizione dei MMG/PLS;*
3. *aumento dell'arruolamento dei pazienti cronici sul portale regionale ECWMED da parte di MMG/PLS;*
4. *implementazione delle attività delle Centrali Operative Territoriali (COT);*

5. *attivazione dell'Infermiere di famiglia e comunità (IFC) nella presa in carico del paziente sul territorio;*
6. *aumento della presa in carico domiciliare.*

Al raggiungimento dei sopradescritti obiettivi collaborano le seguenti Strutture Operative:

- Direzioni delle professioni sanitarie;
- Distretto 1 e 2;
- Hospice;
- Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo;
- Antenna Trasfusionale;
- Diabetologia ed Endocrinologia;
- Gastroenterologia;
- Neuropsichiatria infantile;
- Radioterapia;
- Cardiologia;
- Chirurgia generale;
- Laboratorio Analisi;
- Malattie dell'apparato respiratorio;
- Medicina Interna;
- Nefrologia e Dialisi;
- Neurologia;
- Nutrizione clinica e disturbi del comportamento alimentare;
- Oculistica;
- Oncologia;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia, Ginecologia e Ginecologia Oncologica;
- Otorinolaringoiatria;
- Pediatria;
- Psichiatria;
- Recupero e riabilitazione;
- Servizio Dipendenze patologiche;

- Urologia;
- Progetti Innovativi;
- Servizi di Accettazione Ospedaliera e Front Office.

Produzione e Attività

L'ASL CN2 ha individuato alcuni punti focali su cui centrare gli sforzi al fine di migliorare la produttività e contestualmente la qualità dei flussi regionali, sia che riguardino servizi sanitari ospedalieri che territoriali.

I miglioramenti si concentrano sullo snellimento di procedure specifiche.

Risultati che l'ASL CN2 intende perseguire attraverso i seguenti obiettivi operativi:

- *chiusura delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) entro 15 giorni dalla dimissione del paziente e individuazione di un referente medico per ogni reparto di dimissione;*
- *riduzione degli errori nei flussi informativi dei tracciati regionali per l'attività di Pronto Soccorso, Ambulatoriale e di Ricovero;*
- *Incrementare l'attività ambulatoriale del 15% rispetto a quanto raggiunto nel 2019. Per ogni prestazione non è consentito un calo di produzione superiore al 10% rispetto ai valori dell'anno 2019;*
- *Incrementare l'attività di ricovero del 15% rispetto a quanto raggiunto nel 2019.;*
- *coerenza tra la scheda di dimissione ospedaliera SDO e il certificato di assistenza al parto scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375;*

Al raggiungimento dei sopradescritti obiettivi collaborano le seguenti Strutture Operative:

- Anatomia Patologica;
- Anestesia e Rianimazione;
- Cardiologia;
- Chirurgia generale;
- Direzione Sanitaria di Presidio;
- Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo;
- Medicina e Chirurgia d'accoglienza e d'urgenza;
- Medicina Interna;
- Nefrologia e Dialisi;
- Neurologia;
- Oculistica;

- Oncologia;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia, Ginecologia e Ginecologia Oncologica;
- Otorinolaringoiatria;
- Pediatria;
- Programmazione e Controllo;
- Psichiatria;
- Senologia;
- Servizi di Accettazione Ospedaliera e Front Office;
- Urologia;
- Medicina Sportiva;
- Psicologia;
- Radiologia;
- Fisica Sanitaria;
- Radioterapia;
- Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Gastroenterologia;
- Urologia;
- Neuropsichiatria infantile;
- Diabetologia e Endocrinologia;
- Medicina Legale;

Economicità e uso appropriato delle risorse economiche

L'uso appropriato delle risorse economiche rappresenta una questione di etica oltre che di sanità.

È necessaria quindi l'applicazione di una politica di gestione delle risorse finanziarie in grado di soddisfare il requisito fondamentale dell'economicità congiunto a quello di efficacia e di efficienza. All'interno di un piano temporale, l'analisi del contesto operativo e in riferimento allo scopo da raggiungere vengono individuati pertanto i seguenti obiettivi:

- *tempistica di liquidazione delle fatture di competenza atta a garantire l'indice di Tempestività dei Pagamenti minore o uguale a zero;*

- *analisi dei consumi economici legati a farmaci e dispositivi medici in relazione alla congruità della spesa rispetto alla produzione e proposte di efficientamento;*
- *analisi dei consumi di farmaci e supporto all'analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni dei medici prescrittori;*

Al raggiungimento dei sopradescritti obiettivi collaborano le seguenti Strutture Operative:

- Amministrazione del Personale e Sviluppo delle Risorse Umane;
- Bilancio, Programmazione e Controllo;
- Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo;
- Ingegneria Clinica;
- Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti;
- Servizi Tecnici;
- Dipartimenti Area Diagnostica, Area Medica, Area Chirurgica, di Emergenza e Urgenza, Materno Infantile, di Salute Mentale
- Farmacia Ospedaliera;
- Psichiatria;
- Laboratorio Analisi;
- Servizio Farmaceutico Territoriale.

Salute e sicurezza lavoratori e pazienti

La costante necessità di erogare i servizi con un alto tasso di efficienza nell'arco della giornata e all'interno delle strutture sanitarie deriva anche dalla molteplicità dei rischi e dalla differenziazione delle persone che vi transitano all'interno (sanitari, pazienti, visitatori, lavoratori). Il monitoraggio dei rischi e delle condizioni di sicurezza devono pertanto essere capillari e costantemente approfonditi.

Per migliorare i presupposti ed elevare le conoscenze e le consapevolezza in merito è stato individuato l'obiettivo da perseguire:

- *sicurezza lavoratori: obbligo formazione.*

Al raggiungimento dei sopradescritti obiettivi collaborano **tutte** le Strutture Operative dell'ASLCN2

Prevenzione

Con D.G.R. n. 12-2524 del 11.12.2020, la Giunta regionale ha recepito il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 6 agosto 2020, facendone propri la visione, i

principi, le priorità e la struttura, con l'impegno ad adottarli e tradurli nel PRP 2020-2025. La Regione Piemonte con DGR n. 16-4469 del 29 dicembre 2021 ha approvato il Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 con i 16 Programmi che delineano le azioni di prevenzione e promozione della salute da attuare, e con D.D. n. 694/A1409c del 28.4.2022 la sua programmazione annuale 2022 per il livello locale con i rispettivi indicatori.

La Direzione Generale ASL CN2 con D.D. n. 358 del 10.06.2022 ha adottato il Piano Locale della Prevenzione 2022 che rappresenta la declinazione operativa locale delle azioni del PRP.

Prosegue l'impegno alla realizzazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute a cura dei Servizi sanitari dell'ASL CN2 tramite il coordinamento della S.S.D. Epidemiologia, promozione salute e coordinamento attività di prevenzione del Dipartimento di Prevenzione.

Gli obiettivi specifici riguardano:

- *piano locale di prevenzione: supporto alle attività dei programmi di prevenzione da parte di tutte le strutture ASL CN2;*
- *azioni di miglioramento/cambiamento nei processi organizzativi – operativi delle proprie strutture e/o coinvolgenti anche altre strutture del dipartimento di prevenzione;*

Al raggiungimento dei sopradescritti obiettivi collaborano le seguenti Strutture Operative:

- Affari generali e coordinamento funzioni amministrative e di staff;
- Amministrazione del Personale e Sviluppo delle Risorse Umane;
- Anatomia Patologica;
- Anestesia e Rianimazione;
- Antenna Trasfusionale;
- Bilancio, Programmazione e Controllo;
- Cardiologia;
- Chirurgia generale;
- Diabetologia e Endocrinologia;
- Direzione delle Professioni Sanitarie;
- Direzione Sanitaria di Presidio;
- Distretto 1;
- Distretto 2;
- Epidemiologia, Promozione salute e coordinamento attività di prevenzione;
- Farmacia Ospedaliera;

- Fisica Sanitaria;
- Gastroenterologia;
- Hospice;
- Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo;
- Ingegneria Clinica;
- Laboratorio Analisi;
- Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisiti;
- Malattie dell'Apparato Respiratorio;
- Medicina e Chirurgia d'accoglienza e d'urgenza;
- Medicina Interna;
- Medicina Legale;
- Medicina Sportiva;
- Medico Competente;
- Nefrologia e Dialisi;
- Neurologia;
- Neuropsichiatria infantile;
- Nutrizioni Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Oculistica;
- Oncologia,
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia, Ginecologia e Ginecologia Oncologica;
- Otorinolaringoiatria;
- Pediatria;
- Prevenzione della Corruzione, Trasparenza, Progetti Innovativi e Segreteria Organi Collegiali;
- Programmazione e Controllo;
- Psichiatria;
- Psicologia;
- Qualità, Risk Management e Relazioni con il Pubblico;
- Radiologia;
- Radioterapia;
- Recupero e Riabilitazione;

- Senologia;
- Servizi Igiene, Alimenti e Nutrizione;
- Servizi di Prevenzione e Protezione;
- Servizi Tecnici;
- Servizio Dipendenze Patologiche;
- Servizio Farmaceutico Territoriale;
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica.
- Servizio Legale Interaziendale;
- Servizio Legale;
- Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- Servizio Veterinario Area A: Sanità animale;
- Servizio Veterinario Area B: Igiene Produzione, Trasformazione, Commercializzazione;
- Servizio Veterinario Area C: Igiene degli allevamenti;
- Urologia;
- Verifica vigilanza e valutazione dell'appropriatezza.

Privacy, Trasparenza e Ricerca

Al fine di consolidare il principio della trasparenza amministrativa e il diritto alla protezione dei dati, l'ASL CN2 intende applicare misure ispettive, correlate a nuove metodologie di lavoro per raggiungere i seguenti obiettivi:

Al raggiungimento dei sopradescritti obiettivi collaborano le seguenti Strutture Operative:

- Affari generali e coordinamento funzioni amministrative e di staff;
- Amministrazione del Personale e Sviluppo delle Risorse Umane;
- Anatomia Patologica;
- Anestesia e Rianimazione;
- Antenna Trasfusionale;
- Cardiologia;
- Chirurgia generale;
- Day e week Surgery;
- Diabetologia e Endocrinologia;
- Direzione delle Professioni Sanitarie;

- Direzione Sanitaria di Presidio;
- Distretto 1;
- Distretto 2;
- Epidemiologia, Promozione salute e coordinamento attività di prevenzione;
- Farmacia Ospedaliera;
- Fisica Sanitaria;
- Gastroenterologia;
- Hospice;
- Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo;
- Ingegneria Clinica;
- Laboratorio Analisi;
- Malattie dell'Apparato Respiratorio;
- Medicina e Chirurgia d'accoglienza e d'urgenza;
- Medicina Interna;
- Medicina Sportiva;
- Medico Competente;
- Nefrologia e Dialisi;
- Neurologia;
- Neuropsichiatria infantile;
- Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Oculistica;
- Oncologia,
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia, Ginecologia e Ginecologia Oncologica;
- Otorinolaringoiatria;
- Pediatria;
- Psichiatria;
- Psicologia;
- Qualità, Risk Management e Relazioni con il Pubblico;
- Radiologia;
- Radioterapia;

- Recupero e Riabilitazione;
- Senologia;
- Servizi di Accettazione Ospedaliera e Front office;
- Servizi di Prevenzione e Protezione;
- Servizio Dipendenze Patologiche;
- Servizio Farmaceutico Territoriale;
- Servizio Legale Interaziendale;
- Servizio Legale;
- Servizio Veterinario Area A: sanità animale;
- Servizio Veterinario Area B: igiene Produzione, Trasformazione, Commercializzazione;
- Servizio Veterinario Area C: igiene degli allevamenti;
- Urologia;
- Verifica vigilanza e valutazione dell'appropriatezza.

Tecnologie digitali per l'innovazione dei processi di cura

Considerata come priorità l'assistenza sanitaria e l'erogazione delle migliori cure possibili ai pazienti in condizioni critiche anche da remoto, l'ASL CN2 intende implementare tutte le pratiche relative all'utilizzo della telemedicina oltre che del sistema sanitario informatizzato.

Grazie alle potenzialità della sanità digitale è infatti possibile accorciare le distanze tra medico e paziente migliorando eventuali condizioni di isolamento che interessano quest'ultimo, garantendo una condizione di equità e contrasto alla disuguaglianza. La telemedicina è inoltre un approccio sanitario metodologico che riduce notevolmente l'esposizione a nuovi fattori di rischio per tutti gli attori coinvolti nelle cure. Al fine di promuovere e migliorare tale servizio si sono identificate le seguenti procedure da attivare:

- *identificazione di fasi assistenziali in cui si ritiene possibile e opportuno garantire un controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale;*
- *pubblicazione agende di prenotazione su CUP Regionale;*
- *impostare e incrementare attività di Radiologia Domiciliare;*
- *promuovere l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico mediante una capillare campagna di informazione sui media locali, sensibilizzando e coinvolgendo gli operatori dipendenti e convenzionati, nonché le risorse istituzionali e non, presenti sul territorio;*

- *disegnare e implementare un ampliamento delle prestazioni erogabili attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina per quanto riguarda il monitoraggio dei pazienti cronici e deospedalizzati e l'erogazione di consulenze specialistiche nelle RSA.*

Al raggiungimento dei sopradescritti obiettivi collaborano le seguenti Strutture Operative:

- Antenna Trasfusionale;
- Cardiologia;
- Chirurgia generale;
- Diabetologia e Endocrinologia;
- Direzione Sanitaria di Presidio;
- Distretto 1;
- Distretto 2;
- Gastroenterologia;
- Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo;
- Ingegneria Clinica;
- Laboratorio Analisi;
- Malattie dell'Apparato Respiratorio;
- Medicina Interna;
- Nefrologia e Dialisi;
- Neurologia;
- Neuropsichiatria infantile;
- Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Oculistica;
- Oncologia,
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia, Ginecologia e Ginecologia Oncologica;
- Otorinolaringoiatria;
- Pediatria;
- Prevenzione della Corruzione, Trasparenza, Progetti Innovativi e Segreteria degli organi Collegiali;
- Qualità, Risk Management e Relazioni con il Pubblico;
- Radiologia;

- Radioterapia;
- Recupero e Riabilitazione;
- Servizi di Accettazione Ospedaliera e Front office;
- Servizio Igiene e Sanità Pubblica.
- Urologia.

Miglioramento della Qualità e dell'appropriatezza

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

In quest'ottica l'ASL intende operare per il buon funzionamento del suo sistema sanitario con:

- *PDTA: implementazione dei principali PDTA per le malattie croniche;*
- *ottimizzazione orario sedute sale operatorie;*
- *monitoraggio sull'applicazione del percorso del Patient Blood Management;*
- *recepire le osservazioni e le anomalie di prescrizione e appropriatezza raccolte dagli specialisti sui MMG/PLS;*
- *applicazione protocollo di collaborazione per gestione dei casi di doppia diagnosi: tra le strutture di Neuropsichiatria Infantile – Psicologia - SER.D – Psichiatria;*
- *diffondere l'utilizzo del sistema RAO da parte dei medici di medicina generale (MMG);*
- *completamento accreditamento per la rete di cure palliative e Hospice;*
- *gestione centralizzata dei pazienti attraverso la creazione di un CAS unico per tutte le sospette diagnosi oncologiche;*
- *lista di attesa ricoveri chirurgici: manutenzione delle liste di attesa;*
- *valutazione e gestione perioperatoria del paziente con frattura di femore: valori di riferimento del PNE;*
- *prevedere una fascia oraria dedicata a prestazioni con Codice U con accettazione diretta ed erogazione entro 72h per ogni struttura/specialità.*

Al raggiungimento dei sopradescritti obiettivi collaborano le seguenti Strutture Operative:

- Anatomia Patologica;

- Anestesia e Rianimazione;
- Antenna Trasfusionale;
- Cardiologia;
- Chirurgia generale;
- Diabetologia e Endocrinologia;
- Direzione delle Professioni Sanitarie;
- Direzione Sanitaria di Presidio;
- Distretti;
- Gastroenterologia;
- Hospice;
- Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo;
- Malattie dell'Apparato Respiratorio;
- Medicina Interna;
- Nefrologia e Dialisi;
- Neurologia;
- Neuropsichiatria infantile;
- Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Oculistica;
- Oncologia;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia, Ginecologia e Ginecologia Oncologica;
- Otorinolaringoiatria;
- Psichiatria;
- Psicologia;
- Qualità, Risk Management e Relazioni con il Pubblico;
- Radiologia;
- Radioterapia;
- Recupero e Riabilitazione;
- Senologia;
- Servizi di Accettazione Ospedaliera e Front office;

- Servizio Dipendenze Patologiche;
- Servizio Farmaceutico Territoriale;
- Urologia.

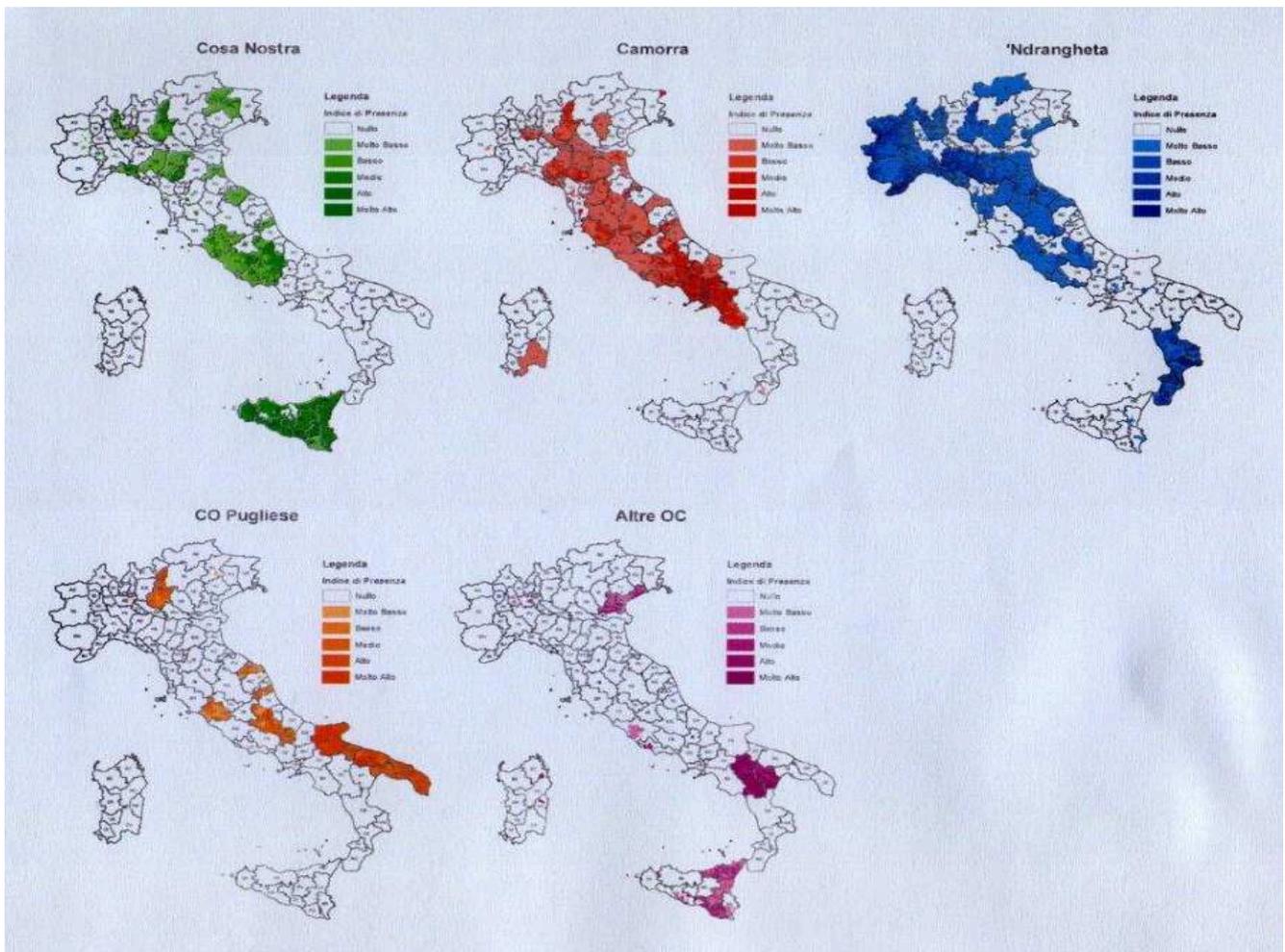
Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza

ANALISI DI CONTESTO

CONTESTO ESTERNO

Sotto il profilo della presenza della criminalità organizzata nel territorio dell'Asl Cn2, costituito da 75 Comuni per complessivi 1.122 Km² con una popolazione di circa 172.000 abitanti, non sono disponibili dati statistici puntuali, costituendo tale ambito territoriale una porzione (pari circa ad 1/3) della più ampia Provincia di Cuneo.

Tuttavia, utilizzando i dati disponibili (Fonti: elaborazione Transcrime e lo studio di Andrea Mazzitelli "Vulnerabilità del territorio e criminalità organizzata") appare evidente che questo territorio presenta un indice di presenza criminale fra i più bassi di Italia (la provincia di Cuneo si colloca al 96° posto come indice di presenza mafiosa ed anche gli altri gruppi criminosi risultano pressoché assenti nel nostro territorio, come si evince dalla Tabella qui di seguito riportata - Fonte: elaborazione Transcrime).



Le più recenti rilevazioni statistiche (anno 2020) collocano, in ogni caso, la Provincia di Cuneo al 97° posto (su 108 Enti omologhi) nella graduatoria complessiva del tasso di criminalità, dato dal numero di denunce per 100.000 abitanti (Fonte Il Sole 24 ore).

Il tessuto sociale del nostro territorio risulta, dunque, sostanzialmente sano e gode – pur in un periodo di generalizzata e grave crisi economica – di un buon standard di benessere, tanto che sono i reati contro il patrimonio la tipologia di delitti più diffusi.

Purtroppo negli ultimissimi anni si è evidenziata la presenza e l'attività di una "locale" (articolazione territoriale della organizzazione criminale denominata 'Ndrangheta), con sede nella provincia di Torino, sui territori di Bra e Sommariva Bosco, collegata soprattutto alla attività di gestione dello spaccio di stupefacenti ma caratterizzata anche da operazioni di natura finanziaria nel settore immobiliare, delle concessionarie di autoveicoli e dell'edilizia (Fonte: Relazione semestrale gennaio/giugno 2020 della Direzione Investigativa Antimafia al Parlamento).

Nello specifico, poi, dei reati contro la Pubblica Amministrazione, i pochi e generici dati statistici disponibili (sempre relativi all'intera provincia di Cuneo) evidenziano percentuali davvero irrisorie per quel che concerne il territorio dell'Asl Cn2.

L'etica del lavoro nel territorio della nostra Azienda sanitaria costituisce ancora un valore fondante e tale fatto è confermato presso i dipendenti di questa ASL, il cui tasso di assenteismo è pari al 2,75% (Totale giorni di malattia/Totale dipendenti per giorni lavorati), risultando di ben 10 punti percentuali inferiore alla media nazionale nel Pubblico Impiego e circa la metà del tasso nazionale rilevato nel settore privato (fonte CGia Mestre).

A conferma di quanto sopra affermato, si riportano, inoltre, i dati relativi al "tasso di assenza" concernente la situazione del personale aziendale al 31.12.2021:

Tasso di assenza dal servizio del personale dipendente per ruolo al 31/12/2021 (* di cui del Tasso di assenza)

Ruolo	Tasso di presenza	Tasso di assenza	Tasso di malattia *
Sanitario	0,70	0,30	0,04
Professionale	0,99	0,01	0,01
Tecnico	0,75	0,25	0,04
Amministrativo	0,81	0,24	0,04

CONTESTO INTERNO E SINTESI DELLE ATTIVITA'

L'A.S.L. CN2, con – al 31.12.2022 - i suoi 2.037 dipendenti complessivi (di cui 17 a tempo determinato), suddivisi in 325 Dirigenti (di cui 293 medici e veterinari e 51 altri dirigenti) e 1693 operatori del Comparto, svolge, coerentemente alle disposizioni normative di sistema (Legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. di riordino del Sistema Sanitario), le seguenti funzioni:

A) Promozione della salute e la prevenzione primaria collettiva. Tale funzione è esercitata tramite il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

L'Azienda esercita, inoltre, su delega della Regione Piemonte, la funzione di vigilanza sull'attività delle strutture, pubbliche e private, operanti sul territorio in ambito sanitario e sociosanitario. L'esercizio di tale funzione è affidato a Commissioni appositamente costituite in applicazione delle norme vigenti.

B) Tutela della salute, esercitata tramite i Distretti. Essa si attua con la progettazione e realizzazione, sulla base di un'analisi socio-sanitaria dei bisogni della popolazione e del contesto dell'offerta ed in integrazione con i servizi sociali, di percorsi clinico assistenziali, mirati a garantire la globale presa in carico dei bisogni socio-sanitari dell'utente.

C) Erogazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

L'Azienda eroga prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti per il tramite dei seguenti servizi: pronto soccorso; degenza ordinaria; day hospital e day surgery; riabilitazione; servizio trasfusionale, prelievo di organi.

L'attività di assistenza per acuti si svolge, inoltre, attraverso l'acquisizione, da parte dell'Azienda, di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

L'Azienda tutela e cura i portatori di patologie croniche psichiatriche (adulti e minori) e le persone con dipendenza, ponendo anche in essere azioni mirate alla loro riabilitazione ed al loro reinserimento sociale e lavorativo.

Compete ancora all'Azienda l'assistenza prolungata nel tempo, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, alle persone disabili e/o non autosufficienti.

C)

ATTIVITA' ED INTERRELAZIONE CON SOGGETTI ESTERNI

Il complesso delle attività svolte e delle prestazioni socio-sanitarie erogate dall'Azienda, è individuato in dettaglio nell'Atto Aziendale attualmente in vigore, approvato da ultimo con Deliberazione del Direttore Generale n. 660 del 12.11.2021, validato dalla Giunta Regionale del Piemonte e regolarmente pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del Sito aziendale, e che sono state illustrate per macro aggregati al precedente capitolo “Sintesi delle attività”.

I soggetti principali che si interfacciano con l'Asl Cn2, rispetto ai cui rapporti con i dipendenti aziendali assumono speciale rilevanza le misure di prevenzione di comportamenti illeciti riportate nelle sezioni successive del presente Piano, risultano dunque essere i seguenti:

1. I Comuni costituenti l'ambito territoriale dell'Azienda e con i quali l'Asl si rapporta, sul piano istituzionale, per il tramite della Conferenza dei Sindaci (Assemblea di tutti i 75 Comuni) e della sua Rappresentanza (Organo ristretto);
2. Le imprese, sotto qualsivoglia forma giuridica, fornitrici di lavori, beni e servizi;
3. Le persone fisiche e giuridiche sottoposte alla attività autorizzativa, di vigilanza, ispettiva e sanzionatoria dei Servizi e delle Strutture dell'Azienda Sanitaria;
4. Le Società partecipate dall'Asl Cn2 e nello specifico: AMOS S.c.r.l., con sede legale in Cuneo e sede amministrativa ed operativa in Fossano, che eroga servizi in house ai propri soci, tutte Aziende Sanitarie Regionali del Piemonte Sud, con l'obiettivo di garantire un contenimento dei costi di gestione allineati ai migliori standards di mercato.

Un' analisi completa delle dinamiche economiche e produttive dell'Azienda non può comunque prescindere dall'esame dei documenti di bilancio, cui tuttavia – per ragioni di agile consultazione del presente documento – si rinvia, risultando regolarmente pubblicati in serie storica nella sezione “Amministrazione Trasparente” del Sito aziendale, sotto sezione “ Bilanci ”.

QUALITA' E VALUTAZIONE DELL'UTENZA

Per quanto concerne il livello di soddisfazione dell'utenza, si rinvia alla documentazione e reportistica contenute nei seguenti link della Sezione Amministrazione Trasparente del Sito internet aziendale:

Servizi in rete: <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/servizi-in-rete/>

Carta dei Servizi e standard di qualità: <https://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/servizi-erogati/carta-dei-servizi-e-standard-di-qualita/>

OGGETTO DELLA SEZIONE

1. La presente Sezione in materia di prevenzione della corruzione e per la trasparenza dà attuazione alle disposizioni di cui alla legge 190 del 6 novembre 2012, attraverso l'individuazione di misure finalizzate a prevenire la corruzione nell'ambito dell'attività dell'ASL CN2. Lo stesso, essendo approvato nel 2023, si riferisce al triennio 2023 – 2025.

2. La Sezione tiene conto delle modifiche normative intervenute rispetto alla Legge n. 190/2012 e al D. Lgs. n. 33/2013 con il D. Lgs. n. 97/2016 e del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2022 approvato dall'A.N.A.C. con Delibera n. 7 del 17.1.2023 e degli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza" approvati dall'A.N.A.C. in data 2.2.2022, pur con la precisazione relativa alla graduale, e al momento non esaustiva, applicazione delle indicazioni metodologiche in materia di gestione del rischio corruttivo contenute nel predetto PNA, avendo questa Amministrazione proceduto alla predisposizione del P.I.A.O. 2023/2025 in un contesto operativo e gestionale di emergenza pandemica e di radicale riorganizzazione delle strutture.

3. Le tematiche relative alla presente Sezione sono state condivise con la Direzione aziendale e l'O.I.V. mediante trasmissione della bozza di P.I.A.O. in data 22.3.2023.

La stessa è stata oggetto di una pubblica consultazione online, indirizzata ai cittadini dell'ASL CN2, alle Associazioni ed Enti di volontariato e sociali, alle Organizzazioni Sindacali e di categoria, svoltasi fra il 14 dicembre 2022 e il 16 gennaio 2023 e rispetto alla quale non sono pervenute osservazioni a questa Amministrazione.

4. La Sezione mira a ridurre le opportunità che facilitano la manifestazione di casi di corruzione, nonché ad aumentare la capacità di scoprire i casi di corruzione e a creare un contesto in generale sfavorevole alla corruzione ed alla manifestazione di altre forme di illegalità. Il Piano realizza tale finalità attraverso:

- a) l'individuazione delle attività dell'Asl nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche ulteriori rispetto a quelle minime già previste dalla legge;
- b) la previsione, per le attività individuate ai sensi della lett. a), di meccanismi di annullamento o mitigazione del rischio di corruzione, nonché di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) la previsione di obblighi di comunicazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento delle misure;
- d) il monitoraggio, in particolare, del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la

conclusione dei procedimenti;

e) il monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti con i dirigenti e i dipendenti dell'Ente;

f) l'individuazione degli obblighi di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelli previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materia, nell'ambito del Programma Triennale della Trasparenza (P.T.T.), parte integrante della presente Sezione.

5. Destinatari, ovvero soggetti chiamati a darvi attuazione, sono:

a) il Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo dell'Azienda;

b) il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza;

c) l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);

d) i Referenti aziendali;

d) i restanti Dirigenti aziendali;

e) i Dipendenti;

f) i concessionari e incaricati di pubblici servizi e i soggetti di cui all'art. 1, comma 1-ter, della L. 241/90.

SOGGETTI, FUNZIONI E RESPONSABILITA'

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

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

a) nomina il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza,

b) adotta il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione ai sensi dell'art. 1, 1° c. del D.L. n. 80/2021 come convertito con Legge n. 113/2021,

c) promuove, in sede di adozione degli atti di indirizzo e di programmazione, lo sviluppo e la realizzazione di una efficace strategia di contrasto alla c.a. maladministration e di valorizzazione della cultura della legalità e della trasparenza nell'azione amministrativa.

2. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (in seguito solo Responsabile o R.P.C.T.) che nell'ASL CN2, nominato nelle due funzioni con Determinazione del Direttore Generale n. 1212 del 28.9.2011 e n. 751 del 3.7.2013, è il Dott. Roberto TROVA – Responsabile della S.S. Prevenzione della

corruzione – Trasparenza – Progetti Innovativi – Segreteria organismi collegiali e Responsabile f.f. della S.S. Affari Generali.

Il sostituto dell’R.P.C.T. in caso di assenza temporanea o di conflitto di interessi dello stesso per ambiti, temi o soggetti coinvolti è la Dott.ssa Simona Dalmasso, Responsabile f.f. della S.S. Programmazione e Controllo.

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

- a) elabora la proposta di sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. ed i successivi aggiornamenti da sottoporre al Direttore Generale ai fini della necessaria approvazione;
- b) verifica l'efficace attuazione delle misure e la loro idoneità e propone la modifica delle stesse quando siano accertate significative violazioni delle relative prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti rilevanti nell'organizzazione o nell'attività dell'Amministrazione;
- c) coordina, d'intesa con i Dirigenti aziendali, l'attuazione della Sezione anche con riferimento alla rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione;
- d) definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti che operano in ambiti individuati quali particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- e) segnala al Direttore Generale e all’O.I.V. le disfunzioni inerenti all’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e indica all’Ufficio per i procedimenti disciplinari i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure e gli obblighi previsti nel presente Piano.
- f) entro il 15 dicembre di ogni anno (o diversa data individuata dall’ANAC) pubblica sul sito web istituzionale dell'ente una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette al Direttore Generale e all’ O.I.V.; su richiesta di questi ultimi o di propria iniziativa, il Responsabile riferisce in ordine all'attività espletata.

4. I Referenti aziendali, individuati nella tabella sottostante, cui sono attribuite le seguenti competenze, sulla base della legge 190/2012 e del Piano Nazionale Anticorruzione 2022:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dell’O.I.V., degli altri organi di controllo interno e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- svolgono attività di formazione per il personale assegnato in base a quanto previsto nel Piano di

formazione .

- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nella presente sezione;
- provvedono, secondo competenza, alla elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito Internet aziendale;
- collaborano con l'RPCT nell'attività di monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e la trasparenza.

5. I restanti Dirigenti e tutto il personale dell'Azienda osservano diligentemente le misure contenute nella presente Sezione e nel P.I.A.O. nel suo complesso.

ELENCO REFERENTI AZIENDALI DELL'R.P.C.T.*

DENOMINAZIONE STRUTTURA	FUNZIONE	NOMINATIVO
Dipartimento di Prevenzione	Direttore	Dott. Piero Maimone
Dipartimento Patologia delle dipendenze	Direttore	Dott. Ruggero Gatti
Dipartimento Salute Mentale	Direttore	Dott.ssa Franca Rinaldi
Distretto 1 Alba	Direttore f.f.	Dott. Mirko Panico
Distretto 2 Bra	Direttore	Dott. Elio Laudani
S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Direttore	Dott.ssa Paola Malvasio
S.C. Direzione delle professioni sanitarie	Direttore f.f.	Dott.ssa Sabrina Contini
S.S. Servizio Farmaceutico Territoriale	Responsabile	Dott.ssa Valeria Recalenda
S.C. Farmacia ospedaliera	Direttore f.f.	Dott.ssa Sara Boffa
S.C. Psicologia	Direttore f.f.	Dott.ssa Giuseppina Intravaia
S.C. Servizio Dipendenze Patologiche	Direttore	Dott. Ruggero Gatti
S.S. Qualità, Risk management, URP	Responsabile	Dott. Luciano Vero
S.C. Amministrazione del Personale, Sviluppo Risorse Umane	Direttore	Dott. Franco Cane
S.S. Servizi di Accettazione Ospedaliera e Front Office	Responsabile	Dott. Andrea Pedussia
S.C. Bilancio, Programmazione e Controllo	Direttore	Dott. Lorenzo Sola
S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti	Direttore f.f.	Dott.ssa Maria Raiteri
S.C. Servizio Legale interaziendale	Direttore	Avv. Piero Giuseppe Reinaudo
S.C. Servizi Tecnici	Direttore	Arch. Ferruccio Bianco
S.S. Servizio di prevenzione e protezione	Responsabile	Arch. Stefano Nava
S.C. Informatica, telecomunicazioni e sistema informativo	Direttore	Dott. Fabrizio Viglino
S.S. Programmazione e Controllo	Responsabile f.f.	Dott.ssa Simona Dalmasso
S.S. Affari Generali, e Coordinamento Funzioni Amministrative di Staff	Responsabile f.f.	Dott. Roberto Trova

* Salvo future modifiche nei | nominativi dei Soggetti | o di assetto organizzativo |

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

PROCEDURE DI FORMAZIONE E ADOZIONE DEL DOCUMENTO

1. Entro il 31 ottobre di ogni anno ciascun Referente trasmette al Responsabile la relazione sulle attività svolte, nonché le proprie proposte aventi ad oggetto l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio di corruzione o l'aggiornamento rispetto a quelle già indicate, riportando, altresì, le concrete misure organizzative adottate o da adottare dirette a contrastare il rischio rilevato, sulla base di una apposita scheda- tipo fornita dal Responsabile, nonché le rispettive esigenze formative. Qualora tali misure comportino degli oneri economici per l'Ente, le proposte dovranno indicare la stima delle risorse finanziarie occorrenti.
2. Di norma entro il 31 dicembre, il Responsabile, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte ai sensi del precedente comma, elabora lo schema della Sezione anticorruzione/trasparenza del P.I.A.O., recante l'eventuale indicazione delle risorse strumentali occorrenti per la relativa attuazione, e lo trasmette al Direttore Generale.
3. Contestualmente alla trasmissione di cui al comma precedente, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, viene attuato il coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi

collettivi, tramite la pubblicazione sul sito web dell'Ente dell'Avviso di consultazione pubblica in materia di misure di prevenzione della corruzione, legalità e trasparenza L'Amministrazione tiene conto dell'esito della consultazione in sede di predisposizione della versione definitiva del P.I.A.O. e in sede di valutazione della sua adeguatezza, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione trasmette lo schema di Piano anche all'OIV.

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

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

MAPPATURA DEL RISCHIO

APPROCCIO METODOLOGICO

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

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

L'analisi è stata condotta in prima persona dal RPCT avvalendosi delle proprie conoscenze professionali e dei dati ed informazioni reperibili dai programmi informatici aziendali disponibili.

In ogni caso, utilizzando – nelle loro linee generali – le indicazioni contenute nel PNA 2019 è stato possibile:

- migliorare ed aggiornare la mappatura dei processi;
- ridefinire, per ciascun processo, i possibili rischi;
- graduare il livello di rischio specifico per ciascun processo;
- classificare e definire con maggior dettaglio le misure di prevenzione dei rischi nel contesto del Piano.

INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO

AREE GENERALI E AREE SPECIFICHE

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

- a) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- b) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- c) Contratti Pubblici;

- d) Acquisizione e gestione del personale;
- e) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- f) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- g) Incarichi e nomine;
- h) Affari legali e contenzioso.

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

Aree Specifiche di rischio:

- a) Attività libero professionale;
- b) Liste di attesa;
- c) Rapporti con i soggetti erogatori;
- d) Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- e) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;

fatta salva, naturalmente, la possibilità di individuarne ulteriori alla luce della specifica situazione del singolo Ente.

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

1. Acquisizione e gestione del personale (Area Generale),
2. Contratti Pubblici (Area Generale),
3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Area Generale),
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (Area Generale),
5. Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni (Area Specifica),
6. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (Area Generale),
7. Attività libero professionale e liste d'attesa (Area Specifica),
8. Relazioni con il pubblico (Area Specifica),
9. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero (Area Specifica),
10. Gestione rischi dei lavoratori dipendenti (Area Specifica),
11. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (Area Generale),

12. Rapporti con soggetti erogatori (Area Specifica)

13. Incarichi e nomine (Area Generale).

MAPPATURA DEI PROCESSI

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

Il livello di descrizione del singolo processo, alla luce delle considerazioni effettuate nel paragrafo “Approccio metodologico”, risente del limite della parziale interlocuzione con i responsabili di Servizio da parte del RPCT che ha, purtroppo, caratterizzato – in questa contingenza eccezionale - la stesura del Piano, ma ad oggi costituisce comunque un passaggio fondamentale per giungere ad una prima seppur, in qualche misura, non esaustiva identificazione delle criticità esistenti, indispensabile per mettere in atto le azioni correttive.

Nella mappatura dei processi si è, pertanto, proceduto alla individuazione dei seguenti elementi fondamentali:

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

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

VALUTAZIONE DEI RISCHI

La valutazione del rischio SI articola nelle seguenti tre fasi:

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

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

- a) Risultanze dell'analisi del contesto esterno ed interno di cui ai paragrafi precedenti,
- b) Presa d'atto dell'assenza di una casistica giudiziaria di un qualche rilievo, presso l'Asl Cn2, per

fatti corruttivi,

- c) Esame delle risultanze del monitoraggio condotto dal RPCT sul PTPCT 2022/2024,
- d) Esame delle segnalazioni prevenute tramite il canale “whistleblowing” nel triennio 2020/2022.

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

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

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

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

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

TABELLA INDICATORI DI VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO

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

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

TRATTAMENTO DEL RISCHIO E CLASSIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

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

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

1. Misure di trasparenza (**MT**),
2. Misure di controllo (**MC**),
3. Misure di formazione (**MF**),
4. Misure di rotazione (**MRo**),
5. Misure di segnalazione e protezione (**MSp**),
6. Misure di semplificazione (**MSe**),
7. Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento (**MPE**),
8. Misure di regolamentazione (**MR**),
9. Misure di sensibilizzazione e partecipazione (**MS**),
10. Misure di disciplina del conflitto di interessi (**MDI**),
11. Misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (**MRR**).

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

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

MISURE DI PREVENZIONE

MISURE DI PREVENZIONE GENERALI E SPECIFICHE

- Misure Generali -

1. Si individuano, in via generale, per il triennio 2023 - 2025, le seguenti misure finalizzate a contrastare o a contenere il rischio di corruzione nell'Asl Cn2:

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

Per ciascuna tipologia di provvedimento amministrativo è stata già implementata l'informatizzazione dell'intero procedimento e l'archiviazione informatica, con una duplice valenza positiva: la tracciabilità completa delle operazioni al fine di contenere al massimo il rischio di fenomeni corruttivi attraverso la manipolazione dei tempi e/o delle fasi procedurali; la semplificazione dei processi consistente nella dematerializzazione degli atti, che si va ad aggiungere all'incremento nell'uso della posta elettronica certificata (riduzione del consumo di carta, minori tempi di risposta, maggiore trasparenza), nonché ad un avanzato sistema di digitalizzazione sia del Servizio Protocollo che di quello di gestione dei provvedimenti deliberativi. Infatti dall'agosto 2016 presso l'Asl Cn2 tutti i provvedimenti deliberativi, di competenza del Direttore Generale o dei Dirigenti di Servizio, vengono adottati in digitale, resi immutabili e statici. Ciò ha comportato:

- la revisione degli iter procedurali di formazione delle delibere/determine, che sono stati rivisti e proceduralizzati in modalità informatica;
 - la definizione dei nuovi modelli di deliberazioni/determinazioni, delle certificazioni contabili e di intervenuta pubblicazione e di esecutività ad esse correlate;
 - l'individuazione dei metadati obbligatori da associare ai provvedimenti anche ai fini delle pubblicazioni di legge e del trasferimento degli stessi nel sistema di conservazione;
 - l'adozione di un nuovo regolamento per la gestione informatizzata degli atti e dei documenti amministrativi.
- Inoltre oggi tutti gli operatori amministrativi e gran parte di quelli sanitari che sottoscrivono documenti aventi rilevanza esterna sono dotati dall'Azienda di firma digitale e la documentazione informatica prodotta viene formata, gestita e conservata a norma di legge. L'Azienda, nell'anno 2022, ha completato la dotazione di firma digitale per tutti i Responsabili sanitari che adottano atti a rilevanza esterna.

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

I Referenti dell' R.P.C.T. precedentemente individuati , trasmettono, entro il 30 novembre di ciascun anno, al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza un report indicante, per le attività a rischio afferenti la o le strutture di competenza:

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

Il Responsabile della prevenzione e della corruzione pubblica sul sito istituzionale dell'ente i risultati del monitoraggio effettuato sui tempi di conclusione. A tal fine il Responsabile tiene conto anche di eventuali attivazioni, da parte dell'utenza, dell'Autorità sostitutiva di cui alla legge 241/1990.

c) Controllo sulla regolarità degli atti amministrativi **(MC)**

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

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

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

d) Criteri di rotazione del personale **(MRo)**

L'ASL CN2 accoglie la rotazione del personale quale principio generale di organizzazione delle risorse umane, stabilendo che la sua applicazione operativa, sulla base di specifici provvedimenti interni di rimodulazione dell'organigramma aziendale da adottarsi nel triennio 2023/2025, avrà luogo prioritariamente fra i dirigenti e i funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione, sulla base dell'analisi del rischio precedentemente riportata; in particolare la rotazione avverrà in base ai seguenti criteri:

- per le attività in cui il livello di valutazione del rischio è definito "alto" la rotazione, sia per i rispettivi

Dirigenti che per i rispettivi funzionari responsabili di posizione organizzativa e/o di servizio e/o di procedimento (con atto del relativo Dirigente);

- per le attività in cui il livello di valutazione del rischio non è stato definito "alto" (contrassegnato quindi con la valutazione medio o basso) la rotazione per le figure di cui al precedente punto viene disposta qualora, sulla base degli aggiornamenti annuali del presente Piano, risulti mutato in senso peggiorativo il livello di valutazione del rischio;

- nei casi in cui è prevista sulla base dei criteri di cui sopra, la rotazione può essere disposta solo al termine dell'incarico, salvi i casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, nei quali la rotazione è immediata;

- al fine di contemperare le misure anticorruptive con le esigenze funzionali dell'Azienda Sanitaria, la rotazione dovrà avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e sanitaria, anche per mezzo di apposite fasi di formazione *ad hoc*, con attività preparatoria di affiancamento interno per consentire al personale coinvolto di acquisire le adeguate competenze;

- la rotazione non si applica per le figure infungibili; sono dichiarati infungibili i profili professionali per i quali è previsto il possesso di lauree specialistiche o competenze tecniche possedute da una sola unità lavorativa all'interno dell' Azienda e dall'assenza di altre figure equipollenti disponibili in Azienda. Nel relativo provvedimento di conferimento degli incarichi, qualora non si applichi la rotazione, dovrà essere espressamente motivata l'infungibilità;

- con riferimento alle attività classificate ad "alto" rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare ed implementare, ove non ancora adottate, le azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti ed adottare misure di controllo atte a prevenire il rischio di condotte corruttive;

- si applica, per quanto compatibile con le esigenze organizzative aziendali, il meccanismo della c.d. "segregazione delle funzioni", consistente nella assegnazione a funzionari o dirigenti (laddove possibile) diversi – all'interno del Servizio – dei seguenti compiti: a) svolgimento di istruttorie e accertamenti, b) adozione delle decisioni (provvedimenti), c) attuazione delle decisioni prese (esecuzione del provvedimento), d) effettuazione delle verifiche (controllo sull'attuazione del provvedimento stesso). Quale misura di prevenzione del rischio, la diversa articolazione delle competenze, è adottabile in

particolar modo nei processi decisionali composti da più fasi e livelli e nei settori a maggior rischio corruttivo potenziale, quali gli acquisti e i servizi tecnici, come così pure – presso l’Azienda – si applica la c.d. “rotazione funzionale”, facendo ruotare periodicamente i responsabili dei procedimenti come così pure i componenti delle commissioni interne all’Amministrazione. In particolare – poi – presso i servizi di vigilanza, particolarmente presenti nel Dipartimento di Prevenzione, la misura della “rotazione funzionale” viene generalmente applicata – compatibilmente con la dotazione organica - in sede di ispezioni e controlli nei confronti di soggetti esterni;

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

- Inoltre quale “best practice”, in materia di rotazione, con Deliberazione n. 426 del 15.11.2019, successivamente modificato con Deliberazione n. 356 del 17.7.2020, è stato approvato il Regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione organizzativa del personale del comparto Area Sanitaria e Area Amministrativa/Tecnica; ed in base a detto Regolamento nel periodo Dicembre 2019 – Febbraio 2022 presso l’Asl Cn2 sono stati banditi gli avvisi interni di selezione e si sono svolti i colloqui per il conferimento degli incarichi di funzione organizzativa.

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

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

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

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

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

Tutte le Strutture dell'Azienda provvedono alla pubblicazione, in piena attuazione della previsione normativa di cui all'art. 29 del D. Lgs. n. 50/2016 "Codice degli Appalti", dei dati relativi agli appalti ed agli affidamenti in economia in base alle vigenti normative in materia, prestando particolare attenzione alla correttezza dei dati inseriti e alla tempestività degli adempimenti.

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

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

- presenza dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di global service comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, con evidenziazione degli eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sotto soglia);
- importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto;
- termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/una tantum), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP.

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

Oltre ai dati di cui all'art. 29 del d.lgs. 50/2016:

- fase della procedura di aggiudicazione o di esecuzione del contratto (indizione/aggiudicazione/affidamento/proroga del contratto/rinnovo del contratto ecc./risoluzione) nonche' motivazioni di eventuali proroghe, rinnovi, affidamenti in via diretta o in via d'urgenza;
- indicazione dell'operatore economico affidatario del medesimo appalto immediatamente precedente a quello oggetto della procedura di selezione;

- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP;
- resoconto economico e gestionale dell'appalto, incluso l'ammontare delle fatture liquidate all'appaltatore.

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

Nella fase di progettazione della gara viene indicata la scelta degli operatori economici da invitare nelle procedure negoziate sotto soglia (indagini di mercato o elenco fornitori).

Nella fase di istituzione delle commissioni di gara, l'Asl Cn2 pubblica le seguenti informazioni:

- nominativi e curricula dei commissari selezionati, in conformita' a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016;
- la modalita' di scelta dei commissari, in caso di nomina da parte della stazione appaltante di componenti interni alla stessa;
- modalita' con cui procedere al sorteggio in caso di nomina di componenti esterni ai sensi dell'art. 77 del d.lgs. 50/2016 ed in conformita' alla previsione dell'art. 78 del D. Lgs. n. 50/2016 (Albo dei Commissari di gara, a decorrere dalla sua operativita' prevista per il 15.4.2019);

Nella fase di aggiudicazione e stipula del contratto viene effettuato il monitoraggio del tempo intercorrente tra l'aggiudicazione e la data di stipula del contratto, mediante l'applicazione della procedura del c.d. "stand still" ai sensi dell'art. 32 del Codice degli Appalti;

Nella fase di esecuzione del contratto l'Azienda pubblica le seguenti informazioni:

- provvedimenti di adozione di varianti, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, con riferimento a quelle per il cui valore vi e' altresì obbligo di comunicazione all'ANAC.

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

Processi e procedimenti rilevanti

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

- analisi ed esame del contenuto degli strumenti messi a disposizione dalle centrali di committenza (accordi quadro, convenzioni, SDA, ecc.) e compatibilita' con i fabbisogni espressi;
- definizione dell'oggetto degli atti di adesione (codifica dei fabbisogni non programmati e comparazione quali-quantitativa con i prodotti/servizi messi a disposizione dalle centrali);
- formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ecc.) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale di committenza.

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

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

In fase di programmazione:

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

In fase di adesione:

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

In fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti:

- pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia;
- motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;
- pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);

- valutazione di outcome (oltre che di conformita', sui maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o in variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali.

L'Asl Cn2 provvede regolarmente alla pubblicazione sul proprio Sito internet delle informazioni richieste ai sensi e nei termini di cui all'art. 1, 32° c. della Legge n. 190/2012 relativamente ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del Codice dei contratti di cui al D. Lgs. n. 50/2016.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 20 del 30.1.2017 è stato adottato il Regolamento aziendale per le spese in economia, relativo alle procedure "sotto soglia" per gli acquisti di lavori, servizi e forniture, predisposto in conformità alle disposizioni dell'art. 36 del D. Lgs. n 50/2016 e delle Linee Guida ANAC n. 4/2016, approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 1097 del 26.10.2016.

f) Incarichi extra-istituzionali **(MPE)**

Con la Determinazione del Direttore Generale n. 744 del 18.6.2014 è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di svolgimento di attività extraistituzionali da parte del personale dipendente. Tale documento è regolarmente pubblicato e liberamente consultabile su Amministrazione Trasparente, sezione Disposizioni Generali, sotto sezione Atti Generali .

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

Con l'entrata in vigore della Legge n. 179 del 30.11.2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui sono venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" è profondamente mutata la normativa di riferimento concernente la tutela del c.d. "whistleblower".

Infatti il pubblico dipendente ed anche i lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica, i quali – nell'interesse dell'integrità della Pubblica Amministrazione – segnalino al RPCT , ovvero all'ANAC, o denunciino all'Autorità Giudiziaria Ordinaria o Contabile, condotte illecite di cui siano venuti a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non possono essere:

- Sanzionati,
- Demansionati;
- Licenziati,

- Trasferiti;
- Sottoposti ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.

Nei confronti del dipendente dell'Asl Cn2 (e delle altre figure professionali riportate nel paragrafo precedente) che segnala condotte illecite sono assicurate tre diverse misure di tutela:

- la tutela dell'anonimato:

La tutela dell'anonimato non fa riferimento al solo eventuale procedimento disciplinare, ma è protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione, nei limiti di legge.

Il dipendente dell'Asl Cn2 può denunciare condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro direttamente, a mezzo del servizio postale o tramite posta interna, al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, in questo caso la segnalazione deve essere trasmessa in busta chiusa con la specifica dicitura "riservata/personale". Ovvero tramite la piattaforma elettronica a ciò dedicata e presente sul sito internet dell'Asl Cn2 alla pagina: <https://whistleblowing.aslcn2.it>. Tutte le modalità di esercizio di tale diritto/dovere del dipendente e le modalità informatiche di tutela della riservatezza sono illustrate ed accessibili (compresa la modulistica) sul sito internet aziendale nella pagina Amministrazione Trasparente, sezione "Altri contenuti", sotto sezione "Procedura segnalazione illeciti".

Sarà compito del R.P.C.T., una volta pervenuta la segnalazione, verificare la sussistenza di tutti gli elementi utili ad acclarare i fatti e qualora all'esito della verifica la segnalazione risulti fondata, provvederà:

- a. a comunicare l'esito dell'accertamento al Responsabile della Struttura in cui si è verificato il fatto per l'acquisizione di elementi istruttori, solo laddove non vi siano ipotesi di reato;
- b. a inoltrare la segnalazione all'Ufficio per i procedimenti disciplinari, per l'accertamento di eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- c. a presentare denuncia all'Autorità giudiziaria competente in presenza di fatto che configuri ipotesi di reato, ovvero alla Corte dei Conti e all'ANAC per i profili di rispettiva competenza;
- d. a trasmettere la segnalazione al Dipartimento Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per gli eventuali provvedimenti di competenza.

Se la competenza è di altri soggetti o organismi dell'Azienda, il R.P.C.T. adotterà o proporrà di adottare tutti i necessari provvedimenti per il pieno ripristino della legalità, della correttezza dell'attività amministrativa e dell'osservanza dei principi sanciti dalla legge.

In ogni caso tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e coloro che

successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione sono tenuti alla riservatezza, a pena di sanzione disciplinare e salve le eventuali responsabilità civili e penali.

Per quanto riguarda lo specifico contesto del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato nei seguenti casi:

- consenso del segnalante;
- la contestazione è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità è assolutamente indispensabile per l'esercizio del diritto di difesa dell'incolpato: tale circostanza può emergere solo a seguito dell'audizione dell'incolpato ovvero dalle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento.

- il divieto di discriminazione:

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della prevenzione della corruzione, il quale valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto al Dirigente competente, all'Ufficio per i Procedimenti disciplinari, alla S.C. Servizio Legale interaziendale per valutare l'eventuale sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine della pubblica amministrazione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può dare notizia dell'avvenuta discriminazione (anche attraverso le Organizzazioni Sindacali) all'ANAC.

- la previsione che la segnalazione è sottratta al diritto di accesso;

La segnalazione non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione dal diritto di accesso di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della Legge n. 241 del 1990, fatta eccezione per le limitate ipotesi descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis D.Lgs. n. 165 del 2001.

Si precisa che nell'attuazione della presente misura sono state recepite le indicazioni contenute nelle "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. n. 165/2001 (c.d. *whistleblowing*) adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con Deliberazione n. 469 del 9 giugno 2021.

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

Il nuovo art. 6 bis della Legge n. 241 del 1990 stabilisce che "Il responsabile del procedimento e i titolari degli

uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

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

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

Sulla base di tale norma:

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

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

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

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

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

Particolare attenzione viene riservata alla specifica ipotesi di conflitto di interessi disciplinata dall'art. 42 del D. Lgs. n. 50/2016 "Codice degli appalti". A tale riguardo, in coerenza con la previsione e le indicazioni dell'A.N.A.C. contenute nel PNA 2022, l'Azienda Sanitaria ha elaborato e si è dotata di un apposito modello per l'acquisizione delle dichiarazioni sul possibile conflitto di interessi dei componenti le Commissioni di gara, secondo il modulo "Dichiarazione componenti conflitto di interessi gare" allegato al presente P.I.A.O.

i) Cause ostative al conferimento di incarichi interni all'ASL CN2; inconferibilità ed incompatibilità **(MPE)**

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

Inoltre, fermo restando quanto previsto dal presente Piano in materia di rotazione, con ulteriori atti organizzativi interni verranno determinati nuovi criteri per l'attribuzione degli incarichi di responsabilità all'interno dell'ASL CN2, sia per quanto riguarda gli incarichi di coloro che già si trovano all'interno dall'Azienda, sia per gli eventuali incarichi esterni di tipo dirigenziale.

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

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

Il soggetto che istruisce il provvedimento per il conferimento dell'incarico è quindi tenuto a verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del D.Lgs. n. 39 del 2013; l'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva

di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, allegato al presente Piano, così come previsto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013.

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

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

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

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

Tutte le dichiarazioni ex art. 76 D.P.R. 445/2000 rilasciate dai Dirigenti potranno essere oggetto di controllo a campione, da parte del Responsabile della Prevenzione della corruzione e trasparenza, in merito agli aspetti di inconferibilità per sentenze penali anche non definitive.

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

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

L' art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165 del 2001, introdotto dall'art. 1, comma 42, della Legge 190/2012

prevede il divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto di pubblico impiego. Per l'ASL CN2 vengono dettati i seguenti criteri:

- nei contratti di assunzione del personale dovrà essere inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) - per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), qualora nel corso degli ultimi tre anni di servizio tale personale eserciti poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASL CN2 - presso i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività dell'Azienda Sanitaria svolta attraverso i medesimi poteri (provvedimenti, contratti o accordi di altro tipo);
- nei contratti di assunzione già sottoscritti il citato art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165 del 2001 è inserito di diritto ex art. 1339 cc, quale norma integrativa cogente;
- in caso di personale assunto anteriormente alla c.d. contrattualizzazione del pubblico impiego (quindi con provvedimento amministrativo), il citato articolo 53, comma 16 ter, si applica a decorrere dalla sua entrata in vigore.

I dipendenti interessati dal divieto sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'ASL CN2 hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (Dirigenti e Responsabili del procedimento secondo quanto previsto dal nuovo Codice degli Appalti).

Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata (compresi i casi di affidamento diretto), è inserita la condizione soggettiva di ammissibilità "di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASL CN2 nei confronti dell'impresa per il triennio successivo alla cessazione del rapporto". Nei bandi di gara o negli atti prodromici dovrà anche essere previsto che la mancata sottoscrizione di tale clausola dichiarativa sarà sanzionata con l'esclusione dalla procedura di affidamento. Sarà disposta, altresì, l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali emerga la situazione di cui al punto precedente in fase successiva alla aggiudicazione/affidamento o alla stipula del contratto.

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

Quale misura integrativa dell'istituto di cui al presente punto j), si prevede che i dipendenti di cui al

comma 2, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, sottoscrivano apposita dichiarazione di impegno al rispetto del divieto contenuto all'art. 53, c. 16/ter del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli; i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con l' ASL CN2 per i successivi tre anni e gli ex dipendenti che hanno svolto l'incarico hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

k) Formazione di commissioni di gara e di concorso (MC)

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

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

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

Le controversie su diritti soggettivi, derivanti dall'esecuzione dei contratti pubblici dell'ASL CN2 relativi a lavori, servizi, forniture, concorsi di progettazione e di idee, comprese quelle conseguenti al mancato raggiungimento dell'accordo bonario previsto dall'articolo 205 del Codice dei contratti (D.Lgs. n. 50/2016), possono essere deferite ad arbitri, previa autorizzazione motivata da parte dell'organo di governo dell'Azienda Sanitaria.

La nomina degli arbitri per la risoluzione delle controversie nelle quali è parte l'ASL CN2 deve avvenire nel rispetto dei principi di pubblicità e di rotazione e delle disposizioni del Codice dei contratti, in quanto applicabili.

m) Patti di integrità (MC)

Per "Patto di integrità" si intende un accordo, tra l'Asl Cn2 e i partecipanti alle procedure di gara, avente

ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato a principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Si tratta di uno strumento, volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici, che svolge una funzione moralizzatrice, sia nei confronti dei concorrenti sia nei confronti dell'Amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'Asl Cn2 ha adottato il "Patto di integrità" (Allegato al presente Piano), pubblicato nella sezione Modulistica – Gare e contratti del sito Internet aziendale. I responsabili delle strutture aziendali preposte alla gestione delle relative procedure devono assicurare l'inserimento del Patto di integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti responsabili devono, inoltre, curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia, in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

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

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

L'Azienda impone, a pena di esclusione, ai partecipanti alle procedure di affidamento di concessioni, appalti di lavori, forniture e servizi, la sottoscrizione – a mezzo di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (allegata al presente Piano) e il cui modulo è pubblicato nella sezione Modulistica / Gare e contratti del sito Internet aziendale – di una dichiarazione giurata circa l'assenza in capo ai concorrenti delle situazioni giuridiche ostative fissate dall'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016.

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

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

Raiteri, Dirigente amministrativo della S.C. Logistica, Patrimonio, Servizi e Acquisti.

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

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

Tale misura di rotazione e, dunque, di destinazione ad altro ufficio si applica, nei confronti del personale dipendente, nei casi di avvio di procedimento penale o disciplinare per condotta di natura corruttiva, così come previsto dall'art. 16, 1° c. lett. l-quater del D. lgs. n. 165/2001.

L'istituto giuridico qui in oggetto trova il proprio fondamento nella norma di Legge sopra citata, tuttavia l'Azienda provvederà nel corso del 2023, contestualmente alle integrazioni al Codice di comportamento aziendale, ad una sua autonoma regolamentazione di dettaglio, mediante l'approvazione di un apposito provvedimento amministrativo interno, in conformità e secondo le indicazioni contenute nella Deliberazione ANAC n. 215 del 26.3.2019 avente ad oggetto "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. Lgs. n. 165 del 2001" cui – al momento – si rinvia ed anche alla luce del Regolamento adottato dalla stessa Autorità Nazionale Anticorruzione con Delibera n. 72 dell'8.2.2022.

Nell'ambito del Codice di comportamento, da sottoporsi a revisione nel corso dell'anno 2023, verrà altresì introdotto l'obbligo per i dipendenti (e soggetti assimilati) di comunicare formalmente all'Azienda notizia dell'avvio di procedimento penale a proprio carico.

q) Adozione del Piano Attuativo di Certificabilità del Bilancio **(MT)**

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

L'ultimo aggiornamento del P.A.C. è stato adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 60 del 8.3.2017, e con successiva Deliberazione n. 393 del 13.11.2017 è stato approvato il Regolamento per il controllo successivo di regolarità amministrativa delle determinazioni aziendali.

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

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

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

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

Gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono, inoltre, tenuti a nominare un responsabile per l'attuazione dei propri Piani di prevenzione della corruzione, nonché a definire nei propri modelli di organizzazione e gestione dei meccanismi di accountability che consentano ai cittadini di avere notizie in merito alle misure di prevenzione della corruzione adottate e alla loro attuazione. I dati relativi agli enti controllati e alle società partecipate dall'ASL Cn2 vengono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente", con l'elencazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'ASL o delle attività di servizio pubblico affidate dalla medesima. Nei confronti degli enti di diritto privato e delle società partecipate sottoposti al proprio controllo che per quanto concerne l'Asl Cn2 si riferisce esclusivamente alla società in house: Società Consortile A.M.O.S. Srl con sede legale in Cuneo, congiuntamente alle altre Amministrazioni che detengano quote di partecipazione e che risultano essere:

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

- ad effettuare le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dall'ASL Cn2;
- a promuovere l'inserimento, anche negli statuti societari, di meccanismi sanzionatori a carico degli amministratori che non abbiano adottato le misure organizzative e gestionali per la prevenzione della corruzione e il Piano triennale per la trasparenza e l'integrità, così come l'Asl Cn2 ha fatto nel corso del 2019 e che – fra l'altro – risulta dal Verbale dell'Assemblea di AMOS S.c.r.l. del 1.10.2019, agli atti del RPCT aziendale;
- alla vigilanza in regime di controllo analogo congiunto, anche mediante appositi patti parasociali con i quali siano definite intese in tale materia, sull'adozione delle misure di prevenzione e sulla nomina del RPCT da parte della società controllata;
- promuovere l'adozione di misure di tutela analoghe a quelle previste dalla Legge n. 179/2017 sul c.d. whistleblower;
- promuovere la stipula di protocolli di legalità contenenti la cadenza temporale delle misure da adottare negli enti/società in controllo pubblico cui partecipi;
- a creare nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet dell'Asl Cn2 un link di collegamento al sito internet della società partecipata;
- a procedere, ai sensi del D. Lgs. n. 175/2016, alla revisione straordinaria delle partecipazioni pubbliche, attuata dall'Asl Cn2 con la Deliberazione n. 302 del 29.9.2017 e alla revisione annuale, attuata nel 2022 con provvedimento n. 787 del 22.12.2022.

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

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

- *Misure Specifiche* -

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

- a. Trasmissione di un report annuale al Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza degli affidamenti di lavori, servizi e forniture, suddivisi per tipologia di procedura adottata con l'indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento. **(MSp)**.
- b. Trasmissione di un report annuale al Responsabile prevenzione corruzione relativo alle proroghe e prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l'originario termine di scadenza, o di copia dei relativi atti, con l'indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga o la prosecuzione, dell'oggetto e importo della proroga e delle ragioni del mancato espletamento della gara. **(MSp)**.
- c. Predeterminazione dei criteri e loro specifica indicazione negli atti conseguenti per quanto riguarda gli inserimenti di utenti in strutture socio sanitarie e assistenziali pubbliche e private. **(MRR)**.
- d. Autorizzazione delle missioni e controllo dei rimborsi spese dei dipendenti mediante apposita procedura standardizzata, a cura del servizio Amministrazione del Personale. **(MPE)**.
- e. Monitoraggio almeno bimestrale, da parte del Servizio ispettivo aziendale a mezzo del Responsabile della S.C. Amministrazione del Personale, sulle timbrature fuori sede e sulla presenza in servizio di un campione di dipendenti estratto a sorte, e adozione delle conseguenti iniziative o misure correttive in caso di riscontrate anomalie o irregolarità. **(MC)**.
- f. L'Azienda - nel rispetto delle tempistiche indicate dalla Regione Piemonte - ha proceduto all'informatizzazione delle procedure di tutte le prestazioni erogate dai medici dipendenti in regime di libera professione. Il sistema, già utilizzato per le prestazioni erogate nei locali dell'Asl, è stato aggiornato per permettere l'utilizzo della tecnologia web da parte delle strutture esterne alle quali è stato esteso. **(MC)**.
- g. Tutti i centri convenzionati e gli studi privati dei medici in cui si svolge l'attività libero professionale intramoenia allargata sono stati collegati in rete secondo le prescrizioni regionali, e possono accedere - mediante l'applicativo messo a disposizione dall'A.S.L. - alle funzionalità di gestione delle agende di prenotazione, di prenotazione delle prestazioni e di accettazione del paziente per confermare l'avvenuta erogazione delle prestazioni, nonché alle funzionalità per l'incasso delle tariffe dovute con sistemi elettronici e tracciabili. **(MC)**.
- h. L'Asl Cn2 garantisce che lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia avvenga in studi privati effettivamente collegati in rete, in quanto l'autorizzazione allo svolgimento della libera professione, in qualsivoglia sede, non viene concessa sino al momento in cui detta sede non risulti correttamente connessa ed informatizzata nel rispetto delle regole aziendali. **(MRR)**.

- i. Adesione dell’Azienda, a decorrere dal 2020, al Centro Unico Regionale di Prenotazione. **(MSe)**.
- j. Informatizzazione delle Agende di prenotazione, con percorso separato per l’accesso all’attività libero professionale e a quella istituzionale da parte dell’utenza, mediante l’attivazione di percorsi differenziati presso i centri di prenotazione delle varie sedi aziendali. **(MSe)**.
- k. Utilizzo del sistema delle classi di priorità clinica per l’accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale. **(MR)**.
- l. Funzionamento del sistema “malum”, nel caso di mancata disdetta della prenotazione da parte dell’utenza, con addebito del costo della stessa, onde contrastare il fenomeno del c.d. drop out. **(MR)**.
- m. Attivazione di un sistema telefonico/informatico di recall, per la verifica della reale consistenza della lista di attesa. **(MS)**.
- n. Obbligo per ogni tipo di acquisto di attivare la procedura di determina a contrarre, provvedimento pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito Internet aziendale. **(MT)**.
- o. Obbligo di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito Internet aziendale di tutti gli atti di ammissione o di esclusione dalle procedure di gara. **(MT)**.
- p. Pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” di tutte le aggiudicazioni di gare con relative motivazioni. **(MT)**.
- q. Regolamento interno e disposizioni operative dirette ai dipendenti e operatori AMOS S.c.r.l coinvolti in ordine alla correttezza, legalità ed eticità del comportamento da tenere, nonché agli obblighi di riservatezza, nella gestione del servizio di camera mortuaria. **(MPE)**.
- r. Controlli, tramite apposita Commissione aziendale di verifica e sulla base della normativa e delle Linee Guida fissate dalla Regione Piemonte , sui soggetti erogatori privati sia in merito al possesso dei requisiti autorizzativi, nella fase pre-autorizzativa, che sul mantenimento di tali requisiti successivamente, con cadenza almeno annuale e con verifica anche delle performance clinico-assistenziali, in termini di volumi ed esiti, delle prestazioni rese. **(MC)**.
- s. Regolamento interno disciplinante gli accessi degli informatori farmaceutici presso i prescrittori aziendali. **(MR)**.
- t. Attività di vigilanza sulle farmacie convenzionate, mediante apposita Commissione Ispettiva, cui si applica il principio di rotazione dei componenti, sia per quanto concerne i dipendenti aziendali che i soggetti esterni. **(MC) e (MRo)**.
- u. Utilizzo di banche dati e/o fonti di informazione indipendenti e di articoli scientifici in cui vi sia attestata la eventuale presenza di contributi da parte di sponsor nella attività di informazione sui farmaci svolta nei confronti dei medici di medicina generale e degli specialisti. **(MPE)**.
- v. Attivazione , sin dal 1.1.2018, di un sistema di pagamento del ticket per prestazioni sanitarie da parte dell’utenza esclusivamente a mezzo bancomat o carta di credito. Viene salvaguardata la

possibilità di pagamento, da parte degli utenti, con denaro contante ma esclusivamente a mezzo di bollettino postale (in casi limitati) o tramite MAV presso gli sportelli bancari. Tali misure organizzative sono finalizzate a garantire la massima tracciabilità delle operazioni. **(MR) e (MT)**.

- w. Attivazione, sin dal 2018, di un “Ufficio Trasporti” aziendale, chiamato a gestire tutti i servizi di trasporto sanitari dell’Asl, ivi compresi quelli a favore dell’utenza esterna avente diritto. La gestione centralizzata ed unificata di tale attività, la cui procedura è dettagliatamente disciplinata attraverso apposita modulistica autorizzativa (regolarmente pubblicata sul sito internet aziendale) garantisce la trasparenza degli interventi e la par condicio fra tutti i soggetti (Associazioni di volontariato, CRI, ecc...) che forniscono tale servizio a favore dell’Asl, in ciò costituendo misura peculiare ed originale di questa Azienda Sanitaria, preventiva di possibili condotte illecite. **(MT) e (MRR)**.
- x. In conformità alla previsione di cui all’art. 99, 5° c. del D.L. n. 18/2020 (convertito dalla Legge n. 27/2020) è stato pubblicato su Amministrazione Trasparente, sezione Interventi straordinari e di emergenza, il Rendiconto completo (utilizzando il modulo predisposto dall’ANAC) della raccolta fondi a sostegno del contrasto all’emergenza epidemiologica da Covid 19 relativo al periodo 12.3.2020/31.12.2020 (in cui si è svolta la raccolta) con la descrizione relativa all’utilizzo – da parte dell’Azienda – delle somme ricevute quali donazioni finalizzate. **(MT)**.
- β. E’ stato istituito, con Deliberazione n. 247 del 9.8.2017, il “**Registro degli accessi**”, che consiste in un elenco cronologico e per tipologia delle richieste pervenute all’Azienda con indicazione dell’oggetto, data ed esito della decisione assunta dall’Amministrazione in relazione alle istanze di accesso (civico, generalizzato e documentale) pervenute. Il registro è pubblicato sul sito Internet aziendale, sezione Amministrazione Trasparente, sotto sezione “Altri contenuti – Accesso Civico” e viene aggiornato quadrimestralmente **(MT)**
- Ω. Dall’anno 2020 è stato attivato, presso la S.S. Bilancio e Contabilità, un apposito software dedicato alla contabilizzazione specifica delle spese sostenute per gli acquisti collegati all’emergenza Covid 19. **(MC) e (MT)**.

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

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

Ecco, di seguito, il link di collegamento:

<http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/attuazione-misure-pnrr/>

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

Con Deliberazione del 04/10/2022 n. 611 l'ASL ha adottato il Regolamento, richiamato nelle Linee guida MEF in tema di interventi PNRR, per il contrasto dei fenomeni di antiriciclaggio e prevenzione del terrorismo.

Lo stato di avanzamento degli interventi è coordinato dall'apposito Ufficio Regionale preposto al controllo degli adempimenti, con cui sono attive costanti comunicazioni al fine di rispettare le "milestones" relative agli interventi previsti. Attualmente gli interventi dell'ASL CN2 non sono ancora nella fase di rendicontazione.

In relazione agli aspetti organizzativi e procedurali, va evidenziato come il DICR (Dipartimento Interaziendale Contabilità e Risorse), nelle proprie sedute periodiche, abbia coadiuvato le Aziende Sanitarie piemontesi nelle azioni propedeutiche alle attività di monitoraggio degli interventi PNRR. In particolare, sono state fornite indicazioni circa le modalità di adozione delle deliberazioni aziendali, di tracciamento delle spese sostenute e rendicontazione tramite piattaforma Regis. La S.C. Bilancio, Programmazione e Controllo dell'ASL CN2 ha, poi, emanato specifiche direttive di natura organizzativa e contabile ai Servizi aziendali coinvolti nella gestione degli interventi PNRR.

Per ciascun intervento, in particolare:

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

E' stato, altresì, istituito un apposito budget trasversale in modo da tracciare il CUP in ogni fase (ordine, liquidazione e fattura). In linea generale è poi stato richiesto ai Servizi un preventivo avallo della S.C. Bilancio nella redazione delle delibere e determine in modo da verificarne la correttezza formale e sostanziale. A ciò si aggiunge una procedura di controllo "rafforzata" sugli atti deliberativi riguardanti il

PNRR da parte del Collegio Sindacale, che richiede la trasmissione di tutti gli atti deliberativi dell'Ente, prescindendo dalle verifiche a campione che caratterizzano le verifiche sugli altri atti.

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

RIESAME DELLE MISURE

A partire dall'anno 2023, l'Azienda procederà – con il coordinamento e sotto la responsabilità dell'RPCT – ad un riesame, con cadenza annuale, del funzionamento complessivo del sistema aziendale di prevenzione della corruzione.

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

CODICE DI COMPORTAMENTO INTEGRATIVO

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

Sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 62/2013 e dalle Linee Guida di settore emanate dall'A.N.A.C. indirizzate specificamente agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale ed approvate con Deliberazione del Consiglio Generale n. 358 del 29.3.2017, lo schema di Codice di comportamento integrativo dell'ASL CN2, redatto dal Responsabile per la prevenzione della corruzione, è stato posto in partecipazione a mezzo di pubblicazione sul sito internet dell'Azienda e, ai sensi dell'art. 54, 5° c. del D. Lgs. n. 165/2001, è stato sottoposto al parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione, che si è espresso favorevolmente con nota prot. n. 3801925 del 31.10.2018 ed infine approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 539 del 19.12.2018. Si precisa ancora che il Codice di comportamento aziendale risulta coerente con le Linee Guida regionali, adottate con Delibera della Giunta Regionale del Piemonte n. 9 – 4694 del 25.2.2022.

Link di collegamento: [Microsoft Word - 2018 bozza codice comportamento asl cn2.doc](#)

Inoltre, si precisa che nel corso dell'anno 2023 l'Amministrazione provvederà ad aggiornare il Codice di comportamento aziendale alla luce delle novità normative introdotte dal D.L. n. 36/2022 convertito in legge con provvedimento n. 79/2022 e dal D.P.R. di modifica del D.P.R. n. 62/2013 al momento approvato, quale schema, dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 1.12.2022 e non ancora pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Nell'ambito di tale aggiornamento, l'Asl Cn2 procederà anche ad adeguare il Codice aziendale alle indicazioni, fornite dall'Autorità nazionale anticorruzione con il PNA 2022, in materia di divieto per i dipendenti, che negli ultimi tre anni abbiano esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto della P.A., di svolgere nei tre anni successivi dalla cessazione del rapporto di lavoro attività lavorativa o professionale presso soggetti privati (il c.d. *pantouflage*), ai sensi dell'art. 53, c. 16-ter del D. Lgs. n. 165/2001.

FORMAZIONE

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE IMPIEGATO NEI SETTORI A RISCHIO

1. Il Responsabile della prevenzione della corruzione elabora , nell'ambito della proposta di questa Sezione del P.I.AO. e tenendo conto di quanto segnalato dai Dirigenti, la parte del Piano formativo aziendale relativa alla materia della prevenzione della corruzione per gli ambiti maggiormente esposti. **(MF)**.
2. A tal fine i Dirigenti devono proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione i dipendenti da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 10 dell'art. 1 legge 190/2012 con specifico riferimento alle materie inerenti le attività a rischio di corruzione individuate nel presente Piano, nonché comunicando il grado attuale di informazione e di conoscenza dei dipendenti stessi.
3. Le materia oggetto della formazione devono riguardare i temi oggetto delle attività a rischio sotto il profilo della legalità e dell'etica, mediante sessioni esterne avvalendosi di apposite strutture, anche convenzionate, o sessioni interne all'Ente, tenute dal Responsabile della prevenzione della corruzione e dai Dirigenti.
4. Le metodologie formative devono prevedere la formazione applicata ed esperienziale (analisi dei rischi tecnici) e quella amministrativa (analisi dei rischi amministrativi); ciò con vari meccanismi di azione (analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi).
5. Le attività formative devono essere distinte in processi di formazione "base" e di formazione "continua" per aggiornamenti, con azioni di controllo durante l'espletamento delle attività a rischio di corruzione. Non potranno essere inferiori a 8 ore annue documentate.
6. All'esito della formazione, nella relazione annuale, il Responsabile della prevenzione della corruzione, anche avvalendosi delle relazioni dei Dirigenti, riporta gli esiti del monitoraggio ed i risultati ottenuti.
7. Il Responsabile della prevenzione della corruzione, con la definizione ed il monitoraggio del Piano formativo aziendale, assolve la definizione delle procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione.
8. La partecipazione alle attività previste dal Piano di formazione da parte del personale selezionato rappresenta un'attività obbligatoria.

Per quanto concerne la formazione specifica dell'RPCT, si precisa che – partire dall'anno 2021 – il soggetto individuato partecipa regolarmente all'attività formativa specialistica, promossa e coordinata dall'Assessorato Regionale alla Sanità del Piemonte, rivolta a tutti i Responsabili per la prevenzione della corruzione e la trasparenza delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA

TRASPARENZA E ACCESSIBILITA'

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

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

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

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

4. Con la redazione del presente Programma Triennale per la Trasparenza l'ASL CN2 vuole indicare le principali azioni e linee di intervento che intende perseguire in tema di trasparenza e sviluppo della cultura della legalità, sia all'interno della struttura aziendale che nei rapporti con la società civile e con la propria utenza.

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

OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI IN MATERIA DI TRASPARENZA

1. La trasparenza amministrativa, nella sua accezione più ampia, assicura la massima circolazione possibile delle informazioni sia all'interno del sistema amministrativo, sia fra quest'ultimo ed il mondo esterno.

2. Il Programma Triennale della Trasparenza rappresenta, pertanto, uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica dell'Azienda e permette di informare cittadini e imprese riguardo a

obiettivi posti e risultati conseguiti.

3. La pubblicazione dei dati relativi alla performance rende poi comparabili i risultati raggiunti, avviando un processo virtuoso di confronto e crescita.

4. Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici dell'Asl Cn2 per il triennio 2023 – 2025 sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sui servizi erogati dall'Azienda.

Vengono, pertanto, individuati i seguenti obiettivi:

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

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

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

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

- implementazione dei nuovi sistemi di automazione per la produzione e pubblicazione di dati;
- implementazione della pubblicazione di dati ed informazioni ulteriori rispetto a quelli per i quali vige l'obbligo di pubblicazione;
- rilevazione automatica del livello di soddisfazione degli utenti per mettere meglio a fuoco i bisogni informativi degli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione;
- organizzazione delle Giornate della trasparenza (o di analoghe iniziative di comunicazione e informazione).

SOGGETTI RESPONSABILI

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

FASI DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA TRASPARENZA

FASE	ATTIVITA'	RESPONSABILI
ELABORAZIONE E AGGIORNAMENTO	Promozione e coordinamento processo di formazione PTT	<ul style="list-style-type: none"> • R.P.C.T. • O.I.V.
	Individuazione contenuti	<ul style="list-style-type: none"> • R.P.C.T. • Referenti
	Redazione	<ul style="list-style-type: none"> • R.P.C.T. • Referenti
APPROVAZIONE	Approvazione Deliberazione	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Generale
ATTUAZIONE	Attuazione iniziative del PTT Elaborazione, aggiornamento e pubblicazione dei dati	<ul style="list-style-type: none"> • R.P.C.T. • Referenti
	Controllo dell'attuazione del PTT e delle iniziative previste	<ul style="list-style-type: none"> • R.P.C.T. con il supporto dei Referenti
MONITORAGGIO E AUDIT	Monitoraggio sulla pubblicazione dei dati e sulle iniziative in materia di trasparenza ed integrità	<ul style="list-style-type: none"> • R.P.C.T. con il supporto dei Referenti
	Verifica e rapporto su assolvimento obblighi trasparenza	<ul style="list-style-type: none"> • R.P.C.T. • O.I.V.

DATI DA PUBBLICARE

1.L'ASL CN2 pubblica, nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti per cui vige l'obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs 33/2013 così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016.

2.Sul sito sono presenti anche informazioni non obbligatorie ma ritenute utili per il cittadino.

3.L'obiettivo è quello di procedere ad una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità.

4.L'elenco del materiale soggetto a pubblicazione obbligatoria, con l'indicazione delle Strutture aziendali e dei Soggetti Responsabili cui compete l'individuazione e produzione dei contenuti, i riferimenti normativi di pubblicazione e i tempi di aggiornamento sono indicati nella Tabella "Elenco degli obblighi di pubblicazione" allegata al presente Piano.

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

6.Le norme sulla trasparenza e nello specifico quelle previste anche dalla legge Anticorruzione (n. 190/2012) devono essere applicate anche dalle società partecipate dall'ASL CN2 e dalle società e enti da essa controllate o vigilate qualora esistenti.

7.In caso di esplicita richiesta potranno essere pubblicati, sul sito istituzionale dell'ASL CN2, i link al materiale relativo a appalti, concorsi, incarichi, o altri dati già pubblicati sui siti di proprietà delle società partecipate o controllate.

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

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

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

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

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

Si segnala, inoltre, che con provvedimento n. 519 del 27.8.2021 è stata aggiornata la composizione del Gruppo di lavoro aziendale "Protezione dati" proprio con finalità di collegamento fra il DPO e le strutture dell'Asl Cn2 al fine di promuovere – all'interno dell'Azienda – la diffusione della cultura in materia di protezione dei dati personali. E nell'ambito del predetto Gruppo di lavoro, il Dott. Roberto Trova, che già svolge le funzioni di RPCT, ha assunto la veste di coordinatore dello stesso.

Tale modifica organizzativa ha ulteriormente consolidato, all'interno dell'Asl Cn2, il collegamento funzionale ed operativo tra la funzione di prevenzione della corruzione e trasparenza e quella di tutela dei dati personali.

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

- natura di eventuali infermità;
- impedimenti personali o familiari;
- componenti della valutazione;
- altri dati sensibili.

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

IL PROCESSO DI PUBBLICAZIONE

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

2. I dati oggetto di pubblicazione sono elaborati e aggiornati direttamente dalle strutture organizzative di cui all' allegato "Elenco degli obblighi di pubblicazione", sotto la responsabilità diretta dei Soggetti ivi nominativamente individuati che provvedono a verificarne la completezza e la coerenza con le disposizioni di legge in materia di trasparenza e alla loro pubblicazione. I dati vengono poi pubblicati, per il tramite

tecnico della S.C. Informatica, Telecomunicazioni e Sistema Informativo, sul Sito istituzionale dell’Azienda nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

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

AGGIORNAMENTO

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

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

USABILITA’ E COMPRESIBILITA’ DEI DATI

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

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

Caratteristica dati	Note esplicative
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed evidente. Pertanto occorre: a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l’effettuazione di calcoli e comparazioni; b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.

Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina web dove le informazioni sono riportate o mediante links facilmente individuabili.

CONTROLLO E MONITORAGGIO

1. Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'Asl Cn2, concorrono, oltre al Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza e all'O.I.V., i Referenti del Piano e, più complessivamente, tutti gli uffici dell'Amministrazione e i relativi Dirigenti.
2. In particolare il R.P.C.T. svolge il controllo sull'attuazione del Piano Trasparenza e delle iniziative connesse, riferendo al Direttore Generale e all'O.I.V. su eventuali inadempimenti e ritardi.
3. A tal fine il R.P.C.T. evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione.
4. Decorso infruttuosamente tale termine, il R.P.C.T. è tenuto a dare comunicazione all'O.I.V. della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.
5. Spetta, infatti, all'O.I.V. il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione relativi alla trasparenza e all'integrità.
6. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati.

TEMPI DI ATTUAZIONE

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

Anno 2023

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro il 31 marzo 2023;

- Realizzazione della Giornata della Trasparenza (o analoga iniziativa di comunicazione e informazione) entro 31 dicembre 2023.

Anno 2024

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 gennaio 2024;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza (o analoga iniziativa di comunicazione e informazione) entro 31 dicembre 2024;
- Introduzione sperimentale di un sistema aziendale di rilevazione automatica del livello di soddisfazione di alcuni servizi resi dall'Azienda, entro il 31 dicembre 2024.

Anno 2025

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 gennaio 2025;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza (o analoga iniziativa di comunicazione e informazione) entro 31 dicembre 2025;
- Valutazione esiti della sperimentazione su sistema aziendale di rilevazione automatica del livello di soddisfazione di alcuni servizi resi dall'Azienda, entro il 31 dicembre 2025.

SANZIONI

1. Il D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. prevede esplicitamente che "i Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".
2. La mancata predisposizione del P.T.P.C.T. e l'inadempimento agli obblighi di pubblicazione possono dare luogo a diverse tipologie di sanzioni.
3. L'avvio del procedimento per l'irrogazione della sanzione a carico dei Soggetti responsabili e l'identificazione del titolare del potere sanzionatorio, avviene secondo quanto disposto nel Codice disciplinare relativo al personale dirigente, approvato con Determinazione del Direttore Generale n. 2017 del 30.12.2009.

ACCESSO CIVICO

La regolamentazione aziendale e la modulistica inerente all'esercizio, da parte dell'utenza, del diritto di accesso sono reperibili al link sotto riportato:

[Accesso civico - Altri contenuti - ASL CN2](#)

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

1. Il Piano della Performance ed il Sistema di misurazione e valutazione della Performance sono strettamente connessi ed integrati con il P.T.P.C.T. Tale integrazione è volta a garantire la piena ed effettiva conoscibilità e comparabilità dell'agire dell'Azienda.

2. A tal fine, in sede di predisposizione dei documenti aziendali di programmazione dell'attività per il triennio 2023/2025, e nel contesto della Sottosezione Performance 2023/2025, verranno inseriti idonei riferimenti ai principi e alle misure normativamente previste in materia di anticorruzione e di trasparenza, al fine di consentire ai cittadini di conoscere, comparare e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato dell'Azienda.

3. La Direzione aziendale, in collaborazione con il R.P.C.T., fornirà, nel corso dell'anno 2023, ai Referenti del Piano apposite raccomandazioni finalizzate al recepimento – nell'ambito della loro attività istituzionale – degli obiettivi strategici ed operativi fissati dalla presente Sezione.

4. Si riportano qui di seguito in forma sintetica gli obiettivi strategici, per il triennio 2023/2025, individuati dalla Direzione aziendale nell'ambito del Piano della Performance:

Obiettivo specifico	2023	2024	2025
Accessibilità	Piano per il recupero della produzione.	Governo dei tempi di attesa con rispetto delle soglie previste dal PRGLA.	Governo dei tempi di attesa con rispetto delle soglie previste dal PRGLA.
Accessibilità	Sviluppo dei servizi di prossimità.	Sviluppo dei servizi di prossimità.	Sviluppo dei servizi di prossimità.
Sanità digitale e telemedicina	Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Identificazione di fasi assistenziali in cui garantire un controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico	Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Implementazione di attività di controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico	Promozione all'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Implementazione di attività di controllo da remoto del paziente dimesso da ricovero (RO/DH) o inserito in un percorso ambulatoriale per migliorarne la presa in carico).
Piano locale della cronicità/fragilità	Attuazione del Piano Locale Cronicità e dei servizi per la fragilità.	Ulteriore sviluppo delle azioni previste dal Piano.	Messa a regime delle azioni previste dal Piano.

Obiettivo specifico	2023	2024	2025
Promozione della salute e prevenzione	Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2020.	Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2021.	Coperture vaccinali (difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Haemophilus b, morbillo, parotite, rosolia, varicella) a 24 mesi di vita nella coorte di nascita 2022.
Promozione della salute e prevenzione	Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della Prevenzione 2023	Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della Prevenzione 2024	Attuazione degli interventi in relazione alle Azioni previste dal Piano Regionale di Prevenzione/Piano Locale della Prevenzione 2025
Edilizia sanitaria	Adeguamento strutturale delle sedi territoriali in coerenza con il Piano di Ripresa e Resilienza	Adeguamento strutturale delle sedi territoriali in coerenza con il Piano di Ripresa e Resilienza	Adeguamento strutturale delle sedi territoriali in coerenza con il Piano di Ripresa e Resilienza
Miglioramento Percorsi e Appropriattezza	Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali Creazione e impostazione CAS unificato	Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali Implementazione di tutti i percorsi afferenti al CAS unificato	Completamento e implementazione dei Percorsi di Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali Implementazione di tutti i percorsi afferenti al CAS unificato
Equilibrio Economico Finanziario	Analisi consumi legati a farmaci e dispositivi medici e proposte di efficientamento a livello dipartimentale	Analisi consumi legati a farmaci e dispositivi medici e proposte di efficientamento a livello dipartimentale	Analisi consumi legati a farmaci e dispositivi medici e proposte di efficientamento a livello dipartimentale

5. Nella Relazione sulla Performance viene annualmente dato specificamente conto dei risultati raggiunti in materia di contrasto al fenomeno della corruzione e di trasparenza dell'azione amministrativa, sotto il profilo della performance organizzativa, rispetto a quanto contenuto nel PTPCT.

RUOLO DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

1.L'O.I.V., nominato in nuova composizione con provvedimento del Direttore Generale n. 520 del 27.8.2021, verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti aziendali di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di

trasparenza.

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

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

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

MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO

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

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

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

RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE

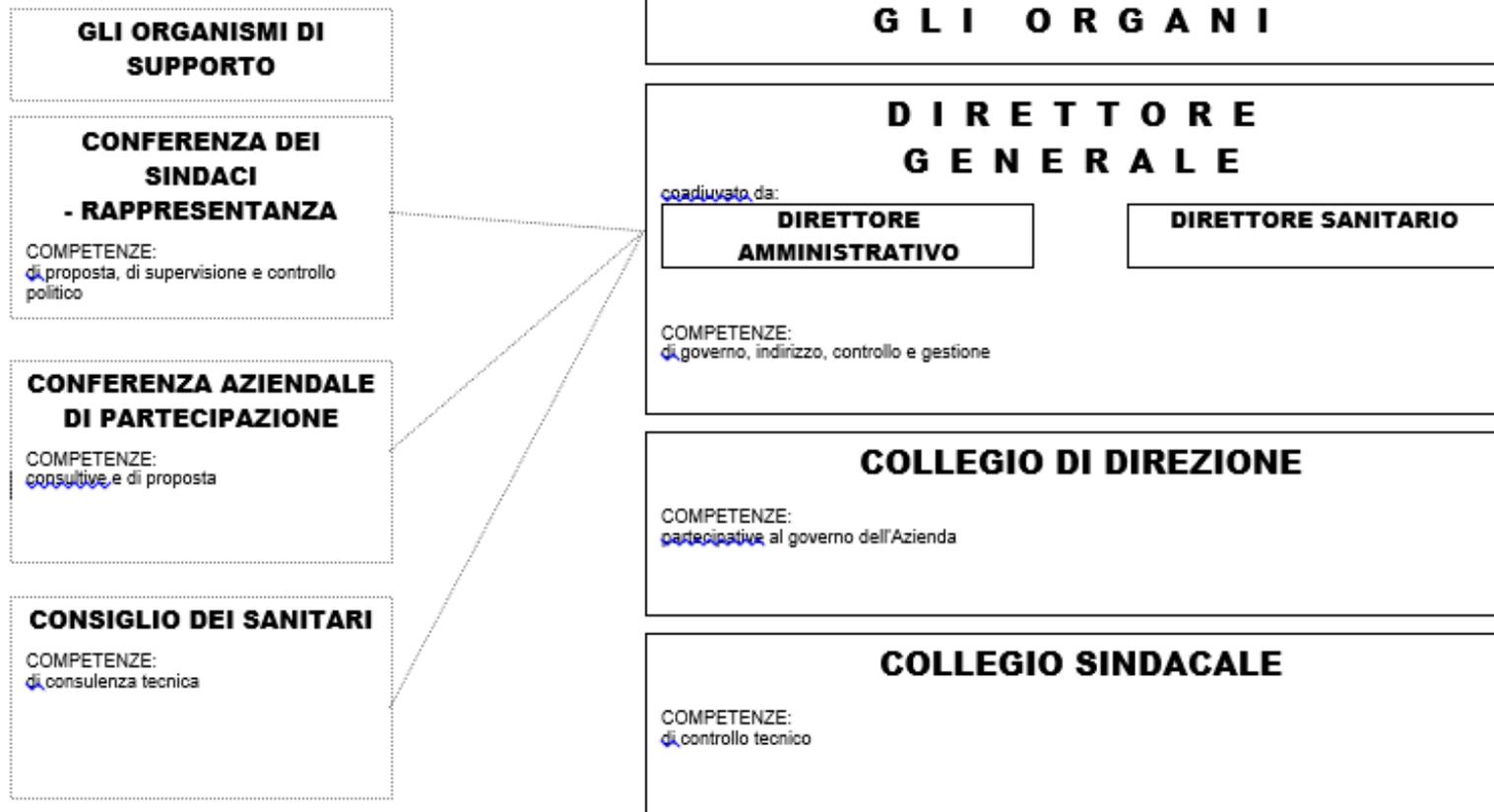
1. La prima modalità di partecipazione rispetto alla società civile avviene nella fase di costruzione della Sezione Anticorruzione e Trasparenza del presente Piano, mediante un dialogo diretto e immediato con i cittadini, le organizzazioni economiche e sociali, mediante l'apposita consultazione on-line svoltasi fra il 14 dicembre 2022 e il 16 gennaio 2023.
2. In seguito viene attuata una efficace strategia di comunicazione e diffusione delle misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il P.T.P.C.T.
3. Particolare rilevanza assume il ruolo della S.S. Qualità/Relazioni con il pubblico (U.R.P.) per la ricezione continua di osservazioni e suggerimenti da inviare al R.P.C.T.
4. Inoltre, poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della popolazione del territorio afferente all'ASL Cn2.
5. A tal fine le predette segnalazioni potranno essere inviate per posta elettronica all'indirizzo del Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza – Dott. Roberto TROVA: rtrova@aslcn2.it, o per posta ordinaria all'indirizzo: *Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza – S.S. Prevenzione della Corruzione – Trasparenza, Progetti innovativi, Segreteria Organismi collegiali, ASL CN2, Via Vida 10, 12051 ALBA (Cn).*

③ ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione Struttura organizzativa

Organigramma vigente al 31.3.2023

LA DIREZIONE STRATEGICA

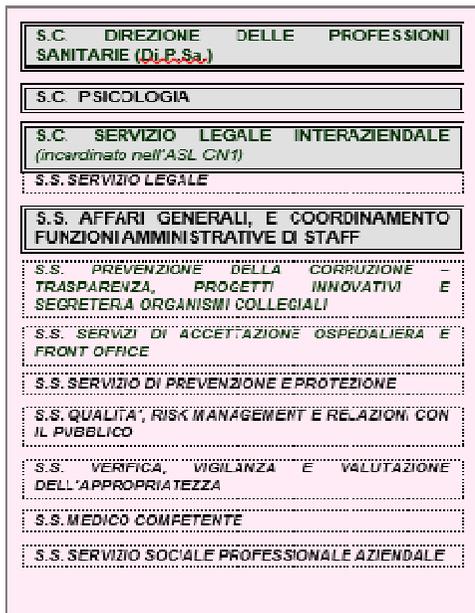


LA TUTELA E LA PRODUZIONE TERRITORIALE

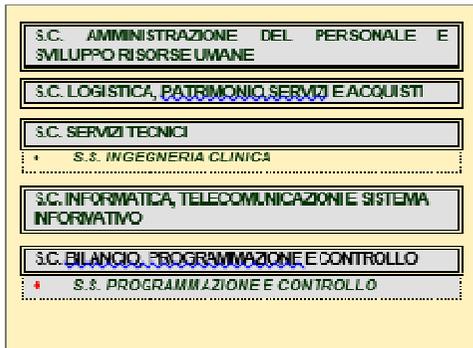


L'ORGANIZZAZIONE

SERVIZI DI STAFF



SERVIZI AMMINISTRATIVI DI LINEA



SERVIZI SANITARI DI LINEA



LEGENDA



DIPARTIMENTI SANITARI

AREA OSPEDALIERA

DIPARTIMENTO DI AREA DIAGNOSTICA

S.C. LABORATORIO ANALISI

S.C. ANATOMIA PATOLOGICA

S.C. RADIOLOGIA

- S.S. SCREENING MAMMOGRAFICO
- S.S. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

S.S.D. ANTENNA TRASFUSIONALE

S.S.D. FISICA SANITARIA

S.S.D. RADIOTERAPIA

La SC Nefrologia e Dialisi impiega il codice disciplina 29 per i ricoveri ordinari e di day hospital.

La SC Oncologia impiega il codice disciplina 64 per i ricoveri di day hospital.

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

S.C. MEDICINA INTERNA

- S.S. REUMATOLOGIA
- S.S. EMATOLOGIA
- S.S. GESTIONE EMERGENZE INFETTIVE
- S.S. DERMATOLOGIA

S.C. NEFROLOGIA E DIALISI

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

S.C. ONCOLOGIA

S.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE

- S.S. DEGENZA RIABILITATIVA

S.C. NUTRIZIONE CLINICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

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

S.S.D. GASTROENTEROLOGIA

S.C. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

S.S.D. DAY HOSPITAL E DAY SERVICE

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

S.C. CHIRURGIA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO

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

S.C. CHIRURGIA GENERALE

- S.S. CHIRURGIA VASCOLARE
- S.S. CHIRURGIA PLASTICA

S.C. UROLOGIA

S.C. OCULISTICA

S.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- S.S. CHIRURGIA PROTESICA

S.C. OTORINOLARINGOIATRIA

S.S.D. DAY E WEEK-SURGERY

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E URGENZA

S.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

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

S.C. CARDIOLOGIA - UTIC

- S.S. EMODINAMICA

S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE

- S.S. RIANIMAZIONE
- S.S. TERAPIA ANTALGICA
- S.S. SALE OPERATORIE

S.C. NEUROLOGIA

- S.S. NEUROFISIOLOGIA

DIPARTIMENTI SANITARI

AREA TERRITORIALE

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

Del Dipartimento funzionale di Patologia delle dipendenze fanno parte le seguenti strutture:

- S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE
- S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
- S.C. DISTRETTO 1
- S.C. DISTRETTO 2
- S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (Di.P.Sa.)
- S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' PREVENZIONE
- S.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

Alla programmazione delle attività del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze partecipano gli Enti Ausiliari con una o più sedi operative nel territorio dell'ASL CN2 con le modalità indicate nel regolamento che ne disciplina il funzionamento

AREA DELLA PREVENZIONE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

S.C. SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

- S.S. VACCINAZIONI, PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE, MEDICINA DEI VIAGGI E MIGRAZIONI

S.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE

S.C. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

S.C. MEDICINA LEGALE

- S.S. INVALIDITA' E DISABILITA'

S.S.D. MEDICINA SPORTIVA

S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' DI PREVENZIONE

S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA A - Sanità animale

S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA B - Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

AREA DI INTEGRAZ. OSPEDALIERA/TERRITORIALE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

S.C. PSICHIATRIA

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

S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

S.C. PEDIATRIA

- S.S. PATOLOGIA DELL'ADOLESCENZA DI INTERESSE PEDIATRICO

S.C. OSTETRICIA - GINECOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLOGICA

S.S.D. N.P.I.

DIPARTIMENTO DI RICERCA E CLINICA DELLA NUTRIZIONE

Del Dipartimento funzionale di Ricerca e Clinica della nutrizione fanno parte le seguenti strutture semplici dipartimentali e complesse con le loro articolazioni organizzative

- S.C. NUTRIZIONE CLINICA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
- S.C. MEDICINA INTERNA
- S.S.D. GASTROENTEROLOGIA
- S.C. CHIRURGIA GENERALE
- S.C. PEDIATRIA
- S.C. PSICOLOGIA
- S.C. PSICHIATRIA
- S.S.D. ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE
- S.C. DISTRETTO 1
- S.C. DISTRETTO 2
- S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (Di.P.Sa.)
- S.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE
- S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' PREVENZIONE
- S.S.D. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- S.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE
- S.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
- S.C. NEFROLOGIA E DIALISI
- S.C. ONCOLOGIA
- S.C. CARDIOLOGIA - UTIC

LE STRUTTURE E LE ATTIVITA' INTERAZIENDALI

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE, A VALENZA REGIONALE, D.I.C.R. - DIPARTIMENTO CONTABILITA' RISORSE EX DGR N. 9-3584 DEL 23/07/2021

Sede: ASL CN1 - Deliberazione n. 827 del 30/08/2021 recepita con D.G.R. n. 15-3826 del 15/10/2021

Strutture ASL CN2 afferenti:

S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO | S.S. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

LE STRUTTURE INTERAZIENDALI ASL CN2, ASL CN1 E AO SANTA CROCE E CARLE

ASL CN2 | ASL CN1 | AO SANTA CROCE E CARLE

S.C. SERVIZIO LEGALE INTERAZIENDALE (incardinato nell'ASL CN1)

S.S. SERVIZIO LEGALE

LE STRUTTURE OPERANTI IN COLLEGAMENTO TRA ASL CN2 E AO SANTA CROCE E CARLE

ASL CN2
S.S.D. FISICA SANITARIA

AO SANTA CROCE E CARLE
S.C. FISICA SANITARIA

ASL CN2
S.S.D. RADIOTERAPIA

ASO SANTA CROCE E CARLE
S.C. RADIOTERAPIA

I Diretori delle SS.CC. Radioterapia, Fisica Sanitaria, dell'A.O. S. Croce e Carle di Cuneo coordinano l'organizzazione e i percorsi assistenziali delle oncologie SS.SS.DD. dell'Asl Cn2, secondo le modalità regolamentate da specifiche convenzioni

IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE IN COLLEGAMENTO FUNZIONALE TRA ASL CN2 E ASL CN1 / AO SANTA CROCE E CARLE

S T R U T T U R A L E

ASL CN2	ASO SANTA CROCE E CARLE	ASL CN1
<ul style="list-style-type: none"> - SC PEDIATRIA <ul style="list-style-type: none"> - Sa Patologie adolescenza ed infanzia pediatriche - SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLOGICA - SSD NEUROPSICHIATRIA INFANTILE <p><small>(Le suddette strutture nell'ambito dell'ASL CN2 sono aggregate nel Dipartimento strutturale aziendale Materno Infantile)</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> - SC PEDIATRIA - SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA <ul style="list-style-type: none"> - Sa Ostetricia - SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE <ul style="list-style-type: none"> - Sa Neonatologia - Sa Trasporto Neonatale d'Emergenza - SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 	<ul style="list-style-type: none"> - SC PEDIATRIA SAVIGLIANO <ul style="list-style-type: none"> - Sa Neonatologia - SC PEDIATRIA MONDOVI - SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA SAVIGLIANO <ul style="list-style-type: none"> - Sa Fisiopatologia della riproduzione umana - SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA MONDOVI - SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - Sa Centro Diagnostica Ecografica Ostetrico-Ginecologica e Prenatale - Sa Consulenti Familiari

F U N Z I O N A L E

COMPETENZE

Garantisce i percorsi nascita, crescita, patologia cronica di cui alla DGR 26-1653/2015.

Sottosezione Organizzazione lavoro agile

L'organizzazione del lavoro agile riguarda:

- livello di attuazione e sviluppo
- modalità attuative
- soggetti, processi e strumenti
- programma di sviluppo
- indicatori di misurazione

I tre pilastri strategici su cui si costruisce il programma sono la cultura organizzativa, le tecnologie digitali e le performance.

Livello di attuazione e sviluppo

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

Tale nuova modalità di lavoro si è imposta nel 2020 quale strumento per fronteggiare efficacemente l'emergenza sanitaria, consentendo di mantenere la continuità nell'erogazione dei servizi e al contempo contenere il contagio.

Su tali basi si può sviluppare il Piano Organizzativo del Lavoro Agile che si integra nel ciclo di programmazione dell'ente attraverso il Piano della Performance, come previsto dall'art. 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.

Il Piano è redatto secondo quanto previsto dall'art. 263 comma 4-bis del DL. 34/2020 di modifica dell'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 attualmente vigente.

La particolare situazione venutasi a delineare con l'emergenza Covid 19 ha reso necessario adottare misure che da un lato salvaguardassero la salute dei dipendenti anche considerando la possibilità di ridurre al minimo il numero di persone fisicamente presenti nelle postazioni lavorative abituali, favorendo

il distanziamento sociale ma continuando a garantire la maggior operatività possibile ai diversi livelli.

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile deve individuare le modalità attuative del lavoro agile garantendo che i dipendenti interessati non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative.

In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano”. (Art. 263, comma 4-bis, DL 34 del 19 maggio 2020)

Modalità attuative del lavoro agile

Nel progettare un processo di attuazione del Lavoro Agile a livello organizzativo, in linea con quanto previsto dall'art.263 della L. n. 77/2020, l'ASL CN2 persegue il principio guida “far but close” definito anche nelle Linee Guida per il POLA del DFP.

Infatti con la deliberazione n.61 del 29/01/2021, è stato approvato il Regolamento aziendale sul Lavoro Agile che costituisce l'esplicitazione normativa ed organizzativa dei principi contenuti nella presente sottosezione del P.I.A.O. così costituire, nel suo complesso, il Piano organizzativo del lavoro agile di questa Asl. Il Regolamento si applica al personale appartenente all'area contrattuale del comparto e della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa del S.S.N.

Organizzazione del lavoro

Un ruolo fondamentale nell'organizzazione del lavoro agile è svolto dal Direttore di struttura (personale dirigente) che provvederà a:

1. individuare i criteri per la tipologia di attività che possono essere svolte da remoto al fine di, ampliare, in futuro le stesse attività e definire il grado di autonomia, nonché la relativa autovalutazione, per il lavoro da remoto.

2. definire la conciliazione la dei tempi di vita e tempi di lavoro
3. garantire il diritto di disconnessione del dipendente

Spazio di lavoro

Il dipendente che, rispondendo alle caratteristiche che rientrano nelle modalità di lavoro fragile, svolgerà il Lavoro Agile presso una sede adeguata e avrà cura di farlo in un luogo che possa garantire la propria incolumità personale, la sicurezza delle informazioni e la qualità del proprio lavoro, evitando quindi postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche o che possano creare situazioni di pericolo. A tal ragione l'ASL CN2 si impegna a garantire l'applicazione della normativa per l'infortunio sul lavoro anche per il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, nonché a rafforzare ulteriormente le procedure per assicurare la gestione sicura dei dati e informazioni aziendali.

Dotazione tecnologica

L'azienda fornisce ai dipendenti che beneficiano della modalità lavorativa Lavoro Agile gli strumenti adeguati, provvedendo progressivamente al rinnovo delle apparecchiature informatiche già in dotazione al personale.

Sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni di personale

Il personale dipendente al 31.12.2022 risultava essere di 2.037 unità (di cui 17 a tempo determinato), 215 in più rispetto all'anno precedente.

Tabella 1 - Personale dipendente per ruolo al 31/12/2022

Ruolo	Numero
Sanitario	1306
Professionale	7
Tecnico	540
Amministrativo	184
Totale	2037

Il personale dipendente è costituito per il 75% da donne. La fascia d'età più rappresentata è quella 43/58 anni che corrisponde al 51% del totale dei dipendenti, seguita dalla fascia d'età 59/66 anni, pari al 17% e da 32/42 anni, pari al 22% del totale, mentre la fascia d'età più giovane rappresenta il 10% del totale.

Tabella 2 - Personale dipendente per categoria al 31/12/2022

Categoria personale	Numero
Dirigenti Medici e Veterinari	293
Altri dirigenti	51
Personale infermieristico	792
Personale tecnico sanitario	88
Personale della prevenzione	18
Personale della riabilitazione	81
Personale OTA - OSS	399
Ausiliari specializzati	3
Personale amministrativo	174
Altro personale	138
totale	2037

Il personale infermieristico rappresenta il 38% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (14%). Il personale OTA/OSS costituisce il 19% di tutto il personale dipendente e il personale della riabilitazione il 4%.

A seguito della approvazione, da parte della Regione Piemonte, della D.G.R. n. 46 - 6202 del 7/12/2022 avente ad oggetto: *“Approvazione Piani Triennali Fabbisogni Personale (PTFP) delle Aziende Sanitarie del SSR, triennio 2021-2023”*. *Indicazioni alle ASR per l’adozione dei Piani triennali dei fabbisogni di personale per il triennio 2022-2024.* – *Approvazione tetti di spesa del personale anni 2022-2023-2024.*”, l’Azienda ha provveduto a predisporre il Piano Triennale del fabbisogno del personale 2022-2024, di cui si riporta, qui di seguito, la Dotazione Organica approvata dall’Asl Cn2 e trasmessa – per i provvedimenti autorizzativi di competenza – alla Regione Piemonte con nota n. 10328 del 10.2.2023.

	CATEGORIA/PROFILO	Dotazione Organica (personale dipendente)							totale
		TP	PT 90%	PT 83%	PT 80%	PT 70%	PT 50%	PT 30%	
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	DIRIGENTE MEDICO SC	29							29
	DIRIGENTE MEDICO SS	33				1			34
	DIRIGENTE MEDICO	263				6	2		271
	DIRIGENTE VETERINARIO SC								0
	DIRIGENTE VETERINARIO SS	3							3
	DIRIGENTE VETERINARIO	23							23
		351	0	0	0	7	2	0	360
DIRIGENZA SPTA	DIRIGENTE – FARMACISTA SC	1							1
	DIRIGENTE – FARMACISTA SS	1							1
	DIRIGENTE - FARMACISTA	10							10
	DIRIGENTE - BIOLOGO SC								0
	DIRIGENTE - BIOLOGO SS								0
	DIRIGENTE - BIOLOGO	10							10
	DIRIGENTE – CHIMICO SC								0
	DIRIGENTE – CHIMICO SS								0
	DIRIGENTE – CHIMICO								0
	DIRIGENTE – PSICOLOGO SC	1							1
	DIRIGENTE – PSICOLOGO SS								0
	DIRIGENTE - PSICOLOGO	12							12
	DIRIGENTE – FISICO SC								0
	DIRIGENTE – FISICO SS	1							1
	DIRIGENTE – FISICO	2							2
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SC	1							1
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SS								0
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	2							2

		DIRIGENTE AVVOCATO SC								0
		DIRIGENTE AVVOCATO SS	1							1
		DIRIGENTE AVVOCATO	1							1
		DIRIGENTE INGEGNERE SC								0
		DIRIGENTE INGEGNERE SS								0
		DIRIGENTE INGEGNERE	2							2
		DIRIGENTE ARCHITETTO SC	1							1
		DIRIGENTE ARCHITETTO SS	1							1
		DIRIGENTE ARCHITETTO								0
		DIRIGENTE ANALISTA SC	1							1
		DIRIGENTE ANALISTA SS								0
		DIRIGENTE ANALISTA	2							2
		DIRIGENTE STATISTICO SC								0
		DIRIGENTE STATISTICO SS								0
		DIRIGENTE assistente sociale	1							1
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	3							3
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SS	4							4
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	1							1
			59	0	0	0	0	0	0	59
RUOLO SANITARIO (COMPARTO)	Ds	CPSS - INFERMIERE	16		1					17
	Ds	CPSS - INFERMIERE PEDIATRICO	1							1
	Ds	CPSS - OSTETRICA	1							1
	Ds	CPSS - DIETISTA								0
	Ds	CPSS - ASSISTENTE SANITARIA	3					1		4
	Ds	CPSS - TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA	1							1
	Ds	CPSS – TECNICO LABORATORIO	1							1
	Ds	CPSS - TECNICO AUDIOMETRISTA								0
	Ds	CPSS - TECNICO PERFUSIONISTA								0
	Ds	CPSS - TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA								0
	Ds	CPSS - FISIOTERAPISTA								0
	Ds	CPSS - LOGOPEDISTA								0
	Ds	CPSS - ORTOTTISTA								0
	Ds	CPSS - EDUCATORE PROFESSIONALE								0
	Ds	CPSS - TEC. PREVENZIONE	3					1	1	5
	Ds	CPSS - TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'								0
	D	CPS - INFERMIERE	685		19	3	16	50		773
	D	CPS - INFERMIERE PEDIATRICO	20		1		6	2		29
	D	CPS - OSTETRICA	40		4			2		46
	D	CPS - DIETISTA	9							9
	D	CPS - ASSISTENTE SANITARIA	10					2		12
D	CPS - TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	34		2	1	1	1		39	
D	CPS - TECNICO LABORATORIO	47		1		2	2		52	
D	CPS - TECNICO AUDIOMETRISTA	2							2	
D	CPS - TECNICO PERFUSIONISTA								0	

	D	CPS - TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	6						6	
	D	CPS - FISIOTERAPISTA	31		1		5	7	44	
	D	CPS - LOGOPEDISTA	9		1	2	1	1	14	
	D	CPS - ORTOTTISTA	2				1		3	
	D	CPS - EDUCATORE PROFESSIONALE	14		1			2	17	
	D	CPS - TEC. PREVENZIONE	33						33	
	D	CPS - TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'	3						3	
	D	CPS - MASSAGGIATORE NON VEDENTE							0	
	C	INFERMIERE GENERICO SENIOR							0	
	C	PUERICULTRICE SENIOR							0	
	C	MASSIOFISIOTERAPISTA SENIOR	1					1	2	
Bs	INFERMIERE GENERICO							0		
			972	0	31	6	32	72	1	1114
RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE (COMPARTO)	D	ASSISTENTE RELIGIOSO	2						2	
	Ds	COLLAB. PROF.ASSIST.SOCIALE SENIOR	2						2	
	Ds	COLLAB. TECNICO PROF.LE SENIOR	3						3	
	D	COLLAB. PROFESS.ASSISTENTE SOCIALE	6				1		7	
	D	COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	23				1		24	
	C	ASSISTENTE TECNICO	12						12	
	C	PROGRAMMATORE	7						7	
	C	OPERAT.TECN.SPECIALIZZATO SENIOR	20					1	21	
	Bs	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	29					4	33	
	Bs	OPERATORE SOCIO SANITARIO	365		2		5	4	376	
	B	OPERATORE TECNICO / OTA	16				1	1	18	
A	AUSILIARIO SPECIALIZZATO	2				1		3		
			487	0	2	0	9	10	0	508
RUOLO AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	Ds	COLLAB. AMM.VO PROFESS. SENIOR	11						11	
	D	COLLABORATORE AMM.VO PROFESS.	37				1		38	
	C	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	103	1	4	2	9	1	120	
	Bs	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	4						4	
	B	COADIUTORE AMMIN.	22				3	1	26	
	A	COMMESSE	1						1	
			178	1	4	2	13	2	0	200
			2047,00	1,00	37,00	8,00	61,00	86,00	1,00	2241,00
			2241							

	CATEGORIA/PROFILO	Dotazione Organica Reinternalizzata (personale dipendente)							
		TP	PT 90%	PT 83%	PT 80%	PT 70%	PT 50%	PT 30%	totale
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	DIRIGENTE MEDICO SC								0
	DIRIGENTE MEDICO SS								0
	DIRIGENTE MEDICO								0
	DIRIGENTE VETERINARIO SC								0
	DIRIGENTE VETERINARIO SS								0
	DIRIGENTE VETERINARIO								0
		0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENZA SPTA	DIRIGENTE – FARMACISTA SC								0
	DIRIGENTE – FARMACISTA SS								0
	DIRIGENTE - FARMACISTA								0
	DIRIGENTE - BIOLOGO SC								0
	DIRIGENTE - BIOLOGO SS								0
	DIRIGENTE - BIOLOGO								0
	DIRIGENTE – CHIMICO SC								0
	DIRIGENTE – CHIMICO SS								0
	DIRIGENTE – CHIMICO								0
	DIRIGENTE – PSICOLOGO SC								0
	DIRIGENTE – PSICOLOGO SS								0
	DIRIGENTE - PSICOLOGO								0
	DIRIGENTE – FISICO SC								0
	DIRIGENTE – FISICO SS								0
	DIRIGENTE – FISICO								0
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SC								0
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SS								0
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE								0
	DIRIGENTE AVVOCATO SC								0
	DIRIGENTE AVVOCATO SS								0
	DIRIGENTE AVVOCATO								0
	DIRIGENTE INGEGNERE SC								0
	DIRIGENTE INGEGNERE SS								0
	DIRIGENTE INGEGNERE								0
	DIRIGENTE ARCHITETTO SC								0
	DIRIGENTE ARCHITETTO SS								0
	DIRIGENTE ARCHITETTO								0
	DIRIGENTE ANALISTA SC								0
	DIRIGENTE ANALISTA SS								0
	DIRIGENTE ANALISTA								0

Formazione del personale

Piano della formazione

Il Piano Annuale della Formazione dell'ASL CN2, individua nelle persone, la risorsa fondamentale su cui basare lo sviluppo dell'A.S.L., rappresenta il principale strumento strategico di pianificazione e programmazione finalizzato alla crescita e valorizzazione dei professionisti, lavoratori dipendenti o convenzionati per favorire il miglioramento dell'assistenza sanitaria dei cittadini in una logica di benessere di comunità.

Consuntivo dell'attività formativa 2022

PAF 2022 In Numeri Delibera DG n. 159 del 25/02/2022
76 eventi realizzati
72,22% del totale dei programmati
1 evento non ECM FAD
11 FAD asincrona
Eventi non previsti PAF , 0 partecipanti come Provider ECM per conto di esterni
Attestati ECM 3252 crediti erogati
Attestati non ECM 664 crediti erogati
0 segnalazioni e reclami

La raccolta dei fabbisogni formativi avviene attraverso modelli di rilevazione del fabbisogno individuale triennale e del fabbisogno annuale della struttura di appartenenza

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

Analisi dei Bisogni Formativi. Questionario online 2022/2023
<i>Giudizio su modalità formative aziendali:</i> medio-alto rispetto ai contenuti, all'accrescimento professionale e all'innovazione.
<i>Efficacia rispetto alle modalità formative aziendali:</i> medio-alta per congressi, residenziali e fad, molto alta per la FSC (Formazione sul campo)
<i>Tipologie formative da privilegiare:</i> molto alta la FSC (Formazione sul campo)
<i>Metodologie didattiche da agevolare:</i> quelle che privilegiano le attività interattive (esercitazioni pratiche, discussione di casi clinici, dimostrazioni tecniche, lavori a gruppi)
<i>Importanza della conoscenza/padronanza delle attività informatiche:</i> alta
<i>Aree ritenute più opportune:</i> Comunicazione relazione, Emergenza-urgenza e Giuridico-normativa
<i>Obiettivi formativi prioritari:</i> Linee guida-protocolli-procedure, Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice, Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure, La comunicazione efficace, interna, esterna, con il paziente. La privacy e il consenso informato

Le politiche di sviluppo della formazione degli operatori si fondano su tre pilastri:

- 1) sviluppo delle competenze professionali, inteso come definizione delle competenze chiave da possedere per lo svolgimento delle singole professioni,
- 2) consapevolezza organizzativa, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire all'interno della stessa nel rispetto delle proprie competenze e dei propri ruoli;
- 3) sviluppo di carriera, inteso come definizione di percorsi di carriera professionali e gestionali.

Programmazione attività formativa 2023

a) le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale;

Il Piano formativo Aziendale, approvato con delibera n. 157 del 23 febbraio 2023 in linea con le indicazioni regionali su obiettivi formativi ECM – anno 2023 D.D. 27 dicembre 2022 n. 2029, permette di pianificare i

cambiamenti organizzativi ed elaborare soluzioni strategiche di intervento favorendo la crescita professionale degli operatori, al fine di miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e sicurezza delle prestazioni erogate dall'ASL CN2.

Le aree di intervento

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

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

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

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

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

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

b) le risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative;

L'ASL svolge le attività formative con le seguenti modalità :

formazione residenziale,

formazione sul campo (gruppi di miglioramento, training individualizzato, attività di ricerca),

formazione fad asincrona.

Per l'attuazione del Piano Formativo Aziendale è privilegiato l'utilizzo di formatori interni e del Sistema del Servizio Sanitario Regionale.

L'aggiornamento individuale sarà indirizzato prioritariamente verso l'offerta formativa del sistema regionale.

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

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

In conformità a quanto previsto dall'art. 62 del CCNL 2019/2021 del Comparto Sanità, sottoscritto in data 02.11.2022, l'Azienda ha indetto appositi avvisi di selezione per la concessione di permessi retribuiti (cd 150 ore) per motivi di studio (anno 2023), riservato ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, di durata non inferiore a sei mesi continuativi, appartenenti all'Area del Comparto.

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

Il numero dei dipendenti che potrà beneficiare di tale istituto contrattuale è di 45 cioè il 3 % del personale del comparto in servizio al 01.01.2022

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

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

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

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

Piano azioni positive

PIANO DELLE AZIONI POSITIVE 2022-2023

Nel Piano delle Azioni Positive (di seguito PAP) 2020-2022, adottato con delibera n. 408 del 21/8/2020 venivano definite le azioni operative sviluppate dal Comitato Unico di Garanzia aziendale delibera n. 143 del 9.5.2017.

In particolare l'attività si è articolata in tre sezioni:

- Benessere organizzativo
- Lavoro agile
- Favorire politiche di conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari (Welfare aziendale)

BENESSERE ORGANIZZATIVO

- Progetto Valutazione del Rischio stress lavoro correlato (SLC)

Durante l'anno 2022 l'Azienda ha avviato un progetto per la valutazione del rischio stress lavoro-correlato (SLC) e la promozione della salute organizzativa, in continuità con gli interventi che già da anni questa Azienda propone ai suoi dipendenti.

Con questa finalità, l'Azienda ha nominato un Gruppo di Lavoro aziendale per la valutazione del rischio stress lavoro-correlato e la promozione della salute organizzativa, composto da RSPP, Medico competente, S.C. Psicologia, Direzione sanitaria PO, S.C. Amministrazione del Personale, S.C. DIPSA, S.S. Qualità e Risk Management, in collaborazione con la Direzione Generale e la Direzione Sanitaria.

Il progetto si è concluso negli ultimi mesi 2022 ed è stato strutturato come viene descritto.

1) Fase preliminare:

- Intervista a tutti i Direttori/Responsabili e i Coordinatori di Struttura in merito allo stato di "salute" dei gruppi di lavoro, a partire da come sono stati vissuti la pandemia e il trasferimento all'ospedale di Verduno
- Compilazione di una check list apposita da parte loro, in collaborazione con il gruppo di lavoro.

Si evidenzia una buona collaborazione e partecipazione da parte di tutte le Strutture.

2) **Individuazione della fascia di rischio** stress lavoro-correlato alla luce dell'analisi precedente, in collaborazione con il Gruppo di Lavoro aziendale.

3) **Restituzione scritta** sintetica dei risultati a tutte le Strutture.

4) **Restituzione attraverso colloquio** con il Direttore/Responsabile e il Coordinatore e aggiornamento.

Alle Strutture in fascia ad alto rischio stress lavoro-correlato: Si riscontra che in alcuni casi, nel frattempo, sono state già messe in atto alcune azioni di miglioramento nei gruppi.

5) **Fase di approfondimento**, per le Strutture ad alto rischio SLC: Focus group a tutto il personale della Struttura, in cui si individuano le principali criticità del gruppo, dal punto di vista relazionale e organizzativo.

6) Restituzione scritta sintetica dei risultati a tutte le Strutture e attraverso colloquio con Direttore/Responsabile e Coordinatore e individuazione delle azioni di miglioramento.

Quando ritenuto necessario perché le tematiche erano maggiormente di sua competenza, il colloquio è avvenuto con la presenza e la collaborazione del RSPP.

Risultati Nel complesso i Responsabili/Direttori, i Coordinatori e i gruppi di lavoro delle Strutture si sono dimostrati interessati e attivamente partecipanti.

In molte Strutture già durante il percorso son state messe in atto misure di miglioramento; in alcuni casi erano azioni programmate dalla Direzione Generale, come l'inserimento di nuovo personale; in altri casi azioni in parte conseguenti alla riflessione sul gruppo di lavoro e alla sensibilizzazione a occuparsi delle sue dinamiche e criticità stimulate dal progetto stesso.

Si ritiene, infatti, che questa tipologia di iniziative siano utili, non solo a individuare azioni migliorative dove necessario, ma anche e soprattutto a promuovere lo sviluppo di una maggiore competenza e cultura organizzativa improntate all'organizzazione e alla gestione dei gruppi di lavoro in modo più consapevole e tenendo conto anche delle risorse, delle criticità, dei bisogni e delle motivazioni del personale.

Per altre Strutture, durante il colloquio finale, con la restituzione dell'intero percorso, si è discusso per individuare misure e strategie di miglioramento.

- Attivazione Sportello al Sostegno Psicologico

In continuità con attività di Valutazione e Promozione della Salute organizzativa nell'anno 2022, presso la S.C. Psicologia, è stato attivato lo **Sportello al Sostegno Psicologico** dei dipendenti, conseguenti a problematiche spesso relative all'ambito lavorativo, talvolta riguardanti criticità familiari o personali.

Negli anni questo servizio a disposizione dei lavoratori ha riscontrato una sempre crescente richiesta.

LAVORO AGILE

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, si è prevista l'introduzione di un sistema strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro. In tale processo i principali attori sono i Dirigenti che, in qualità di promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi, pongono particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati avviene allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa.

La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile. Si proseguirà pertanto, nel triennio di riferimento, ad attivare le procedure di confronto con le OO.SS. finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali e dai nuovi accordi contrattuali.

FAVORIRE POLITICHE DI CONCILIAZIONE TRA VITA LAVORATIVA E RESPONSABILITA' FAMILIARI

Nell'ottica di favorire la conciliazione tra vita lavorativa e responsabilità familiari, la struttura complessa Direzione delle professioni sanitarie, in stretta collaborazione con gli uffici dell'amministrazione del personale, nel corso dell'anno 2022, ha proseguito con il progetto - iniziato nell'anno 2019 - di ***Programmazione e gestione della mobilità interna volontaria di infermieri e OSS con il supporto di un applicativo informatico.***

Come negli anni passati l'obiettivo è stato quello di raggiungere il più alto numero di assegnazioni di lavoro rispondenti alle richieste dei dipendenti, tenendo in particolare considerazione alcuni criteri come la situazione familiare con figli o genitori a carico oppure con disabilità, età elevata per lo svolgimento del lavoro notturno, distanza dal domicilio, e altro.

Di seguito si rappresentano i risultati (tabella 1).

Tabella 1

OPERATORI MOBILITATI NEL CORSO DEL 2022			
	INFERMIERI	OSTETRICHE	O.S.S.
MOBILITA' SU BASE VOLONTARIA	55	4	35
MOBILITA' PER COMPETENZE	9	0	4

Il tema della conciliazione dei tempi vita lavoro trova inoltre applicazione nella trasformazione dei contratti di lavoro da tempo pieno a tempo parziale e per tale motivo la DIPSA ha valutato nel corso dell'anno 2022 tutte le istanze di modifica dell'orario di lavoro portate dai dipendenti e nei casi in cui le esigenze organizzative lo hanno permesso sono stati accordati pareri positivi di seguito sintetizzati.

	INFERMIERI	OSTETRICHE	O.S.S.
N. OPERATORI A CUI E' STATO CONCESSO IL PASSAGGIO DAL RAPPORTO DI LAVORO DA ORARIO PIENO A TEMPO PARZIALE	5	0	6
	INFERMIERI	OSTETRICHE	O.S.S.
N. OPERATORI A CUI E' STATO CONCESSO IL PASSAGGIO DAL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE A TEMPO PIENO	2	1	0
	INFERMIERI	OSTETRICHE	FISIOTERAPISTI
N. OPERATORI A CUI E' STATA CONCESSA LA VARIAZIONE DELLA PERCENTUALE DEL PART TIME	1	1	1

- Progetto di Ricerca Valorizzazione delle competenze

L'azienda ha attivato nel primo semestre 2022 un progetto formativo dal titolo *"Spring school: cultura organizzativa"* articolato in 3 incontri, l'obiettivo formativo è l'acquisizione di strumenti e tecniche gestionali collegate alla funzione direzionale e l'acquisizione di competenze *"service modeling"* contestualizzate ai servizi Sanitari. Il corso ha visto la attiva partecipazione di operatori delle professioni sanitarie con incarico di funzione organizzativa.

- Cultura organizzativa formati n 40 operatori
- Tutor Clinico per le Professioni Sanitarie formati 20 operatori
- Leadership di line per il nuovo Ospedale di Alba e Bra formati n 65 operatori

- Welfare Aziendale

Nel corso del 2020 è stato avviato il progetto di welfare aziendale *"Talenti Latenti II: rete per una governance della salute di comunità"* il cui obiettivo specifico è stato la diffusione del concetto di Salute

Collaborativa a tutti i livelli e a tutti gli attori del territorio CN2. Nello specifico saranno implementate delle azioni mirate all'analisi del benessere sociale e della salute dei dipendenti dell'ASL CN2 e delle Aziende Private e del Privato Sociale che vorranno aderire alla rete. Iniziative di WHP per i dipendenti ASL CN2 saranno attivate nel corso del triennio 2023-2025 .

Con delibera n. 183 del 10.03.2023 è stato rinnovato il Comitato Unico di Garanzia che si è insediato il 16 marzo 2023. Il Comitato ha definito in questa occasione le linee di indirizzo d'intervento delle **azioni positive che saranno oggetto di interventi specifici per il periodo 2023 -2027:**

- Conoscere le caratteristiche ed i bisogni del personale aziendale
- Implementare le azioni per promuovere la salute, la sicurezza ed il benessere lavorativo
- Implementare le azioni di conciliazione tempi di vita e di lavoro e responsabilità familiari
- Prevenire e contrastare discriminazioni e molestie sul lavoro

Azioni trasversali alle azioni positive:

- Programmazione e realizzazione di iniziative formative per promuovere la tematica delle pari opportunità, al benessere organizzativo
- Attività di comunicazione per la diffusione delle informazioni delle Azioni Positive aziendali sui temi delle pari opportunità del bilancio di genere, del benessere organizzativo attivate dall'Azienda.

④ MONITORAGGIO

Monitoraggio Valore Pubblico

Le opinioni degli utenti vengono raccolte secondo le modalità specificamente indicate dalle procedure e convogliano nelle Relazioni annuali: analisi segnalazioni (informali e formali quali reclami ed elogi), report scaturiti da indagini di soddisfazione ed audit civici, opinioni pervenute tramite i canali previsti dal portale e dalla rete intranet e dai diversi punti di raccolta previsti (es URP, CUG, MC, SID, whistleblowing), contributi emersi dagli stakeholders come la Conferenza di Partecipazione, la Conferenza dei Sindaci piuttosto che da segnalazioni riguardanti l'Azienda fatti pervenire ad altri canali (es ANAC, DFP, Consiglieri di parità, UNAR, Regione, Autorità Giudiziaria).

Gli elementi raccolti ed analizzati vengono sintetizzati nelle relazioni predisposte dall'Ufficio Qualità e dai verbali dei vari organismi partecipativi o di indirizzo politico ed utilizzati, in ottica di miglioramento continuo, per l'individuazione di nuovi obiettivi e per la predisposizione di iniziative e progetti che vengono gestiti a livello di gruppi di lavoro.

Monitoraggio Performance

Il sistema di valutazione dell'ASL CN2 si basa sulla performance organizzativa dalla fase di definizione degli obiettivi, alla misurazione in corso d'anno e alla verifica finale dei risultati.

Per quanto riguarda la fase di definizione degli obiettivi, il riferimento è ai requisiti metodologici previsti all'art. 5 del D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., recepiti dall'Asl Cn2 nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (Si.Mi.Va.P.).

La Valutazione della Performance opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'Organigramma Aziendale e negli altri atti organizzativi:

- Strutture Complesse, Strutture Semplici Dipartimentali e non Dipartimentali,
- Setting assistenziali infermieristici e tecnici;

Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

La Direzione dell'Azienda, coerentemente alle indicazioni e agli atti della programmazione regionale ed alle proprie valutazioni di contesto, definisce annualmente la strategia aziendale,

presentata nel Collegio di Direzione. Successivamente, la Struttura Complessa Bilancio, Programmazione e Controllo, per il tramite della propria articolazione organizzativa Struttura Semplice Programmazione e Controllo, predispone le opportune schede obiettivo.

Le schede così definite vengono illustrate, discusse, condivise ed infine firmate per accettazione dai Direttori/Responsabili dei centri di responsabilità. Si identifica la retribuzione di risultato legata ad ogni obiettivo attraverso la “pesatura” dei medesimi.

La Struttura Semplice Programmazione e Controllo, produce la reportistica periodica, funzionale alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi come sopra negoziati, per quanto di competenza.

L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) procede invece ad una verifica infrannuale utile a valutare eventuali criticità nel percorso di raggiungimento degli obiettivi; tale verifica può costituire motivazione per la prosecuzione dell’attribuzione degli acconti mensili della retribuzione di risultato, fermo restando la valutazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi.

Nel caso in cui l’O.I.V. decida di sospendere l’erogazione degli acconti, tale situazione dovrà essere oggetto di rivalutazione entro il termine di due mesi; la sospensione temporanea degli acconti, anche se riferita ad un singolo obiettivo, avrà comunque effetto su tutta la quota mensile.

In base alle verifiche sopra indicate e ad eventuali osservazioni formalizzate dalle Strutture operative, la Direzione Aziendale può anche autorizzare eventuali modifiche agli obiettivi, qualora sia accertato che siano intervenute rilevanti novità che incidono sulla possibilità di raggiungimento dell’obiettivo o sia constatato che l’obiettivo fosse originariamente non appropriato nella formulazione o nel valore atteso; in caso di successive disposizioni regionali, è facoltà della Direzione ridefinire o integrare gli obiettivi assegnati.

Al grado di raggiungimento finale degli obiettivi viene legata in maniera definitiva la corresponsione del saldo, positivo o negativo, della retribuzione di risultato/produttività.

La metodologia adottata consente all’O.I.V. di valutare la Performance organizzativa per tutte le Strutture aziendali.

Performance individuale

Il grado di raggiungimento degli obiettivi della Struttura determina anche il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello individuale.

L'eventuale non raggiungimento o un raggiungimento in quota minore rispetto al risultato dell'equipe, deve essere dichiarato dal Responsabile di Servizio attraverso una relazione chiara e circostanziata, dalla quale emergano le motivazioni.

La valutazione individuale viene anche formalizzata dai responsabili dei servizi attraverso la compilazione, a fine d'anno, di un'apposita scheda.

L'O.I.V., dopo aver acquisito le osservazioni del dipendente (eventualmente assistito da un rappresentante sindacale o legale di fiducia) provvede ad assumere la decisione definitiva.

Parteciperanno alla contestuale redistribuzione delle quote residue, nell'ambito dell'equipe, esclusivamente coloro che abbiano raggiunto pienamente tutti gli obiettivi.

Processo di attuazione del ciclo della performance

L'ASL CN2 utilizza il sistema di verifica degli obiettivi, attraverso la strutturazione definita nel "ciclo di budget" come descritto nei paragrafi precedenti, che indirizza e orienta i comportamenti delle articolazioni organizzative e degli individui e costituisce il ciclo di valutazione della performance aziendale.

Al termine del ciclo, l'O.I.V. valuta la congruità delle azioni svolte per il raggiungimento degli obiettivi strategici, che hanno previsto il coinvolgimento di tutti i livelli aziendali.

Infrastruttura di supporto

L'ASL CN2 ha dotato l'O.I.V., quale supporto alla propria attività, di una Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance, composta da figure professionali appartenenti all'area della Programmazione e del Personale.

La Struttura svolge un ruolo di interfaccia tecnica tra l'O.I.V. e i dirigenti nell'ambito del processo di misurazione e valutazione, interagendo con le diverse Strutture e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

La Struttura Tecnica Permanente:

- assicura il necessario supporto allo svolgimento dell'intero Ciclo di gestione della performance, alla stesura del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, del Piano e della Relazione della Performance

- coadiuva i soggetti coinvolti nel processo di misurazione e valutazione della performance
- cura i rapporti fra Azienda e Componenti dell'O.I.V.
- svolge la funzione di segreteria
- verbalizza le sedute, costituisce e conserva l'archivio.

Monitoraggio Rischi Corruttivi e Trasparenza

Il ciclo di gestione del rischio si completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia delle misure operative e della politica ASL CN2 di prevenzione dei fenomeni corruttivi definite nel Piano. Partecipano all'azione di monitoraggio, oltre al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza, i Referenti del Piano e l'O.I.V. nell'ambito dei propri compiti di vigilanza. Per garantire l'efficace attuazione del Piano e delle relative misure è stato definito un sistema di monitoraggio e aggiornamento, le cui risultanze vengono riportate nella Relazione predisposta dal Responsabile per la prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno o diversa data stabilita dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione.

Nella sottostante tabella vengono riportati gli ambiti oggetto di monitoraggio e le rispettive attività, con l'indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità e delle relative scadenze.

Oggetto del monitoraggio	Attività	Soggetti coinvolti	Modalità	Scadenze
Attuazione del ciclo di gestione del rischio	Controllo sullo stato di attuazione e avanzamento delle operazioni di mappatura e valutazione del rischio	RPCT Referenti del Piano	Registrazione e visualizzazione delle operazioni di inserimento e aggiornamento effettuate dalle strutture	Entro il 31 ottobre
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione delle misure	RPCT Referenti del Piano	Autovalutazione tramite relazione interna	Entro il 31 ottobre
	Controlli a campione sull'attuazione delle misure da parte delle strutture responsabili	RPCT Referenti del Piano	Verifiche documentali	Entro il 31 dicembre
Efficacia del Piano e delle misure	Acquisizione dati e proposte dei Referenti del Piano	RPCT Referenti del Piano	Compilazione e trasmissione di scheda di monitoraggio da parte dei Referenti del Piano. Predisposizione e trasmissione di report da parte dell'UPD, Servizio Ispettivo, dell'URP e delle strutture che operano nei settori a maggior rischio	Entro il 31 ottobre
	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte e rendicontazioni acquisite in sede di monitoraggio	RPCT O.I.V.	Predisposizione da parte del RPC, trasmissione e pubblicazione della Relazione annuale	Entro il 15 dicembre (o diverso termine ANAC)

Il monitoraggio sull'efficacia delle misure di prevenzione viene effettuato, di norma una volta all'anno (salvo il verificarsi di casi di illecito di rilevante gravità), dal Responsabile prevenzione

della corruzione e trasparenza con il coinvolgimento dei Referenti che partecipano al processo di gestione del rischio mediante la compilazione delle specifiche schede di monitoraggio, predisposte dal RPCT e volte ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte di modifica o di integrazione, utili all'aggiornamento dei documenti cui si riferiscono, così come è avvenuto nel corso dell'anno 2022 a seguito di nota del RPCT prot. n. 6321839 del 6.9.2022, cui tutti i Referenti hanno dato riscontro.

Il monitoraggio svolto nel corso dell'anno 2022, pur nella eccezionalità della situazione operativa di questa Asl a causa dell'emergenza pandemica e della attivazione del nuovo ospedale unico "Michele e Pietro Ferrero", non ha evidenziato situazioni di criticità degne di rilievo.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti e trasmessi al RPCT dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari (con i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari), dall'Ufficio Qualità/URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e delle segnalazioni ricevuti), dal Servizio Ispettivo ASL CN2 (relativi ai controlli e verifiche sul personale da questo effettuate), dalle strutture Logistica e Servizi Tecnici (relativi agli affidamenti e alle proroghe dei rapporti contrattuali).

Sulla base delle risultanze e della valutazione dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente ricevuti (quali, ad es., ottenuti tramite la procedura di whistleblowing o eventi sentinella comunicati da altri soggetti interni od esterni all'ASL CN2), il RPCT predispone la propria Relazione annuale, curandone la trasmissione alla Direzione Generale e all'O.I.V. e la pubblicazione sul Sito internet ASL CN2 entro il 15 dicembre di ogni anno (o diverso termine stabilito dall'A.N.A.C., come appunto nel corrente anno il cui termine è stato fissato al 15.1.2023).

La procedura di monitoraggio del Piano e delle misure di prevenzione, come sopra illustrata, risulta dunque – coerente con le indicazioni del P.N.A. 2022, articolandosi su due livelli: I° livello: autovalutazione da parte dei Referenti di cui all'art. 2; II° livello: controllo, da parte del RPCT, delle relazioni dei referenti e verifica – sempre da parte del RPCT – della sussistenza del verificarsi di eventi sentinella che possano evidenziare la necessità di interventi correttivi. Si precisa ancora che nel corso dell'anno 2023 si procederà anche ad un ulteriore monitoraggio di II° livello mediante la tecnica del c.d. "campionamento ragionato" sulla base dei seguenti criteri:

- valutazione delle misure di prevenzione dei processi risultati a più elevata esposizione al

rischio;

- valutazione delle misure di quei processi su cui si siano ricevute segnalazioni prevenute tramite il canale whistleblowing o tramite altri canali;
- valutazione delle misure relative ai processi le cui strutture attuatrici non hanno fatto pervenire al RPCT il modulo di autovalutazione.

Alla corretta attuazione degli obiettivi di trasparenza individuati dalla Legge e autonomamente dall'ASL CN2, concorrono, oltre al Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza e all'O.I.V., i Referenti del Piano e, più complessivamente, tutti gli uffici dell'Amministrazione e i relativi Dirigenti. In particolare il R.P.C.T. svolge il controllo sull'attuazione del Piano Trasparenza e delle iniziative connesse, riferendo al Direttore Generale e all'O.I.V. su eventuali inadempimenti e ritardi. A tal fine il R.P.C.T. evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate i soggetti responsabili, i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione.

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

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

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

Monitoraggio Lavoro Agile

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, si è prevista l'introduzione di un sistema strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro. In tale processo i principali attori sono i Dirigenti che, in qualità di promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi, pongono particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto. Il raggiungimento

degli obiettivi prefissati avviene allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa.

La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU), insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile. Si proseguirà pertanto, nel triennio di riferimento, ad attivare le procedure di confronto con le OO.SS. finalizzate alla regolamentazione del lavoro agile, secondo quanto previsto dalle indicazioni nazionali e dai nuovi accordi contrattuali.

DOCUMENTI ALLEGATI

- “Griglia rischio corruttivo/mappatura dei processi Asl Cn2”
- “Modello autocertificazione ex art. 20 D. Lgs. n. 39/2013”
- “Modello Patto Integrità”
- “Modello autocertificazione ex art. 80 D. Lgs. n. 50/2016”
- “Dichiarazione componenti conflitto di interessi gare”
- “Tabella – Sezione Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione”

DESTINATARI DEL PIANO

Per la diffusione e condivisione del documento lo stesso verrà pubblicato sul sito internet istituzionale nell'area Amministrazione Trasparente e comunicato a tutti i portatori di interessi interni ed esterni all'Azienda.

Inoltre il Piano verrà trasmesso alla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica per la pubblicazione sull'apposito portale dedicato