

PIAO

Piano integrato di attività e organizzazione

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



triennio 2024/2026

adottato con deliberazione n. _____
del _____

INDICE

INDICE	2
Riferimenti normativi	4
Introduzione	7
Sezione 1. Scheda Anagrafica dell’Amministrazione	10
1.1 - Dati anagrafici	10
1.2 - Dati relativi alla geolocalizzazione e al territorio	11
1.3 – Informazioni relative alla composizione demografica e statistiche sulla popolazione	11
1.4 - La domanda di salute	14
1.4.1 - Provenienza degli assistiti	16
1.4.2 - I competitor: mobilità passiva verso altre Regioni	18
1.5 - L’amministrazione “in cifre”	19
1.5.1 - La produzione	19
1.5.2 - Cifre a confronto - Benchmark organizzativo	24
1.5.3 - Dati economici.....	27
1.6 - I macro processi organizzativi	28
Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione	42
2.1 -Valore pubblico	42
2.1.1 – Benessere e sostenibilità	42
2.1.2 - Semplificazione e digitalizzazione	44
2.1.3 - Accessibilità fisica e digitale	45
2.1.4 - Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	46
2.2 -Performance.....	49
2.2.1- Identità.....	50
2.2.2 - Mandato istituzionale	50
2.2.3 - L’albero delle performance.....	51
2.2.4 - Obiettivi strategici	52
2.3 -Rischi corruttivi e trasparenza	71
2.3.1. - Processo di gestione del rischio.....	78
2.3.2 - Analisi del contesto	79
2.3.3 - La mappatura dei processi	86
2.3.4 - La valutazione del rischio.....	88
2.3.5 - Trattamento del rischio.....	92
2.3.6. - Misure di prevenzione della corruzione obbligatorie	99
2.4 - Trasparenza.....	115
2.4.1 - Bilanciamento tra trasparenza e privacy.....	116

2.4.2 - La trasparenza nelle procedure di gara	117
2.4.3 - PNRR (M6 Salute).....	120
2.4.4 - Gli obiettivi strategici	121
2.4.5 - Processo di attuazione del programma	122
Sezione 3. Organizzazione e capitale umano.....	125
3.1 - Struttura organizzativa.....	126
3.1.1 – Relazioni Sindacali	127
3.1.2 - Organigramma.....	128
3.1.3 – Dettaglio della struttura organizzativa	129
3.1.4 – Sistema degli incarichi dirigenziali.....	131
3.2 – Organizzazione del lavoro agile (POLA).....	133
3.2.1 – I fattori abilitanti del lavoro agile/da remoto	138
3.2.2 – I servizi che sono “smartizzabili” e gestibili da remoto.....	141
3.2.3 – I soggetti che hanno la precedenza nell’accesso al lavoro agile/da remoto	141
3.3 – Piano triennale dei fabbisogni di personale	141
3.3.1 – Il programma della formazione del personale.....	149
3.3.2 – Le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.....	154
3.3.3 – Le azioni di prevenzione e tutela della salute dei lavoratori.....	155
Sezione 4. Monitoraggio.....	157
4.1 - Sottosezione valore pubblico e performance	157
4.2 - Sezione organizzazione e capitale umano	160
Norme Finali	161
Allegati.....	162

Riferimenti normativi

- decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, “Attuazione della Legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni” e successive modificazioni, con particolare riferimento al Piano della performance, di cui all’articolo 10, comma 1, lettera a);
- legge 6 novembre 2012, n. 190, e successive modificazioni, “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, con particolare riferimento al Piano triennale per la prevenzione della corruzione di cui all’articolo 1, comma 5, lettera a);
- decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97;
- decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, contenente “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”, con particolare riferimento al Piano triennale dei fabbisogni del personale, di cui all’articolo 6;
- decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, “Codice dell’amministrazione digitale”, con particolare riferimento al Piano triennale per l’informatica nella pubblica amministrazione, di cui all’articolo 14-bis;
- l’articolo 48 del decreto legislativo n.198/2006 “Codice delle Pari opportunità tra uomo e donna” che prevede che le amministrazioni pubbliche devono predisporre il Piano triennale di azioni positive.
- decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, e successive modificazioni, “Codice dei contratti pubblici”, con particolare riferimento al programma biennale degli acquisti di beni e servizi, di cui all’articolo 21;
- decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”;
- decreto del Ministro per la Pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, del 30 giugno 2022, “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione” con il quale è stato definito il contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione, di cui all’articolo 6, comma 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113; Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n.81 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di attività e organizzazione.
- l’articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall’art. 263, comma 4-bis, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, il quale prevede che “Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all’articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150”;

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

ACRONIMI

Di seguito, gli acronimi maggiormente utilizzati nel presente Piano:

P.A.	Pubblica Amministrazione
A.N.A.C.	Autorità Nazionale Anticorruzione
P.N.A.	Piano Nazionale Anticorruzione
P.I.A.O.	Piano Integrato dell'Attività e Organizzazione
P.T.P.C.T.	Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
R.P.C.T.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
P.P.	Piano Performance
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
S.S.R.	Servizio Sanitario Regionale
A.S.L.	Azienda Sanitaria Locale
A.S.R.	Azienda Sanitaria Regionale
S.C.	Struttura Complessa
S.S.	Struttura Semplice
R.U.P.	Responsabile Unico del Procedimento
U.P.D.	Ufficio Procedimenti Disciplinari
D.F.P.	Dipartimento Funzione Pubblica
O.I.V.	Organismo Indipendente di Valutazione
R.A.S.A.	Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante
D.P.O.	Data Protection Officer (Responsabile trattamento dati personali)
D.G.P.R.	General Data Protection Regulation (Regolamento europeo 2016/679 in materia di privacy)
D.lgs.	Decreto legislativo

D.L. Decreto-legge

D.P.R. Decreto Presidente della Repubblica

P.N.R.R. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

P.N.C. Piano Nazionale Complementare

Introduzione

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

Il presente Piano si colloca in una fase storica complessa caratterizzata da forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il PNRR per superare il periodo di crisi derivante prima dalla pandemia e poi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'Europa dell'Est.

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

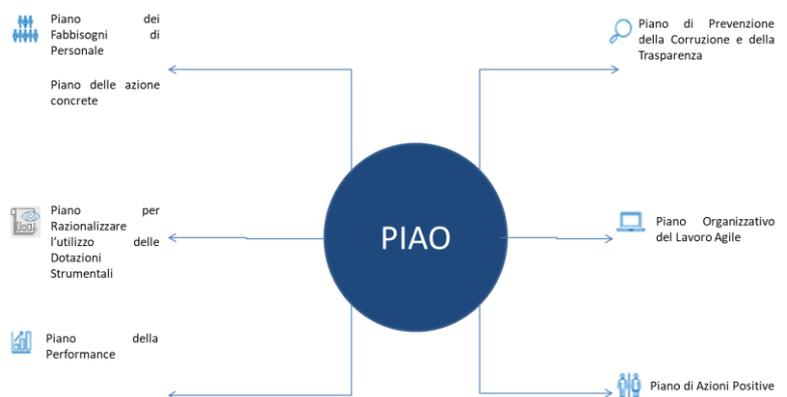
L'articolo 6 prevede l'adozione del Piano per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi resi e procedere alla costante e progressiva semplificazione, razionalizzazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Il Piano racchiude e definisce in un solo atto:

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

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

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



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

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

Il presente Piano si pone in continuità e coerenza rispetto al precedente, non essendo intervenuti nel corso del 2023 cambiamenti normativi, ed è articolato come segue:



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

L'arco temporale di riferimento coincide con il mandato della Direzione (2021-2024); il presente documento si focalizza soprattutto sull'anno 2024.

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

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

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

potenziarsi, altresì, attraverso il percorso di riconoscimento dell’Azienda ospedaliera di Alessandria e dell’Azienda sanitaria locale di Alessandria verso l’IRCCS e la sinergia con l’Università degli studi del Piemonte Orientale

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

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

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

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

Sezione 1. Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

1.1 - Dati anagrafici

Denominazione	AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI ALESSANDRIA SANTI ANTONIO E BIAGIO E CESARE ARRIGO istituita con atto DCR 304_26507 del 5/12/2023
Sede legale	Via Venezia, 16 - 15121 Alessandria (AL)
Codice IPA	os_sant
P.IVA	01640560064
Telefono	0131.206111
Pec	asolessandria@pec.ospedale.al.it
Sito istituzionale	www.ospedale.al.it
Pagina facebook	@aoualessandria
Linkedin	Azienda Ospedaliero-Universitaria SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria
X (prec. Twitter)	@AziendaOspAL
Instagram	@aoualessandria
You Tube	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria
Chi siamo	PRESIDIO OSPEDALIERO DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
Cosa facciamo	<p>Prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero in area medica ed in area chirurgica, in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital e prestazioni ambulatoriali.</p> <p>Punto di riferimento per le attività di 2° e 3° livello per tutta l'Area Interaziendale di coordinamento 5 (AIC5).</p> <p>Presidio di base per i cittadini residenti nel Distretto di Alessandria, in stretta correlazione con i servizi territoriali.</p> <p>Presidio pediatrico</p> <p>Centro di riferimento per il recupero e la riabilitazione funzionale di III livello</p> <p>Sede di Dipartimento di emergenza e accettazione di II livello, anche a livello pediatrico</p> <p>Sviluppa progetti regionali in rete</p> <p>Sede di Centrale operativa Emergenza 118 della Provincia di Alessandria con Base per Elisoccorso</p> <p>Sede del Corso di Laurea in Infermieristica della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università del Piemonte orientale "Amedeo Avogadro".</p>
Attraverso quali strutture	<p>Presidio "Santi Antonio e Biagio" (Ospedale Civile), via Venezia 16, 15121 Alessandria;</p> <p>Presidio Ospedaliero Pediatrico "Cesare Arrigo" (Ospedale Infantile), Spalto Marengo 46, 15121 Alessandria;</p> <p>Centro Riabilitativo Polifunzionale Teresio Borsalino, P. le F. Ravazzoni, 3 (ex Via Forlanini 3), 15121 Alessandria;</p> <p>Poliambulatorio Ignazio Gardella, via Don Gasparolo 2, 15121 Alessandria;</p> <p>Centrale Operativa Emergenza 118 e base Elisoccorso, via T. Michel 65, 15121 Alessandria</p> <p>Sede degli Uffici amministrativi, via Santa Caterina da Siena 30, Alessandria</p>
La nostra mission (scopo) e vision (prospettiva futura)	Insieme, vogliamo creare percorsi di cura per le persone che ci scelgono e offrire migliori e maggiori servizi. Vogliamo potenziare il nostro ruolo di Azienda Ospedaliero-Universitaria, anche oltre il confine regionale. Vogliamo collaborare con il territorio. Vogliamo valorizzare le risorse interne e le nostre eccellenze attraverso l'organizzazione, la formazione, la ricerca e l'innovazione.
La popolazione di riferimento	Circa 650.000 abitanti distribuiti sui 190 comuni della Provincia di Alessandria e 118 comuni della Provincia di Asti.
Numero dipendenti	2.572 dipendenti in servizio al 31/12/2023

1.2 - Dati relativi alla geolocalizzazione e al territorio

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

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

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

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

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

1.3 – Informazioni relative alla composizione demografica e statistiche sulla popolazione

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

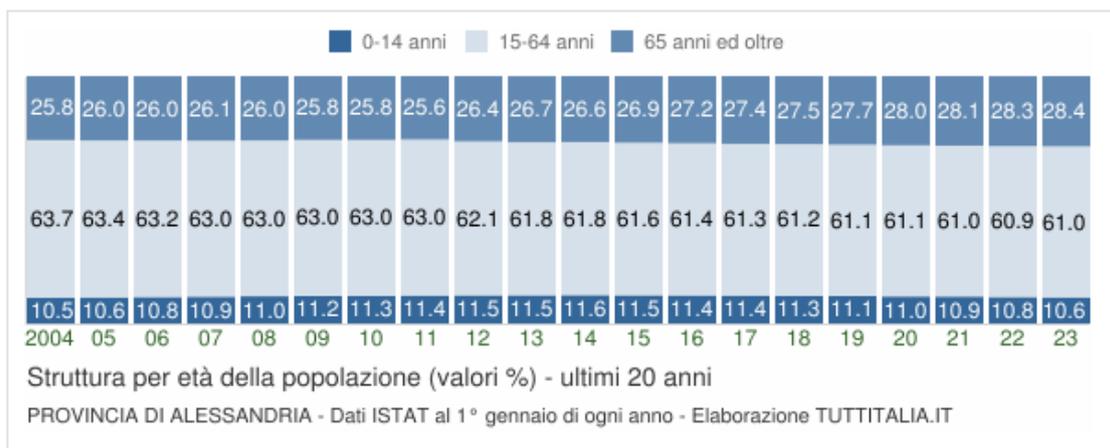


Figura 1 - Distribuzione della popolazione al 1° Gennaio 2023 - Provincia di Alessandria

Al 1° Gennaio 2023 la popolazione della provincia di Alessandria era pari a 406.494 abitanti di cui 208.281 erano femmine e 198.213 maschi.

Rispetto al 2022 si è avuta una riduzione di circa 770 unità pari allo 0,19 % del totale; la fascia 0-14 anni si è ridotta come nell'anno precedente del 1,6%, quella 15-64 anni è rimasta in linea, mentre la popolazione ultrasessantacinquenne è in lieve aumento e rappresenta il 28,4% del totale. La popolazione della provincia di Alessandria sta vedendo un lieve miglioramento dell'indice di natalità e dell'indice di vecchiaia segnalando un segno di inversione di tendenza.

In particolare, la situazione al 31.12.2023 dei residenti nella Città di Alessandria per bacino territoriale e fasce d'età, è la seguente:

MASCHI		Età												Totale	
		0	1-3	4-5	6-11	12-14	15-19	20-29	30-40	41-60	61-65	66-70	71-80		81 e oltre
BACINO TERRITORIALE		45	128	96	346	205	362	700	886	2240	528	480	829	515	7360
ALESSANDRIA NORD		86	273	197	715	379	621	1211	1569	3720	884	818	1193	638	12304
ALESSANDRIA SUD		96	257	161	567	307	494	1555	1967	3680	779	635	1021	572	12091
CENTRO		42	139	88	281	182	297	626	757	1685	393	359	530	396	5775
EUROPISTA		42	160	134	448	209	408	859	971	2538	538	494	803	419	8023
FRASCETTA		311	957	676	2357	1282	2182	4951	6150	13863	3122	2786	4376	2540	45553
Totale complessivo															

FEMMINE		Età												Totale	
		0	1-3	4-5	6-11	12-14	15-19	20-29	30-40	41-60	61-65	66-70	71-80		81 e oltre
BACINO TERRITORIALE		36	124	85	300	196	342	695	800	2324	609	517	1059	892	7979
ALESSANDRIA NORD		86	257	191	638	389	594	1130	1553	3772	1034	866	1462	1037	13009
ALESSANDRIA SUD		93	262	156	548	281	480	1237	1660	3593	848	760	1338	1235	12491
CENTRO		27	97	81	256	167	255	528	747	1920	473	429	760	817	6557
EUROPISTA		62	149	108	390	204	344	678	922	2449	556	520	937	700	8019
FRASCETTA		304	889	621	2132	1237	2015	4268	5682	14058	3520	3092	5556	4681	48055
Totale complessivo															

TOTALE		Età												Totale	
		0	1-3	4-5	6-11	12-14	15-19	20-29	30-40	41-60	61-65	66-70	71-80		81 e oltre
BACINO TERRITORIALE		81	252	181	646	401	704	1395	1686	4564	1137	997	1888	1407	15339
ALESSANDRIA NORD		172	530	388	1353	768	1215	2341	3122	7492	1918	1684	2655	1675	25313
ALESSANDRIA SUD		189	519	317	1115	588	974	2792	3627	7273	1627	1395	2359	1807	24582
CENTRO		69	236	169	537	349	552	1154	1504	3605	866	788	1290	1213	12332
EUROPISTA		104	309	242	838	413	752	1537	1893	4987	1094	1014	1740	1119	16042
FRASCETTA		615	1846	1297	4489	2519	4197	9219	11832	27921	6642	5878	9932	7221	93608
Totale complessivo															

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

Di seguito, il movimento mensile della popolazione residente nell'anno 2023:

MOVIMENTO MENSILE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE ANNO 2023								
MESE	ANNO	MOVIMENTO NATURALE		SALDO NATU RALE	MOVIMENTO MIGRATORIO		SALDO SOCIALE	SALDO MENSILE
		NATI VIVI +	MORTI -		IMMIGRATI +	EMIGRATI -		
GENNAIO	2023	41	112	-71	229	237	-8	-79
FEBBRAIO	2023	39	102	-63	174	215	-41	-104
MARZO	2023	42	96	-54	201	238	-37	-91
APRILE	2023	45	80	-35	168	181	-13	-48
MAGGIO	2023	67	100	-33	244	184	60	27
GIUGNO	2023	55	83	-28	295	194	101	73
LUGLIO	2023	70	84	-14	296	203	93	79
AGOSTO	2023	55	125	-70	120	216	-96	-166
SETTEMBRE	2023	43	82	-39	188	264	-76	-115
OTTOBRE	2023	55	96	-41	384	234	150	109
NOVEMBRE	2023	49	104	-55	362	192	170	115
DICEMBRE	2023	60	96	-36	359	157	202	166

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

Cittadini stranieri

Gli stranieri residenti in provincia di Alessandria (ultimo dato aggiornato al 1° gennaio 2023) sono 46.945 e rappresentano l'11,5% della popolazione residente.



Figura 4 - Cittadini stranieri residenti in Provincia di Alessandria

Nella Tabella che segue, nello specifico, si riportano i residenti stranieri per quartiere/sobborgo di Alessandria a tutto il 31.05.2023.

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

QUARTIERE/SOBBORGO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
BORGO CITTADELLA	65	54	119
CABANETTE	10	15	25
CANTALUPO	31	37	68
CASALBAGLIANO	16	28	44
CASCINAGROSSA	23	22	45
CASTELCERIOLO	72	80	152
CENTRO	3465	3007	6472
CRISTO	1466	1504	2970
EUROPA	219	264	483
GALIMBERTI	191	205	396
LITTA PARODI	63	75	138
LOBBI	48	47	95
MANDROGNE	42	60	102
NORBERTO ROSA	334	389	723
ORTI	274	322	596
PISTA	828	761	1589
SAN GIULIANO NUOVO	49	61	110
SAN GIULIANO VECCHIO	122	156	278
SAN MICHELE	131	98	229
SPINETTA MARENGO	856	684	1540
VALLE SAN BARTOLOMEO	38	55	93
VALMADONNA	71	63	134
VILLA DEL FORO	6	7	13
Totale complessivo	8420	7994	16414

La comunità straniera presente sul territorio provinciale più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 26,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (15,7%) e dal **Marocco** (15,1%).

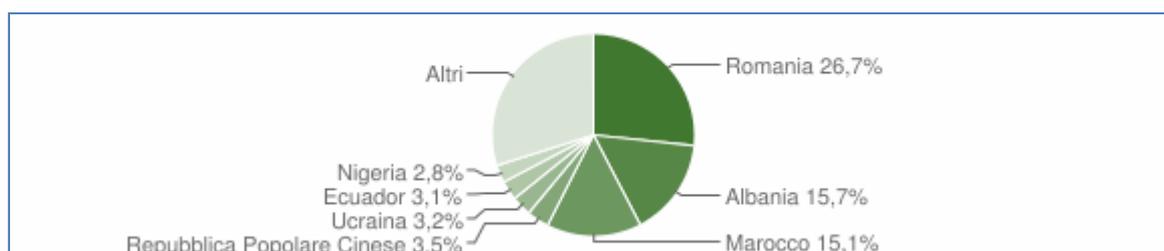


Figura 5 - Comunità straniera per provenienza

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

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

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

1.4 - La domanda di salute

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

consentano l'attuazione di processi di formazione e di didattica di elevata qualità e perseguendo lo sviluppo e la valorizzazione delle competenze professionali di elevata specializzazione.

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

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

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

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

Si riporta di seguito la **domanda** di ricovero dell'anno 2023 che la popolazione rivolge all'Azienda in relazione ai DRG prevalenti esclusi i parti. Il Peso medio dei DRG prevalenti è in aumento del 13% passando dal 1,95 del 2022 al 2,21.

Tabella 2 - Raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) prevalenti

DRG	TP	PESO
087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria	M	1,22
576 - Setticiemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	M	1,64
127 - Insufficienza cardiaca e shock	M	1,03
557 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	C	2,24
104 - Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	C	6,06
075 - Interventi maggiori sul torace	C	2,40
014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale	M	1,26
403 - Linfoma e leucemia non acuta con CC	M	1,86
430 - Psicosi	M	0,77

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

1.4.1 - Provenienza degli assistiti

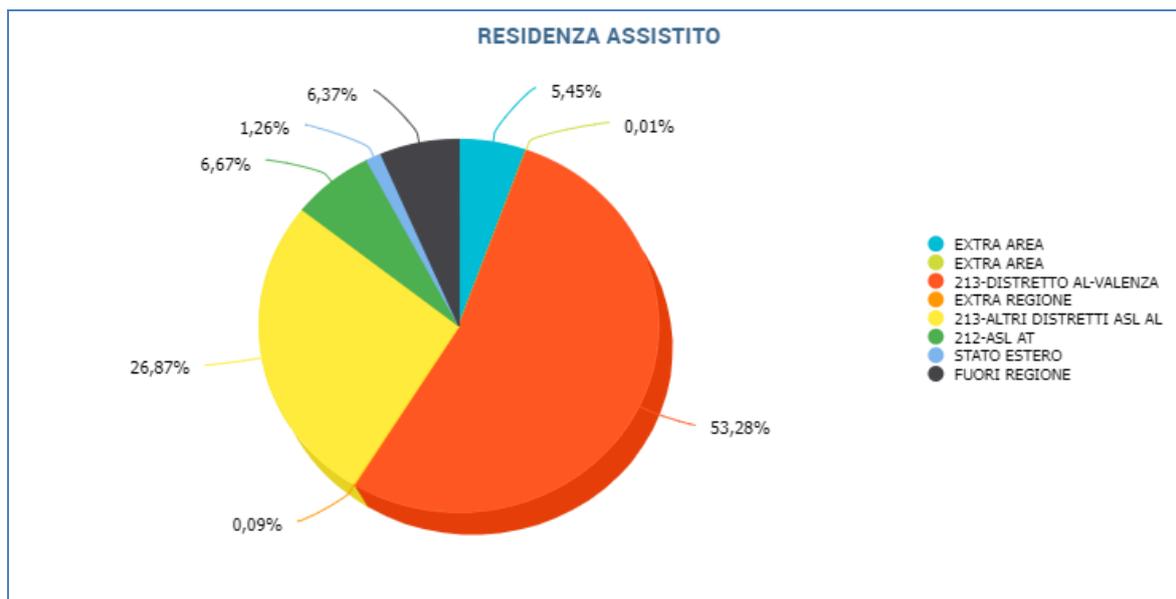


Figura 7 - Provenienza assistiti per residenza

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

Tabella 3 - Percentuale di ricoveri per provenienza e specialità

Specialità	% ASTI	% fuori AREA	% fuori regione
NCH	15,50	8,73	20,78
CCH	14,08	45,25	4,93
CH. Pediatrica	12,04	16,13	26,88

Accoglienza e accesso ai servizi

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



In particolare, per quanto concerne l'accoglienza e l'accesso ai servizi, occorre ricordare l'azione, condotta dall'Ufficio Comunicazione insieme con l'URP, di revisione della Carta dei Servizi (adottata con deliberazione n. 117 del 10.03.2022), pensata come una vera e propria guida con le informazioni utili che possano orientare il cittadino/assistito tra i Presidi e i servizi aziendali; contiene i riferimenti delle strutture, oltre che i servizi accessori che l'Azienda ha attivato, anche in collaborazione con il territorio, per andare incontro alle esigenze dei propri utenti e pazienti, che l'Azienda pone al centro delle proprie scelte.



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

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

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

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

Centro AURA in numeri

Mensilmente gli accessi presso il Centro sono in media **6000**:



Nel 2024 verrà esteso l'ambito di competenza alla gestione dei ricoveri programmati di area medica

1.4.2 - I competitor: mobilità passiva verso altre Regioni

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

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

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

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

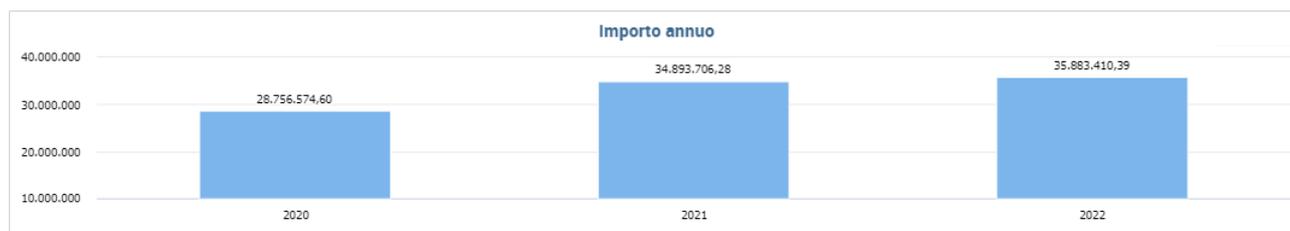


Figura 7 - Importo annuo 2010-2021-2022 mobilità passiva

Il territorio di Alessandria sconta una elevata mobilità passiva che nel 2019 era pari a circa 41 milioni di euro (in riduzione di circa 2 mln dal 2017), nell’anno 2020 si è ridotta al 28 milioni a causa della pandemia da Covid19, nel 2021 e nel 2022 è nuovamente aumentata di circa 7 mln rispetto al 2020; di questi, circa 6,5 milioni di riabilitazione. Il 67% del totale va verso Lombardia, il 21% verso Liguria, il 5% verso l’Emilia-Romagna e a seguire le altre regioni con piccole percentuali.

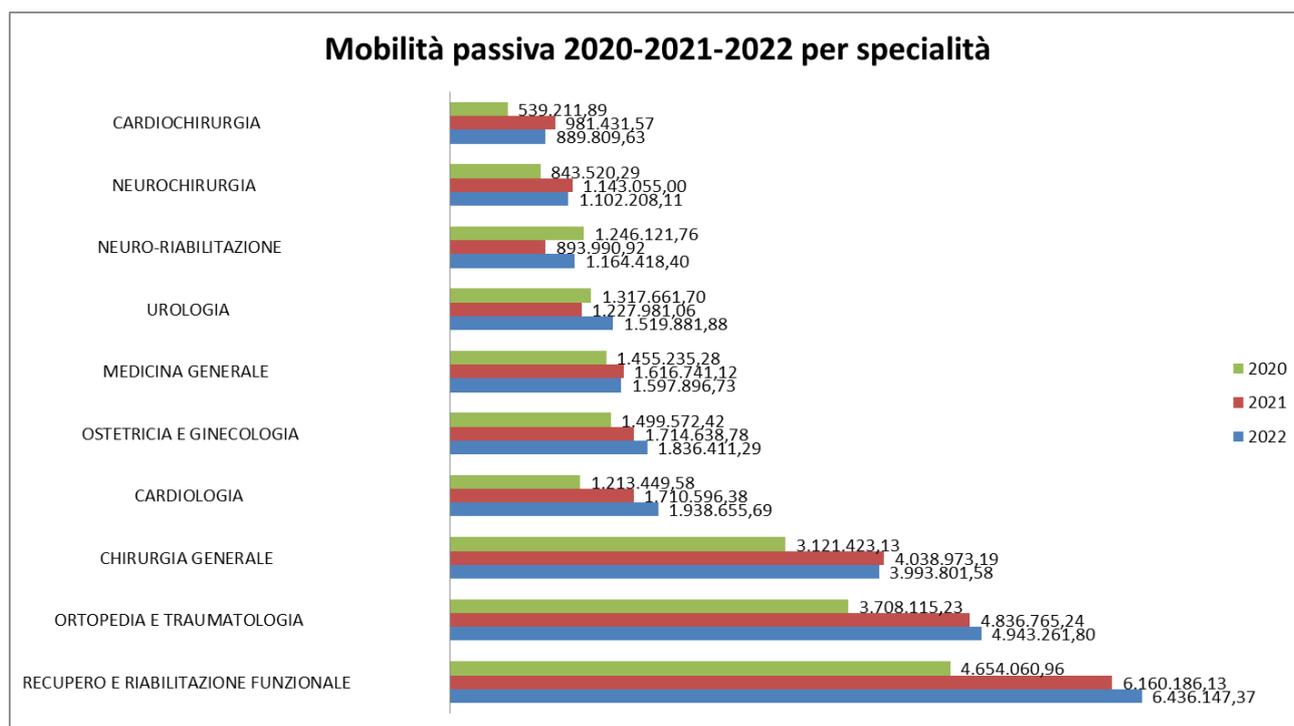


Figura 9 - Importi mobilità passiva triennio 2019-2020-2021 per specialità

La quota parte che si rivolge a strutture di Liguria e Lombardia, esclusa la riabilitazione, è per problematiche inerenti alle Chirurgia Generale 11% (tumori, chirurgia bariatrica e piccoli interventi), Ostetricia e Ginecologia 10% (anche per problematiche correlate alla fertilità), all’Ortopedia 8,4% (soprattutto sostituzione articolazioni maggiori e reimpianto arti inferiori) e Cardiologia 3%. Tali elementi verranno presi in considerazione all’interno dei progetti della sottosezione di programmazione – Performance.

Al fine di contrastare il fenomeno di “fuga” degli assistiti verso altre strutture, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria ha previsto anche per l’anno 2024 specifici obiettivi di potenziamento delle attività specialistiche.

1.5 - L’amministrazione “in cifre”

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria espleta la sua attività istituzionale attraverso i suoi 3 presidi. Si riportano di seguito i dati maggiormente significati relativi all’anno 2023 col confronto rispetto al 2022.

1.5.1 - La produzione

Dall’analisi della tabella sottostante si evince che la produzione complessiva aziendale è aumentata di circa 8,5 mln rispetto al 2022 e di oltre 4 mln rispetto al 2019, anno pre pandemico; per quanto riguarda il ricovero ordinario la produzione ha superato come valore il 2019 nonostante il numero sia leggermente inferiore, in virtù dell’aumento della complessità dei ricoveri. Tutti gli indicatori di performance sono in miglioramento rispetto al 2022 e vi è un progressivo ritorno ai valori 2019

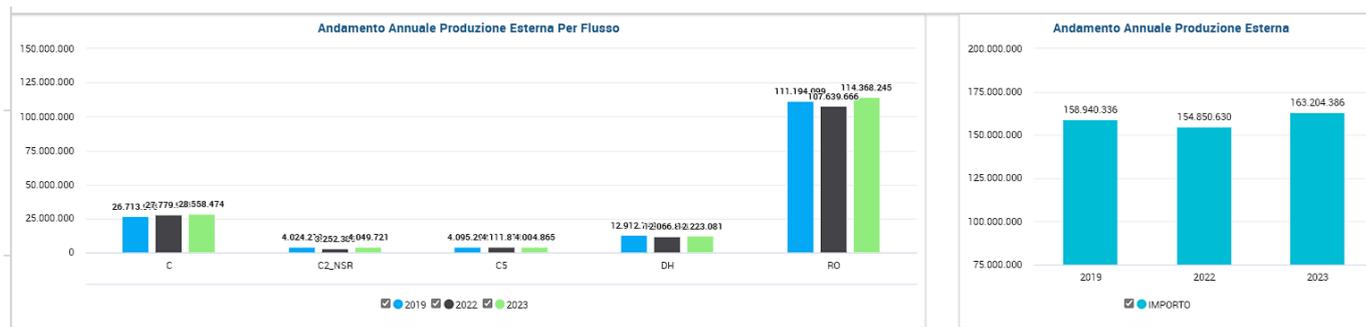


Figura 10 - Andamento produzione esterna

Tabella 4 - Dati di produzione aziendali 2022 – 2023

	Anno 2022	Anno 2023	% Scostamento
Età Media (RO)			
Civile	64	64	0,00%
Infantile	4	4	0,00%
Borsalino	70	69	-1,43%
Posti letto			
Posti letto medi ordinari	572	569	-0,52%
Posti letto medi diurni	96	96	0,00%
Ricoveri ordinari (RO)			
Peso medio RO	1,52	1,57	3,29%
Degenza media RO	9,10	8,81	-3,19%
Numero passaggi RO	23.479	24.358	3,74%
Dimessi RO	19.211	19.831	3,23%
Valore Totale Dimessi RO	107.800.891,00 €	114.410.516,00 €	6,13%
% Ricoveri urgenti in RO	66,54%	66,50%	-0,06%
Dimessi RO Non Chirurgici	12.646	12.414	-1,83%
Giornate nette degenza RO	174.908	174.748	-0,09%
Day Hospital (DH)			
Dimessi DH	8.141	8.622	5,91%
Valore Totale Dimessi DH	12.064.503	12.189.549	1,04%
Numero Accessi DH	19.030	18.934	-0,50%
DH terapeutico	3.364	3.230	-3,98%
DH diagnostico (compreso follow up)	693	716	3,32%
DH riabilitativo	165	156	-5,45%
DS senza pernottamento	2.361	2.721	15,25%
DS con pernottamento (one day surgery)	1.558	1.799	15,47%
Prestazioni Ambulatoriali			
Numero Prestazioni Ambulatoriali Esterne	1.540.201	1.692.725	9,90%
Valore Prestazioni Ambulatoriali Esterne	27.777.634,42 €	28.539.574,99 €	2,74%
Nascite			
Nuove nascite	1.081	1.046	-3,24%

	Anno 2022	Anno 2023	% Scostamento
Pronto Soccorso			
Numero Prestazioni di Pronto Soccorso	580.891	761.925	31,16%
Valore Prestazioni erogate per il Pronto Soccorso	5.131.729,00 €	6.363.201,00 €	24,00%
Valore Prestazioni erogate per il Pronto Soccorso non eseguite da ricovero	3.252.386,00 €	4.049.721,00 €	24,52%
Prestazioni per interni			
Numero Prestazioni interne	1.593.235	1.586.898	-0,40%
Fatturazione attiva			
Numero prestazioni in fatturazione diretta	238.226	263.794	10,73%
Valore prestazioni in fatturazione diretta	4.111.811,00 €	4.416.294,00 €	7,41%

PRONTO SOCCORSO

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

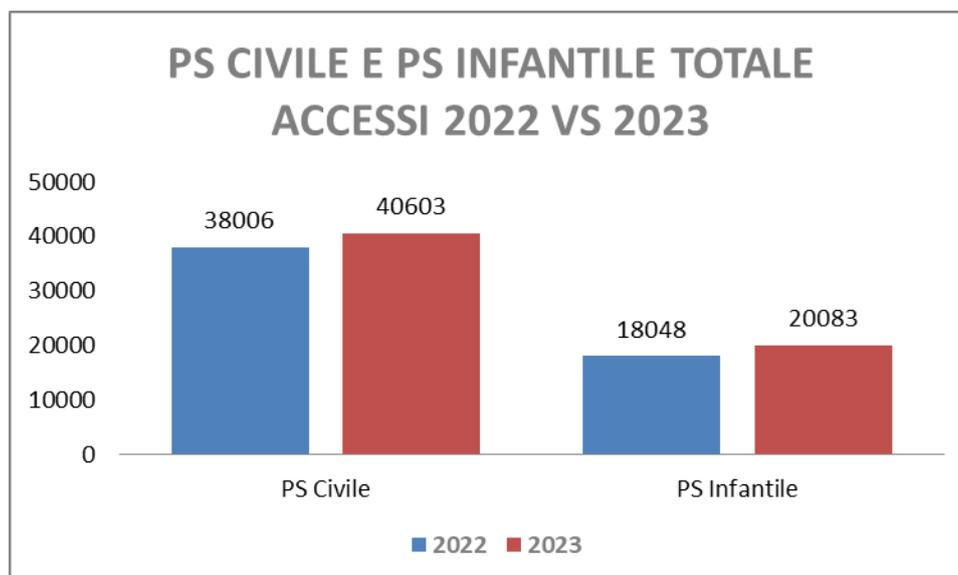


Figura 11 - Accessi 2022-2023 per Presidio

Tabella 5 - Modifiche codici numeri e di colore

Codici prima fino al 31/01/2021	Codici dal 01/02/2022
Rosso – Paziente molto critico con pericolo di vita Giallo – Paziente con patologia grave Verde – Intervento differibile Bianco – nessuna urgenza	Codice 1 – Rosso: indica l'emergenza, l'interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali Codice 2 – Arancione: indica l'urgenza, rischio di compromissione delle funzioni vitali; condizione con rischio evolutivo o dolore intenso Codice 3 – Azzurro: indica l'urgenza differibile, condizione stabile e senza rischio evolutivo, con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse (nell'ambito di questo codice viene data precedenza ai pazienti anziani e con disabilità) Codice 4 – Verde: indica l'urgenza minore, condizione stabile e senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni terapeutiche semplici e monospecialistiche Codice 5 – Bianco: indica la non urgenza

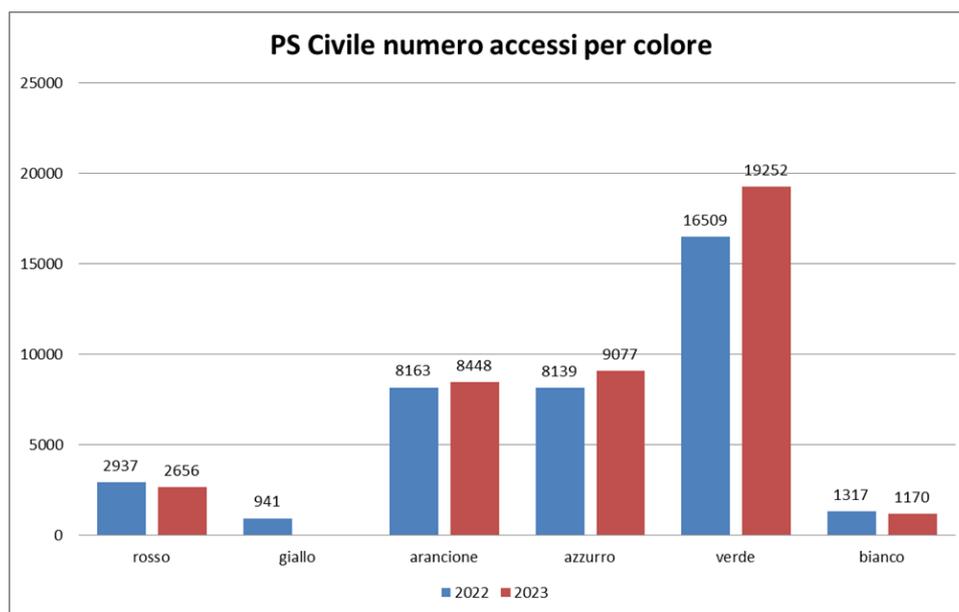
Il numero di accessi per il Presidio Civile è in aumento del 6,8% in riduzione rispetto all'anno precedente e per il Presidio Infantile del 10% rispetto al 2023. Dal 1° febbraio 2022 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria ha modificato i codici numerici e di colore per il triage del Pronto Soccorso Civile e Pediatrico che da quattro sono passati a cinque, come da indicazione delle linee guida regionali e nazionali, a seconda dell'attribuzione di priorità assistenziale.

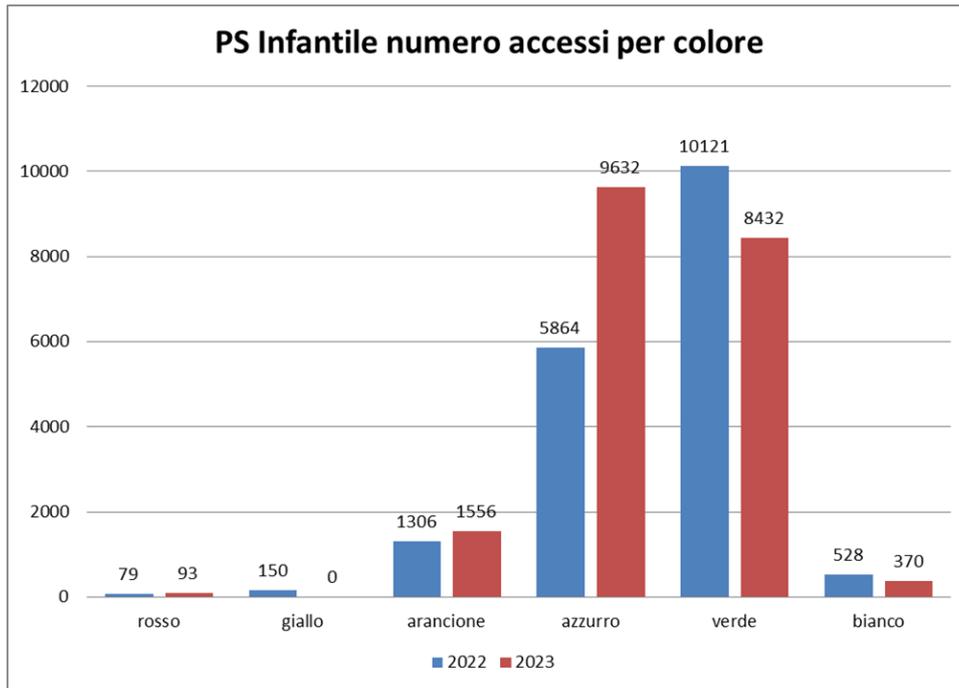
Il codice giallo è stato eliminato, trasformato e "spacchettato" in due nuovi codici, l'arancione e l'azzurro, con

l'obiettivo di stratificare meglio il rischio del paziente e il suo livello di criticità, stabilendo così anche indicazioni ancora più precise sul tempo massimo di attesa per la presa in carico del paziente rispetto agli altri codici. Nel grafico sottostante si riportano gli accessi per colore anche se non completamente paragonabili.

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

La distribuzione in percentuale per codice di accesso è sostanzialmente uguale rispetto al 2022 per i codici rossi del presidio infantile, in riduzione del presidio civile. Per entrambi i presidi le distribuzioni sono variate con l'introduzione dei nuovi codici colore con uno spostamento verso i codici con maggiore priorità assistenziale (soprattutto nel presidio infantile).





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

La distribuzione in percentuale per codice di accesso è sostanzialmente uguale rispetto al 2022 per i codici rossi del presidio infantile, in riduzione del presidio civile. Per entrambi i presidi le distribuzioni sono variate con l'introduzione dei nuovi codici colore con uno spostamento verso i codici con maggiore priorità assistenziale (soprattutto nel presidio infantile).

Tabella 6 - Percentuale di accessi per presidio e colore

PS CIVILE			PS INFANTILE		
CODICE COLORE	2022	2023	CODICE COLORE	2022	2023
ROSSO	7,73%	6,54%	ROSSO	0,44%	0,46%
GIALLO	2,48%	0,00%	GIALLO	0,83%	0,00%
ARANCIONE	21,48%	20,81%	ARANCIONE	7,24%	7,75%
AZZURRO	21,42%	22,36%	AZZURRO	32,49%	47,96%
VERDE	43,44%	47,42%	VERDE	56,08%	41,99%
BIANCO	3,47%	2,88%	BIANCO	2,93%	1,84%
TOTALE	38.006	40.603	TOTALE	18.048	20.083

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

1.5.2 - Cifre a confronto - Benchmark organizzativo

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

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

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

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

La nostra Azienda, come mostra l'immagine sottostante, ha riportato un **livello è medio – alto di aderenza agli standard di qualità per l'anno 2022 con la sola esclusione dell'area Chirurgia oncologica**.

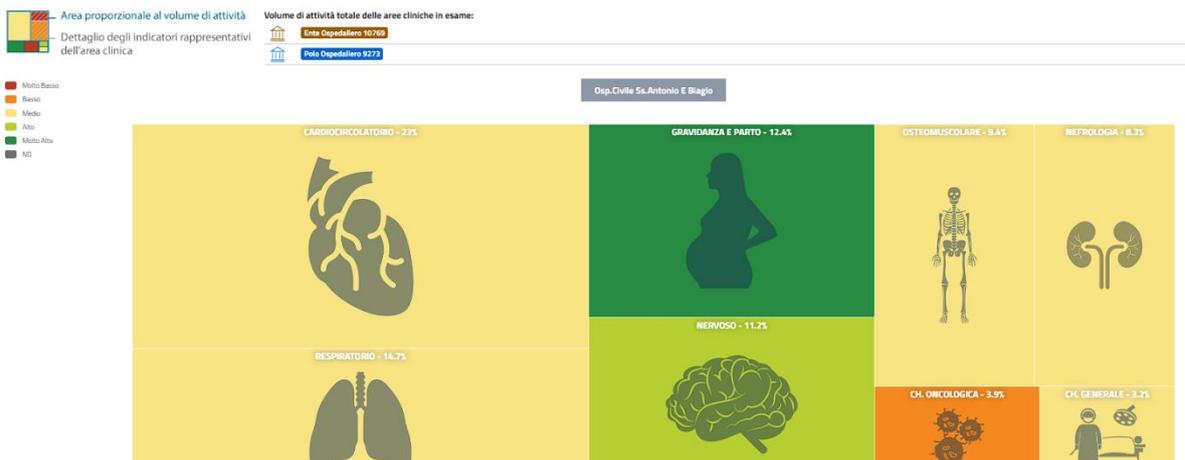


Figura 12 - Treemap Azienda Ospedaliero Universitaria di Alessandria

Nei treemap dell'Edizione PNE 2023 sono state segnalate inoltre le strutture in cui non risultano presenti operatori con un volume di attività chirurgica ≥ 45 interventi annui, maturata in qualunque struttura e in qualunque ruolo (primo o secondo operatore).

Gli interventi chirurgici per i quali è prevista la segnalazione sono i seguenti: - bypass aorto-coronarico; - colecistectomia laparoscopica; - intervento per TM mammella; - intervento per frattura del femore; - intervento di protesi di ginocchio; - intervento di protesi di anca. Il controllo di gestione aziendale ha importato tutti gli algoritmi del treemap del PNE in modo da avere il dato aggiornato mensilmente. Si riporta di seguito la rilevazione per l'anno 2023.

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

AREA_CLINICA	INDICATORE	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO	QTA	SOGLIA DM 70	V_IND	SOGLIA TOLLERATA
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	■					370		5,14	
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: Proporzioni di trattati con PTCA entro 90 minuti	■					193		68,39	
CARDIOCIRCOLATORIO	Scoperto cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni		■				363		8,26	
CARDIOCIRCOLATORIO	Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni	■					75	90	1,33	81,00
CARDIOCIRCOLATORIO	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni			■			428		2,57	
CARDIOCIRCOLATORIO	Riparazione di aneurisma non rotto della aorta addominale: mortalità a 30 giorni	■					34		0,00	
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni			■			263		12,17	
NERVOSO	Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dal intervento di craniotomia			■			105		2,86	
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni		■				296		6,08	
CH.GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni			■			81	90	60,49	81,00
CH.ONCOLOGICA	Proporzioni di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno del			■			86	135	8,14	121,50
CH.ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni			■			93	85	1,08	76,50
CH.ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	■					61	45	0,00	40,50
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di parti con taglio cesareo primario		■				872	500	19,38	450,00
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo				■		114		7,89	
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzioni di episiotomie in parti vaginali	■					698		3,01	

Figura 13 – Valutazione sintetica Azienda Ospedaliera di Alessandria negli ambiti nosologici considerati

Nell'immagine sottostante per ciascun indicatore si evidenziano i livelli puntuali di aderenza agli standard.

Osp.Civile Ss. Antonio E Biagio



⚠ Volume di attività inferiore alla soglia (tolleranza del 10%) fissata dal regolamento riguardante i
 Ⓞ Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

AREA CLINICA	INDICATORE	N	% Adj	% Italia	Vol. Attività	Vol. Operatore	Audit
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	364	8.37	7.69	.	.	.
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	107	1.52	2.17	⚠ 55	16	.
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	757	3.38	2.42	.	.	.
	Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti	214	67.58	51.29	.	.	.
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	286	8.81	10.73	.	.	.
NERVOSO	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	61	1.51	1.64	.	.	.
	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	245	9.83	10.54	.	.	.
RESPIRATORIO	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	310	2.81	3.11	.	.	.
	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	190	7.63	11.68	.	.	.
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	109	63.51	82.81	149	48	.
CH. ONCOLOGICO	Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	96	12.40	5.60	168	82	.
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	120	-	0.95	⚠ 46	17	.
GRAVIDANZA E PARTO	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	123	5.22	4.14	74	46	.
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	945	18.02	23.06	1090	108	.
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	109	13.39	10.58	1090	108	.
OSTEOMUSCOLARE	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	756	2.96	11.42	1090	108	.
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	163	62.42	50.16	179	37	.
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	16	-	1.33	21	7	.
NEFROLOGIA	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	110	7.33	3.55	156	68	.
	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	120	10.21	13.04	.	.	.

Figura 14 -Misurazione standard

Per il By-pass Aortico Coronarico isolato (ossia non associato a interventi su valvole o endoarteriectomie), è possibile, infatti, evidenziare come in Italia, i dati relativi al numero di ricoveri per questo tipo di procedura mostrano una progressiva diminuzione dovuto principalmente all'aumento di interventi di by-pass non isolati, cioè in combinazione con altri interventi vascolari ed all'incremento delle procedure non chirurgiche di angioplastica per il trattamento della coronaropatia ischemica.

Al fine di migliorare le proprie *performance*, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha previsto, per l'anno 2024, di importare nel proprio sistema di business intelligence tutti gli algoritmi del treemap per consentirne un monitoraggio continuativo, avviare attività di audit e attuare azioni di miglioramento più veloci ed efficaci. L'analisi effettuata da Agenas sulla valutazione delle performance ha evidenziato come quasi sempre una buona gestione e organizzazione produce buoni esiti.

1.5.3 - Dati economici

CONTO ECONOMICO

(dati in migliaia di euro €/000)

ID	CONTO ECONOMICO	Cons. 2022	Precons. 2023
A1	Contributi F.S.R.	123.213,42	102.705,03
A2	Saldo Mobilità	175.667,66	208.632,83
A3	Entrate Proprie	8.559,71	6.732,92
A4	Saldo Intramoenia	897,22	982,22
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-3.110,53	-5.453,78
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-5.261,1	-1.671,74
A	Totale Ricavi Netti	299.966,38	311.927,49
B1	Personale	129.512,21	133.956,32
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	43.118,61	47.710,92
B3	Altri Beni e Servizi	98.497,9	105.113,99
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.311,58	1.311,58
B5	Accantonamenti	2.902	3.784,48
B6	Variazione Rimanenze	2.520,39	-2.108,46
B	Totale Costi Interni	277.862,69	289.768,84
C1	Medicina Di Base	4.658,53	4.585,91
C2	Farmaceutica Convenzionata	0,00	0,00
C3	Prestazioni da Privato	8.202,03	8.723,26
C	Totale Costi Esterni	12.860,56	13.309,17
D	Totale Costi Operativi (B+C)	290.723,25	303.078,01
E	Margine Operativo (A-D)	9.243,13	8.849,48
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	9.240,83	8.442,46
G	Risultato Economico (E-F)	2,3	407,02

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria elabora i propri bilanci in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia di contabilità (deliberazione della Giunta Regionale 28/04/1998 n. 29-24445) e nel rispetto del D. Lgs. 118/2011. La valutazione delle voci di bilancio è stata inoltre effettuata ispirandosi ai principi civilistici ed ai criteri generali di prudenza e competenza. Il Bilancio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria della società ed il risultato economico dell'esercizio.

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

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

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

Inoltre, va segnalato il ricorso a servizi esterni appaltati attivati per far fronte alle gravi carenze di personale medico nei reparti aziendali. La difficoltà nel reperire determinate figure professionali (medici di Pronto soccorso, anestesisti, ortopedici pediatrici, medici radiologi, ginecologi in particolare) ha portato ad un incremento consistente del costo relativo di oltre 3 mln €.

Il risultato di esercizio risultante dal Preconsuntivo è comunque dovuto alla mancata assegnazione del finanziamento definitivo regionale per l'anno 2022 (nell'anno 2021 era stata assegnata una quota di finanziamento ulteriore a copertura del delta di produzione rispetto all'anno 2019 per oltre 4 mln €). In ogni caso, nelle more del finanziamento definitivo che sarà assegnato con le tempistiche per l'approvazione del bilancio consuntivo, l'analisi del risultato fa emergere quindi una perdita di bilancio pari a € 29.515.548,95 di cui € 7.934.141,79 quali soli costi emergenti COVID non coperti da alcun finanziamento. La restante perdita è da ascrivere essenzialmente alle seguenti motivazioni:

- totale copertura dei costi per i rinnovi contrattuali;
- incremento dei costi energia;
- mancata iscrizione dei finanziamenti completi per il servizio dell'emergenza sanitaria con potenziamento di due postazioni;
- mancata iscrizione del costo del Dipartimento DAIRI.

Si registra in ogni caso un positivo trend di incremento della mobilità che ha portato nell'anno 2022 a sfiorare i risultati di produzione ante pandemia, sintomo dello stato di salute della macchina di produzione sanitaria ospedaliera.

1.6 - I macro processi organizzativi

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

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

Per ciascun macro processo si sono individuate le attività svolte.

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

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

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

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

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

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
			con il Responsabile per la Protezione dei Dati (DPO)
42	Amministrativo	Convenzioni volontariato e servizi sanitari	Predisposizione degli atti deliberativi con i quali vengono approvati accordi/convenzioni con soggetti istituzionali esterni (di norma persone giuridiche pubbliche)
43	Amministrativo	Affari Generali	Segreteria, assegnazione e accettazione posta, ricevimento telefonico. Attività di recapito corrispondenza diversa anche verso l'esterno tramite commessi. Liquidazione spese di competenza. Caricamento dati in piattaforma AE riscossione e verifica
44	Amministrativo	Affari Generali	Gestione del protocollo generale
45	Amministrativo	Affari Generali	Gestione delle pratiche assicurative
46	Amministrativo	Attività Amministrative a supporto DH Onco ematologico	Preparazione carrello dei fascicoli personali per le visite ambulatoriali (ditta esterna) e consegna delle urgenze (a richiesta). Inserimento dati nei fascicoli personali, Archiviazione fascicoli utenti deceduti o sospesi e cartelle DH e reparti afferenti. Smistamento telefonate utenza agli ambulatori.
47	Amministrativo	D.P.O. e Responsabile della trasparenza e dell'anticorruzione aziendale	Attività di consulenza e di supervisione della normativa sulla privacy e dell'applicazione della normativa sulla trasparenza
48	Coordinamento Amministrativo	Rapporti con i Comitati Etici	Rapporti con i Comitati Etici
49	Coordinamento Amministrativo	Finalizzazione convenzioni sperimentazioni/collaborazioni/ricerca/grant	Definizione convenzione, predisposizione delibera/determina, sottoscrizione convenzione e atti correlati
50	Coordinamento Amministrativo	Formazione sponsorizzata	Istituzione pratica di sponsorizzazione, caricamento dati sulla piattaforma regionale, definizione convenzioni con Università
51	Coordinamento Amministrativo	Formazione esterna	Istruzione della pratica, caricamento dei dati in piattaforma, emissione degli ordinativi di spesa e liquidazioni fatture
52	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione Sistema Qualità Aziendale	Gestione della documentazione, delle registrazioni, delle non conformità delle azioni correttive e delle azioni di miglioramento, svolgimento di audit esterni e interni Gestione della customer satisfaction dell'utente esterno e interno, Supporto alle strutture nella definizione del PDTA

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
53	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Accreditamento istituzionale e mantenimento	Gestione della procedura di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte. Interfaccia Direzione e le strutture interessate, coordinamento gruppi di lavoro
54	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione dei flussi informativi sanitari	Coordinamento personale
55	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione dei flussi informativi sanitari	Gestione del flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), Gestione dei flussi ambulatoriali, Gestione amministrativa relativa a pazienti stranieri, rilevazione tempi di attesa prestazioni ambulatoriali, assistenza sulla gestione informatizzata dei ricoveri e day hospital, monitoraggio prericoveri
56	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione dei flussi informativi sanitari	Programmazione delle attività istituzionali e in libera professione.
57	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Gestione dei flussi informativi sanitari	Supporto attività vaccini/tamponi covid 19
58	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Supporto amministrativo ai reparti	Gestione della Relazione con l'utenza (reclami di carattere relazionale), Gestione delle tempistiche apertura agende informatizzate, attività amministrative di supporto alla produzione sanitaria (front-office e back-office)
59	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Processo di budgeting	Definizione degli obiettivi strategici pluriennali dalla Direzione generale, invio schede di budget ai responsabili delle strutture, formulazione delle proposte di budget da parte dei responsabili, verifica della compatibilità economico-finanziaria e della coerenza degli obiettivi proposti, negoziazione proposte di budget, realizzazione budget generale. Supporto alle strutture e alla segreteria dell'OIV
60	Sviluppo strategico e Innovazione	Sviluppo delle progettualità top down e bottom up	Definizione di progetti di miglioramento in coerenza con la strategia aziendale, le esigenze del cliente, ricerca di sponsorship e commitment da parte dei referenti, analisi dei dati, supporto al team di progetto per l'analisi e la riprogettazione del processo.

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
	organizzativa		
61	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Pianificazione e controllo strategico e sociale	Supporto alla Direzione Generale per le attività di pianificazione, programmazione, sviluppo e rendicontazione.
62	Sviluppo strategico e Innovazione organizzativa	Controllo di Gestione	Gestione CDG Aziendale, monitoraggio raccolta dati, elaborazione report. Gestione e controllo del DWH. Supporto alle strutture per la compilazione SDO, estrazioni e invio tracciato C,C2,C4. Gestione degli applicativi di Business Intelligence
63	Nuove opere	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	Programmazione, pianificazione e controllo degli interventi sul patrimonio aziendale,
64	Nuove opere	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	Progettazione diretta e supporto alla progettazione esterna per gli interventi previsti nel programma (lavori e impianti)
65	Nuove opere	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	DL e DEC, supporto alla direzione lavori affidata all'esterno per gli interventi previsti nel programma (lavori e impianti)
66	Nuove opere	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	Gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti e del patrimonio aziendale (diretta ed esterna)
67	Nuove opere	Gestione del patrimonio Aziendale (immobili e impianti)	Gestione delle procedure di affidamento per i lavori, i servizi di gestione, le forniture e i servizi di ingegneria, per tutti gli aspetti amministrativi, procedurali, contrattuali, giuridici, economico-contabili
68	Ingegneria clinica	Gestione attività IC	Rapporto con la Direzione e le altre strutture, rendicontazione attività, supervisione problematiche e ordinativi
69	Ingegneria clinica	Acquisizione di Tecnologie Sanitarie	Programmazione degli acquisti, predisposizione schede tecniche e collaudi

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
70	Ingegneria clinica	Gestione del parco tecnologico - inventario	Gestione Inventario tecnologico delle tecnologie sanitarie
71	Ingegneria clinica	Gestione del parco tecnologico - manutenzione	Manutenzione tecnologie sanitarie
72	Ingegneria clinica	Gestione del parco tecnologico - sicurezza	Organizzazione e realizzazione attività relative ai controlli di sicurezza e funzionalità
73	Ingegneria clinica	Gestione del parco tecnologico - valutazione	Valutazione fuori uso tecnologie sanitarie
74	Formazione	Formazione ECM	Segreteria della formazione, gestione della piattaforma, costruzione corsi e gestione piattaforma medmood, consulenza normativa ECM, supporto segreteria regionale
75	Formazione	Coordinamento aule	Coordinamento prenotazioni aule e supporto alle attività (locandine, verifica informazioni, decoro, ecc)
76	Formazione	Supporto Comitato Tecnico Scientifico	Coordinamento Piano della Formazione
77	URP	Gestione reclami	Gestione rapporti e corrispondenza utenti e interni
78	URP	Supporto informativo all'utenza	Supporto informativo ai cittadini, ascolto e mediazione
79	Ricerca e innovazione	Centro documentazione	Servizi di ricerca bibliografica, reperimento evidenze bibliografiche e EBM, editoria scientifica, censimento attività scientifica e valutazione indicatori bibliometrici (IF), progetti di health literacy e biblioteca per il paziente, gestione del patrimonio.
80	Ricerca e innovazione	Ricerca e medicina translazionale	Identificazione, promozione e sviluppo di iniziative e progetti di ricerca congiunti finalizzati a condividere esperienze e informazioni in aree tematiche di comune interesse
81	Ricerca e innovazione	Ricerca e medicina translazionale	Funzionale gestione organizzativa dell'attività di collaborazione scientifica integrata avviata tra le parti
82	Comunicazione, divulgazione scientifica e brand	Comunicazione	Definizione del Piano di comunicazione, partecipazione alla messa a punto delle strategie innovative, per lo sviluppo della comunicazione istituzionale sia interna che esterna.

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
	reputation		
83	Comunicazione, divulgazione scientifica e brand reputation	Divulgazione scientifica e brand reputation	Raccolta dei dati e materiale divulgativo meritevole di diffusione interno ed esterno. Sviluppo delle strategie di comunicazione delle attività in corso e supporto nell'attività di diffusione della cultura scientifica per accrescere la percezione dell'importanza della ricerca svolta in ospedale.
84	Comunicazione, divulgazione scientifica e brand reputation	Brand Reputation	Coordinamento azioni di Brand Reputation.
85	Comunicazione, divulgazione scientifica e brand reputation	Fundraising	Gestione relazioni e contatti Fondazioni e benefattori.
86	Comunicazione	Stamperia	Produzione e stampa del materiale aziendale
87	Ricerca e innovazione	Attività amministrativa	Segreteria Comitato scientifico, gestione atti e procedure finalizzati all'attività scientifica
88	Internistica	Ricovero presso area degenza	Individuazione tipo di ricovero (urgente/programmato), accettazione del paziente nel reparto, assegnazione posto letto, visita medica, prescrizione ed esecuzione esami, attivazione piano di cura e assistenza, dimissione
89	Internistica	Day Hospital	Prenotazione, accettazione del paziente, procedura, dimissione
90	Internistica	Ambulatoriale	Prenotazione, accettazione del paziente, visita medica, raccolta dati anagrafici e anamnestici, presa visione documentazione clinica, pianificazione iter diagnostico-terapeutico
91	Emergenza Urgenza	Gestione emergenze, urgenze, Triage (PS)	Identificazione paziente e assegnazione codice, accesso Shock Room, Pronto o Sala d'Attesa, rivalutazione, visita medica esami e consulenze
92	Emergenza Urgenza	Osservazione breve intensiva (OBI)	Osservazione clinica e strumentale e trattamento dei pazienti.

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
93	Emergenza Urgenza –	Ricovero (MECAU)	Accettazione paziente, anamnesi e visita, piano del ricovero (definizione e attuazione del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale delle singole giornate), dimissione
94	Chirurgico interventistica –	Prericovero chirurgico	Presenza incarico, visita e diagnostica, valutazione anestesiológica, ulteriore diagnostica, definizione percorso, programmazione ricovero
95	Chirurgico interventistica –	Day Surgery	Presenza in carico del paziente, rivalutazione, anamnesi, esami, visita, valutazione, piano del ricovero e pianificazione assistenziale, intervento chirurgico, definizione e attuazione del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale, valutazione andamento clinico assistenziale. pianificazione dimissione, pianificazione eventuali controlli successivi
96	Chirurgico interventistica –	Ambulatoriale	Prenotazione, accettazione, individuazione tipo attività clinica o prestazionale, raccolta dati anagrafici e anamnestici, presa visione documentazione clinica, pianificazione ed effettuazione iter diagnostico
97	Chirurgico interventistica –	Ricovero presso l'area di degenza	Individuazione tipo di ricovero (urgente/programmato), prericovero se programmato, presa in carico del paziente nel reparto, anamnesi e visita medica e valutazione infermieristica, intervento chirurgico, definizione e attuazione del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale della giornata, valutazione andamento clinico assistenziale, pianificazione dimissione e successivi controlli/interventi/attività ambulatoriali
98	Servizi ospedalieri	Diagnostica in regime di ricovero	Prenotazione richieste interne, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, caricamento esame sistema informatico integrato, archiviazione
99	Servizi ospedalieri	Diagnostica pre/post ricovero	Prenotazione richieste, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, archiviazione
100	Servizi ospedalieri	Diagnostica Day Hospital	Prenotazione richieste, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, archiviazione
101	Servizi ospedalieri	Diagnostica Day Surgery	Prenotazione richieste, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, archiviazione
102	Servizi ospedalieri	Diagnostica Ambulatoriale	Prenotazione richieste, accettazione, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione esame, refertazione/certificazione, archiviazione
103	Servizi ospedalieri	Terapeutica in regime di ricovero	Prescrizione terapia, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione somministrazione, consegna
104	Servizi ospedalieri	Terapeutica ambulatoriale	Prescrizione terapia, accoglienza e verifica eseguibilità, preparazione paziente, esecuzione somministrazione, consegna

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
105	Anestesia rianimazione e blocchi operatori	Coordinamento blocchi operatori	Accoglienza in sala del paziente chirurgico, gestione presidi/disinfettanti/farmaci, gestione informazioni, gestione del personale, coordinamento delle attività operatorie delle specialità e gestione degli spazi
106	Anestesia rianimazione e blocchi operatori	Gestione blocchi operatori	Prima visita anestesiologicala, percorso diagnostico, eventuale rivalutazione anestesiologicala, sala operatoria, trasferimento a reparto di provenienza - day surgery -terapia intensiva.
107	Anestesia rianimazione e blocchi operatori	Rianimazione polivalente	Accettazione in urgenza o elezione, processo terapeutico-diagnostico, dimissione
108	Anestesia rianimazione e blocchi operatori	Terapia intensiva cardiocirurgica	Accettazione, processo diagnostico-terapeutico, dimissione
109	Anestesia rianimazione e blocchi operatori	Anestesia e rianimazione pediatrica	Accettazione, processo diagnostico-terapeutico, dimissione
110	Anestesia rianimazione e blocchi operatori	Analgesica del parto	Ambulatorio di Analgesia del parto, percorso diagnostico, sala parto o operatoria, reparto, visita post-partum
111	Anestesia rianimazione e blocchi operatori	Terapia antalgica	Prenotazione, prima visita/controllo, percorso diagnostico terapeutico, dimissione
112	Pediatrico ostetrico	Pronto soccorso pediatrico	Accettazione, anamnesi, visita, procedura/esami/terapia, ricovero o dimissione
113	Pediatrico ostetrico	Day Hospital pediatrico	Prenotazione, accettazione, visita/procedura, dimissione
114	Pediatrico ostetrico	Ambulatoriale	Prenotazione, accettazione, anamnesi/visita pianificazione iter diagnostico terapeutico

	Area di attività	Processi	Descrizione attività
115	Pediatico ostetrico	Ricovero medico e chirurgico	Individuazione tipo di ricovero (urgente/programmato), prenotazione se programmato, presa in carico del paziente nel reparto, anamnesi e visita medica e prescrizione esami, esecuzione esami, attivazione piano di cura, dimissione
116	Pediatico ostetrico	Prericovero	presa incarico, visita e diagnostica, valutazione anaestesiologica, ulteriore diagnostica, definizione percorso, programmazione ricovero
117	Pediatico ostetrico	Day Surgery	prenotazione, accettazione, visita/procedura, valutazione andamento clinico assistenziale, pianificazione dimissione, dimissione
118	Riabilitazione	Ricovero	Valutazione appropriatezza ricovero, prenotazione ricovero, accettazione, valutazione medico fisiatra, valutazione e stesura progetto riabilitativo, attuazione programmi terapeutici/riabilitativi/assistenziali, preparazione e dimissioni
119	Riabilitazione	Day Hospital	Prenotazione, accettazione, impostazione progetto riabilitativo, effettuazione programmi riabilitativi, dimissione
120	Riabilitazione	Ambulatoriale	Accettazione, visita fisiatrica per impostare ciclo di sedute riabilitative, prenotazione sedute, prenotazione controllo fisiatrico a completamento del percorso, esecuzione ciclo riabilitativo, controllo medico fine percorso
121	Salute mentale	Ambulatoriale specialistico ADHD	Prenotazione, accettazione, visita medica valutazione, percorso terapeutico personalizzato, esecuzione del percorso terapeutico, visita e conclusione percorso
122	Salute mentale	Ricovero presso area di degenza	Accettazione, organizzazione dell'attività assistenziale, trattamento delle psicosi non primariamente affettive, dei disturbi episodici dell'umore, dei disturbi di personalità, dell'intossicazione acuta da alcool con anomalie del comportamento, dimissione
123	Salute mentale	Day Hospital	Identificazione trattamento, accoglienza e presa in carico del paziente, apertura della cartella clinica, visita medica e definizione terapia, programma terapeutico-riabilitativo individuala, attuazione piano di cura / assistenza, dimissione

Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1 -Valore pubblico

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

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

Nel Piano Strategico 2019-2024 vengono chiaramente delineate le linee strategiche che porteranno ad aumentare il benessere reale dei portatori di interesse dell’Azienda.

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

2.1.1 – Benessere e sostenibilità

Gli obiettivi strategici dell’Azienda previsti per il quinquennio 2019-2024 in coerenza con le attività istituzionali e sulla base dei documenti di programmazione economica e finanziaria sono volti a generare valore pubblico per i principali stakeholders.

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



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

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

e la gestione sostenibile dei rifiuti. In particolare, la **misurazione dell'aderenza dell'azienda ai principi di sviluppo sostenibile** è monitorata da indicatori atti a cogliere l'impatto ambientale, indicatori che afferiscono alla quantità, qualità ed appropriatezza dell'assistenza sanitaria offerta rispetto ai bisogni del territorio, indicatori di performance economico-finanziaria e altri indicatori riferiti a parità di genere e benessere organizzativo. Di seguito si riportano alcuni macro - obiettivi di carattere trasversale che l'azienda si pone volti allo **sviluppo sostenibile** declinati in obiettivi strategici e operativi nella sezione performance.

Salute e benessere della popolazione

- Migliorare l'efficienza ottimizzando i processi per potenziare l'offerta, migliorare la qualità del servizio, ridurre i tempi di attesa e garantire i livelli assistenziali
Strumenti: ottimizzazione del percorso del paziente (ambulatoriale, chirurgico e medico) attraverso strumenti di operation management, miglioramento dell'efficacia della risposta ai bisogni di salute, potenziamento dell'attività e dei percorsi clinico assistenziali, rafforzamento delle alte specialità, sviluppo del sistema di qualità aziendale.
- Migliorare gli strumenti di governo, programmazione e monitoraggio per ottimizzare, semplificare e integrare le attività e per accrescere coscienza e consapevolezza nella gestione aziendale
Strumenti: gestione integrata e unificata dell'attività e dell'organizzazione, potenziamento del datawarehouse aziendale e dei sistemi di budget e reporting.
- Sviluppare e rafforzare le attività svolte per e con il territorio al fine di promuovere la realizzazione della rete territoriale
Strumenti: aggiornamento del piano di cronicità, strutturazione di percorsi assistenziali a livello territoriale, potenziamento delle reti territoriali, governo delle liste d'attesa a livello sovraaziendale.
- Sviluppare l'attività di ricerca in campo biomedico e nell'organizzazione dei servizi sanitari unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità al fine di diventare un'azienda di rilevanza nazionale e diventare canalizzatore di conoscenza
Strumenti: percorso di accreditamento IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) per patologie ambientali e mesotelioma, progettazione e realizzazione di master e corsi di alta formazione, sviluppo di collaborazioni e integrazione con il mondo accademico e universitario.
- Migliorare il benessere del paziente
Strumenti: efficientamento dei presidi ospedalieri e riqualificazione delle aree ospedaliere, riorganizzazione dei servizi di accettazione, nuova segnaletica e nuovo sito internet.

Energia pulita e accessibile, consumo e produzioni responsabili

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

Lavoro dignitoso e crescita economica, impresa, innovazione e infrastrutture

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

Strumenti: pubblicazione documentazione in apposita sezione della Intranet.

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

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

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

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

- Incrementare il Benessere organizzativo

Strumenti: gruppo di lavoro e riunioni per individuare potenziali forme di stress e azioni di prevenzione e tutela, attuazione del “protocollo d'intesa per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza e delle aggressioni contro gli esercenti le professioni sanitarie dei presidi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria”, corsi di formazione per lo sviluppo di abilità come la gestione dei conflitti, comunicazione interpersonale, tecniche di de escalation. Incremento del buono pasto reso in forma elettronica da 5,29 a 7 euro per i lavoratori che, per esigenze di servizio, non possono usufruire del servizio mensa aziendale e del servizio lunch box. Ristrutturazione dei locali adibiti al servizio di ristorazione aziendale e predisposizione del nuovo capitolato di affidamento con l'obiettivo di aumentare la qualità del servizio.

Parità di genere, riduzione delle disuguaglianze

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

Strumenti: Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Azienda, rappresentazione della situazione occupazionale del personale maschile e femminile presente in azienda, piano triennale delle azioni positive. Azioni di miglioramento di alfabetizzazione sanitaria per favorire nei cittadini la capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli rispetto alla propria salute.

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

2.1.2 - Semplificazione e digitalizzazione

La nomina del RTD dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria è avvenuta con Deliberazione n. 40 del 27/01/2022.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3 - Accessibilità fisica e digitale

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

L'Azienda in ottica di rimozione delle barriere architettoniche dagli spazi in uso ovvero di tutti gli ostacoli fisici che non permettono la completa mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita, si impegna continuamente ad affrontare i problemi legati al miglioramento della fruizione dell'ambiente costruito (es interventi di ristrutturazione dei reparti). Nell'ambito delle modalità di accesso fisico nel 2023, in particolare, è stato effettuato un intervento di rifacimento di tutta la pavimentazione del cortile di via Venezia con indicazione di stalli dedicati agli utenti con ridotte o impedito capacità motorie.

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

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

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

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

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

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

Le 6 Missioni e lo stanziamento a livello nazionale sono:

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

Si dettagliano di seguito, per le missioni che coinvolgono questa AOUI, i finanziamenti ricevuti dalla Regione Piemonte, individuata quale “soggetto attuatore” del PNRR presso il Ministero della Salute.

Missione 1 “Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo”

Le principali azioni contenute nella Missione sono:

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

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

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

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

Importo assegnato all’AOUI Alessandria: 59.044,00 €

Progetti identificati: Piattaforma PagoPA Territorio Nazionale - Attivazione Servizi

M1 C1 1.2 Abilitazione al cloud per le PA locali

Importo assegnato all’AOUI Alessandria: 176.655,00 €

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

M1 C1 1.1 Infrastrutture digitali

Importo assegnato all’AOUI Alessandria: 459.300,00 €

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

Missione 6: Salute

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

- M6 C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale
- M6 C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario, a sua volta suddivisa in:
 - M6 C2 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
 - 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) delle strutture sede di DEA per adeguarlo al parco dei software ospedalieri ai più recenti standard architettonici, di sicurezza e di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
 - 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature), ossia gli asset tecnologici in dotazione presso le strutture

ospedaliera, sostituendo tutto il parco delle grandi apparecchiature sanitarie vetuste (anzianità maggiore di 5 anni)

- M6 C2 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile, ossi perseguire il miglioramento strutturale in materia di sicurezza delle strutture ospedaliere, con l'obiettivo di allinearle alle più moderne normative sismiche a livello internazionale. Per questa attività l'Azienda ospedaliera ha ricevuto i fondi dalla Pianificazione nazionale per gli investimenti complementari (PNC), destinati all'integrazione della Componente 2 della Missione 6.
- M6 C2 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario
- Subinvestimenti:
 - M6 C2 2.2 (a) Borse aggiuntive di formazione specifica in medicina generale
 - M6 C2 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere
 - M6 C2 2.2 (c) Corso di formazione manageriale
 - M6 C2 2.2 (d) Contratti di formazione medico - specialistica

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

M6 C2 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

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

Importo assegnato all'AOU Alessandria: 4.561.065 €

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

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

Importo assegnato all'AOU Alessandria: 7.912.606 €

Progetti identificati:

- n. 3 Tomografi computerizzati
- n. 1 Acceleratore lineare
- n. 1 Gamma Camera
- n. 3 Ecotomografi multidisciplinare
- Telecomandati digitali per esami di reparto
- n.1 Ortopantomografo
- n.1 PET/TC

M6 C2 1.2 PNC Verso un ospedale sicuro e sostenibile

Importo assegnato all'AOU Alessandria: 5.130.181,00 €

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

M6 C2 1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica-FSE

Importo assegnato all'AOU Alessandria: 725.501,00 €

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

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

2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere

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

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

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

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

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

2.2 -Performance

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1- Identità

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

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

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

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



Figura 15 – Identità e attori

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria intende costruire un rapporto fiduciario con la comunità, anche per rafforzare il rapporto interno con i dipendenti; per questo intrattiene con i propri interlocutori rapporti di dialogo e partecipazione, attraverso la completezza e la correttezza delle informazioni rese, ma soprattutto attraverso la condivisione delle scelte in fase programmatica: strategie e obiettivi sono stati frutto di confronto continuo con gli stakeholder, in particolare interni all'azienda ma non solo.

2.2.2 - Mandato istituzionale

L'Azienda è un ente pubblico, senza scopi di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie che si caratterizzano anche per la loro connotazione in termini di alta specialità. La missione è caratterizzata dalle funzioni di assistenza, didattica, di ricerca di base e clinica. In particolare, essa si qualifica nel farsi carico dei bisogni di salute con particolare attenzione alla fase acuta, assumendo, in relazione alle discipline di elevata specializzazione, il ruolo di riferimento a livello ultra-

provinciale. L'Azienda sostiene la formazione, la ricerca, la traduzione nella pratica clinica di linee guida e buone pratiche in un'ottica di garanzia della qualità e della affidabilità dei servizi erogati e partecipa a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza nei confronti della comunità di riferimento, contribuendo alla tutela e alla promozione della salute, con azioni dirette e attraverso il sostegno alle attività didattiche e di formazione del personale sanitario.

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

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

I principi istituzionali su cui si basa sono:

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

2.2.3 - L'albero delle performance

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

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

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



Figura 16 - Declinazione strategie aziendali/obiettivi regionali

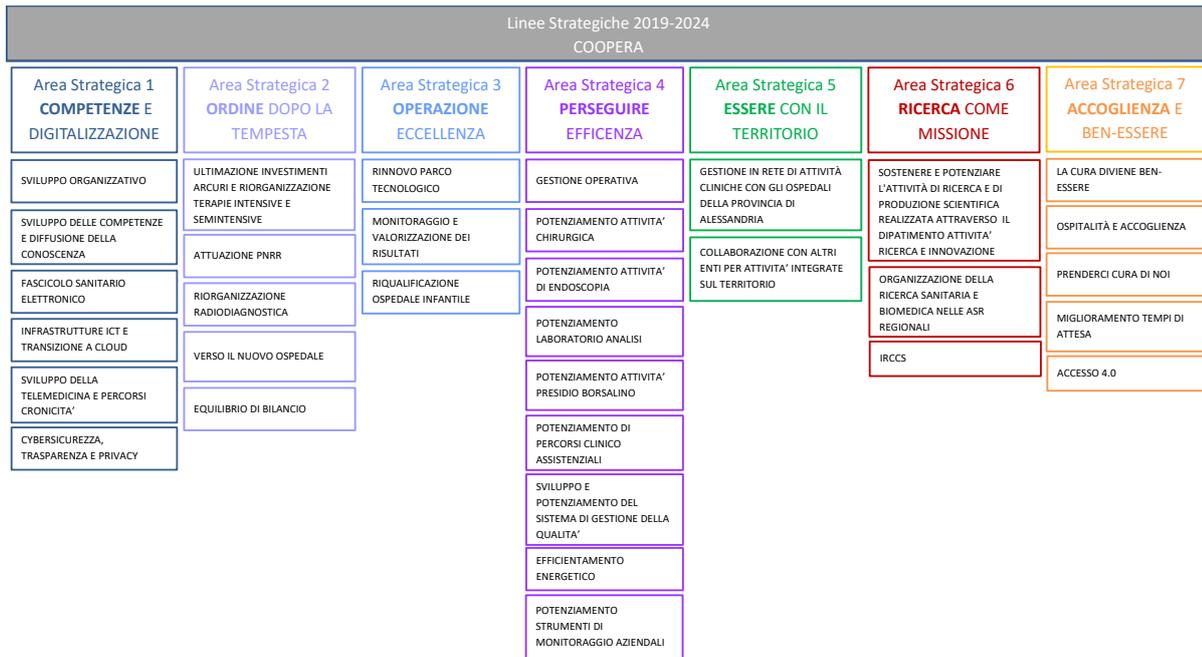


Figura 17 – Raffigurazione dell'albero delle performance

Concretamente, l'albero delle performance non è altro che la declinazione annuale del piano strategico aziendale.

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

2.2.4 - Obiettivi strategici

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

I sette obiettivi strategici individuati nel Piano Strategico 2019-2024 sono stati declinati in progetti aziendali per i quali è stato definito un monitoraggio centrale.

L'implementazione dei progetti sono in carico a gruppi di lavoro, coordinati da un project leader, e le azioni individuate hanno un owner di riferimento, un cronoprogramma di dettaglio (GANTT) e indicatori di monitoraggio. Alcuni obiettivi sono ribaltati nelle schede di budget di ogni singola Struttura, mentre gli altri esclusi vengono valutati tramite il sistema premiante di tutto il personale.

Nel 2023 sono proseguiti i progetti previsti dal Piano Strategico. Alcuni sono in fase di completamento, altri hanno visto nel corso dell'anno soltanto la fase istruttoria e di valutazione così che durante il quinquennio 2019-2024 potranno essere sviluppati.

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

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

complessivo come indicatore composito sintetico, calcolabile quale media degli indicatori analitici di impatto.

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

Di seguito si riportano gli obiettivi strategici e operativi che verranno portati avanti nel triennio e in particolare nel 2024 esplicitando per ciascun obiettivo operativo, le responsabilità e i soggetti coinvolti, le finalità dell'obiettivo, la categoria di riferimento, l'indicatore/target e la scadenza.

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
COMPETENZE E DIGITALIZZAZIONE	SVILUPPO ORGANIZZATIVO	1	Revisione atto aziendale	SC Area Politiche Risorse Umane	Definire un modello organizzativo dell'AOU	Sostenibilità sociale	Nuovo atto aziendale	Entro 31/12/2024
		2	Revisione incarichi	SC Area Politiche Risorse Umane	Attribuzione degli incarichi (aree comparto, dirigenza, dirigenza ATP)		Ultimazione individuazione e conferimento degli incarichi comparto – progressioni economiche orizzontali	Entro 31/12/2024
		3	Sistema di valutazione del personale	SC Area Politiche Risorse Umane	Riconoscimento e sviluppo delle professionalità		Ultimazione procedimento di revisione modalità di valutazione collettiva ed individuale (comparto e dirigenza)	Entro 31/12/2024
		4	Welfare Aziendale	SC Area Risorse umane SSD Formazione, Comunicazione, fundraising	Promozione del welfare aziendale per il proprio personale dipendente		Avvio progetto welfare aziendale: definizione contenuti e cronoprogramma attività	Entro 31/12/2024
	INTEGRAZIONE CON UPO	5	Integrazione apparato amministrativo	Tutte le strutture amministrative coinvolte	Costituzione apparato amministrativo AOU		Definizione delle modalità operative e attuazione	Entro 31/12/2024
		6	Canali di engagement per studenti	SSA Rapporti con università	Aumento del coinvolgimento degli studenti		Numero studenti presenti in azienda	Entro 31/12/2024
		7	Integrazione attività di ricerca	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Sviluppo di attività di ricerca integrata		n. progetti integrati	Entro 31/12/2024
	SVILUPPO DELLE COMPETENZE E DELLA DIFFUSIONE DELLA CONOSCENZA	8	Potenziamento ruolo Biblioteca Biomedica – Centro Documentazione Aziendale	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Sviluppo delle professionalità e miglioramento della qualità dell'assistenza		Piena attuazione piani e attività a supporto dei Centri Studi e Centri Documentazione (CEDOAM, MH, ecc)	Entro 31/12/2024
		9	Potenziamento e condivisione della	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Sviluppo delle professionalità e		Ridefinizione del processo formazione con gli strumenti a	Entro 31/12/2024

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
			formazione aziendale		miglioramento della qualità dell'assistenza		disposizione della nuova piattaforma	
		10	Master sperimentazioni cliniche	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Aumento delle competenze e miglioramento della qualità professionale	Qualità	Programmazione docenze e avvio lezioni	Entro 31/12/2024
	FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	11	Alimentazione e diffusione del fascicolo	SC ICT e Innovazione Tecnologica	Aumentare la tracciabilità e la fruibilità dei dati	Digitalizzazione	95% documenti firmati digitalmente	Entro 31/12/2024
							Completamento alimentazione fascicolo nel pieno rispetto indicazioni regionali- avvio a regime FSE 2.0	Entro 31/12/2024
							Potenziamento ruolo del Punto assistito e altre azioni per favorire diffusione utilizzo FSE	Entro 31/12/2024
		12	Adoption Clinica	SC ICT e Innovazione Tecnologica	Aumentare la tracciabilità e la fruibilità dei dati	Digitalizzazione	Avvio a regime presso tutti i reparti e monitoraggio implementazione	Entro 31/12/2024
							Monitoraggio % compilazione diario clinico, anamnesi ed esame obiettivo	Entro 30/09/2024
	13	Farmacoterapia	SC ICT e Innovazione Tecnologica	Aumentare la tracciabilità e la fruibilità dei dati	Digitalizzazione	Avvio utilizzo modulo farmacoterapia presso tutti i reparti secondo cronoprogramma	Entro 31/12/2024	
	INFRASTRUTTURE ICT E TRANSIZIONE A CLOUD	14	Messa a regime nuovi ambienti di File Sharing	SC ICT e Innovazione Tecnologica e Strutture Aziendali	Aumentare la sicurezza dei dati	Innovazione gestionale	• > 35% realizzazione progetto	Entro 31/12/2024
							• > 70% realizzazione progetto	Entro 31/12/2025
							• consolidamento progetto	Entro 31/12/2026

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
	SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA E PERCORSI CRONICITA'	15	Transizione al cloud	SC ICT e Innovazione Tecnologica	Ottimizzazione di costi, performance e sicurezza	Innovazione gestionale	Migrazione Trakcare su cloud: avvio progetto	Entro 31/12/2024
		16	Percorsi di cronicità	Strutture Coinvolte	Semplificazione e innovazione dei percorsi per adeguare le risposte ai bisogni del territorio	Fragilità	PDTA Parkinson	Entro 31/08/2024
							PDTA Demenza senile	Entro 31/12/2024
							Riduzione DM dimissioni assistite DM anno 2024 ≤ DM anno 2023	Entro 31/12/2024
	17	Telemedicina	Strutture Coinvolte	Equità di accesso, riduzione delle tempistiche di risposta	Fragilità	Avvio progetto di collaborazione con ASL AL per teleconsulto condiviso - n. prestazioni in televisita/teleconsulto > 2023	Entro 31/12/2024	
	CYBERSICUREZZA, TRASPARENZA E PRIVACY	18	Dematerializzazione dei documenti	Strutture Coinvolte	Aumentare la tracciabilità e la fruibilità dei dati	Digitalizzazione	Avvio a regime progetto I SHARE – nuovo applicativo aziendale per la gestione documentale: delibere determine, contratti, protocollo, archivio documentale	Entro 31/12/2024
		19	Attivazione misure di sicurezza infrastrutturali	SC ICT e Innovazione Tecnologica	Aumentare la sicurezza dei dati	Innovazione gestionale	Segmentazione della rete e attivazione delle ACL; Attivazione firewall su PdL e sui server e aggiornamento delle versioni di S.O. sui server:	1) Entro 31/12/2024 2) Entro 31/12/2025 3) Entro 31/12/2026
							1) Totale delle nuove attivazioni 2) > 60% per le attuali postazioni 3) > 90% per le attuali postazioni	
							Completamento del ripristino antivirus TrakCare	Entro 31/12/2024
		20	Regolamentazione accesso come	SC ICT e Innovazione Tecnologica Dipartimento Servizi	Aumentare la sicurezza dei dati	Innovazione gestionale	Procedure previste nel programma di attuazione	1) Entro 31/12/2024 2) Entro

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
			Amministratore di sistema ai sistemi RIS e PACS				1) > 50% realizzazione procedure 2) 100% realizzazione procedure > 90%	31/12/2025
		21	Messa in sicurezza dell'accesso ai DB per le finalità del controllo di gestione	SC ICT e Innovazione Tecnologica e Controllo di gestione	Aumentare la sicurezza dei dati	Innovazione gestionale	Analisi alla progettazione per l'attivazione di connessioni degli applicativi al DWH aziendale >50% Analisi di progettazione.	Entro 31/12/2025
		22	Gestione della sicurezza dei DM	SS Ingegneria Clinica	Aumentare la sicurezza dei dati	Innovazione gestionale	1) Messa a regime Istruzione operativa IO18 per la gestione della sicurezza informatica dei dispositivi elettromedicali 2) Conclusione progetto per l'analisi della postura di sicurezza del parco macchine di diagnostica di laboratorio secondo linee guida MDCG-2019-16	Entro 31/12/2024
ORDINE DOPO LA TEMPESTA	ULTIMAZIONE INVESTIMENTI ARCURI E RIORGANIZZAZIONE TERAPIE INTENSIVE e SEMINTENSIVE	23	Terapie intensive e subintensive	SC Tecnico e efficientamento energetico	Aumentare l'offerta per far fronte ad ondate pandemiche	Sostenibilità sociale	Progetto di riorganizzazione terapie intensive	Entro 31/12/2024
						Sostenibilità sociale	Completamento lavori di "Riqualificazione area in pronto soccorso da destinare a locale isolamento –semintensiva"	Entro 30/06/2024
	ATTUAZIONE PNRR	24	Digitalizzazione	SC ICT e Innovazione Tecnologica	Aumentare la tracciabilità e la fruibilità dei dati	Digitalizzazione	Pieno rispetto cronoprogramma regionale	Tempistiche cronoprogramma regionale

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA	
		25	Grandi attrezzature	SS Ingegneria Clinica	Aumentare la sicurezza e la qualità delle risposte	Innovazione gestionale	Attuazione programma interventi di installazione da cronoprogramma	Entro 30/06/2024	
		26	Rendicontazione PNRR Grandi Attrezzature	SS Ingegneria Clinica	Monitoraggio stato attuazione PNRR	Sostenibilità economica	Compilazione informazioni REGIS	Entro 31/12/2024	
		27	Infezioni correlate assistenza (ICA)	SSD Formazione, Comunicazione, fundraising e processi amministrativi DAIRI	Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario –	Sostenibilità sociale	Corso di formazione in infezioni ospedaliere -Attuazione programma indicato D.G.R. n. 1 – 6675 1 marzo 2023	Tempistiche cronoprogramma regionale	
		RIORGANIZZAZIONE RADIODIAGNOSTICA	28	Ripensiamo le modalità di erogazione dell'offerta	Strutture Coinvolte	Incremento attività	Innovazione gestionale	Definizione di un nuovo modello di gestione del Servizio SC radiodiagnostica	Entro 31/12/2024
		VERSO IL NUOVO OSPEDALE	29	Avviare le procedure per il nuovo ospedale	SC Tecnico e efficientamento energetico	Restituire alla città un ospedale moderno e tecnologicamente avanzato	Sostenibilità sociale	Svolgimento delle procedure di competenza nel rispetto delle tempistiche e delle indicazioni regionali	Tempistiche cronoprogramma concordate con Regione
					Sc Contabilità e Patrimonio		Sostenibilità economica	Attività propedeutica alla realizzazione del nuovo ospedale – Supporto all'analisi regionale del piano economico-finanziario	Tempistiche cronoprogramma concordate con Regione
		EQUILIBRIO DI BILANCIO	30	Appropriatezza delle richieste prestazioni da laboratorio	Strutture Coinvolte	Ottimizzare le risorse disponibili	Sostenibilità economica	Piena applicazione nuovo nomenclatore e ricadute su prestazioni per interni	Entro 31/12/2024

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
		31	Budget di spesa	Servizi Ordinanti	Mantenere l'equilibrio economico-finanziario	Sostenibilità economica	(Budget assegnato + assestamenti autorizzati) / costi sostenuti ≥ 1	Entro 31/12/2024
		32	Incremento margine	Strutture Coinvolte	Generare valore aziendale	Sostenibilità economica	Ultimo margine di contabilità analitica 2023 > 2022	Entro 31/12/2024
		33	Rispetto del tetto di spesa del personale	Sc Area Politiche Risorse Umane	Mantenere l'equilibrio economico-finanziario	Sostenibilità economica	(Tetto comprensivo COVID)/costo personale ≥ 1	Entro 31/12/2024
							Report previsione e monitoraggio	Entro 31/12/2024
		34	Tempestività nei pagamenti	Sc Contabilità e Patrimonio	Mantenere correttezza delle scritture contabili	Sostenibilità economica	Σ (g. di pag fattura – g. di scad fattura) x imp fattura / Σ imp pagati nel periodo di rif. ≤ 0	Entro 31/12/2024
		35	Uniformità di Piano dei conti	Sc Contabilità e Patrimonio	Standardizzazione delle procedure contabili	Innovazione gestionale	Applicazione nuovo Piano dei Conti regionale	Entro 31/12/2024
36	Uniformità applicativo amministrativo-contabile di	Sc Contabilità e Patrimonio	Rendere omogenee le procedure sulle rilevazioni contabili a livello regionale	Innovazione gestionale	Attività propedeutiche per il passaggio al nuovo applicativo contabile	Entro il 31/12/2024		
OPERAZIONE ECCELLENZA	RINNOVO PARCO TECNOLOGICO	37	Sostituzione programmata attrezzature	SS Ingegneria Clinica	Miglioramento della sicurezza e della qualità delle risposte	Innovazione gestionale	Attuazione programma sostituzione - nel rispetto fondi FSC	Entro 31/12/2024
	MONITORAGGIO E VALUTAZIONE RISULTATI	38	PNE ed esiti	Strutture Coinvolte	Miglioramento della qualità dell'assistenza	Sostenibilità sociale	Indicatori specifici per struttura (schede strutture) Monitoraggio indicatori Treemap.	Entro 31/12/2024
		39	PGS – Indicatori di monitoraggio	Strutture Coinvolte	Miglioramento della qualità dell'assistenza	Sostenibilità sociale	Indicatori specifici per struttura (schede strutture)	Entro 31/12/2024

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
RIQUALIFICAZIONE OSPEDALE INFANTILE		40	Antincendio: investimento e riorganizzazione spazi	Strutture Coinvolte	Aumentare la sicurezza	Sostenibilità sociale	Prosecuzione delle attività finalizzate all'adeguamento e riqualificazione dell'Ospedale Infantile.	Entro 31/12/2024
		41	Blocco operatorio infantile	SC Tecnico e efficientamento energetico	Miglioramento della qualità dell'assistenza riducendo tempi e costi	Sostenibilità sociale	Progetto definitivo. Avvio gara per progetto esecutivo	Entro 31/12/2024
						Sostenibilità sociale	Progetto esecutivo e realizzazione blocco operatorio	Entro 30/05/2025
		42	Antisismica e riqualificazione edile e impiantistica	SC Tecnico e efficientamento energetico	Aumentare la sicurezza, l'efficienza energetica e il confort per pazienti e lavoratori	Sostenibilità ambientale	Completamento dei lavori di realizzazione delle nuove coperture	Entro 31/12/2024
						Sostenibilità sociale	Realizzazione lavori antisismica	Entro 31/07/2025
		PERSEGUIRE EFFICIENZA	GESTIONE OPERATIVA	43	Percorso DEA	Sc Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	Aumentare la sicurezza e la qualità dell'assistenza	Innovazione gestionale
44	Percorso chirurgico paziente			Sc Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	Potenziamento della capacità di ricovero programmato – governo liste d'attesa e capacità produttiva	Innovazione gestionale	Regolamento Blocco operatorio Presidio Infantile	Entro 31/12/2024
						Sostenibilità sociale	Monitoraggio dati (report trimestrali RUA) governo liste di attesa ed efficientamento capacità produttiva	Entro 31/12/2024
45	Percorso medico paziente	SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	Potenziamento della capacità di ricovero in area medica	Innovazione gestionale	Interventi Riduzione DM valore anno 2023 e indicatori per ciascuna struttura	Entro 31/12/2024		

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
						Innovazione gestionale	Progetto TOT-AL - analisi processi di area medica che coinvolgono trasporti esterni, per realizzare un prototipo per l'ottimizzazione degli stessi	Entro 30/06/2025
						Innovazione gestionale	Indicatori PGS monitoraggio report periodici	Entro 31/12/2024
	POTENZIAMENTO ATTIVITA' CHIRURGICA	46	Programmazione chirurgica su Trak	Dipartimento Chirurgico	Integrazione tutte le fasi del processo	Innovazione gestionale	100% Programmazione di sala effettuata su Trak	Entro 30/06/2024
		47	Implementazione SDA Chirurgica	Strutture Coinvolte	Miglioramento tracciabilità percorso paziente	Innovazione gestionale	Avvio SDA chirurgica	Entro 31/12/2024
		48	Rafforzamento specialità alta	SS Procedure di acquisto e di approvvigionamento	Potenziamento e miglioramento della qualità dell'assistenza	Innovazione gestionale/Sostenibilità sociale	Completamento sostituzione robot chirurgico	Entro 30/06/2024
	POTENZIAMENTO LABORATORIO ANALISI	49	Progetto automazione alta	SC Laboratorio Analisi SC Microbiologia e Virologia – SC Tecnico	Aumento della capacità di risposta	Innovazione gestionale	Definizione e rispetto del cronoprogramma delle attività	Entro 31/12/2024
	POTENZIAMENTO ATTIVITA' PRESIDIO BORSALINO	50	Mantenimento attività ambulatoriale	Strutture Coinvolte	Recupero e incremento prestazioni ambulatoriali	Innovazione gestionale	Attività ambulatoriale totale \geq 2019	Entro 31/12/2024
		51	Palestra robotica	Strutture Coinvolte	Incremento dell'attività	Innovazione gestionale	Numero pazienti utilizzatori 2024 \geq 2023	Entro 31/12/2024
	SVILUPPO E POTENZIAMENTO DEL	52	Certificazione 100% reparti qualità	SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	Miglioramento della qualità dell'assistenza	Qualità	Certificazione SC Neurologia e Nefrologia	Entro 31/12/2025

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA				
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA' E GESTIONE RISCHIO CLINICO	53	Rischio Clinico	SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa e Strutture Coinvolte	Riduzione del Rischio Clinico	Qualità	DVA Perioperatorio	Entro 31/12/2024				
							DVA Sondino naso gastrico	Entro 31/12/2024				
	EFFICIENTAMENTO ENERGETICO	54	Lavori efficientamento energetico Presidi Civile e Infantile	SC Tecnico e efficientamento energetico	Aumentare garantire confort e sicurezza dei pazienti	Sostenibilità ambientale	Completamento degli interventi da cronoprogramma	Entro 31/12/2024				
								55	Consumo consapevole di energia	SC Tecnico e efficientamento energetico	Aumentare conoscenza e consapevolezza	Sostenibilità ambientale
	POTENZIAMENTO STRUMENTI DI MONITORAGGIO AZIENDALE	56	Percorso Anticorruzione e Trasparenza - valorizzazione del piano triennale e potenziamento strumenti di monitoraggio	RPCT e Strutture Coinvolte	Aumentare conoscenza e consapevolezza delle misure e del monitoraggio	Sostenibilità sociale	Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" all'interno del PIAO	Entro 30/12/2024				
								Sc Contabilità e Patrimonio	Riduzione del rischio di corruzione e misura della sostenibilità delle azioni	Sostenibilità sociale	Attuazione delle misure - Esiti Audit interni	Entro 31/12/2024
								RPCT/Tutte le Strutture per la parte di competenza	Ridurre il rischio di corruzione	Sostenibilità sociale	Analisi interna atti - Assenza criticità e/o doppia sottoscrizione	Entro 31/12/2024
								RPCT/Tutte le Strutture per la parte di competenza	Favorire il controllo sull'azione e sull'utilizzo delle risorse	Sostenibilità sociale	Aggiornamento e Implementazione area "Amministrazione trasparente" - Sezione appalti pubblici	Entro 30/09/2024
								Sc Processi amministrativi generali e di	Favorire il controllo sull'azione e	Sostenibilità sociale	Aggiornamento mappatura dei processi in previsione modifiche	Entro 31/12/2024

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
				approvvigionamento	sull'utilizzo delle risorse		conseguenti la trasformazione in AOU dal 01.01.2024	
		57	Potenziamento datawarehouse aziendale	SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	Aumentare trasparenza, coscienza e consapevolezza nella gestione delle strutture	Sostenibilità sociale	Implementazione nuova reportistica: <ul style="list-style-type: none"> • Cruscotto di monitoraggio Treemap • Wbs • Area personale • Area amministrative in collaborazione con Contabilità • PIA • Adoption e farmacologia 	Entro 31/12/2024
					Migliorare le performance della piattaforma	Innovazione gestionale	Potenziamento piattaforma	Entro 31/12/2024
ESSERE CON IL TERRITORIO	GESTIONE IN RETE DI ATTIVITA' CLINICHE CON GLI OSPEDALI DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA	58	Potenziamento della rete oncologica	Sc Oncologia e Referenti CAS	Facilitare la presa in carico efficiente del paziente oncologico	Sostenibilità sociale /Innovazione gestionale	Recepimento PSDTA della rete oncologica	Entro 31/12/2024
		59	Sviluppo del percorso nascita sul territorio	Dipartimento Pediatrico-Ostetrico - Sc Ostetricia e Ginecologia	Definire un percorso condiviso a livello territoriale	Sostenibilità sociale	Aggiornamento percorso interaziendale, anche alla luce del nuovo atto aziendale	Entro 31/12/2024
	COLLABORAZIONE CON ALTRI ENTI PER ATTIVITA' INTEGRATE SUL TERRITORIO	60	La programmazione attività del mobility manager	Mobility Manager	Sensibilizzazione alle tematiche della mobilità casa lavoro.	Sostenibilità sociale e ambientale	Attuazione azioni piano annuale spostamento casa lavoro	Entro 31/12/2024
		61	Liste d'attesa ambulatoriali e chirurgiche - Pulizia	Strutture Coinvolte	Diminuire i tempi di risposta ai bisogni di salute della	Digitalizzazione	Indicatori specifici per struttura (schede strutture)	Entro 31/12/2024

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
			lista di attesa		popolazione			
		62	Potenziamento collaborazione CAP	SSD Formazione, Comunicazione, fundraising e processi amministrativi DAIRI	Empowerment del paziente	Sostenibilità sociale	Almeno 2 riunioni anno	Entro 31/12/2024
		63	Collaborazione Medici di Medicina Generale	SSD Formazione, Comunicazione, fundraising e processi amministrativi DAIRI e SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	Maggiore integrazione con il territorio	Sostenibilità sociale	Predisposizione contatti ospedalieri per MMG	Entro 31/12/2024
Predisposizione newsletter per MMG	Entro 31/12/2024							
RICERCA COME MISSIONE	SOSTENERE E POTENZIARE L'ATTIVITÀ DI RICERCA E DI PRODUZIONE SCIENTIFICA REALIZZATA ATTRAVERSO IL DIPARTIMENTO ATTIVITA' RICERCA E INNOVAZIONE	64	Attuazione piano di attività Dairi	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Sviluppo delle attività di ricerca e del miglioramento della qualità professionale	Qualità	Operatività dei settori del Dipartimento	Entro 31/12/2024
		65	Traslazionalità della ricerca - Promuovere e potenziare l'attività integrazione con la rete dei laboratori di ricerca	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Sviluppo delle attività di ricerca e del miglioramento della qualità professionale	Qualità	n. 10 protocolli avviati	Entro 31/12/2024
		66	Potenziamento attività di fundraising	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Aumentare la qualità e la quantità delle prestazioni fornite	Sostenibilità sociale	N partnership realizzate per eventi di raccolta fondi	Entro 31/12/2024
		67	Potenziamento attività Grant Office	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Aumentare la qualità e la quantità delle prestazioni fornite	Sostenibilità sociale	Inserimento in reti e sottomissione progetti	Entro 31/12/2024
		68	Definizione modello organizzativo di coordinamento delle	Strutture Coinvolte	Aumentare la qualità e la quantità delle prestazioni fornite	Ricerca	Applicazione modello definito	Entro 31/12/2024

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
	BIOMEDICA NELLE ASR REGIONALE		attività di ricerca a livello regionale					
	IRCCS	69	Definizione linee di ricerca e incremento della produzione scientifica	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Aumentare la qualità e la quantità delle prestazioni fornite	Ricerca	Piano delle linee di ricerca	Entro 31/12/2024
		70	Mappatura dei processi e revisione del Sistema Qualità, anche in collaborazione con ASL AL	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Aumentare la qualità e la quantità delle prestazioni fornite	Ricerca	Mappatura dei processi di ricerca condivisi	Entro 31/12/2024
		71	Definizione identità, mission e vision	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione	Incrementare l'integrazione con stakeholder	Sostenibilità sociale	Applicazione Piano brand reputation	Entro 31/12/2024
ACCOGLIENZA E BEN-ESSERE	LA CURA DIVIENE BEN-ESSERE	72	Progetto ospedale verde: sensibilizzazione ai temi della sostenibilità ambientale	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione - Strutture coinvolte	Migliorare la qualità della vita e il benessere delle persone	Sostenibilità ambientale	Realizzazione attività definite	Entro 31/12/2024
		73	Verso un MH <i>oriented</i> : iniziative per il paziente e per la comunità	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione Strutture coinvolte	Migliorare il rapporto tra persona e istituzione	Sostenibilità sociale	Progettazione e realizzazione iniziative specifiche dedicate a welfare culturale e medical humanities	Entro 31/12/2024
		74	Benessere aziendale - Sviluppo e implementazione di corsi/progetti	Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione e Strutture coinvolte	Migliorare il benessere di pazienti e operatori	Sostenibilità sociale	Follow up corso e valutazione dei partecipanti	Entro 31/12/2024
	OSPITALITA' ACCOGLIENZA	75	Progetto umanizzazione dei reparti	SC Tecnico e efficientamento energetico	Migliorare il benessere di pazienti e operatori	Sostenibilità ambientale	Completamento sostituzione dei serramenti esterni "Monoblocco" Ospedale Civile e Infantile	Entro 31/12/2024

AREA	OBIETTIVO STRATEGICO	N	OBIETTIVO OPERATIVO	RESPONSABILITA' E SOGGETTI COINVOLTI	FINALITA'	CATEGORIA	INDICATORE/TARGET	SCADENZA
						Sostenibilità ambientale	Istallazione corpi illuminanti interni ed esterni - Approvazione dei progetti ed esecuzione delle opere.	Entro 31/12/2024
		76	Progetto Customer	SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa	Rilevare la Soddisfazione esigenze stakeholder	Qualità	Effettuazione customer rivolta ai pazienti	Entro 31/12/2024
							Effettuazione customer al cliente interno	Entro 31/12/2024
							MMG	Entro 31/12/2024
	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA	77	Azioni sulla domanda – interventi chirurgici e ambulatoriali	Strutture coinvolte	Riduzione liste d'attesa	Sostenibilità sociale	Riduzione liste d'attesa anno 2023	Entro 31/12/2024
		78	Azioni sulla domanda Informatizzazione delle LA area medica	Strutture coinvolte	Riduzione liste d'attesa	Sostenibilità sociale/Innovazione gestionale	Agende cartacee totalmente informatizzate	Entro 31/12/2024
		79	Azioni sull'offerta – interventi chirurgici e ambulatoriali	Strutture coinvolte	Aumento dell'offerta	Sostenibilità sociale	Aumento offerta anno 2023	Entro 31/12/2024
	ACCESSO 4.0	80	Sviluppo e implementazione servizi nuovo centro Accettazione Unica Ricoveri e Ambulatoriale AURA	SC Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa e SSD Formazione, Comunicazione, fundraising e processi amministrativi DAIRI	Semplificare, efficientare e ampliare i servizi di accettazione	Innovazione gestionale	Attuazione del Piano di implementazione del servizio – accettazione reparti medici	Tempistiche cronoprogramma
		81	Nuovo sito internet aziendale	AREA ICT – Tutte le Strutture	Migliorare la possibilità di accesso all'informazione da parte degli utenti	Innovazione gestionale	Potenziamento della sezione "Lavora con noi"	Entro 31/12/2024

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

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

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

► Il processo

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

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

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

Graduazione di peso degli obiettivi

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

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

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

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

Figura 18 - Tabella Fac-Simile

Sono anche previsti

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

Raggiungimento degli obiettivi

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

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

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

Il sistema premiante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

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

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

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

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

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

In data 29.12.2023 è stato deliberato il Conto Economico Preventivo Provvisorio Tecnico per l'anno 2024.

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

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

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

Azioni per il miglioramento delle performance

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

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

Coerenza con la sottosezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza"

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

- l'inserimento nel sistema di valutazione di obiettivi specifici programmati nella presente sottosezione;

- l'attuazione degli obiettivi individuati in tema di Amministrazione Trasparente;
- Coordinazione e collaborazione fra i responsabili delle Strutture ed i responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il corretto svolgimento delle procedure secondo le indicazioni previste dalla normativa vigente.

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

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

2.3 -Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa

Ai sensi della Legge n. 190/2012, i contenuti della presente sottosezione sono correlati alle misure ed agli obiettivi strategici in materia della prevenzione della corruzione e trasparenza, anche in funzione della creazione del valore pubblico.

Ai fini dell'aggiornamento annuale, a cura del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) dell'Azienda Ospedaliera, dott.ssa Delfina Legora, nominata con deliberazione n. 229 del 31 marzo 2021 e confermata per il biennio 2023-2024 con deliberazione n. 592 del 29.12.2022, i dirigenti e tutto il personale, per i profili di competenza, hanno prestato un apporto fondamentale nell'individuazione delle linee strategiche da adottare per prevenire il rischio corruttivo; nello specifico:

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

La presente sottosezione, redatta in base alle indicazioni fornite da ANAC con i Piani nazionali anticorruzione, potrà essere soggetta a revisioni e aggiornamenti in caso di:

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

Allo scopo di ottenere il massimo coinvolgimento possibile nella procedura di adozione della presente Sottosezione sono stati coinvolti tutti gli stakeholders (interni ed esterni all'Azienda) mediante apposito avviso denominato "avvio della consultazione pubblica sulla Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" pubblicato, dal 10.01.2024 al 24.01.2024.

Le disposizioni della presente sottosezione entrano in vigore dalla data di approvazione del PIAO.

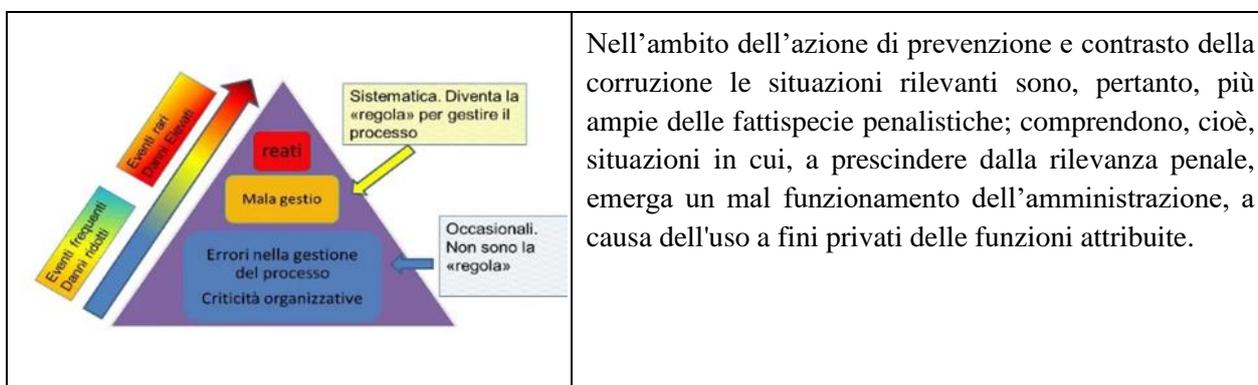
I destinatari della presente sottosezione sono i dipendenti e tutti coloro che prestano, a qualunque titolo, servizio presso l'Azienda. L'inosservanza delle disposizioni contenute nel presente documento è fonte di responsabilità amministrativa, dirigenziale e disciplinare e può dar luogo a sanzioni.

Per tutto quanto non espressamente disciplinato si applica la normativa vigente in materia.

Corruzione e Trasparenza

Prima di esaminare i contenuti del presente documento, si è ritenuto opportuno condividere brevemente i concetti di “corruzione” e “trasparenza”.

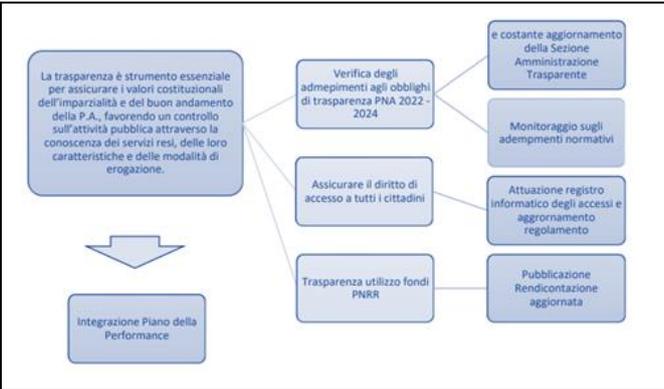
Ai fini del presente documento, il concetto di **CORRUZIONE** è inteso in senso lato, e cioè comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività istituzionale, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato onde ottenere vantaggi privati e facendo prevalere un interesse primario diverso dal fine istituzionale dell'Azienda, sia che tale azione abbia successo, sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.



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

L'esigenza di arginare tali fenomeni ha comportato l'adozione della Legge 190/2012 (c.d. legge anticorruzione) che, in sostanza, prevede un sistema di tutela di cui fa parte la “**TRASPARENZA**”, quale misura cardine dell'intero impianto anticorruzione, attuata principalmente attraverso la pubblicazione dei dati e delle informazioni elencate dal d.lgs. 33/2013 sul sito web nella sezione "Amministrazione trasparente".



<p>Sempre in tema di “Trasparenza”, l’Azienda, al fine di realizzare un’amministrazione aperta e al servizio del cittadino, ha individuato un percorso, a lato rappresentato, al fine del collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell’Azienda, definita nel Piano della Performance secondo una logica di più stretta integrazione con quelli funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.</p>	
<p>Nel formulare tali obiettivi, non si è potuto non tenere conto dell’opportunità offerta dal PNRR, che richiede non solo uno sforzo programmatico di ampio respiro ma anche un’attività di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza più specifica nei settori interessati dagli interventi del PNRR, al fine di garantire un impiego ottimale delle risorse stanziare in attuazione dello stesso. L’arrivo dei fondi legati al PNRR e la loro gestione possono generare nuove opportunità criminali a fianco riportate:</p>	

L’Azienda ha provveduto a tracciare le operazioni relative all’utilizzo delle risorse del PNRR, in una contabilità separata, raccogliendo tutte le informazioni utili relative, ai controlli sulla regolarità delle procedure, all’emissione degli ordini, al conseguente impegno di spesa, liquidazione e pagamento. Nello specifico si è provveduto ad attivare una contabilità di progetto per ogni CUP; contabilità analitica PNRR con attribuzione di specifici centri di costo; individuazione di apposite autorizzazioni di spesa dedicate per una migliore tracciabilità; raccolta sistematica di ogni documento per ogni atto PNRR (contratti, provvedimenti, ordini, DDT, note di liquidazione, fatture, ordinativi di pagamenti e relative quietanze). Tale documentazione giustificativa è stata predisposta su apposite schede excel in modo da renderle disponibili per le attività di controllo e audit.

<p>Inoltre, all’interno del proprio sito web, al fine di tracciare e rendere evidenti le attività svolte nell’ambito della specifica progettualità con utilizzo dei fondi stanziati dal PNRR, ha individuato una sezione denominata “ATTUAZIONE MISURE PNRR”_che prevede specifiche sottosezioni, per l’inserimento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tipologia atti legislativi di riferimento (legge, d.lgs., DL, avvisi, circolari, ecc); – atti amministrativi di attuazione delle misure; – documentazione relativa (contratti, provvedimenti, ordini, DDT, note di liquidazione, fatture, ordinativi di pagamenti e relative quietanze) 	<p>La Missione 6 “Salute” e l’Azienda Ospedaliera di Alessandria</p> <p>La Missione 6 “Salute” (gr/M6) contiene tutti gli interventi a totalità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti (C):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ M5 C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale ■ M5 C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario, a sua volta suddivisa in: <ul style="list-style-type: none"> □ M5 C2 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero <ul style="list-style-type: none"> □ 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione) delle strutture: sedi di SGA per adeguare il parco dei software ospedalieri ai più recenti standard architettonici, di sicurezza e di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico □ 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature), ossia gli asset tecnologici in dotazione presso le strutture ospedaliere, sostituendo tutto il parco delle grandi apparecchiature sanitarie vetuste (anzianità maggiore di 5 anni) □ M5 C2 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile, ossia perseguire il miglioramento strutturale in materia di sicurezza delle strutture ospedaliere, con l’obiettivo di allinearle alle più moderne normative sismiche a livello internazionale. Per questa attività l’Azienda ospedaliera ha ricevuto i fondi dalla Pianificazione nazionale per gli investimenti complementari (PNCL) destinati all’integrazione della Componente 2 della Missione 6.
--	--

I risultati dell’attività svolta, tra cui il rendiconto sull’attuazione delle misure di prevenzione sono resi noti dal RPCT in una Relazione annuale pubblicata sul sito istituzionale dell’amministrazione.

Di seguito, il cronoprogramma delle scadenze adempimenti in materia di prevenzione corruzione e trasparenza, salvo diverse indicazioni da parte di ANAC:

Tempistica <i>salvo diverse indicazioni ANAC</i>	Attività	Soggetto competente
entro il 15 gennaio	Relazione annuale	RPCT
31 marzo	Attestazione OIV obblighi di pubblicazione D.lgs. 33/2013	OIV
primo trimestre di ogni anno	Avvio contatti con le Strutture per la programmazione del monitoraggio delle misure previste	RPCT/Direttori-Referenti Strutture aree a rischio
entro il 31 ottobre	Avvio contatti con le Strutture per la mappatura dei processi e definizione di misure mitiganti	RPCT
entro il 15 dicembre	Aggiornamento mappatura dei processi	RPCT/Direttori-Referenti Strutture aree a rischio
entro il 30 giugno ed il 30 novembre	Presentazione al RPCT di una relazione di monitoraggio sull'attuazione delle misure individuate per la prevenzione dei rischi corruttivi	Direttori-Referenti Strutture aree a rischio
entro il 30 novembre	Trasmissione report contenente i seguenti dati: <ul style="list-style-type: none"> • numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore; • numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni. 	Ufficio Procedimenti disciplinari
entro il 30 novembre	Individuazione dei dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione a cadenza almeno annuale per le aree a maggior rischio corruttivo	Direttori-Referenti Strutture aree a rischio
entro il 31 dicembre	Svolgimento programmi di formazione	RPCT SSD Formazione e Comunicazione

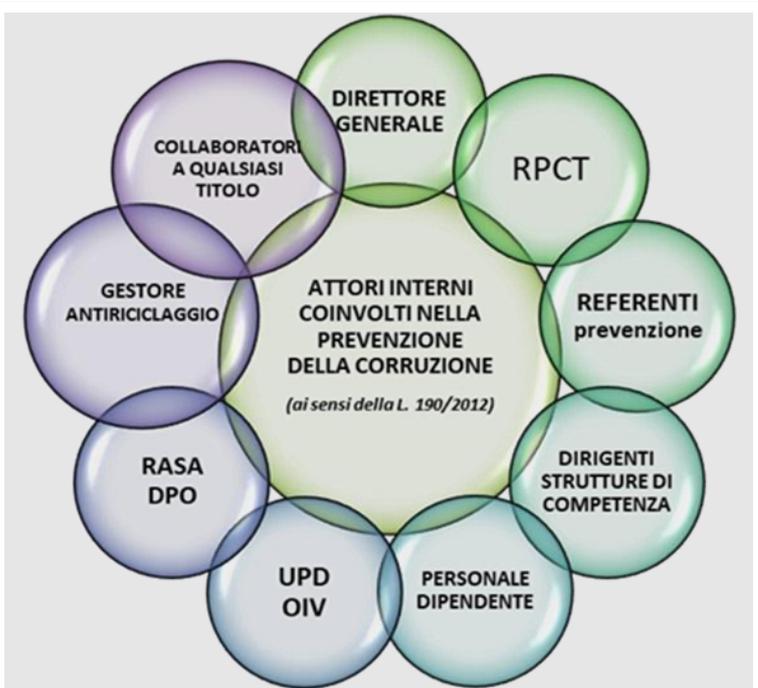
Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

Come previsto dalla Legge n.190/2012, la gestione del rischio corruttivo non riguarda solo il RPCT, ma l'intera struttura organizzativa; l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni ente, infatti, dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT che del sistema predetto è il principale coordinatore.

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

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

Nel caso specifico dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria, concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità e partecipano al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti che, a vario titolo, partecipano alla strategia di prevenzione della corruzione, ciascuno per il proprio ruolo e responsabilità, come di seguito indicato:



Soggetto	Ruolo
<i>Direttore generale</i>	Il Direttore Generale è l'organo cui compete l'adozione iniziale del PIAO ed i successivi aggiornamenti; nello specifico: <ul style="list-style-type: none"> designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne dà comunicazione all'ANAC; adotta tutti i provvedimenti e gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, nonché gli atti volti a garantire il necessario coordinamento e collegamento tra il Piano e gli altri atti di programmazione.
<i>RPCT</i>	Svolte le funzioni previste dalla Legge n. 190/2012 e dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. (sostituito dott.ssa Patrizia Negri); nello specifico, come integralmente riportate nell'Allegato 3 della delibera ANAC n.1064/2019, che si intendono integralmente richiamate, ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> elabora la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e propone modifiche in caso di accertate significative violazioni non espressamente previste o in seguito a significativi e perdurevoli cambiamenti dell'organizzazione; effettua la mappatura dei processi aziendali, la valutazione dei rischi e la conseguente indicazione delle misure atte a prevenirli; verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità; individua il personale da inserire nei percorsi di formazione su indicazione dei responsabili delle diverse strutture. Il RPCT, oltre alla relazione secondo il modello ANAC, da pubblicarsi nella sezione "amministrazione trasparente", predisporre una relazione descrittiva dell'attuazione delle misure di prevenzione, da trasmettere alla Direzione Generale e all'OIV, anche ai fini del collegamento con il ciclo di gestione delle performance.
<i>OIV</i>	Tale organo, nominato con apposita deliberazione del DG (da ultima, la n. 337 del 17/07/2023) , si inquadra nell'ambito dell'articolato sistema dei soggetti dell'anticorruzione ed ha tra le funzioni più rilevanti quella di verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che le misure per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale e che nella misurazione di valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Con deliberazione n. 625 del 21 giugno 2017 è stato approvato il Regolamento di funzionamento dell'OIV, successivamente modificato con deliberazione n. 337 del 17/07/2023, nel rispetto dei poteri e delle competenze individuate dalla vigente normativa in materia.
<i>Dirigenti strutture sanitarie</i>	Devono prestare particolare attenzione e fornire ampia collaborazione al RPCT in tema di tutte le questioni di carattere sanitario e non, individuate da ANAC quali possibili aree di rischio specifiche: <ul style="list-style-type: none"> attività libero-professionale e liste di attesa; attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero; utilizzo farmaci, dispositivi e altre tecnologie e contatti con i rappresentanti; corretta tenuta e tempestivo rilascio di documentazione sanitaria; sperimentazioni cliniche; sponsorizzazioni; alienazione di immobili da parte dell'Azienda. In sede di definizione "Budget 2022" delle Strutture, è stato inserito, quale obiettivo per i Dirigenti, la partecipazione fattiva e collaborativa con l'RPCT della mappatura dei rischi corruttivi su tutti i processi gestiti, nonché l'individuazione delle misure di contrasto e monitoraggio dell'applicazione delle stesse.
<i>Dirigenti strutture amministrative</i>	I dirigenti e le strutture amministrative: <ul style="list-style-type: none"> partecipano al processo di gestione del rischio, e segnatamente adottano misure gestionali finalizzate alla prevenzione della corruzione; propongono le misure di prevenzione al RPCT; assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; assicurano il reperimento, l'elaborazione e la corretta pubblicazione dei documenti, dei dati e delle informazioni ai fini dell'alimentazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web, e in ogni caso, garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal D.Lgs. 33/2013 (art. 43, co. 3, D. Lgs. 33/2013). gestiscono, anche nel coordinamento con l'Ufficio all'uopo incaricato e/o con il RPCT, le istanze di accesso civico "generalizzato" di loro competenza (art. 43, co. 4, D.Lgs. 33/2013).
<i>Direttori di dipartimento</i>	Rivestono un incarico di tipo prevalentemente organizzativo-gestionale e pertanto hanno il compito di coordinare e vigilare che i singoli Direttori si attengano alle indicazioni del presente Piano anche in materia di Trasparenza.
<i>Referenti prevenzione e corruzione e per la trasparenza</i>	Sono chiamati ad assolvere a tutte le incombenze indicate dal PIAO – Sezione Anticorruzione e Trasparenza, nonché a svolgere - in ogni caso - i seguenti compiti: <ul style="list-style-type: none"> Lato prevenzione della corruzione: fornire tutte le informazioni necessarie al RPCT ai fini dell'individuazione delle aree a più elevato rischio corruzione; formulare specifiche proposte volte all'adozione di misure di prevenzione del rischio; relazionare al RPCT, a richiesta o, comunque, con cadenza periodica, gli esiti del monitoraggio; segnalare tempestivamente al RPCT ogni episodio di illecito;

Soggetto	Ruolo
	<ul style="list-style-type: none"> assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari di rispettiva competenza; osservare le misure contenute nel Piano. <ul style="list-style-type: none"> Lato trasparenza: assicurare, con riferimento alla propria area di competenza, come specificate nel presente Piano, la raccolta e/o l'elaborazione di tutti i dati oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione Trasparente"; garantire, previo coordinamento con il RPCT, nel rispetto dei termini di legge e della qualità della pubblicazione, il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione e il costante aggiornamento dei dati pubblicati..
Gestore antiriciclaggio	E' stata individuata come "gestore dell'antiriciclaggio" aziendale la dott.ssa Patrizia Negri, Dirigente S.S. Libera Professione e Coordinamento servizi al Cittadino. Con deliberazione n. 741 del 30/12/2021 è stato adottato il "Regolamento in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo", successivamente integrato con deliberazione n. 480 del 28.10.2022 ai fini dell'attività di controllo interventi PNRR M6 Salute.
RASA	Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. E' intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Nel corso dell'anno 2021 è stato nominato come RASA un dirigente della S.C. Area appalti innovativi e procedure d'acquisto sovrazionali che, a seguito di cessazione dal servizio, è stato sostituito dal dott. Gianluca Miglietta, dirigente della medesima struttura (nomina effettuata con deliberazione n. 118 del 10.03.2022).
DPO	Oltre a favorire l'osservanza della normativa supportando il Responsabile del Trattamento dei Dati o svolgendo valutazioni di impatto e audit in materia di protezione dei dati, funge da interfaccia fra tutti i soggetti coinvolti: autorità di controllo, interessati, servizi e strutture. Il responsabile della Protezione dei dati personali è la Dott.ssa Silvia Straneo, nominata, ai sensi dell'art.37 del GDPR, con deliberazione n. 176 dell'01.03.2018.
UPD	Collabora con il RPCT alla predisposizione del Codice di Comportamento, ne cura l'aggiornamento e l'esame delle segnalazioni di violazione dello stesso, la raccolta degli atti delle condotte illecite accertate e sanzionate. Con deliberazioni n. 278 del 20.07.2010 e n. 35 del 30/01/2020 sono stati nominati i componenti dell'UPD, rispettivamente, per il personale del comparto e per la dirigenza; con deliberazione n. 270 del 20.07.2010 e n. 653 del 22.06. 2017 sono stati adottati i relativi Regolamenti.
Personale dipendente	Partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nella presente sottosezione, nel Codice di comportamento aziendale, diventano parte attiva tramite le segnalazioni di illeciti mediante la procedura "whistleblower".
Collaboratori (a qualsiasi titolo)	Devono essere informati del presente Piano e devono osservare le misure ivi contenute ed eventualmente segnalare le situazioni di illecito che riscontrino. Anche ad essi si applica il Codice di comportamento aziendale.

Soggetto	Responsabilità'
Direttore generale	Sanzioni per omessa designazione del RPCT - Sanzioni per omessa adozione del P.T.P.C.T. (rif. art. 19 c. 5 lett. B D.L. 90/2014)
RPCT	La L. 190/2012 all'art. 1, comma 8 prevede: "la responsabilità per mancata predisposizione del Piano e per la mancata adozione di misure per la selezione e la formazione dei dipendenti; la responsabilità disciplinare ed amministrativa per il caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato e il responsabile della prevenzione non possa dimostrare le seguenti circostanze":
Dirigenti Area di competenza	Rispondono della mancata attuazione delle misure previste per la prevenzione della corruzione ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di aver vigilato sull'osservanza del Piano
Referenti	Sono responsabili della corretta attuazione e osservanza delle disposizioni contenute nella Legge n. 190/2012 e nella presente sottosezione. - Devono osservare le disposizioni del Codice di comportamento
OIV	<ul style="list-style-type: none"> Verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti per la prevenzione della corruzione e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori; Verifica l'assolvimento degli obblighi di trasparenza; Verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predisponde; Verifica che il Piano sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza
UPD	Competente alla contestazione degli addebiti ed all'istruttoria del procedimento disciplinare quando, per i fatti contestati, si reputi applicabile una sanzione disciplinare superiore alla censura scritta
Personale	Ai sensi della L. 190/2012 art. 1, comma 14, la violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano

Soggetto		Responsabilita'
<i>dipendente</i>	costituisce, infatti, illecito disciplinare.	
<i>Collaboratori (a qualsiasi titolo)</i>	I collaboratori e i consulenti a qualsiasi titolo dell'Azienda rispondono, al pari degli altri dipendenti, per la mancata osservanza delle prescrizioni previste dal Piano.	

Obiettivi in materia di prevenzione della corruzione

Al fine della costruzione di un sistema di prevenzione della corruzione concreto ed efficace, per il triennio 2024-2026, si confermano le seguenti azioni:

OBIETTIVI 2024-2026	AZIONI	SOGGETTI	TEMPI
<i>Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione</i>	Monitoraggio delle misure individuate dai Dirigenti/Responsabili delle Strutture con conseguente, eventuale, variazione del livello di rischio anche all'esito delle risultanze dei monitoraggi e delle verifiche.	RPCT/Direttori di Struttura	semestrale
	Aggiornamento mappatura dei processi	RPCT/Direttori di Struttura	annuale
	Attuazione di azioni coerenti con prescrizioni, delibere ANAC	RPCT	tempestiva
<i>Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione</i>	Azioni di monitoraggio delle misure di prevenzione corruzione	RPCT	semestrale e/o a campione
	Monitoraggio delle segnalazioni dei whistleblowers	RPCT	tempestiva
<i>Diffondere la cultura dell'integrità</i>	Proseguimento formazione in tema di prevenzione della corruzione	RPCT	annuale
<i>Maggiori livelli di trasparenza</i>	Pubblicazione e aggiornamento della sezione "Amministrazione trasparente" secondo la tempistica dettata dalla vigente normativa Monitoraggio pubblicazione e aggiornamento dei contenuti da inserire nella sezione del sito istituzione "Amministrazione trasparente"	RPCT	annuale e/o a campione
<i>Monitoraggio misure PNRR</i>	Implementazione del sistema di controlli relativi alle procedure di gestione dei fondi ai sensi della P11 "Internal auditing"	Gruppo di lavoro individuato nella P11	mensile

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

2.3.1. - Processo di gestione del rischio

Per "rischio" o "evento rischioso" si intende l'evento che, in relazione ai processi considerati potrebbe, anche solo potenzialmente, verificarsi.

Il processo di gestione del rischio corruttivo ha come sue principali finalità quella di favorire il buon andamento e l'imparzialità dell'operato di un'Amministrazione e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. Le fasi di analisi riguardanti la mappatura dei processi e l'individuazione e valutazione dei rischi corruttivi consentono,

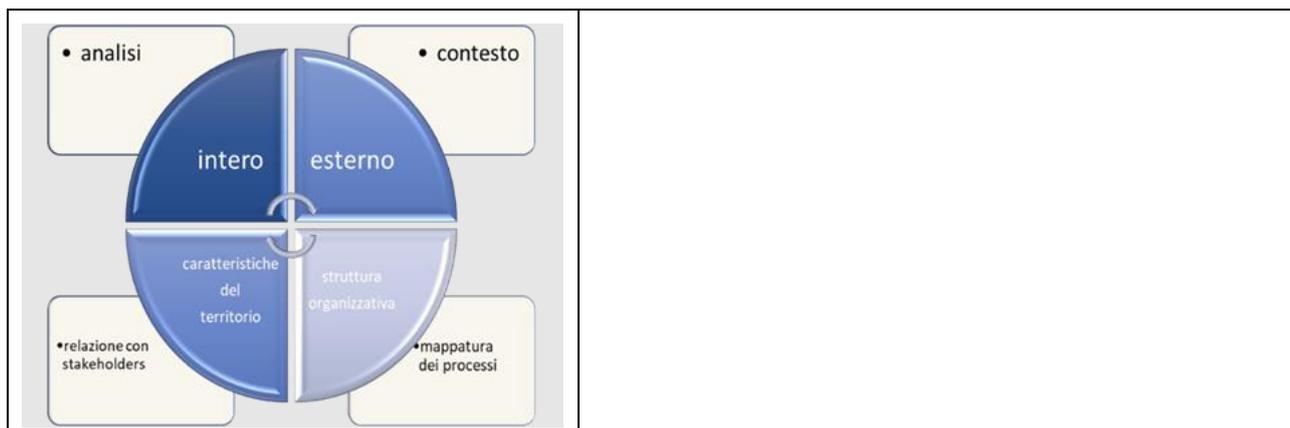
accrescendo la conoscenza dell'Amministrazione in cui si opera, di migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

	<p>Nel corso dell'anno 2023, anche sulla base di un'analisi delle criticità riscontrate negli anni precedenti, si è data priorità al fondamentale sviluppo (a tutti i livelli organizzativi) di una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. La gestione del rischio corruttivo non riguarda, infatti, solo il RPCT ma l'intera struttura.</p>
<p>Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio ed il trattamento del rischio a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame).</p>	 <p>Sviluppandosi in maniera ciclica in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto in un'ottica migliorativa delle risultanze del ciclo precedente utilizzando l'esperienza accumulata ed adattandosi ad eventuali variazioni intervenute nel contesto interno ed esterno.</p>

2.3.2 - Analisi del contesto

La prima fase del processo di gestione del rischio ha riguardato l'analisi del contesto, finalizzata ad ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Azienda per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera e di dinamiche sociali, economiche e culturali (contesto esterno), o per via delle caratteristiche organizzative interne (contesto interno).

	<p>Di particolare rilievo per l'Azienda resta il tema dei rapporti con i soggetti esterni, poiché molte delle sue attività si intersecano con le competenze di altri soggetti istituzionali; l'attività di promozione e conoscenza delle proprie attività nei confronti dei cittadini e utenti, cd. "stakeholders" (portatori di interessi), costituisce per l'Azienda un dato rilevante ai fini della prevenzione dei fenomeni corruttivi, in quanto un'utenza informata sulle procedure interne dell'Amministrazione è più consapevole dei propri diritti e più vigile nell'osservanza di una corretta azione amministrativa e nell'individuazione di episodi di "maladministration".</p>
--	---



La prima fase del processo di gestione del rischio è l'analisi del contesto, finalizzata ad ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Azienda per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera (contesto esterno), o per via delle caratteristiche organizzative interne (contesto interno).

Per l'analisi di contesto esterno è possibile identificare tre ambiti di indagine:

- ambientale, nel quale si evidenziano le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'organizzazione opera.
- relazionale, nel quale si mappano e definiscono i principali stakeholder e gruppi di pressione e si delineano le dinamiche relazionali;
- culturale, nel quale si rileva il livello di diffusione della cultura etica e della legalità, Per l'analisi di contesto interno gli ambiti di indagine sono:
 - gestionale, nel quale si mappano e analizzano i processi e si evidenziano le caratteristiche gestionali attraverso le quali l'organizzazione opera;
 - organizzativo, nel quale si rilevano il livello di competenze e la disponibilità di sistemi e tecnologie per la gestione del rischio, nonché si analizzano la presenza e le modalità di interazione tra gli altri soggetti preposti a funzioni di programmazione e controllo;
 - culturale, nel quale si valuta sia la cultura del rischio che la cultura etica presente e condivisa nell'organizzazione.

Tale analisi costituisce presupposto dell'intero processo di pianificazione per guidare l'Azienda nella scelta delle strategie capaci di produrre "valore pubblico"; ne risulta, in questo modo, rafforzata anche la logica di integrazione tra performance e prevenzione della corruzione. Per quanto riguarda il "contesto esterno", lo scopo dell'analisi è identificare i problemi che soddisfano due criteri chiave:

- sono al di fuori del controllo dell'organizzazione
- avranno un certo livello di impatto su di esso



Analisi del contesto esterno

La corruzione è un fenomeno sociale, politico ed economico che colpisce tutti i Paesi, minando le istituzioni e lo stato di diritto, distorcendo i mercati e i processi elettorali; in definitiva, questo fenomeno priva i cittadini di diritti fondamentali e rallenta lo sviluppo economico.

Lo scopo della valutazione di impatto del contesto esterno è quello di evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

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

Lo scenario nazionale

La Direzione Investigativa Antimafia, nella sua ultima relazione semestrale, descrive un contesto della criminalità organizzata di stampo mafioso meno violento e più affaristico, fatto di corruzione e intimidazione, capace di rivolgere il proprio sguardo anche alle nuovissime tecnologie. Le organizzazioni criminali di tipo mafioso, nel loro incessante processo di adattamento alla mutevolezza dei contesti, hanno implementato le capacità relazionali sostituendo l'uso della violenza, sempre più residuale, con strategie di silenziosa infiltrazione e con azioni corruttive e intimidatorie.

	<p>Dalla relazione della DIA, riferita al 2^a semestre 2022, emerge che le mafie preferiscono rivolgere le proprie attenzioni ad ambiti affaristico-impresariali, approfittando della disponibilità di ingenti capitali accumulati con le tradizionali attività illecite. Si tratta di “modi operandi” dove si cerca sia di rafforzare i vincoli associativi mediante il perseguimento del profitto e la ricerca del consenso approfittando della forte sofferenza economica che caratterizza alcune aree, sia di stare al passo con le più avanzate strategie di investimento, riuscendo a cogliere anche le opportunità offerte dai fondi pubblici nazionali e comunitari (Recovery Fund e PNRR).</p> <p>L'uso della tecnologia ha assunto un ruolo determinante per l'attività illecita delle organizzazioni criminali, che utilizzano i sistemi di comunicazione crittografata per le comunicazioni interne; il Web è divenuto quindi l'ambiente privilegiato per svolgere attività lucrative di natura criminale.</p> <p>La maggior fonte di redditività dei cartelli criminali, a livello transnazionale, continua ad essere il traffico di sostanze stupefacenti, per la gestione del quale sono stati sviluppati modelli organizzativi reticolari, che disancorano la criminalità organizzata dall'area geografica d'origine e sfruttano il web per le operazioni di vendita, rendendone più difficile tanto la prevenzione quanto la repressione di tali reati.</p>
---	--

L'attività di controllo eseguita dalla DIA ha riguardato, tra gli altri, l'assetto delle imprese interessate all'esecuzione dei lavori pubblici, per individuare eventuali elementi d'infiltrazione, nonché l'esecuzione di

mirati accertamenti sia sull'esecuzione diretta delle opere, sia sulle molteplici attività connesse; tra queste, ad esempio, rilevano gli accessi ai cantieri disposti dall'Autorità Prefettizia con lo scopo di accertare, in situ, eventuali anomalie riguardanti la manovalanza e le stesse modalità esecutive.

In quest'ultimo ambito, nel semestre in esame sono stati conclusi 684 monitoraggi nei confronti di altrettante imprese, come compendiate, per macro-aree geografiche, nella tabella seguente.

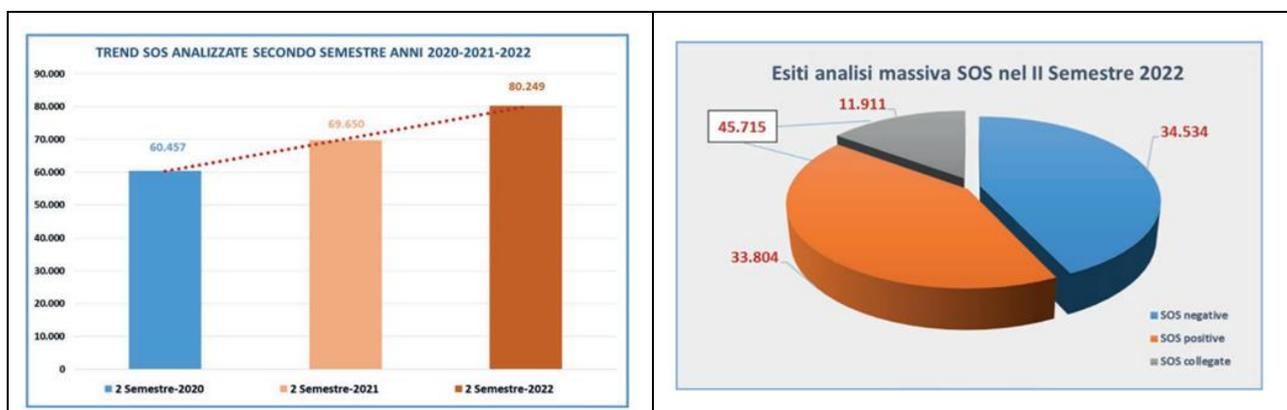
AREA	II SEMESTRE 2022	
	IMPRESE	PERSONE
Nord	105	2.779
Centro	49	385
Sud	530	4.137
Eestero	0	0
TOTALE	684	7.321

Fonte: Relazione DIA – 2^a semestre 2022

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

Il principale strumento investigativo utilizzato dalla DIA nel sistema di prevenzione del riciclaggio è rappresentato dalle segnalazioni di operazioni finanziarie sospette (SOS), caratterizzate, negli ultimi anni, da una crescita esponenziale che trova conferme anche nel semestre in esame.

Nel secondo semestre del 2022 le SOS complessivamente analizzate risultano 80.249, oltre il 15% in più rispetto al 2021 e circa il 33% rispetto al 2020



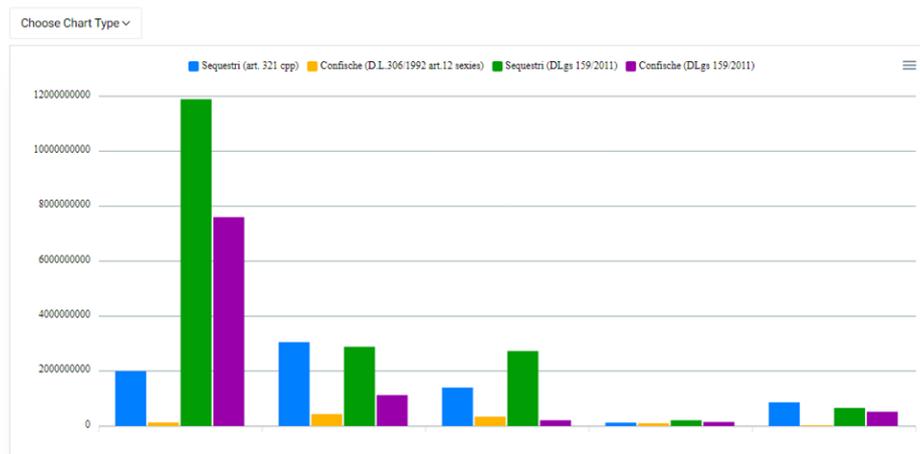
Fonte: Relazione DIA – 2^a semestre 2022

In relazione alle corrispondenti “causali”¹⁴, la maggior parte delle operazioni risulta riconducibile a “bonifici”¹⁵ e “ricariche di carte di pagamento”¹⁶ con, rispettivamente, 374.496 e 319.762 operazioni. Seguono quelle relative agli “afflussi disponibilità mediante rimessa fondi” e “deflussi disponibilità mediante rimessa fondi”¹⁷ con 166.017 operazioni (circa il 16%).



VALORI DEI SEQUESTRI E DELLE CONFISCHE DAL 1992 – al 30/06/2023

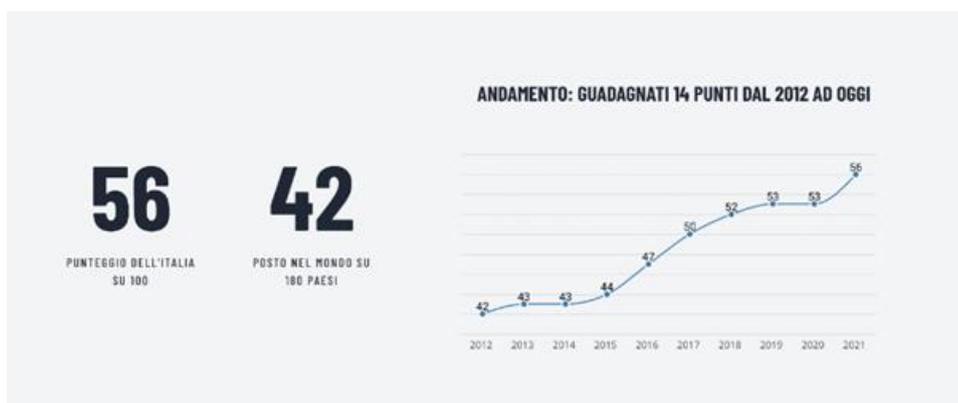
(I valori dei beni sequestrati e confiscati sono espressi in euro)



Fonte: <https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/statistiche/>

Percezione della corruzione a livello nazionale

L’Italia è il fanalino di coda dell’Europa occidentale e lo è da quasi un decennio, dalla crisi economica del 2008. L’Italia resta immobile, senza lode - come invece accaduto lo scorso anno dove era migliorata di 3 punti - e senza infamia, al 42esimo posto nella classifica mondiale con 56 punti.



Lo scenario regionale

Sempre secondo quanto riportato nella Relazione della DIA, relativa al secondo semestre 2022, il panorama criminale è particolarmente articolato e variegato poiché conta la presenza di sodalizi mafiosi autoctoni, stranieri e di aggregazioni criminali; la ‘ndrangheta continua ad essere il sodalizio più diffuso e radicato che mantiene la sua operatività nonostante i numerosi interventi repressivi eseguiti dalle forze di polizia e dalla magistratura. Nel semestre in trattazione, si segnala l’inchiesta conclusa il 12 luglio 2022 dalla Polizia di Stato con l’esecuzione di un’ordinanza di applicazione di misure cautelari a carico di 28 indagati emessa, dal Tribunale di Torino, nei confronti di un’organizzazione criminale dedicata al traffico internazionale di stupefacenti e capeggiata da un latitante arrestato a Barcellona (Spagna) il precedente 22 giugno 2022.

Il 12 ottobre 2022, la Guardia di finanza di Torino, al termine dell’operazione “Vittoria”, ha eseguito un provvedimento cautelare emesso dal Tribunale di Torino a carico di 8 persone responsabili di plurimi e ripetuti reati di usura ed estorsione, aggravati dal metodo mafioso.

Sul fronte delle attività di prevenzione e aggressione ai patrimoni illecitamente acquisiti, il 7 luglio 2022 la DIA ha eseguito un decreto di sequestro anticipato di beni a carico di un pregiudicato già coinvolto nell’operazione “Panamera” in quanto “esperto contabile” di una famiglia ‘ndranghetista, ramificata nella provincia di Torino e coinvolta in sequestri di persona a scopo di estorsione, possesso di armi e traffico internazionale di stupefacenti. Sul piano dell’attività amministrativa di prevenzione antimafia, il Prefetto di Torino ha emesso 5 informazioni antimafia interdittive nei confronti di aziende variamente collegate ad organizzazioni criminali mafiose di origine calabrese.

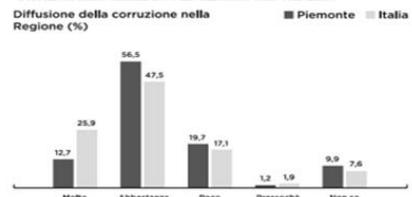
Percezione della corruzione a livello regionale

Secondo il “Rapporto 2022 – Libera Piemonte”, solo un terzo degli intervistati ritiene le mafie socialmente pericolose nel proprio territorio. Per il 77,6% degli intervistati le mafie non sono in Piemonte un fenomeno socialmente pericoloso. La corruzione è ritenuta un fenomeno marginale, 1/4 degli intervistati dichiara di essere personalmente venuto a conoscenza di fatti corruttivi:

LA CORRUZIONE

La percezione della diffusione della corruzione in Piemonte, seppur alta, risulta più contenuta rispetto al campione nazionale. In particolare, la percentuale di piemontesi intervistati secondo cui il grado di corruzione è massimo nella regione è pari alla metà di quanto emerge nell’intero territorio italiano; specularmente, in Piemonte sono di più coloro che ritengono la corruzione “abbastanza” diffusa. Più convinti della limitata estensione del fenomeno sono i giovani e giovanissimi, tra i quali si concentrano maggiormente anche coloro che ritengono di non saper valutare la diffusione di pratiche corruttive. Gli iscritti a Libera si dichiarano mediamente più convinti dell’estensione del fenomeno.

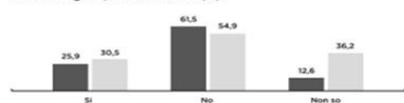
• Percezione meno allarmistica sulla diffusione della corruzione



Il 30,5% del campione nazionale e il 25,9% del campione piemontese dichiara di conoscere personalmente o di aver conosciuto in passato qualcuno coinvolto in pratiche corruttive (aver ricevuto o aver offerto tangenti o/o favori indebiti). La conoscenza diretta aumenta al crescere dell’età ed è più diffusa tra gli appartenenti a Libera.

• Meno diffusa della media la conoscenza di persone implicate in corruzione

Conoscenza personale di qualcuno che ha ricevuto, offerto o a cui sono stati chiesti tangenti/favori indebiti (%)



Tra le figure più coinvolte in pratiche corruttive, secondo gli intervistati, ci sono innanzitutto esponenti politici – membri dei partiti politici, in Piemonte in misura maggiore rispetto al campione nazionale; e membri del governo e del parlamento – quindi i funzionari pubblici – coloro che assegnano gli appalti e, più in generale, gli amministratori locali – e gli imprenditori. Il coinvolgimento della sfera politica è posto in evidenza soprattutto dai giovani e giovanissimi, i quali identificano inoltre tra le figure implicate nel fenomeno corruttivo gli appartenenti alle forze di polizia e sicurezza e alla magistratura. Al crescere dell’età aumenta invece il rilievo attribuito alla corruzione nella sfera economica e in quella amministrativa. Gli iscritti a Libera si mostrano particolarmente preoccupati per le pratiche corruttive diffuse nella politica, nell’economia e nell’amministrazione pubblica.

• Figure politiche, funzionari e imprenditori i più coinvolti nella corruzione

Quali di queste figure ritieni siano coinvolte in modo significativo nella corruzione?	Piemonte (%)	Italia (%)
Membr del Governo e del Parlamento	46,6%	50,5%
Membr del Partit politici	52,0%	49,6%
Funzionari che assegnano appalti	43,8%	41,2%
Imprenditori	39,1%	32,3%
Amministratori locali	29,9%	28,5%
Forze di polizia e di sicurezza	14,2%	17,0%
Banche e istituzioni finanziarie	16,8%	15,1%
Magistrati	9,5%	12,4%
Pubblici impiegati in generale	9,3%	12,2%
Esponenti del clero	10,4%	11,7%

Fonte: Rapporto 2022 Libera Piemonte

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

Le azioni, investigativa e giudiziaria, mosse negli ultimi anni nei confronti delle organizzazioni di matrice ‘ndranghetista operanti nella provincia di Alessandria hanno fatto emergere come anche questo territorio non risulti immune da tali infiltrazioni. Già nel 2011, con l’indagine “Alba Chiara” e poi, nel 2016, con l’operazione “Terra di Siena - Alchemia”, in Liguria e Piemonte proprio nella provincia di Alessandria, è stata accertata l’infiltrazione di una cosca nei sub-appalti già aggiudicati per la realizzazione dell’infrastruttura ferroviaria d’interesse nazionale denominata “Terzo Valico dei Giovi”. In provincia, con l’indagine “Platinum DIA -

stupefacenti”, è stata anche individuata una delle basi operative e logistiche di una cosca di San Luca (RC) utilizzata per le attività di traffico internazionale di droga.

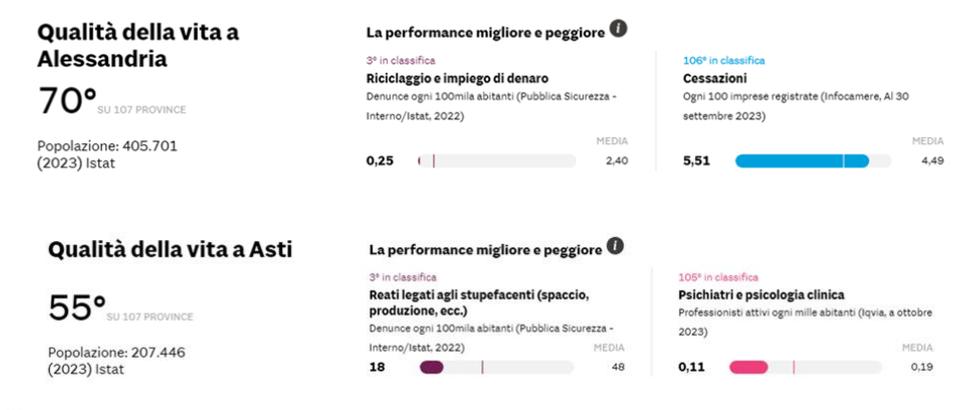
Il 16 luglio 2022, d’interesse risulta l’esecuzione a cura della DIA di un’ordinanza di custodia cautelare emessa a carico di un imprenditore residente ad Ovada (AL) nell’ambito dell’operazione “Planning”, sempre condotta dalla DIA e dalla Guardia di Finanza, in quanto ritenuto responsabile, unitamente ad altri, di associazione mafiosa finalizzata alla commissione di trasferimento fraudolento di valori, riciclaggio, autoriciclaggio e reimpiego di capitali illeciti. L’uomo, assieme ad un complice, aveva acquistato i terreni destinati alla successiva edificazione di un centro commerciale e, in qualità di garante dei flussi finanziari controllati tramite un’impresa nella disponibilità sostanziale del complice, avrebbe soddisfatto anche le aspettative della ‘ndrangheta infiltrata nella gestione dell’investimento immobiliare.

Il 22 dicembre 2022, con decreto emesso dal Tribunale di Torino - Sezione Misure di Prevenzione, su proposta del Direttore della DIA, è stata disposta l’applicazione, per la durata di un anno, della misura di prevenzione dell’Amministrazione Giudiziaria (ex Art.34 del D. Lgs.159/2011) a carico di un’azienda avente sede legale ad Alessandria il cui dominus, imputato nel processo scaturito dall’operazione “Borderline” per tentata estorsione ai danni di due professionisti, è stato condannato in primo grado a 5 anni e 8 mesi di reclusione ed è ritenuto legato ad ambienti criminali e consorterie mafiose di elevata pericolosità.

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

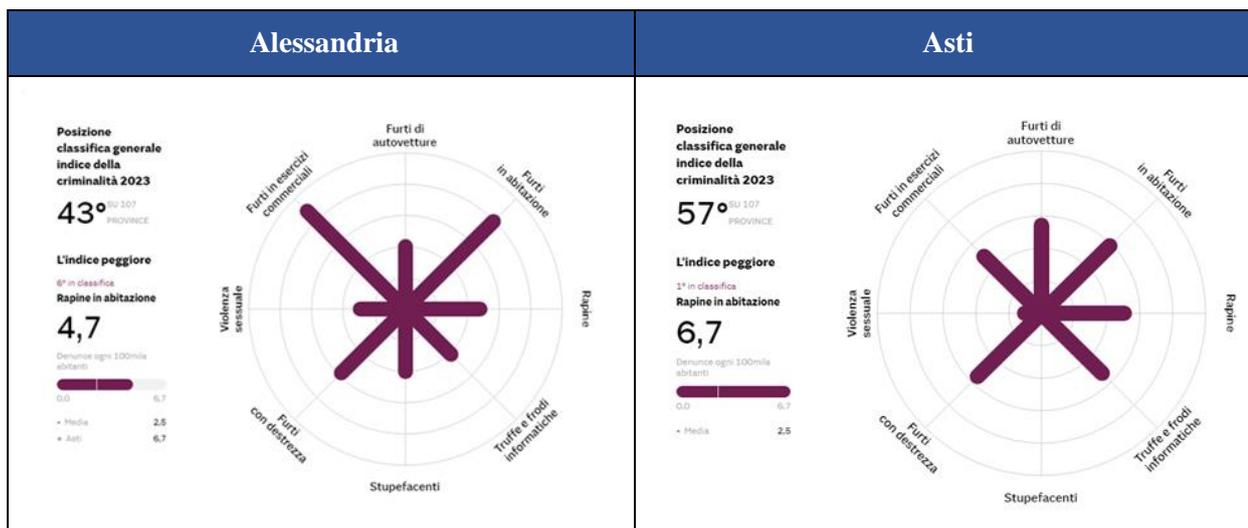
La Provincia di Asti registra la presenza di affiliati alla ‘ndrangheta nel basso Piemonte (op. “Alba Chiara” e operazione “Barbarossa”). Il 15 settembre 2022, la Suprema Corte di Cassazione ha confermato la condanna a 18 anni di carcere per gli autori di un omicidio consumato il 12 gennaio 2013. Uno di essi è attualmente detenuto a seguito della condanna della Corte di Appello di Torino a 6 anni di reclusione poiché affiliato come emerso nella richiamata operazione “Barbarossa”.

Qualità della vita



Fonte: Qualità della vita 2023 del Sole 24 Ore

Giustizia e sicurezza



Fonte: Qualità della vita 2023 del Sole 24 Ore

Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno è stata svolta sotto un duplice profilo:

- quello relativo alla struttura organizzativa dell'Azienda, di cui si è dato evidenza nelle altre sezioni del PIAO (alle quali si rimanda per ogni approfondimento);
- quello relativo alla mappatura dei processi organizzativi (profilo gestionale)

che costituiscono una parte fondamentale per una buona programmazione delle misure di prevenzione della corruzione.

La fase dell'analisi del contesto risulta fondamentale per passare a quella successiva, denominata mappatura dei processi

2.3.3 - La mappatura dei processi

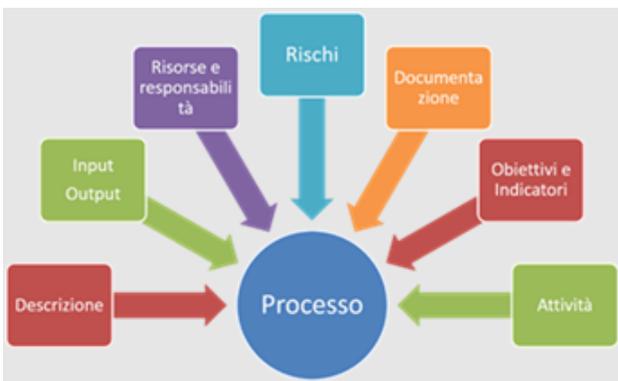
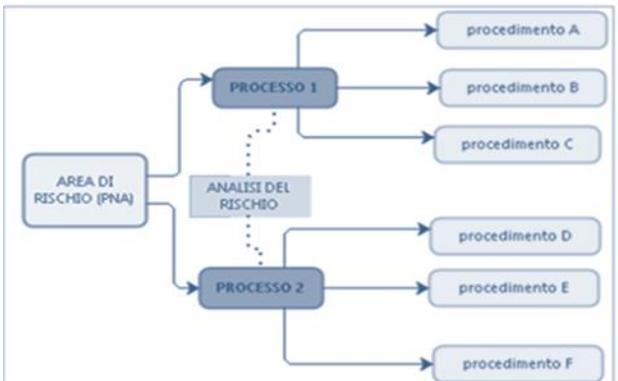
Tale fase rappresenta l'elemento informativo fondamentale per svolgere l'attività di gestione del rischio corruttivo. Una partecipazione attiva e il coinvolgimento di tutti i dirigenti e dei responsabili delle unità organizzative contribuisce a creare all'interno dell'amministrazione un tessuto culturale favorevole e consapevole alla prevenzione della corruzione.

Con riferimento ai rapporti tra RPCT e dirigenti dell'amministrazione, la legge stessa indica che i dirigenti nonché i responsabili apicali dell'amministrazione sono tenuti a collaborare con il RPCT in sede di mappatura dei processi; in particolare, i dirigenti sono tenuti a:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative
- concorrere, coordinandosi opportunamente con il RPCT, alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo, fra l'altro, le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT o nella sezione apposita del PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale
- tener conto, in sede di valutazione delle *performance*, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT

Fonte: PNA 2022 All. n.3 "Il RPCT e la struttura di supporto"

La mappatura dei processi consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase e si articola nelle seguenti sottofasi:

<ul style="list-style-type: none"> - Identificazione dei processi <p>Tale attività permette di formalizzare un "elenco dei processi" aggregato nelle cosiddette "aree di rischio",</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrizione dei processi <p>Dopo aver identificato i processi, come sopra evidenziato, è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione; si ritiene prioritario partire almeno dai seguenti elementi di base:</p> <ul style="list-style-type: none"> - breve descrizione del processo; - attività che scandiscono e compongono il processo; - responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo. - Rappresentazione dei processi <p>L'ultima fase della mappatura dei processi concerne la rappresentazione degli elementi descrittivi del processo illustrati nella precedente fase.</p>	 
---	---

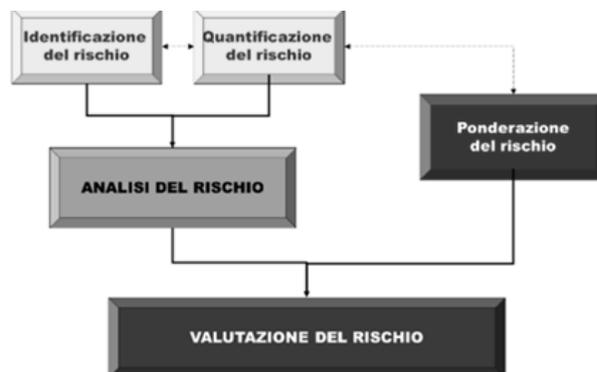
A seguito dell'adozione dell'ultimo Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 133 dell'08/03/2023, si è proceduto, in collaborazione con i direttori /dirigenti delle strutture interessate, ad una revisione della mappatura dei processi e relativa valutazione dei rischi, al fine di renderli coerenti con la nuova organizzazione interna, così come da allegati A) e B) del presente PIAO.



2.3.4 - La valutazione del rischio

<p>A circular diagram with three arrows forming a clockwise cycle. The top arrow is labeled 'Identificazione', the right arrow is 'Misurazione', and the bottom arrow is 'Mitigazione'. In the center of the cycle is a circle labeled 'Monitoring'.</p>	<p>La valutazione del rischio è la macro-fase in cui il rischio è identificato, analizzato e ponderato, ossia confrontato con gli altri rischi per individuare le priorità di intervento; non è un mero adempimento formale, ma uno “strumento in progress” di conoscenza, di intervento, di miglioramento.</p>
--	---

Per ogni processo è stata effettuata l’analisi del rischio connesso al processo o ad una sua fase; laddove, per rischio, in conformità alla definizione data dal PNA, si è inteso l’effetto dell’incertezza sul corretto perseguimento dell’interesse pubblico e, quindi, sull’obiettivo istituzionale dell’Azienda, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento, cioè, che si verifichino alcune circostanze che non consentano il raggiungimento dell’obiettivo.



I rischi sono stati analizzati, determinando la probabilità che si verifichino in futuro e il loro impatto, al fine di stabilire come devono essere gestiti; secondo i seguenti parametri:



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

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

Identificazione del rischio

L'attività di identificazione degli eventi rischiosi consiste appunto nella ricerca, individuazione e descrizione dei possibili eventi che possono compromettere questo obiettivo. Dal punto di vista organizzativo, i reati di corruzione non emergono improvvisamente; si comincia con alcune criticità e alcuni errori nella gestione dei processi che diventano sistematici (malagestio) e che creano un contesto favorevole alla corruzione.



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

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

Di seguito alcuni esempi di “comportamenti a rischio”, nonché gli eventi rischiosi individuati dall’Azienda per ciascuna Area di rischio generali individuata dal PNA:

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

L'analisi del rischio

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



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

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



dove:



Probabilità

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



Impatto

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

Rischio

Probabilità	Alta	●	●	●
	Media	●	●	●
	Bassa	●	●	●
		Basso	Medio	Alto
		Impatto		

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

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

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

La ponderazione del rischio

La fase della ponderazione del rischio consiste nell'agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione; consente, quindi, di definire quali rischi necessitano di un trattamento e la relativa priorità di attuazione, anche considerati gli obiettivi dell'Azienda e il contesto in cui essa opera.

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

Dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo si è proceduto al loro raffronto al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento (ponderazione) in base ai seguenti criteri:

- priorità agli eventi di corruzione, che possono ricorrere nei processi con il sistema di controlli meno efficace;
- a parità di controllo, priorità agli eventi di corruzione che hanno la modalità di rischio maggiore;
- a parità di modalità di rischio, priorità alle aree con quantità di rischio maggiore;
- a parità di quantità di rischio, priorità agli eventi più probabili.

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

Tale fase a sua volta si articola nelle seguenti sotto-fasi:

- priorità di trattamento: individuazione dei rischi sui quali intervenire prioritariamente;
- individuazione delle misure: per ciascuno di questi, individuare quali misure predisporre per eliminare o ridurre il rischio;
- indicazione del Responsabile e del termine di attuazione: per ciascuna misura da attuare.

2.3.5 - Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è finalizzato all'identificazione e programmazione delle misure di prevenzione dei rischi; pertanto, sulla base delle priorità dei rischi andranno definite le più opportune iniziative e azioni preventive e/o correttive per mitigare il rischio di fenomeni corruttivi.

Su questo punto, le indicazioni metodologiche di ANAC sono chiare nella distinzione tra misure generali (trasversali sull'intera organizzazione) e quelle specifiche (che impattano direttamente sui processi maggiormente a rischio), di cui agli allegati A) e B) al presente PIAO.

Quindi, il trattamento del rischio si articola in:



La metodologia prevede che le valutazioni siano rese, con cadenza annuale, dai singoli dirigenti responsabili dei processi considerati; il RPCT verifica la coerenza e la correttezza delle valutazioni svolte intervenendo, in caso di incongruità, ovvero suggerendo valutazioni maggiormente prudentziali, ove necessario.

Identificazione delle misure

Oltre alle misure già presenti a protezione dei rischi individuati sono state progettate, sempre assieme a dirigenti e funzionari preposti, ulteriori misure con i relativi indicatori di monitoraggio, che qui si riportano:

TIPOLOGIA DI MISURA	ESEMPI DI INDICATORI
MISURE DI CONTROLLO	numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/ecc.
MISURE DI TRASPARENZA	presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione (si/no)
MISURE DI DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO	numero di iniziative effettuate sull'etica pubblica rispetto a quelle programmate
MISURE DI REGOLAMENTAZIONE	verifica sull'adozione di un determinato regolamento/procedura (si/no)
MISURE DI SEMPLIFICAZIONE	presenza o meno di documentazione o disposizioni che semplifichino i processi (si/no)
MISURE DI FORMAZIONE	numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso)
MISURE DI SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE	numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti rispetto alle iniziative programmate per tipologia di destinatari (soggetti interni o <i>stakeholder</i>)
MISURE DI ROTAZIONE	numero di incarichi/pratiche ruotati/e sul totale
MISURE DI SEGNALAZIONE E PROTEZIONE (CHE POSSONO ANCHE ESSERE RIFERITE AI WHISTLEBLOWER)	numero di misure adottate per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti numero di segnalazioni di WB esaminate rispetto a quelle ricevute nell'anno X
MISURE DI GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente
MISURE DI REGOLAZIONE DEI RAPPORTI CON I "RAPPRESENTANTI DI INTERESSI PARTICOLARI" (LOBBIES).	presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le <i>lobbies</i> e strumenti di controllo (si/no)

Programmazione delle misure

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



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

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

Per la progettazione delle misure del triennio in esame è stata fatta una ricognizione di quelle già adottate nel precedente Piano; di seguito si riporta la programmazione per il triennio in esame:

2024	analisi degli esiti dell'applicazione delle procedure attivate nel 2023; eventuale revisione delle procedure poste in essere nel 2023; attuazione continua degli obblighi in materia di trasparenza
2025	analisi degli esiti dell'applicazione delle procedure attivate nel 2024 ed eventuale revisione; attuazione continua degli obblighi in materia di trasparenza
2026	definizione di procedure di affinamento e miglioramento del Piano; ricognizione della normativa in materia di contrasto ai fenomeni corruttivi, valutando l'eventuale integrazione dei regolamenti vigenti e l'emanazione di nuove norme interne; eventuale ridefinizione di obiettivi da assegnare ai Responsabili di Area inerenti direttamente il tema della trasparenza e dell'anticorruzione

Per quanto concerne la "Trasparenza" si prevedono le seguenti misure:

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

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

Misure trasversali

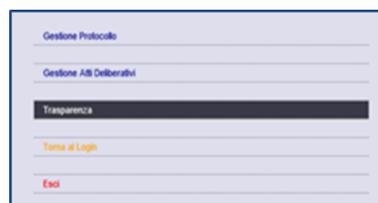
L'informatizzazione dei processi rappresenta una delle misure trasversali particolarmente efficace, dal momento che incrementa sensibilmente la tracciabilità delle operazioni aziendali e la loro riconducibilità ai soggetti che hanno assunto le decisioni nelle diverse fasi della procedura.

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

Misure attuative

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

- gestione Protocollo tramite l'applicativo "LapisWeb"; tutta la corrispondenza pervenuta all'Azienda dai vari soggetti pubblici e privati, sia in formato cartaceo che telematico, viene trasmessa alle varie strutture competenti in modalità telematica, in modo da garantire la tracciabilità del flusso documentale e l'individuazione delle assegnazioni e del carico scarico dei documenti con la massima trasparenza; in previsione per il mese di aprile 2024, il nuovo Sistema di Gestione Documentale.
- fascicolo elettronico amministrativo: sull'applicativo "Lapis" (protocollo e gestione atti deliberativi) è stata inserita la funzione per la gestione del Fascicolo elettronico. A tal fine, il "Titolari di classificazione dei documenti amministrativi e sanitari" approvato con deliberazione n. 404 del 16.07.2021, è stato opportunamente revisionato in base alle specifiche esigenze, tenendo conto della suddivisione della documentazione aziendale per "funzioni" e non più per strutture, al fine di garantire in maniera omogenea l'organizzazione degli atti rendendola insensibile alle successive evoluzioni dell'organizzazione aziendale (deliberazione n. 461 dell'11.01.2022).
- gestione Atti deliberativi tramite l'applicativo "LapisWeb", che comprende anche una sezione per gli adempimenti di trasparenza previsti dall'art. 22 del D.L.gs 33/2013;
- gestione rilevazione presenze automatizzato tramite il sistema "Dedalus;"



- fruizione del cedolino on line tramite “Sistemapiemonte”;



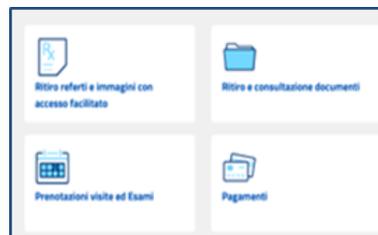
- digitalizzazione dei processi amministrativi mediante la piattaforma “Areas”



- sistema informativo sanitario unificato “TrakCare”



- servizi on line per il cittadino per ritiro referti, prenotazione visite ed esami, pagamenti messi a disposizione da PagoPA, con eliminazione dei “contanti” e pagamenti spontanei.



- informatizzazione delle agende di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali, anche in regime di libera professione;
- ricetta dematerializzata, come da progetto regionale “SIRPED”
- sistema di prenotazione digitalizzato “elimina code” sul sito <https://prenota.zerocoda.it/>

In ottemperanza al Regolamento europeo generale sulla protezione dei dati (GDPR 679/2016) l’Azienda ha deciso di supportare il Servizio Privacy e tutte le Strutture aziendali con un software mirato ad agevolare gli adempimenti relativi alla protezione dati in termini di accountability.

Il programma “DPM (Data Protection Manager)” è assegnato ai Direttori/Responsabili di Struttura che potranno a loro volta delegare una persona all’interno del proprio Team con funzioni di gestione/aggiornamento della piattaforma stessa.

Il database è principalmente rivolto:

- all’individuazione e alla nomina dei soggetti autorizzati al trattamento e gestione degli accordi con i responsabili esterni del trattamento

- alla redazione e manutenzione del registro delle attività di trattamento
- all'aggiornamento della documentazione e alla generazione delle informative privacy agli interessati
- all'effettuazione delle considerazioni preliminari alla valutazione d'impatto (DPIA) e all'affiancamento all'utente nella redazione della medesima attraverso un percorso guidato.

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

L'Azienda, consapevole di questo, dal mese di aprile 2022 ha organizzato un programma formativo di Cyber Security (portale <https://www.formazioneunitapiemonte.it/>), al fine di consentire a tutti i dipendenti di acquisire il giusto grado di consapevolezza nella Cyber Security. Il corso fa parte di una serie di interventi da parte dell'Azienda per potenziare il livello di sicurezza informatica della rete che veicola concetti fondamentali per la gestione sicura e consapevole degli strumenti ICT aziendali.



Il corso è stato strutturato in 12 moduli, a cadenza mensile, dedicati alle seguenti tematiche:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- phishing- utilizzo delle "password"- interazione con i social media in ambito aziendale- privacy & GDPR- mobile & app- fake news | <ul style="list-style-type: none">- usb device- email security- malware & ransomware- web browsing- critical scenarios- social engineering |
|---|---|

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

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

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

Rafforzamento degli strumenti di controllo: a titolo esemplificativo, e non esaustivo, si riportano alcune tipologie di controllo adottate:

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

Misure ulteriori di carattere generale

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

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

Consultazione e comunicazione

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

- **attività di consultazione** dei soggetti interni (personale, referenti, etc.) ed esterni (stakeholders) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione; tale attività ha riguardato innanzitutto la fase di elaborazione della presente sottosezione, mediante apposito avviso pubblicato in data 10 gennaio sul sito web. dell'Azienda, per la consultazione on line da parte dei soggetti portatori di interessi, al fine di acquisire le loro osservazioni;
- **attività di comunicazione** (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi; in questa fase particolare attenzione è stata rivolta alla definizione delle attività di comunicazione tra: i dirigenti/responsabili delle strutture e il RPCT per

favorire l'azione di monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e il rispetto degli obblighi normativi di pubblicazione;

Infine, importanti strumenti di comunicazione utilizzati dall'Azienda sono:

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

Monitoraggio e riesame

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

Tale fase consente inoltre di verificare la "tenuta" del complessivo sistema anticorruzione messo a punto dall'Azienda.

Nell'azione di monitoraggio, il RPCT si avvale del supporto e della collaborazione dei Direttori di struttura che sono tenuti a fornire, tempestivamente, tutte le informazioni richieste al fine del corretto svolgimento dell'attività di verifica e di controllo, ovvero a segnalare al RPCT gli atti o i fatti accaduti nell'esercizio della loro attività tali da comportare un aggiornamento al PTPCT.



Per quanto concerne le modalità di "monitoraggio e riesame", si rimanda alla sottosezione 4.2. del PIAO

Misure attuative

Si rimanda al paragrafo 4.2 "Sottosezione Monitoraggio Rischi Corruttivi e Trasparenza"

2.3.6. - Misure di prevenzione della corruzione obbligatorie

Le misure di prevenzione della corruzione generali obbligatorie costituiscono obiettivi di performance individuali. Per ciascun ambito, vengono di seguito riportate le misure di prevenzione adottate:

AMBITO	MISURA
<i>Formazione</i>	Realizzazione di percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza al fine di diffondere la "cultura" della legalità e dei valori etici

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

Di seguito, con riferimento alle singole misure, si riportano le attività realizzate dall'Azienda:

Formazione

	La formazione del personale è considerata tra i più rilevanti strumenti di prevenzione della corruzione
--	---



in quanto rappresenta il mezzo maggiormente idoneo a rendere più consapevoli coloro che svolgono a vario titolo attività nell'ambito dell'amministrazione, delle norme da applicare e dei comportamenti corretti da adottare nello svolgimento delle funzioni istituzionali.

Misure attuative

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

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

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



Modulo 1 - Prevenzione corruzione:

- ✓ La creazione del Valore Pubblico
- ✓ Legge 190/2012 e decreti attuativi
- ✓ La gestione del rischio corruttivo

Modulo 2 - Organi responsabili della prevenzione della corruzione nella P.A.

- ✓ ANAC
- ✓ Il ruolo del PNA nel sistema di prevenzione della corruzione
- ✓ Organi interni all'Amministrazione

Modulo 3 - Piano Integrato di Attività e Organizzazione

- ✓ Sottosezione «Rischi corruttivi e Trasparenza»
- ✓ Le misure di prevenzione

Modulo 4 - Trasparenza

- ✓ Bilanciamento tra trasparenza e privacy
- ✓ Attestazioni degli OIV in materia di assolvimento agli obblighi di pubblicazione
- ✓ Accesso agli atti della P.A.

Modulo 5 - Principio di trasparenza nel Codice dei contratti pubblici e PNRR

- ✓ La trasparenza nelle procedure di gara
- ✓ Trasparenza e anticorruzione negli appalti PNRR

Modulo test finale

Nel triennio in esame, si continuerà:

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

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

FORMAZIONE				
FASI PER L'ATTUAZIONE	TEMPI DI REALIZZAZIONE	RESPONSABILI	INDICATORI	VALORI ATTESI

Formazione verso tutti i dipendenti sui temi della prevenzione della corruzione e la trasparenza

Annuale	RPCT	n. dipendenti/ n. dipendenti formati	Maggior sensibilizzazione del personale sui temi trattati
---------	------	---	---

Codice di comportamento

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



L'intervento di aggiornamento si è reso necessario alla luce dello sviluppo e diffusione della tecnologia e dell'innovazione all'interno del nostro paese ed era previsto dall'art. 4, secondo comma del d.l. n. 36/2022 (Decreto Piano Nazionale di ripresa e resilienza "PNRR") anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione. Le modifiche introdotte hanno un impatto sia sotto il profilo disciplinare sia sotto il profilo formativo. I punti più salienti riguardano:

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

Misure attuative

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

Tale documento individua il complesso di principi, valori, diritti e doveri nonché le norme etiche e le responsabilità cui i dirigenti, dipendenti e collaboratori devono attenersi nello svolgimento della loro attività e nei confronti degli stakeholders, con i quali si trovano quotidianamente a operare.

In particolare, il Codice di Comportamento si propone il perseguimento delle seguenti finalità:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prevenire, contrastare, gestire e risolvere ogni condotta contraria alle prescrizioni di legge; | |
|--|--|

- **Promuovere** il benessere organizzativo ovvero eliminare cause organizzative e carenze di informazioni che possono favorire l'insorgere di conflitti e/o disagi psicologici;
- **Tutelare** i diritti dei lavoratori e delle persone, sia verso i pazienti, sia verso gli operatori e tutti coloro che svolgono la loro attività a qualsiasi titolo all'interno dell'Azienda, garantendo un ambiente adeguato e sicuro, in cui i rapporti interpersonali siano improntati alla correttezza e al reciproco rispetto della libertà e dignità della persona.



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

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

Rotazione del personale

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

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

Misure attuative

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

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

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

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

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

Conferimento e autorizzazioni incarichi extraistituzionali

Il regime delle autorizzazioni allo svolgimento di attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti rappresenta un importante istituto a presidio del buon andamento dell’azione amministrativa, volto ad evitare il rischio di conflitto di interessi potenzialmente sussistente tra l’attività svolta ed eventuali interessi contrapposti derivanti dall’attività extra -istituzionale.

Misure attuative

La questione è stata affrontata aziendalmente nel Regolamento in materia di conferimento incarichi e di espletamento di attività extra istituzionale, adottato con deliberazione n. 148 del 07.04.2010, il cui aggiornamento, sulla base delle Linee guida predisposte in condivisione con i RPCT delle AA.SS.RR. piemontesi, è in fase di predisposizione.

Nel frattempo, con nota Protocollo n. 8687 del 19.04.2022, indirizzata sia ai Direttori di SC e SSD sanitari che ai Dirigenti/Responsabili Strutture Amministrative, la Direzione ha provveduto a raccomandare di attenersi scrupolosamente a quanto stabilito dal vigente Regolamento.

L’osservanza dell’art. 53 del d.lgs. 165/2001 viene garantita anche attraverso l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale, così come previsto dall’art. 18 del d.lgs. 33/2013.

Semestralmente, tutti gli incarichi conferiti dall’Azienda vengono caricati sulla piattaforma “PerlaPA” tramite la funzionalità “Anagrafe delle prestazioni”.



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



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

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

Inconferibilità – incompatibilità incarichi dirigenziali

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

Misure attuative

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

All'atto del conferimento degli incarichi sopra indicati, viene acquisita apposita dichiarazione di assenza di una situazione di inconferibilità, resa ai sensi del D.P.R. 445/2000.

L'accertamento della insussistenza di situazioni di inconferibilità è effettuato mediante verifica della veridicità della dichiarazione resa dall'interessato. Conformemente alle previsioni normative, le suddette dichiarazioni sono pubblicate nella Sezione "Amministrazione trasparente – Personale".



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

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

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

Conflitto di interesse

Il conflitto di interessi costituisce una delle più rilevanti e frequenti cause di mala gestio, che la normativa in materia di anticorruzione ha inteso ridurre, prevedendo strumenti ed azioni da adottare in chiave preventiva.

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

Misure attuative

Con [deliberazione n. 598 del 29.12.2022](#) in ottemperanza alle indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (delibera ANAC n. 158/2022) è stato adottato il Regolamento per la gestione dei conflitti di interesse che fa parte delle misure "anticorruzione" dell'Azienda, quale documento "aggiuntivo" al vigente Codice di Comportamento, con l'obiettivo di definire la politica di gestione che l'Azienda intende adottare per individuare, monitorare e gestire i conflitti di interessi, individuando le circostanze che generano, o potrebbero generare, conflitti di interesse e le misure interne da adottare per prevenire situazioni di conflitto di interesse nel corso delle varie

procedure aziendali; vengono altresì individuate direttive precise sugli eventi e sulle occasioni in cui è necessario presentare le dichiarazioni inerenti il conflitto d’interessi, attività propedeutica alla successiva verifica delle stesse, al fine di evitare che situazioni simili vengano trattate in modo dissimile.

Considerata l’esigenza aziendale, a fronte di un incremento delle sperimentazioni cliniche nelle Strutture dell’AOU AL, di disciplinare le attività svolte dai Professionisti durante le sperimentazioni, con particolare riferimento alla destinazione dei proventi per le sperimentazioni cliniche profit o per quelle nonprofit con finanziamento, con Deliberazione n. 607 del 29.12.2023 è stato approvato il Regolamento per la conduzione degli studi clinici e la gestione del fondo per la ricerca presso l’Azienda.

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

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

Conferimento di attività successive alla cessazione dal servizio (pantouflage-revolving doors)

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

Misure attuative

In materia di Pantouflage, quale misura di prevenzione, viene data regolarmente comunicazione scritta al personale cessato e cessando dal servizio sulla normativa di legge vigente, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della stessa.

Con deliberazione n. 291 del 05/04/2018 è stata regolamentata la possibilità di autorizzare rapporti di collaborazione con soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza, ma unicamente a titolo gratuito (art. 5, comma 9, del D.L. 06/7/2012, n. 95 conv. L. 07/08/2012 n. 135).

Ulteriori misure di mitigazione del rischio che l’Azienda intende attuare, sono:

- l’inserimento di tale clausola nel contratto di assunzione dei dipendenti, ovvero il dipendente deve informare all’atto di assunzione su eventuali rapporti di collaborazione con soggetti privati nel triennio precedente qualora tali soggetti hanno un interesse nell’attività o nelle decisioni del suo ufficio pubblico e se i parenti del dipendente hanno ancora dei rapporti finanziari con quei soggetti privati;
- la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall’incarico, con cui il dipendente (e in aggiunta le funzioni richiamate dall’art. 21 D.Lgs. n. 39/2013) si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell’obbligo per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall’Autorità ai sensi dell’art. 71 del d.lgs. n. 50/2016.

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

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

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

	L’Azienda ha adottato disposizioni funzionali a garantire il rispetto della normativa; ai fini dell’applicazione degli artt. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 e dell’art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, viene verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi. Ogni violazione ai sensi dell’art. 35-bis del D.lgs. n. 165 del 2001 deve essere comunicato al RPCT.
--	--

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

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

Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)

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

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

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

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

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

Misure attuative

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

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

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

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

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



Whistleblowing

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHISTLEBLOWING

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

Nel mese di settembre 2023, tramite la sopra citata casella di posta elettronica, è pervenuta una segnalazione che, viste le conseguenti verifiche, non risulta rientrare nell'ambito della prevenzione corruzione; inoltre l'oggetto della segnalazione era già totalmente di dominio pubblico e, pertanto, non ricompresa tra le violazioni segnalabili, così come da Linee Guida ANAC in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali (Delibera n. 311 del 12 luglio 2023).

<p>Il 4 dicembre 2023 l'RPCT dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha partecipato alla IX Giornata dei Responsabili per la prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT) tenutasi a Roma e organizzata da Anac dal titolo "Rpct e whistleblowing: esperienze e competenze".</p>	
--	---

Patto di integrità

	<p>La legge n. 190/2012, all'art.1, comma 17, dispone che "Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara". I patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.</p>
<p>Si tratta di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione degli operatori economici alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente.</p>	

Misure attuative

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

<p>Nel 2023, il Patto è stato integrato ai sensi del PNA 2022, includendo l'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici (divieto pantouflage).</p>	
--	--

Informatizzazione dei processi

Si rimanda a quanto già descritto alla voce "Misure trasversali".

Obblighi di pubblicità

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

<p>Per quanto concerne gli obblighi di pubblicità, si rimanda alla tabella "Misure trasparenza" (allegato C) aggiornata ai sensi dell'allegato 2) al PNA 2022, ovvero integrando le colonne già esistenti la con l'indicazione dei soggetti responsabili dell'elaborazione dei dati e del monitoraggio e dei tempi per il monitoraggio stesso.</p>	
---	--

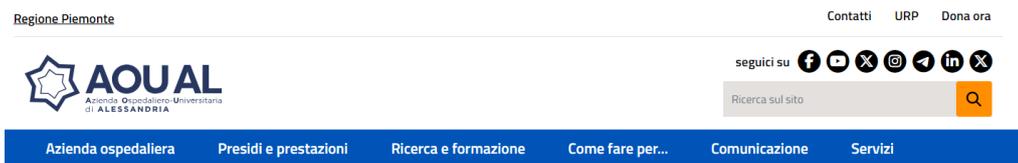
In tale allegato sono indicati i responsabili dell'aggiornamento delle informazioni, così come individuate dal D.lgs. 33.2013 e s.m.i. e dalle delibere ANAC, vale a dire:

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

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

Misure attuative

Dal mese di Marzo 2023 è on line il nuovo sito internet aziendale www.ospedale.al.it



Lo studio di fattibilità per la realizzazione della nuova versione è stato inserito tra gli obiettivi di innovazione e qualità in materia di prevenzione della corruzione 2024-2026. Il passaggio alla nuova versione del sito ha comportato l'analisi e la verifica delle funzionalità presenti e utilizzate dalla precedente versione e la messa in atto di opportune misure atte a garantire la continuità della fruibilità e accessibilità dei contenuti pubblicati.

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

Al suo interno. Ai sensi del d.lgs. 33/2013 è presente la sezione "Amministrazione Trasparente" raggiungibile direttamente dal link <https://trasparenza.ospedale.al.it/>



Ai sensi del sopra citato Decreto, la stessa è organizzata in sottosezioni all'interno delle quali sono inseriti i documenti e le informazioni relative. Cliccando sull'identificativo di una sottosezione, è possibile accedere direttamente ai contenuti o a una pagina specifica della sottosezione.

All'interno di ogni sottosezione, sono stati indicati:

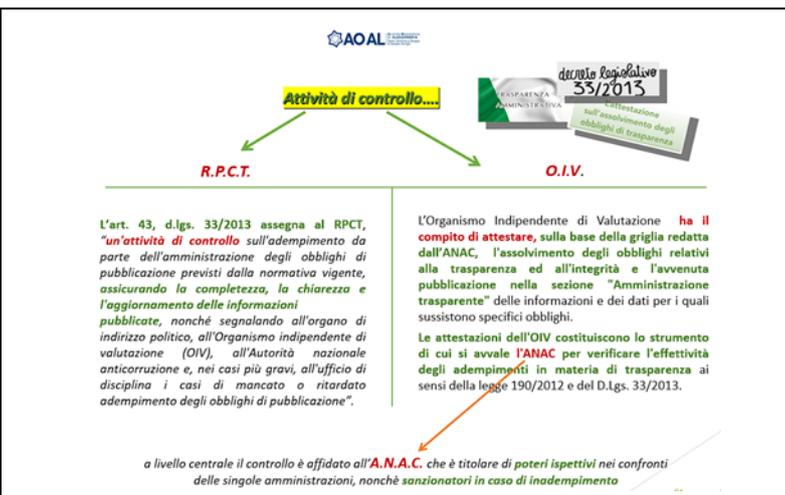
- la denominazione e il contenuto dell'obbligo di trasparenza;
- il dirigente responsabile dell'elaborazione dei dati;
- il dirigente responsabile della trasmissione dei dati;
- il dirigente responsabile della pubblicazione dei dati;
- il termine di scadenza per la pubblicazione e quello per l'aggiornamento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



La sezione “Bandi di gara e contratti” è stata aggiornata secondo le indicazioni previste dall’allegato 9) al PNA 2022.

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

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

<p>Per quanto riguarda il monitoraggio sul rispetto di tali obblighi, l’attività si svolge su più livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il RPCT svolge un’attività di controllo sull’adempimento dei medesimi da parte dei soggetti preposti; • l’OIV attesta, su apposita griglia fornita dall’ANAC, l’assolvimento degli obblighi; • l’ANAC svolge il controllo a livello centrale. 	 <p>Attività di controllo...</p> <p>R.P.C.T.</p> <p>L’art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, “un’attività di controllo sull’adempimento da parte dell’amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l’aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all’organo di indirizzo politico, all’Organismo indipendente di valutazione (OIV), all’Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all’ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”.</p> <p>O.I.V.</p> <p>L’Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di attestare, sulla base della griglia redatta dall’ANAC, l’assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all’integrità e l’avvenuta pubblicazione nella sezione “Amministrazione trasparente” delle informazioni e dei dati per i quali sussistono specifici obblighi.</p> <p>Le attestazioni dell’OIV costituiscono lo strumento di cui si avvale l’ANAC per verificare l’effettività degli adempimenti in materia di trasparenza ai sensi della legge 190/2012 e del D.lgs. 33/2013.</p> <p>a livello centrale il controllo è affidato all’A.N.A.C. che è titolare di poteri ispettivi nei confronti delle singole amministrazioni, nonchè sanzionatori in caso di inadempimento</p>
--	---

Il 15 settembre 2023 l’OIV ha rilasciato, così come per gli anni precedenti, l’attestazione asserente l’assolvimento degli obblighi di pubblicazione a tutto il 30.06.2023; tale organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza dello stesso (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile. Tale documento è stato pubblicato su “Amministrazione Trasparente” – Altri contenuti – Prevenzione Corruzione – al link <https://trasp.ospedale.al.it/pubblicazioneFtp/DL33/altricorruzione.xml#Attestazione%20OIV%20assolvimento%20obblighi%20di%20pubblicazione>

Al fine di potenziare ulteriormente un clima di trasparenza diffuso, già al proprio interno, l’Azienda intende migliorare un’informazione tempestiva, puntuale e capillare nella SEZIONE INTRANET, <http://intranetnew.ao907.net/> che viene sviluppata cercando di soddisfare le esigenze di ogni singolo operatore.

2.4 - Trasparenza

Come precisato da ANAC nel PNA 2022/2024, la trasparenza, a seguito dell'introduzione del PIAO, concorre alla protezione e alla creazione di valore pubblico, essa infatti *“favorisce, in particolare, la più ampia conoscibilità dell'organizzazione e delle attività che ogni amministrazione o ente realizza in favore della comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, sia esterni che interni”*.

	<p>Con il D.lgs. n. 33/2013, il legislatore ha disciplinato la trasparenza quale accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni. L'applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza amministrativa da parte delle pubbliche amministrazioni garantisce il livello essenziale delle prestazioni erogate a fini del contrasto alla corruzione e alla cattiva amministrazione.</p> <p>Il d.lgs. 97/2016 ha definito nuovi, più ampi confini con l'introduzione “dell'accesso civico generalizzato” (FOIA - Freedom Of Information Act).</p>
---	---

riaffermando un'accezione particolarmente ampia dell'istituto della trasparenza intesa come *“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*.

La trasparenza viene sviluppata su tre aree:

- Adempimento normativo (obblighi di pubblicità di cui al D.lgs. 33/2013 e s.m.i.);
- Accessibilità del sito istituzionale per il cittadino;
- Partecipazione degli stakeholder quale elemento funzionale al controllo sulla performance e alla conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi che possono ottenere dalle pubbliche amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché della loro modalità di erogazione.

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

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

2.4.1 - Bilanciamento tra trasparenza e privacy

<p>Tuttavia, i diritti riconosciuti ai cittadini nei confronti della P.A. di poter accedere a dati, documenti e informazioni, di poter fornire contributi alle sue scelte gestionali o conoscere la rendicontazione delle attività dalla stessa svolta, nel concreto molte volte si scontrano con altrettanti e contrapposti diritti di pari rango riconosciuti agli stessi cittadini in materia di TUTELA DEI DATI PERSONALI.</p>	
--	---

Pertanto, come per tutti i diritti, è necessario trovare il corretto bilanciamento ponderando la giusta interazione tra trasparenza amministrativa e salvaguardia della protezione dei dati personali, come lo stesso Regolamento (UE) 2016/679 indica, prevedendo che *“Il diritto alla protezione dei dati di carattere personale non è una prerogativa assoluta, ma va considerato alla luce della sua funzione sociale e va temperato con altri diritti fondamentali, in ossequio al principio di proporzionalità”*, ovvero laddove la diffusione on line di dati, informazioni e documenti, comporti un trattamento di dati personali, le esigenze di pubblicità e trasparenza devono essere opportunamente temperate con la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell’interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all’identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati (minimizzazione dei dati) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

<p>Uno dei principi su cui si fonda il GDPR è quello dell’accountability, che si sostanzia nell’obbligo di responsabilizzazione e rendicontazione in capo al Titolare del trattamento dei dati, a cui si chiede l’adozione di comportamenti proattivi e tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l’applicazione del regolamento.</p>	
---	---

Misure attuative

Il mandato istituzionale e la missione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria consistono nella prevenzione della corruzione, anche mediante l’attuazione della trasparenza in tutti gli aspetti gestionali, nonché mediante l’attività di vigilanza nell’ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e, comunque, in ogni settore che potenzialmente possa sviluppare fenomeni corruttivi.

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

- n. 176 del 1 marzo 2018 con la quale si è provveduto alla nomina del Responsabile aziendale della protezione dei dati (DPO) ex art.37 GDPR;
- n. 439 del 24 maggio 2018 con la quale si è provveduto all’adozione del Registro dei trattamenti ex art.30 GDPR (mediante un gestionale condiviso con tutte le strutture aziendali);

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

2.4.2 - La trasparenza nelle procedure di gara

Il nuovo Codice appalti, di cui al d.lgs. 36/2023, ha introdotto rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni relative ai contratti, basate sulla valorizzazione del principio dell'unicità dell'invio (c.d. "once only"), realizzato con la trasmissione di ciascun dato una volta soltanto e ad un solo sistema informativo che rende disponibile la propria banca dati a tutte le stazioni appaltanti e agli operatori economici interessati.

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

Il fulcro di tutto il sistema, che entrerà in vigore il 01.01.2024, è rappresentato dalla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), gestita dall'ANAC.

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

Per le procedure avviate sia prima del 1° luglio 2023 (d.lgs. n. 50/2016) sia successivamente al 1° luglio 2023 (d.lgs. n. 36/2023) e che sono ancora in corso al 1° gennaio 2024, la recente Delibera ANAC n.582/2023 ha previsto uno specifico regime transitorio, per le differenti situazioni:

- Contratti con bandi e avvisi pubblicati entro il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023;
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima e dopo il 1°luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023;
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati successivamente al 1° luglio e conclusi entro il 31 dicembre 2023;
- Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1°gennaio 2024.

così come riassunto nella seguente tabella:

Tabella 3 La trasparenza applicabile nel periodo transitorio e a regime

Fattispecie	Pubblicità trasparenza
Contratti con bandi e avvisi pubblicati entro il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le disposizioni del d.lgs. 50/2016 (art. 29) e secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9 al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima e dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023	DOPPIO REGIME DI TRASPARENZA Per il periodo dalla pubblicazione del bando fino al 31 dicembre 2023: pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le disposizioni del d.lgs. 50/2016 (art. 29) e secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9 al PNA 2022. Dal 1° gennaio 2024: pubblicazione dei dati attinenti allo stato della procedura/contratto mediante invio alla BDHCP o la pubblicazione in AT in conformità con quanto previsto agli artt. 19 e ssgg del nuovo codice o nelle delibere ANAC nn. n. 261/2023 o n. 264/2023
Contratti con bandi e avvisi pubblicati successivamente al 1° luglio e conclusi entro il 31 dicembre 2023	Pubblicazione nella "Sezione Amministrazione trasparente" sottosezione "Bandi di gara e contratti", secondo le disposizioni del d.lgs. 50/2016 (art. 29) e secondo le indicazioni ANAC di cui all'All. 9 al PNA 2022.
Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024	Gli obblighi di pubblicazione sono assolti mediante invio alla BDHCP o pubblicazione in AT secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg o dalle delibere ANAC nn. n. 261/2023 o n. 264/2023

Fonte: Piano Nazionale Anticorruzione - Aggiornamento 2023

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

NUOVO CODICE APPALTI **Dlgs 36/2023**

ENTRATA IN VIGORE 1° APRILE 2023
DISPOSIZIONI EFFICACI dal 1° LUGLIO 2023



Con Delibera n. 528/2023, pubblicata lo scorso 19.12.2023, l'ANAC ha adottato un comunicato relativo all'avvio del menzionato processo di digitalizzazione, che contiene importanti indicazioni alle quali si rinvia (<https://www.anticorruzione.it/-/delibera-n.-582-del-13-dicembre-2023-adozione-comunicato-relativo-avvioprocesso-digitalizzazione>).

Misure attuative

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

Tutte le nuove voci della sezione "Bandi di gara e contratti"

(allegato 9 al PNA 2022)

- ✓ Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare
- ✓ Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture
- ✓ Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico
- ✓ Avvisi di pre-informazione
- ✓ Delibere a contrarre
- ✓ Avvisi e bandi
- ✓ Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea
- ✓ Commissione giudicatrice
- ✓ Avvisi relativi all'esito della procedura
- ✓ Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto
- ✓ Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando
- ✓ Verbali delle commissioni di gara
- ✓ Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC
- ✓ Contratti
- ✓ Collegi consultivi tecnici
- ✓ Fase esecutiva
- ✓ Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione
- ✓ Concessioni e partenariato pubblico privato
- ✓ Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile
- ✓ Affidamenti in house
- ✓ Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni
- ✓ Progetti di investimento pubblico

Amministrazione Trasparente

- Disposizioni Generali ▾
- Organizzazione ▾
- Consulenti e Collaboratori ▾
- Personale ▾
- Bandi di concorso
- Performance ▾
- Enti Controllati ▾
- Attività e procedimenti ▾
- Provvedimenti ▾
- Bandi di gara e contratti ▾**
- Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici ▾
- Bilanci ▾

Dall'01.01.2024, ai sensi dell'articolo 10 della delibera ANAC n. 261/2023 che individua come oggetto di comunicazione alla BDNCP l'utilizzo delle piattaforme di approvvigionamento digitale (quali SINTEL e Acquisti in rete/MEPA), sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Bandi di gara e contratti", verrà inserito il collegamento ipertestuale alla BDNCP.

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" verranno pubblicati gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP, secondo le indicazioni fornite nella tabella allegata alla Circolare della Regione Piemonte n. 5.65, 7/2022A/SA0001

Allegato 1- Obblighi di pubblicazione in vigore dal 1 Gennaio 2024			
Atti e provvedimenti	Profilo del committente		Modalità pubblicazione
	Pubblicazione su Bandi Piemonte / gare di appalto	Pubblicazione su Amministrazione Trasparente (Ciearo)	
1 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici Art. 30 del d.lgs 36/2023 Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività		Sezione "Bandi di Gara e contratti"	Elenco procedure automatizzate L'elenco deve essere inserito nella cartella ; devono altresì essere riportate la descrizione e i relativi link nell'area di testo.
2 Programmazione Triennale Lavori Forniture e Servizi Art 37 del d.lgs 36/2023		Sezione "Bandi di Gara e contratti" "Atti delle Amministrazioni Aggregatrici e degli enti aggiudicatori"	Programmi Lavori Forniture e Servizi Per gli acquisti di Servizi e Forniture tramite compilazione dati applicativo "Unica Acquisti - componente programmazione"
3 Procedura in caso di somma urgenza e protezione civile (atti relativi agli affidamenti con specifica indicazione dell'affidatario) Art 140 D.lgs 36/2023		Entro 15 giorni adozione atto Obbligo assolto con la pubblicazione della determina di affidamento / aggiudicazione Sezione "Bandi di Gara e contratti" "Atti delle Amministrazioni Aggregatrici e degli enti aggiudicatori"	Anno - Affidamenti somma urgenza settoce_numeroprovvedimento_dataprovvvedimento(annome se giorno)_CIG esempio: A0000A_000_20240101_CIG123456789; A0000A_000_20240101_numero gara (nel caso di più CIG); A0000A_000_20240101_0000000000 (in caso assenza CIG)
4 Dibattito pubblico facoltativo Art 40 D.lgs 36/2023 - Relazione sul progetto dell'opera e l'analisi di fattibilità delle eventuali alternative Progettuali; - relazione conclusiva (con sintetica descrizione delle proposte e delle osservazioni pervenute più eventuale		Entro 15 giorni adozione atto Sezione "Bandi di Gara e contratti" "Atti delle Amministrazioni Aggregatrici e degli enti	Anno - Dibattito Pubblico settoce_numero provvedimento_dataprovvvedimento(annome se giorno)_tipo provvedimento esempio: A0000A_000_20240101_Relazione progetto

<p>indicazione di quelle ritenute meritevoli di accoglimento)</p> <p>Dibattito pubblico obbligatorio Allegato I.6 D.lgs 36/2023</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relazione di progetto dell'opera redatta dal responsabile del dibattito pubblico; - relazione conclusiva del responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dell'art. 7 dell'allegato); - documento conclusivo della SA redatto sulla base della relazione conclusiva del responsabile 		<p>aggiudicatori"</p>	
<p>5 Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti Art 97 D.lgs 36/2023</p>		<p>Entro 15 giorni adozione atto Sezione "Bandi di Gara e contratti" "Atti delle Amministrazioni Aggudicatrici e degli enti aggiudicatori"</p>	<p>Anno – Commissioni giudicatrici / CV dei componenti e verbali Determina di nomina della commissione: settoe_numeroprovvedimento_dataprovvvedimento(annoese giorno)_CIG Esempio: A0000A_000_20240101_CIG123456789; A0000A_000_20240101_numero gara (nel caso di più CIG); A0000A_000_20240101_0000000000 (in caso assenza CIG) Il file deve contenere anche i Curricula previo oscuramento dei dati personali</p>
<p>6 Finanza di progetto Art. 193 D.lgs 36/2023</p> <p>Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore</p>	<p>Si</p>	<p>Si</p>	<p>Anno – Finanza di Progetto settoe_numeroprovvedimento_dataprovvvedimento(annoese giorno)_CIG_tipologia atto</p>
<p>7 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC (art 47, comma 2 del d.l. 77/2021 conv. con legge 108/2021; art 10, Linee guida D.p.c.m. 07/12/2021)</p> <p>Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50</p>		<p>Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure</p> <p>Entro 15 giorni dalla pubblicazione degli esiti Sezione "Bandi di Gara e</p>	<p>Anno - Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti PNRR e PNC settoe_datadocumento(annoese giorno)_CIG_tipo esempio: A0000A_20240101_CIG123456789_Rapporto situazione personale; A0000A_20240101_numero gara_Rapporto situazione personale (nel caso di più CIG);</p>

<p>dipendenti)</p>		<p>contratti" "Atti delle Amministrazioni Aggudicatrici e degli enti aggiudicatori"</p>	
<p>8 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC (art 47, comma 3 del d.l. 77/2021 conv. con legge 108/2021; art 10, Linee guida D.p.c.m. 07/12/2021)</p> <p>Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti</p>		<p>Entro 15 giorni ricezione relazione Sezione "Bandi di Gara e contratti" "Atti delle Amministrazioni Aggudicatrici e degli enti aggiudicatori"</p>	<p>Anno - Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti PNRR e PNC settoe_datadocumento(annoese giorno)_CIG_tipo esempio: A0000A_20240101_CIG123456789_Relazione di genere situazione personale; A0000A_000_20240101_numero gara_Relazione di genere situazione personale (nel caso di più CIG);</p>
<p>9 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC (art 47, comma 3 bis del d.l. 77/2021 conv. con legge 108/2021; art 10, Linee guida D.p.c.m. 07/12/2021)</p> <p>Certificazione e relazione di cui all'art 17 della legge 68/1999</p>		<p>Entro 15 giorni Sezione "Bandi di Gara e contratti" "Atti delle Amministrazioni Aggudicatrici e degli enti aggiudicatori"</p>	<p>Anno - Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti PNRR e PNC settoe_datadocumento(annoese giorno)_CIG_tipo esempio: A0000A_20240101_CIG123456789_Dichiarazione_art17 L68-99; A0000A_000_20240101_numero gara_ Dichiarazione_art17 L68-99 (nel caso di più CIG);</p>
<p>10 Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione art. 28, comma 2, D.lgs 36/2023</p> <p>Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).</p>		<p>Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento ai contratti conclusi nel corso dell'anno precedente Sezione "Bandi di Gara e contratti"</p>	<p>Obbligo assolto con la pubblicazione del dataset somministrato da parte del Settore Trasparenza e Anticorruzione a tutte le strutture.</p>

2.4.3 - PNRR (M6 Salute)

Per quanto concerne gli interventi finanziati con i fondi del PNRR (M6 Salute) l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria ha ricevuto nell'anno 2022 l'assegnazione di quota parte dei finanziamenti del PNRR relativi alla Missione 6 "Salute" dalla Regione Piemonte, essendo le Regioni i "soggetti attuatori" del PNRR presso il Ministero della Salute (DGR 25-5186 del 14.06.2022).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria ha ricevuto i finanziamenti per ciascuno dei due interventi della M6 C2, secondo la suddivisione che segue:

1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA).

Importo assegnato all'ASO Alessandria: 4.561.065 € (DGR n. 1-4892 del 20.04.2022).

Progetti identificati: Rinnovo delle Tecnologie ICT del Presidio Ospedaliero Civile e infantile dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria

2. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)

Importo assegnato all'ASO Alessandria: 7.912.606 € (DGR n. 6-4630 del 11.02.2022 e DGR n. 21-5122 del 27.05.2022)

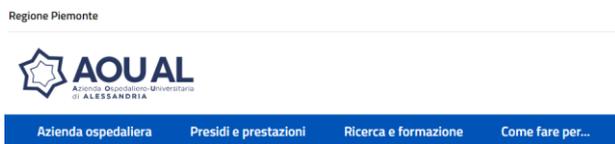
Progetti identificati:

- n. 3 Tomografi computerizzati
 - n. 1 Acceleratore lineare
 - n. 1 Gamma Camera
 - n. 3 Ecotomografi multidisciplinare
 - Telecomandati digitali per esami di P.S.
 - n.1 Ortopantomografo
 - n.1 PET/TC
3. PNC Verso un ospedale sicuro e sostenibile

Importo assegnato all’ASO Alessandria: 5.130.181 € (DGR n. 5-4629 del 11.02.2022 e DGR n. 20-5121 del 27.05.2022)

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

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel recepire quanto disposto dal PNA 2022, all’interno del proprio sito web ha individuato una sezione denominata “Attuazione misure PNRR” al fine di consentire una modalità di accesso standardizzata ed immediata ad informazioni aggiornate sullo stato di attuazione delle misure del PNRR.



Resta naturalmente ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo “ReGiS” utilizzato per il caricamento, a cadenza mensile, dei dati di competenza dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria



2.4.4 - Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi sono formulati anche in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell’Azienda, definita nel Piano della Performance; per questo alimenta e segue con particolare interesse ogni modalità di comunicazione ed accesso alle attività poste in essere al fine di creare una sinergia costante con l’utenza servita.

Comunicazione, informazione, trasparenza e legalità

Gli aspetti della interlocuzione e comunicazione nonché il coinvolgimento degli stakeholder sono sempre curati con newsletter, offerta formativa in generale aperta agli altri operatori sanitari anche del territorio, forme di rendicontazione dell’attività rivolte alla cittadinanza oltre che agli operatori interni, presentazione delle proprie attività di avanguardia alla cittadinanza (giornata della ricerca).

Modalità di coinvolgimento degli stakeholders

I cittadini vengono inoltre informati/ascoltati stabilmente, singolarmente ed in forma associata, attraverso:

- *customer satisfaction* decentrate nonché diffuse (tramite sms e realease on line) per far sì che le esigenze dei pazienti vengano inserite nelle scelte strategiche dell'organizzazione (in collaborazione con le associazioni di volontariato);
- elaborazione, aggiornamento e pubblicazione sul sito istituzionale della Carta dei servizi debitamente e periodicamente aggiornata;
- elogi, reclami e segnalazioni partecipati sulla intranet;
- conferenza aziendale di partecipazione che coincide con la Giornata della trasparenza predisposta con le Onlus e stakeholder;
- giornata della ricerca con apertura on line delle varie strutture al pubblico;
- aggiornamento/rivisitazione del sito istituzionale e della intranet in termini di maggior interoperabilità;
- la mail dedicata trasparenza@ospedale.al.it
- procedura relativa all'accesso civico e accesso civico generalizzato e relativa modulistica sul sito, nonché tempestiva verifica dell'assolvimento delle richieste di accesso presentate;
- aggiornamento continuo delle pagine Facebook, Twitter e canale You tube dedicate all'Azienda.

Rispetto agli altri stakeholders, continueranno ad attuarsi le politiche di coinvolgimento e partecipazione, al fine di garantire la rendicontazione dell'operato aziendale, tenendo presente quale obiettivo prioritario la semplificazione del reperimento delle informazioni e delle procedure.

Giornate della trasparenza/ricerca

Le Giornate della trasparenza sono unificate alla Conferenza aziendale di partecipazione e della Ricerca per caratterizzarla alla massima "apertura" ed ascolto verso l'esterno dell'amministrazione, tentando di avvicinare il più possibile gli utenti al "loro" ospedale e cercando di limitare il fenomeno dell'allontanamento dalle cure da parte dei cittadini o delle cure "fai da te" ricavate da internet.

Le attività informative si sono ampiamente accresciute in relazione alle necessità di comunicazione nel periodo pandemico ed hanno prodotto una notevole mole di appuntamenti e conferenze on line che hanno costituito un momento di forte raccordo tra professionisti ed utenza.

2.4.5 - Processo di attuazione del programma

Nello specifico:

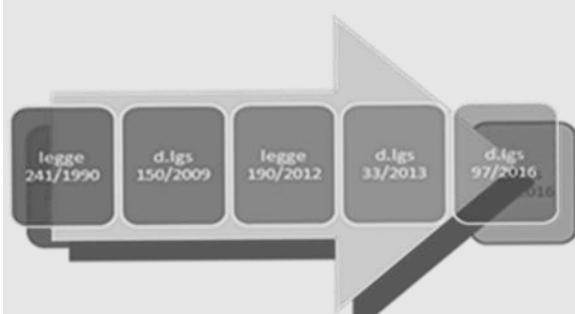
- a) Il RPCT che vigila sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate; in particolare, provvede a:
 1. coordinare eventuali riscontri a specifiche richieste/controlli da parte dell'A.N.A.C. in materia;
 2. supportare l'OIV nelle attività di verifica in materia di trasparenza;
 3. monitorare la regolarità e tempestività dei flussi informativi. Nel caso riscontri inadempienze e/o irregolarità, l'RPCT sollecita il Dirigente interessato a provvedere tempestivamente in merito, assegnando un termine non superiore a 30 giorni. In caso di mancato adempimento il Responsabile provvede a segnalare la circostanza al Direttore Amministrativo ed eventualmente all'OIV o agli ulteriori organismi che, a seconda delle circostanze, risultano interessati;
- b) I Dirigenti Responsabili degli uffici devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, nonché la loro esattezza.

Posto che la Trasparenza è strumento di prevenzione e contrasto alla corruzione, i Dirigenti, come previsto dall'art. 16, comma 1 bis, del D. Lgs. 165/2001, concorrono alla definizione delle misure idonee a prevenire e

contrastare i fenomeni di cattiva amministrazione e assumono, per quanto di competenza, la responsabilità di attuazione del presente programma.

- c) L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma e quelli indicati nel Piano della Performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori. All'OIV spetta il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità secondo gli indirizzi formulati dall' A.N.A.C.
- d) L'A.N.A.C. quale Autorità Nazionale Anticorruzione controlla l'esatto adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Per quanto riguarda le funzioni di monitoraggio all'Autorità compete un ruolo generale di coordinamento, indirizzo e supervisione esercitato anche attraverso l'adozione di specifiche linee guida che sono di riferimento per tutte le pubbliche amministrazioni. L'Autorità svolge inoltre funzioni di vigilanza diretta rispetto alle verifiche effettuate dagli Organismi Indipendenti di Valutazione e di vigilanza indiretta rispetto alle amministrazioni nei confronti delle quali riceve segnalazioni di mancato o parziale adempimento degli obblighi previsti di pubblicazione.

Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico e generalizzato

<p>Dal 1990, anno in cui è entrata in vigore la legge n. 241 sul procedimento amministrativo che ha disciplinato il diritto di accesso (Capo V – artt. da 22 a 28), ad oggi vi è stata un'incredibile evoluzione, di pari passo con i principi di trasparenza, pubblicità, legalità e partecipazione all'attività amministrativa, che attualmente rappresentano i cardini su cui è stata eretta tutta la legislazione di contrasto alla corruzione e alla cattiva amministrazione.</p>	
<p style="text-align: center;">I tre accessi verso la p.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ DIRITTO DI ACCESSO DOCUMENTALE (l. n. 241/1990) <ul style="list-style-type: none"> - più profondo (posizione rivestita dal soggetto, interessi, motivazione) - meno ampio (solo documenti) ❑ DIRITTO DI ACCESSO CIVICO (SEMPLICE) (d.lgs. n. 33/2013) <ul style="list-style-type: none"> - strumento sanzionatorio verso la p.a. - inadempienza agli obblighi di pubblicazione ❑ DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (d.lgs. n. 33/2013 e circolari del DFP n. 2/2017 e 1/2019) <ul style="list-style-type: none"> - meno profondo (il solo diritto a conoscere) - più ampio (documenti, dati, informazioni) 	<p>Con il d.lgs. 33/2013 è stato attribuito ad ogni cittadino il libero accesso ai dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, ed esteso l'accesso civico ad ogni altro dato e documento rispetto a quelli da pubblicare in "Amministrazione trasparente"; il principio della trasparenza è stato riaffermato ed esteso dal d.lgs. 97/2016, il cosiddetto Freedom Of Information Act (FOIA).</p>

Di seguito, in sintesi, i tre accessi verso la P.A.:

- **L'accesso documentale:** si tratta di un accesso di natura documentale, fondato sulla presenza di un interesse specifico del richiedente. In pratica, il cittadino ha interesse ad avere la copia di un certo documento amministrativo, a differenza di altri potenziali richiedenti che nulla hanno a che vedere con un procedimento amministrativo.
- **L'accesso civico** consente a chiunque ne abbia interesse di poter prendere visione, senza onere di motivare l'istanza, di quei documenti che devono essere pubblicati, per legge, dalle Pubbliche

amministrazioni all'interno dell'apposita sezione "Amministrazione trasparente". Trattasi, dunque, dell'accesso a quegli atti e a quei documenti di per sé pubblici ed in quanto tali conoscibili e fruibili gratuitamente da parte di ogni cittadino.

- **L'accesso generalizzato** (c.d. Foia) è un'estensione dell'accesso civico; chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

Misure attuative

Il RPCT è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice" finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente. Sussistendone i presupposti, entro il termine di trenta giorni, ha cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e di comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione indicando il relativo collegamento ipertestuale. Il RPCT segnala all'ufficio di disciplina, al vertice politico e all'OIV i casi in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria di cui sia stata riscontrata la mancata pubblicazione.

Con riferimento all'accesso civico generalizzato, il RPCT riceve e tratta le richieste di riesame in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta. Con deliberazione n. 429 del 12.04.2017, è stato adottato il Regolamento aziendale che disciplina le modalità di esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, diritto di accesso civico semplice e diritto di accesso generalizzato.

Per assicurare l'esercizio di tale diritto, nella sezione "Amministrazione Trasparente" sotto la voce "Altri contenuti - Accesso Civico" sono pubblicate le necessarie modalità di esercizio del diritto, informazioni relative al Responsabile al quale può essere presentata la richiesta, nonché il nome del titolare del potere sostitutivo. In conformità alle previsioni normative, l'Azienda ha istituito il "Registro degli Accessi", consistente nell'elenco delle richieste (in ordine cronologico) secondo le tre diverse modalità di accesso, con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta, nonché del relativo esito con la data della decisione, come sotto riportato:

		REGISTRO DI ACCESSO AGLI ATTI 2022					
STRUTTURA COMPETENTE	OGGETTO	PROT. INGRESSO	DAT A	CONTROINTERESSATI	ESITO	PROT. USCITA	DAT A

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

Nel 2023 sono pervenute 46 richieste di accesso agli atti, di cui n.26 di accesso civico semplice e n. 20 di accesso civico generalizzato. I tempi, le modalità di attuazione della presente misura e i soggetti responsabili sono sintetizzati nella seguente tabella.

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

Sezione 3. Organizzazione e capitale umano

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

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

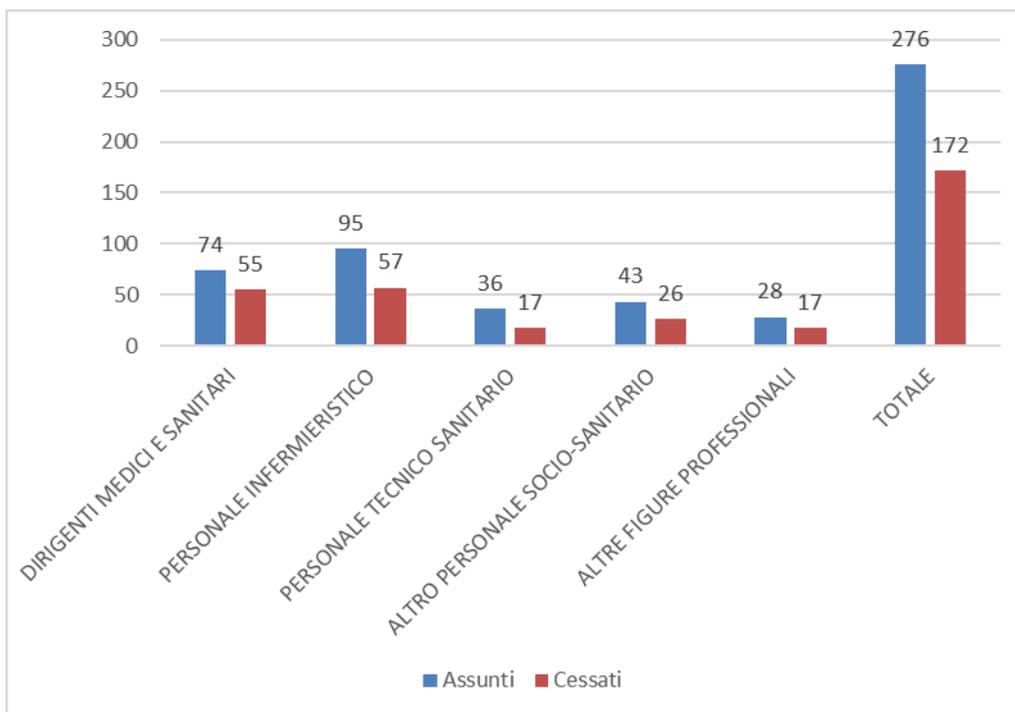
PROFILI	31/12	31/12	31/12
	2021	2022	2023
DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO			
Dirigenti medici	387	368	371
Dirigenti sanitari	42	41	44
Dirigenti APT	15	15	15
Personale non dirigente	1869	1943	2083
Totale tempo indeterminato	2313	2367	2513
DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO			
Dirigenti medici	11	12	22
Dirigenti non medici	3	4	3
Personale non dirigente	188	88	32
Totale a tempo determinato	202	104	59
TOTALE DOTAZIONE COMPLESSIVA	2515	2471	2572
Medici convenzionati ACN (118)	41	41	34
Universitari	1	2	4

L’azienda nel corso del periodo emergenziale ha incrementato complessivamente la dotazione organica al fine di fronteggiare la pandemia Covid, assicurando un costante investimento in termini di dotazione di risorse umane e nel corso del 2022 ha iniziato un percorso di stabilizzazione del personale in possesso dei requisiti di cui all’art. 1, comma 268, lettera b), della Legge n. 234/2021 pertanto la quota di personale a tempo determinato si riduce in favore del personale a tempo indeterminato.

In parallelo è gradualmente incremento il personale universitario e contestualmente per il prossimo triennio si prevede di potenziare quest’ambito anche a seguito della costituzione dell’Azienda ospedaliero-universitaria “SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo” di Alessandria per effetto del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 62 28/12/2023

Di seguito si riporta il grafico che compara le assunzioni e le cessazioni. Si segnala che il divario tra assunzioni e cessazioni per quanto attiene la professione medica, ha finalmente invertito la tendenza anche grazie alle assunzioni tramite l’articolo 1 comma 548-bis della legge n. 145 del 2018 (il cosiddetto “Decreto Calabria”) che ha normato la possibilità per i medici specializzandi di essere assunti a tempo determinato, con automatica conversione del contratto a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità, a

partire dal 2°anno di corso di specializzazione. Permane però la difficoltà a reperire nuovo personale in determinate discipline a fronte di una carenza sistemica di nuovo personale medico.



3.1 - Struttura organizzativa

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

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

L’Azienda si articola in:

- a) una Direzione aziendale (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo);
- b) tre sedi ospedaliere;
- c) dipartimenti strutturali, caratterizzati da omogeneità operativa, di risorse e di tecnologie;
- d) dipartimenti interaziendali comprendenti strutture appartenenti ad Aziende Sanitarie diverse per la gestione integrata di attività assistenziali e gestionali;
- e) dipartimenti funzionali e gruppi di progetto, interdisciplinari con omogeneità di obiettivi;
- f) aree funzionali di degenza o di servizi dentro un dipartimento o tra più dipartimenti con obiettivi comuni di assistenza per la condivisione di spazi, personale e attrezzature omogenei;

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

3.1.1 – Relazioni Sindacali

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

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

Nel corso del 2023 sono stati effettuati n.25 incontri con le organizzazioni sindacali del comparto sanità, principalmente per affrontare le nuove tematiche introdotte dal rinnovo del CCNL di riferimento sottoscritto in data 02 novembre 2022. Le trattative hanno determinato la sottoscrizione di n. 9 accordi per una maggior tutela dei lavoratori dell'Azienda.

Le trattative sindacali hanno anche interessato le delegazioni sindacali del personale afferente dirigenza dell'area Sanità e della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa (PTA) afferente all'area contrattuale delle Funzioni Locali. Nel 2023 sono stati effettuati n. 9 incontri con la dirigenza area sanità che hanno avuto in esito n. 5 accordi e 5 incontri con la dirigenza PTA con la sottoscrizione di n.2 accordi.

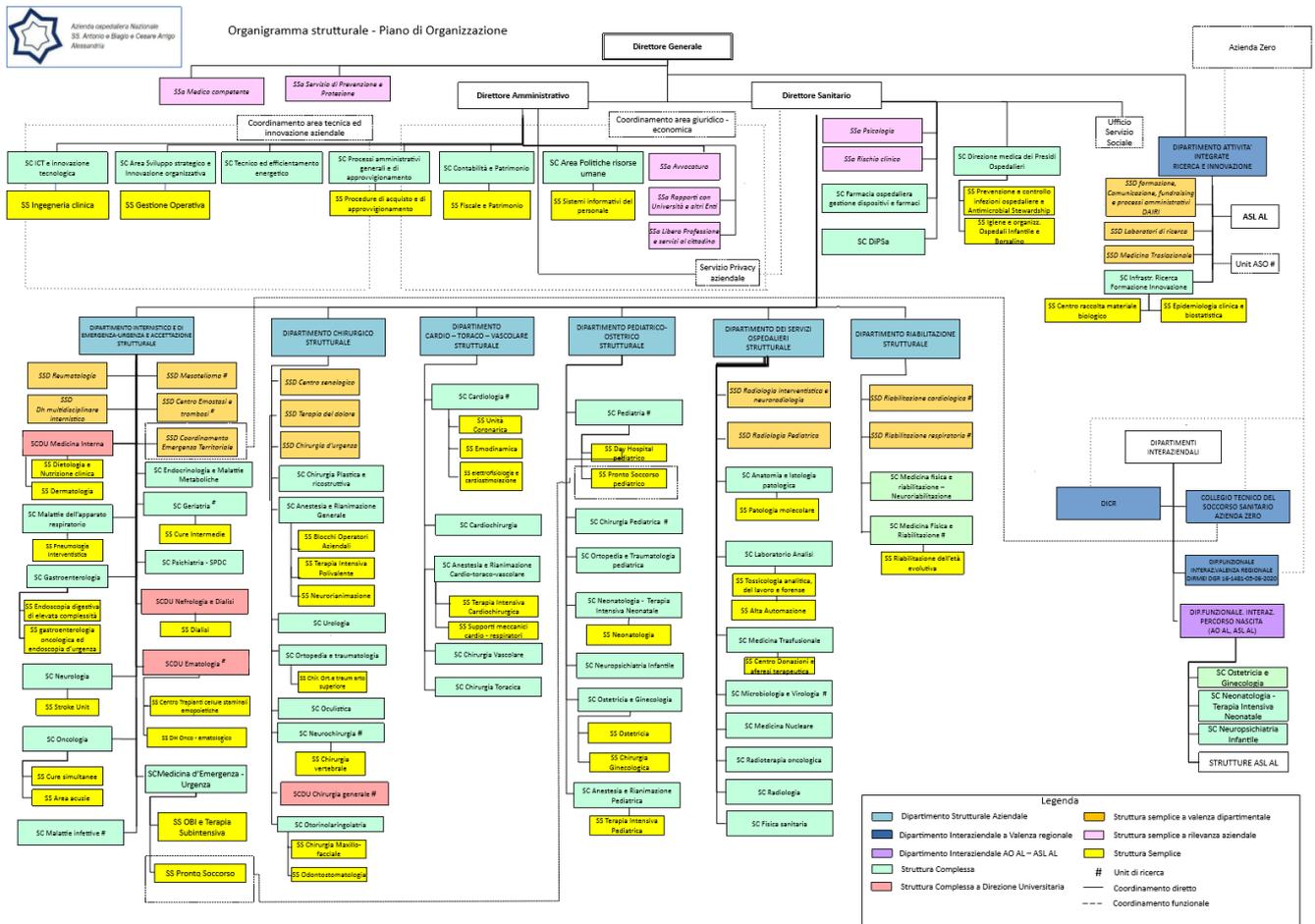
3.1.2 - Organigramma

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

L'Azienda Ospedaliera con deliberazione n.133 dell'8 marzo 2023 ha adottato il nuovo Atto Aziendale ed il relativo Organigramma, successivamente modificati con deliberazione n.256 del 17 maggio 2023 in attuazione, tra l'altro, di quanto stabilito dalla D.G.R. n.13-6743 del 17 aprile 2023;

Successivamente con D.G.R. n. 19-7268 del 24 luglio 2023, pubblicata sul B.U.R.P. n. 31 del 3 agosto 2023, e trasmessa in data 7 settembre 2023, la Regione Piemonte ha recepito, ai sensi della D.C.R. n.167-14087 del 3 aprile 2012, le modifiche all'Atto Aziendale apportate con la predetta deliberazione n.256 del 17 maggio 2023 e recepite con deliberazione n. 410 del 11/09/2023.

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



A seguito del cambio in Azienda ospedaliero-universitaria dal 1° gennaio 2024 è prevista una modifica dell'atto aziendale nel 2024.

3.1.3 – Dettaglio della struttura organizzativa

La tabella sottostante rappresenta la composizione delle unità operative al fine di comprendere meglio la dimensione delle strutture e l'ampiezza media in termini di numero di dipendenti in servizio al 31/12/2023.

DIPARTIMENTO / SETTORE	PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2023
DIREZIONE GENERALE	14
PERSONALE MEDICO	1
ALTRO PERSONALE SANITARIO LAUREATO	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	4
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	1
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	7
DIREZIONE SANITARIA	169
PERSONALE MEDICO	5
ALTRO PERSONALE SANITARIO LAUREATO	15
PERSONALE INFERMIERISTICO	99
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	22
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	16
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	12
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	332
PERSONALE INFERMIERISTICO	8
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	1
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	4
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	319
DIP. ATTIVITA' INTEGRATE RICERCA E INNOVAZIONE	50
PERSONALE MEDICO	1
ALTRO PERSONALE SANITARIO LAUREATO	4
PERSONALE INFERMIERISTICO	4
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	41
DIP. INTERNISTICO E DI EMERG.-URGENZA E ACCET. - DIEA (INT)	423
PERSONALE MEDICO	105
PERSONALE INFERMIERISTICO	217
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	8
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	93
DIP. INTERNISTICO E DI EMERG.-URGENZA E ACCET. - DIEA (DEA)	216
PERSONALE MEDICO	19
PERSONALE INFERMIERISTICO	169
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	28
DIP. CHIRURGICO	415
PERSONALE MEDICO	88
PERSONALE INFERMIERISTICO	227
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	10
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	90

DIPARTIMENTO / SETTORE	PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2023
DIP. CARDIO - TORACO - VASCOLARE	211
PERSONALE MEDICO	57
PERSONALE INFERMIERISTICO	119
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	35
DIP. PEDIATRICO - OSTETRICO	323
PERSONALE MEDICO	58
PERSONALE INFERMIERISTICO	173
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	25
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	67
DIP. SERVIZI OSPEDALIERI	265
PERSONALE MEDICO	41
ALTRO PERSONALE SANITARIO LAUREATO	27
PERSONALE INFERMIERISTICO	27
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	132
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	37
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	1
DIP. DI RIABILITAZIONE	154
PERSONALE MEDICO	18
PERSONALE INFERMIERISTICO	47
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	59
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	27
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	3
Totale complessivo	2572

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

	CLASSI DI ETÀ'				
	18-30	31-40	41-50	51-60	>60
PERSONALE MEDICO	17	131	120	73	52
ALTRO PERSONALE SANITARIO LAUREATO	2	5	15	17	8
PERSONALE INFERMIERISTICO	193	270	223	363	45
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	57	84	47	50	20
ALTRO PERSONALE SOCIO- SANITARIO	12	29	100	170	86
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	23	56	74	177	53
Totale complessivo	304	575	579	850	264

E la suddivisione del personale dipendente per genere.

PROFILO	F	M	Totale complessivo
PERSONALE MEDICO	205	188	393
ALTRO PERSONALE SANITARIO LAUREATO	42	5	47
PERSONALE INFERMIERISTICO	880	214	1094
PERSONALE TECNICO SANITARIO E DELLA RIABILITAZIONE	189	69	258
ALTRO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	335	62	397
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI	229	154	383
Totale complessivo	1880	692	2572

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

ORARIO SVOLTO	F	M	Totale complessivo
TEMPO PIENO	1735	673	2408
PART TIME > 50%	145	19	164
Totale complessivo	1880	692	2572

3.1.4 – Sistema degli incarichi dirigenziali

A seguito dell'adozione del nuovo atto aziendale e con l'istituzione di n.2 nuovi dipartimenti in data 29/05/2023 con deliberazione n. 275 sono stati attribuiti incarichi di direzione del dipartimento cardio-toraco-vascolare e del dipartimento dei servizi ospedalieri

Successivamente state effettuate le procedure di selezione tramite avviso interno per l'affidamento degli incarichi di direzione delle nuove strutture complesse del personale dirigente afferente all'area Funzioni Locali, rif. CCNL 17/12/2020 e successivamente affidati con deliberazione n. 321 del 29/06/2023.

Sono state altresì rinnovate le strutture semplici pre-esistenti in esito alla procedura positiva di verifica e bandito l'avviso per le nuove strutture semplici introdotte con le modifiche all'assetto organizzativo

Per effetto della deliberazione n.: 539 del 30/11/2023 dal 1° dicembre 2023 a seguito della sottoscrizione dell'accordo in merito ai criteri generali e modalità operative utilizzate, ai sensi del precedente CCNL Area Sanità 9.12.2019, siglato tra la delegazione datoriale e la delegazione sindacale in data 20 settembre 2023, è stata adottata la nuova graduazione degli incarichi relativi alla dirigenza sanitaria valorizzati come di seguito riportato:

Incarico	Precedente graduazione	Nuova graduazione	Valorizzazione annua in €	Incarichi assegnati al 31/12/2023
Incarico Direzione Struttura Complessa	A.a	A	24.500	35
	A.b			
Incarico Responsabilità Struttura Semplice a valenza dipartimentale	B1	B1	20.000	14

Incarico	Precedente graduazione	Nuova graduazione	Valorizzazione annua in €	Incarichi assegnati al 31/12/2023
Incarico Responsabilità Struttura Semplice che costituisce articolazione di struttura complessa	B2.a	B2	18.200	36
	B2.b			
Incarico di natura professionale di altissima specializzazione	C0.a	C0	22.000	4
	C0.b			
Incarico di natura professionale di alta specializzazione	C1.a	C1	17.500	82
	C1.b			
Incarico di natura professionale	C2	C2	13.000	45
	C3	C3	10.000	38
		C4+	8.000	in corso di valutazione requisiti
	C4	C4	6.200	29
Incarico di natura professionale conferito ai dirigenti con meno di cinque anni di esperienza	D	D	1.500	104
	D+	D+	4.000	17

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

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

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

Tipologia incarico	Graduazione	Valorizzazione precedente	Valorizzazione dal 1° gennaio 2024	Incarichi assegnati al 31/12/2023
Incarico direzione S.C.	A	19.163,95	20.000,00	6
Incarico responsabile SSD/SSA	B1	17.323,93	17.500,00	4

Tipologia incarico	Graduazione	Valorizzazione precedente	Valorizzazione dal 1° gennaio 2024	Incarichi assegnati al 31/12/2023
Incarico responsabile SS	B2	12.817,09	13.000,00	1
Incarico di natura professionale	C1	12.535,65	12.500,00	0
Incarico di natura professionale	C2	9.035,65	9.000,00	0
Incarico di natura professionale	C3	7.535,65	7.000,00	0
Incarico di natura professionale	C4	5.500,00	5.500,00	4

3.2 – Organizzazione del lavoro agile (POLA)



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

Il POLA individua pertanto le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale del comparto e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo gli stakeholders esterni.

Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

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

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

PERIODO anno/mese	F	M	Totale complessivo	
2022		519	485	1004
7		8	14	22
8		50	69	119
9		106	88	194
10		132	104	236
11		110	103	213
12		113	107	220
2023		1341	1146	2487
1		101	110	211
2		116	105	221
3		122	107	229
4		84	86	170
5		129	102	231
6		112	84	196
7		103	89	192
8		97	83	180
9		125	89	214
10		134	113	247
11		126	96	222
12		92	82	174
Totale complessivo		1860	1631	3491

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

Donne	33
Uomini	27

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

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

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

Modalità attuative

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

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

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

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

Il Regolamento e lo schema di accordo-tipo sono riportati in allegato al presente Piano.

Tale documentazione è stata discussa e condivisa con le rappresentanze sindacali e con il CUG nell'apposito tavolo tecnico del 16/05/2022 e di contrattazione del 22/06/2022 con sottoscrizione di accordo specifico.

I contenuti del documento definiscono i diversi aspetti del lavoro in modalità agile che l'Azienda intende assumere:

- i dipendenti coinvolti, sia a tempo determinato che a tempo indeterminato, garantendo parità, pari opportunità e assenza di ogni forma di discriminazione;
- le modalità di definizione dell'accordo individuale e dei contenuti necessari;
- la formazione sulle varie tematiche che riguardano il lavoro agile e le sue peculiarità;
- l'organizzazione del lavoro, con particolare attenzione al coordinamento tra le attività svolte in sede e in modalità agile;
- la strumentazione e la connettività, essenziali per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile;
- gli orari di lavoro, la reperibilità e il diritto alla disconnessione;
- le modalità di valutazione della performance del lavoratore agile;
- diritti e doveri del lavoratore agile;
- gli aspetti di salute e sicurezza del lavoratore agile.

In sintesi, il dipendente interessato allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile deve:

- compilare apposita istanza scritta (allegata al sistema qualità aziendale) con la quale si manifesta l'intenzione, si dichiara la conformità della dotazione informatica in proprio possesso utilizzata per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile con particolare riguardo ai seguenti requisiti minimi di sicurezza: antivirus funzionante; firewall attivo; sistema operativo aggiornato e si acquisisce il parere favorevole del Responsabile;
- sottoscrizione di accordo individuale, di durata annuale (eventualmente rinnovabile), attraverso il format (allegato al sistema qualità aziendale);
- Prendere visione del regolamento e dell'informativa in materia di sicurezza sul lavoro contenente l'indicazione dei rischi generali e di quelli specifici connessi alla modalità peculiare di svolgimento della prestazione lavorativa in smart working.

Di seguito, i soggetti, processi e strumenti del lavoro agile:

– Dirigenti

- .1 programmazione e monitoraggio degli obiettivi;
- .2 mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro;
- .3 garanzia di adeguate forme di rotazione del personale della propria struttura;
- .4 garanzia di prevalenza della prestazione lavorativa in presenza, salvo eccezioni previste da normativa o casi eccezionali legati a particolari condizioni di salute documentate e confermate dal Medico Competente;
- .5 verifica dell'attività svolta dal lavoratore in modalità agile;
- .6 garanzia di un adeguato livello di fruizione dei servizi sia verso l'utenza interna che esterna;

– Servizio Personale

- .7 predisposizione modulistica necessaria all'attivazione delle prestazioni lavorative in modalità agile;
- .8 adozione le disposizioni regolamentari in materia anche tenendo conto delle innovazioni normative;
- .9 produzione gli atti necessari per l'attivazione delle istanze su richiesta dei dipendenti
- .10 aggiornamento e controllo dell'elenco dei dipendenti autorizzati con i relativi progetti individuali
- .11 supporto e chiarimenti in relazione alla corretta applicazione del lavoro agile
- .12 monitoraggio l'istituto del lavoro agile

– Servizio ICT

- .13 supporto tecnologico e concessione autorizzazioni informatiche per lo svolgimento delle attività da remoto
- .14 supervisione delle eventuali vulnerabilità e dei rischi connessi agli aspetti di sicurezza informatica

– Responsabile della Transizione Digitale

- .15 individuare i cambiamenti organizzativi e gli adeguamenti tecnologici necessari per programmare triennialmente l'implementazione di una fase di sviluppo avanzato del lavoro agile.

- Servizio Formazione
- .16 Implementare programmi formativi volti ad accrescere le competenze digitali dei dipendenti
 - OIV
- .17 parere sui risultati complessivi in termini di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza complessiva dello smart working a regime
 - Comitato Unico di Garanzia,
- .18 indicazioni operative per l'adozione del lavoro agile
- .19 promotore del benessere dei lavoratori e di una cultura di genere libera da discriminazioni,
- .20 monitoraggio degli impatti del lavoro agile, anche attraverso indagini e strumenti di rilevazione

L'Azienda al fine di attivare il lavoro agile in forma semplificata aveva già prodotto una mappatura dei processi. Pertanto, partendo dalla ricognizione dei processi effettuata, sono stati selezionati i macroprocessi, divisi in fase, tipici delle strutture afferenti alle diverse strutture dirigenziali e dipartimentali. Per ogni fase, si è richiesta l'individuazione delle attività che possono essere svolte in modalità agile, di quelle che possono essere prevalentemente svolte da remoto e di quelle che, al contrario, non hanno tale caratteristica. Per queste ultime, si è chiesto di specificare se, prevedendo un adeguamento organizzativo e/o tecnologico, lo potrebbero diventare e di descrivere l'eventuale adeguamento. L'azienda sta attuando una serie di misure volte alla dematerializzazione dei documenti e al potenziamento degli applicativi e dei servizi connessi con il protocollo. La dematerializzazione delle delibere delle determine è stato il primo passo verso una completa dematerializzazione dei documenti e degli atti. In particolare, nel corso del 2022 si avvierà il fascicolo digitale contenente tutti gli atti e i documenti protocollati in forma elettronica.

Soggetto	Adempimenti
Dipendente	Presa visione regolamenti ed informative; Produzione istanza controfirmata dal responsabile; Sottoscrizione accordo; Autocertificazione misure minime di sicurezza Registrazione delle giornate svolte in modalità agile sulla piattaforma di gestione del cartellino orario personale;
Dirigente	Autorizza la prestazione lavorativa; Vigila sull'articolazione delle giornate svolte in modalità agile; Controlla e verifica il raggiungimento degli obiettivi programmati;
R.L.S	Sottoscrive informativa per la sicurezza
Datore di Lavoro	Sottoscrive informativa per la sicurezza

Soggetto	Adempimenti
Ufficio Personale	Gestisce l'istruttoria di attivazione delle richieste di attivazione di prestazioni in modalità agile; Trasmette le istanze accolte al servizio ICT per l'attivazione delle procure informatiche necessarie; Effettua monitoraggi periodici sullo stato complessivo di attivazione delle prestazioni e la frequenza di fruizione;
Servizio informatico	Garantisce il supporto informatico necessario per l'abilitazione della prestazione lavorativa da remoto, in funzione alle esigenze specifiche dei profili richiedenti;

3.2.1 – I fattori abilitanti del lavoro agile/remoto

Obiettivi:

- miglioramento dell'organizzazione aziendale, innovazione dei processi e digitalizzazione;
- dematerializzazione, condivisione dei processi e riduzione dei costi.

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
INDICATORI SALUTE ORGANIZZATIVA				
1) Coordinamento organizzativo del lavoro agile	X	X		
2) Monitoraggio del lavoro agile	X	X	X	X
3) Programmazione per obiettivi e/o progetti e/o processi	X	X	X	X
4) Mappatura dei procedimenti amministrativi da svolgersi in smart working	X	X	X	X
INDICATORI SALUTE PROFESSIONALE				
5) % dirigenti/P.O. partecipanti a corsi di formazione su competenze direzionali su lavoro agile nell'ultimo anno			X	X
6) % dirigenti/P.O. adottanti approccio per obiettivi e/ progetti e/o processi per coordinare il personale	X	X	X	X
7) % lavoratori agili partecipanti a corsi di formazione su lavoro agile nell'ultimo anno		X	X	X
8) % di lavoratori che lavorano che per obiettivi e/o progetti e/o processi	X	X	X	X
9) % lavoratori agili che hanno partecipato a corsi su competenze digitali		X	X	X
10) % lavoratori agili che utilizzano le tecnologie digitali a disposizione (collegamento informatico aziendale)	X	X	X	X
INDICATORI SALUTE ECONOMICA FINANZIARIA				

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
11) Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile		X	X	X
12) Investimenti in supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al lavoro agile	X	X	X	X
13) Investimenti in digitalizzazione di servizi, progetti, processi		X	X	X
INDICATORI SALUTE DIGITALE				
14) Sistema VPN	X	X	X	X
15) Intranet	X	X	X	X
16) Sistemi di collaboration (es. Documenti in cloud)	X	X	X	X

Obiettivi:

- monitoraggio dello stato di avanzamento

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
INDICATORI SALUTE ORGANIZZATIVA				
1) Lavoratori agili effettivi	X	X	X	X
2) Giornate lavoro agile	X	X	X	X
3) Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/P.O. e dipendenti, articolato per genere, per età, per stato di famiglia			X	X

Performance organizzative

Obiettivi:

- Miglioramento dell'efficienza ed efficacia dell'attività lavorativa

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
ECONOMICITA'				
1) Riflesso economico: Riduzione costi			X	X
2) Riflesso patrimoniale: minor consumo di patrimonio a seguito della razionalizzazione degli spazi			X	X
EFFICIENZA				
1) Produttiva: diminuzione assenze, aumento produttività			X	X

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
2) Economica: Riduzione di costi per output di servizio			X	X
EFFICACIA				
1) Quantitativa: Quantità erogata, quantità fruita			X	X
2) Qualitativa: Qualità erogata, qualità percepita			X	X

Impatti

Obiettivi:

- Miglioramento dell’immagine dell’azienda con gli stake-holders e maggiore coinvolgimento dei dipendenti

ANNO	Fase emergenziale	Fase di avvio	Fase di sviluppo	Fase di sviluppo avanzato
	2020-2021	2022	2023	2024
IMPATTI ESTERNI			X	X
1) Sociale: per gli utenti, per i lavoratori				
2) Economico: per i lavoratori				
IMPATTI INTERNI				
1) Miglioramento/Peggioramento salute organizzativa			X	X
2) Miglioramento/Peggioramento salute professionale			X	X
3) Miglioramento/Peggioramento salute economico/finanziaria			X	X
4) Miglioramento/Peggioramento salute digitale			X	X

Programma di formazione in tema di lavoro agile / sicurezza informatica

L’azienda ha attivato un programma formativo di Cyber Security Awareness (di seguito CSA), tramite l’utilizzo di una specifica piattaforma di e-learning dedicata alla Formazione Cognitiva.

Il Piano Formativo è formato da moduli formativi omogenei che in modalità di erogazione standard, vengono rilasciati con una frequenza mensile. Un modulo formativo è formato da 3 video-lezioni, la cui durata è mediamente di 5/7 minuti. Ogni lezione è seguita da un test di apprendimento “ripetibile”, costituito da 4 domande a risposta multipla.

Un modulo formativo complessivamente genera un impegno medio per l’utente di 25/30 minuti al mese, includendo in questo tempo medio anche l’esecuzione dei relativi test di apprendimento.

Le lezioni sono caratterizzate da criteri di propedeuticità e per poter accedere alla lezione successiva è necessario rispondere positivamente ad almeno 3 domande su 4. Le 4 domande vengono ricavate automaticamente da un pool di domande predefinito, secondo un criterio di casualità, per cui ad ogni tentativo si ha la proposizione di nuove domande, poste secondo un ordine altrettanto casuale.

È indispensabile ripetere il test se non si è conseguito il livello minimo necessario per poter passare alla lezione successiva, ma è possibile ripetere il test anche quando si sia conseguito un risultato di 3 su 4, con l'obiettivo di portarsi in condizioni di eccellenza, corrispondente al risultato di 4 esatte su 4 disponibili. Nel paragrafo dedicato alla “*gamification*” si potrà comprendere come il raggiungimento di una condizione di eccellenza, assuma un significato anche in termini di gratificazione dell'utente, qualificandone la partecipazione.

Ogni 3 moduli formativi (in modalità di erogazione a standard, ogni 3 mesi), viene proposto un nuovo test di 5 domande a risposta multipla (non ripetibile) che serve come momento di consolidamento e di valutazione del livello di apprendimento.

È importante precisare che tutti i contenuti delle video-lezioni, sono forniti anche in formato testuale, e questo come ulteriore opportunità di fruizione.

Elenco processi ed indicatori delle attività effettuabili in modalità agile

Si rimanda ad apposito elenco allegato al PIAO.

3.2.2 – I servizi che sono “smartizzabili” e gestibili da remoto

Possono costituire oggetto di lavoro agile le attività che, data la loro peculiarità, sono suscettibili di essere delocalizzate potendo essere eseguite a distanza senza la necessità di una costante presenza fisica del dipendente presso la specifica sede di lavoro, compatibilmente con l'esigenza di garantire un adeguato presidio alla struttura di appartenenza. Per ulteriori approfondimenti, si rimanda all'art. 2 del Regolamento per il lavoro agile (smart working) anno 2022, adottato con deliberazione n. 306 dell'01.07.2022.

3.2.3 – I soggetti che hanno la precedenza nell'accesso al lavoro agile/da remoto

Ai sensi dell'art. 6 del sopra citato Regolamento per il lavoro agile (smart working) anno 2022, l'accesso al lavoro agile è consentito a tutto il personale dipendente dell'Azienda, ricorrendo, ove necessario e consentito, a criteri di rotazione tra i dipendenti di ciascuna struttura, privilegiando tuttavia il dipendente:

- affetto da patologia, debitamente attestata da certificato medico o dal Medico Competente dell'Azienda, che lo renda maggiormente esposto al contagio o le cui conseguenze, in caso di contrazione del virus, siano particolarmente rischiose per la sua salute;
- con esigenze di accudimento dei figli minori di età compresa fra 0 e 13 anni (compresi) a seguito dell'eventuale sospensione dei servizi educativi per l'infanzia e dell'attività didattica;) in stato di gravidanza;
- con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L.104/1992.

I requisiti sopra elencati devono essere posseduti al momento della presentazione della domanda.

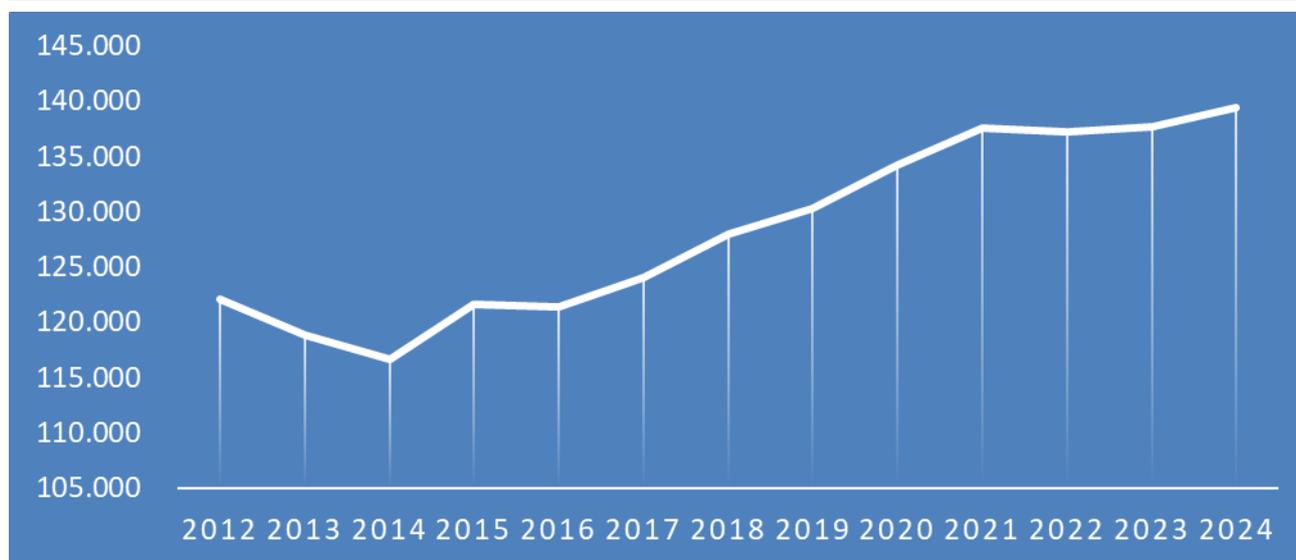
3.3 – Piano triennale dei fabbisogni di personale



Ai sensi del D.Lgs. 165/2001, le Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi, predispongano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività.

L'attuale Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (PTFP) di questa azienda è stato approvato con DGR n. 30-7328 del 31/07/2023, recepita con deliberazione aziendale n. 404 del 08.09.2023. Con DGR Piemonte n. 46-6202 del 07/12/2022 è stata validata la pianificazione delle assunzioni per l'emergenza Covid ed ha fissato altresì il Tetto di spesa del personale che per l'anno 2024, quantificato per questa Azienda in € 139.408,00. Di seguito si riporta l'andamento del tetto di spesa complessivo per l'Azienda, anni 2012 – 2024.

anno	tetti di spesa (migliaia di €)	incremento	%
2012	122.101		
2013	118.796	- 3.305	-3%
2014	116.618	- 2.178	-2%
2015	121.571	4.953	4%
2016	121.410	- 161	0%
2017	124.000	2.590	2%
2018	128.000	4.000	3%
2019	130.294	2.294	2%
2020	134.162	3.868	3%
2021	137.561	3.399	3%
2022	137.228	- 333	0%
2023	137.699	471	0%
2024	139.408	1.709	1%



Di seguito si riporta il piano triennale del fabbisogno approvato con la succitata D.G.R.:

DO_2024

	CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note
		TP	PT	TP	PT	totale				
		PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	INFERMIERE	969	56	974				
INFERMIERE - Ex DS						0	37.974	0	0	
INFERMIERE PEDIATRICO	63		17	63	17	80	35.301	936	2.753.469	
INFERMIERE PEDIATRICO - Ex DS						0	37.974	0	0	
OSTETRICA	22		2	22	2	24	34.787	282	817.490	
OSTETRICA - Ex DS						0	37.460	0	0	
DIETISTA	5		1	5	1	6	34.787	72	208.721	
DIETISTA - Ex DS						0	37.460	0	0	
ASSISTENTE SANITARIO	1			1		1	34.787	12	34.787	
ASSISTENTE SANITARIO - Ex DS						0	37.460	0	0	
TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	71		1	76	1	77	34.787	894	2.591.619	
TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA - Ex DS						0	37.460	0	0	
TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	81		1	81	1	82	34.787	948	2.748.159	
TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO - Ex DS						0	37.460	0	0	
TECNICO AUDIOMETRISTA	2			2		2	34.787	24	69.574	
TECNICO AUDIOMETRISTA - Ex DS						0	37.460	0	0	
TECNICO AUDIOPROTESISTA						0	34.787	0	0	
TECNICO AUDIOPROTESISTA - Ex DS						0	37.460	0	0	
TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA	8			8		8	34.787	96	278.295	
TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA - Ex DS						0	37.460	0	0	
TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	6			6		6	34.787	72	208.721	
TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA - Ex DS						0	37.460	0	0	
TEC. ORTOPEDICO						0	34.787	0	0	
TEC. ORTOPEDICO - Ex DS						0	37.460	0	0	
FISIOTERAPISTA	46		8	46	8	54	34.787	636	1.843.702	
FISIOTERAPISTA - Ex DS						0	37.460	0	0	
LOGOPEDISTA	8			8		8	34.787	96	278.295	
LOGOPEDISTA - Ex DS						0	37.460	0	0	
ORTOTTISTA	2			2		2	34.787	24	69.574	
ORTOTTISTA - Ex DS						0	37.460	0	0	
EDUCATORE PROFESSIONALE						0	34.787	0	0	
EDUCATORE PROFESSIONALE - Ex DS						0	37.460	0	0	
OTTICO						0	34.787	0	0	
OTTICO - Ex DS						0	37.460	0	0	
TERAPISTA OCCUPAZIONALE						0	34.787	0	0	
TERAPISTA OCCUPAZIONALE - Ex DS						0	37.460	0	0	
PODOLOGO						0	34.787	0	0	
PODOLOGO - Ex DS						0	37.460	0	0	
TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	3			3		3	34.787	36	104.360	
TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV. - Ex DS						0	37.460	0	0	
ODONTOTECNICO					0	34.787	0	0		
ODONTOTECNICO - Ex DS					0	37.460	0	0		
TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'					0	34.787	0	0		
TEC. NEUROPSICOMOTRICITA' - Ex DS					0	37.460	0	0		
TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					0	34.787	0	0		
TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - Ex DS					0	37.460	0	0		
IGIENISTA DENTALE					0	34.787	0	0		
IGIENISTA DENTALE - Ex DS					0	37.460	0	0		
MASSAGGIATORE NON VEDENTE	1		1		1	34.787	12	34.787		
MASSAGGIATORE NON VEDENTE - Ex DS					0	37.460	0	0		

DO_2024

	CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note		
		TP	PT	TP	PT	totale						
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE				0	48.494		0			
		INFERMIERE PEDIATRICO				0	48.494		0			
		OSTETRICA					0	47.980		0		
		DIETISTA					0	47.980		0		
		ASSISTENTE SANITARIO					0	47.980		0		
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA					0	47.980		0		
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO					0	47.980		0		
		TECNICO AUDIOMETRISTA					0	47.980		0		
		TECNICO AUDIOPROTESISTA					0	47.980		0		
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA					0	47.980		0		
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA					0	47.980		0		
		TEC. ORTOPEDICO					0	47.980		0		
		FISIOTERAPISTA					0	47.980		0		
		LOGOPEDISTA					0	47.980		0		
		ORTOTTISTA					0	47.980		0		
		EDUCATORE PROFESSIONALE					0	47.980		0		
		OTTICO					0	47.980		0		
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE					0	47.980		0		
		PODOLOGO					0	47.980		0		
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.					0	47.980		0		
		ODONTOTECNICO					0	47.980		0		
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'					0	47.980		0		
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					0	47.980		0		
		IGIENISTA DENTALE					0	47.980		0		
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE					0	47.980		0		
		RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE					0	47.980		0	
		RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO					0	47.313		0	
			SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.					0	47.313		0	
	SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA						0	47.313		0		
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	1		1		1	47.313	3	11.828		
		COLLAB. AMM.VO PROFESS.	1		1		1	47.313	3	11.828		
			2	0	2	0	2			23656,5		

DO_2024

	CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note	
		TP	PT	TP	PT	totale					
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	969	56	974	56	1030	35.301	11.954	35.165.568	
		INFERMIERE - Ex DS					0	37.974	0	0	
		INFERMIERE PEDIATRICO	63	17	63	17	80	35.301	936	2.753.469	
		INFERMIERE PEDIATRICO - Ex DS					0	37.974	0	0	
		OSTETRICA	22	2	22	2	24	34.787	282	817.490	
		OSTETRICA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		DIETISTA	5	1	5	1	6	34.787	72	208.721	
		DIETISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		ASSISTENTE SANITARIO	1		1		1	34.787	12	34.787	
		ASSISTENTE SANITARIO - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	71	1	76	1	77	34.787	894	2.591.619	
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	81	1	81	1	82	34.787	948	2.748.159	
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TECNICO AUDIOMETRISTA	2		2		2	34.787	24	69.574	
		TECNICO AUDIOMETRISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TECNICO AUDIOPROTESISTA					0	34.787	0	0	
		TECNICO AUDIOPROTESISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA	8		8		8	34.787	96	278.295	
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	6		6		6	34.787	72	208.721	
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TEC. ORTOPEDICO					0	34.787	0	0	
		TEC. ORTOPEDICO - Ex DS					0	37.460	0	0	
		FISIOTERAPISTA	46	8	46	8	54	34.787	636	1.843.702	
		FISIOTERAPISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		LOGOPEDISTA	8		8		8	34.787	96	278.295	
		LOGOPEDISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		ORTOTTISTA	2		2		2	34.787	24	69.574	
		ORTOTTISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
		EDUCATORE PROFESSIONALE					0	34.787	0	0	
		EDUCATORE PROFESSIONALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
		OTTICO					0	34.787	0	0	
		OTTICO - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE					0	34.787	0	0	
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
		PODOLOGO					0	34.787	0	0	
		PODOLOGO - Ex DS					0	37.460	0	0	
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	3		3		3	34.787	36	104.360	
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV. - Ex DS					0	37.460	0	0	
ODONTOTECNICO					0	34.787	0	0			
ODONTOTECNICO - Ex DS					0	37.460	0	0			
TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'					0	34.787	0	0			
TEC. NEUROPSICOMOTRICITA' - Ex DS					0	37.460	0	0			
TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA					0	34.787	0	0			
TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - Ex DS					0	37.460	0	0			
IGIENISTA DENTALE					0	34.787	0	0			
IGIENISTA DENTALE - Ex DS					0	37.460	0	0			
MASSAGGIATORE NON VEDENTE	1		1		1	34.787	12	34.787			
MASSAGGIATORE NON VEDENTE - Ex DS					0	37.460	0	0			

DO_2024

	CATEGORIA/PROFILO		PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note
			TP	PT	TP	PT	totale				
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	2		2		2	34.787	24	69.574	
		ASSISTENTE SOCIALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	1		1		1	34.120	12	34.120	
		ASSISTENTE RELIGIOSO - Ex DS					0	37.460	0	0	
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.					0	34.120	0	0	
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST. - Ex DS					0	37.460	0	0	
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA	2		2		2	34.120	24	68.240	
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA - Ex DS					0	37.460	0	0	
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	27		27		27	34.120	324	921.243	
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE - Ex DS					0	37.460	0	0	
		COLLAB. AMM.VO PROFESS.	48	3	48	3	51	34.120	612	1.740.126	
		COLLAB. AMM.VO PROFESS. - Ex DS					0	37.460	0	0	
			1368	89	1378	89	1467			50040423,22	
ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO SENIOR					0	32.481	0	0	
		PUERICULTRICE SENIOR					0	32.481	0	0	
		MASSIOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE SENIOR	1	3	1	3	4	32.008	48	128.032	
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO Senior					0	32.008	0	0	
		ASSISTENTE DELL'INFORMAZIONE					0	31.395	0	0	
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE INFORMATICO	1		1		1	31.395	12	31.395	
		OPERAT. TECN. SPECIALIZZATO SENIOR	3		3		3	31.395	36	94.184	
RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE TECNICO	12		12		12	31.395	138	361.038		
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	83	4	83	4	87	31.395	1.032	2.699.933		
			100	7	100	7	107			3314580,655	
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO					0	30.462	0	0	
		MASSIOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE					0	30.462	0	0	
		PUERICULTRICE					0	30.462	0	0	
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	350	18	350	18	368	30.018	4.352	10.886.703	
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	35		35		35	29.443	420	1.030.514	
RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	18	1	18	1	19	29.443	228	559.422		
			403	19	403	19	422			12476639,52	
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO / OTA	55	8	55	8	63	27.882	732	1.700.786	
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	24	9	24	9	33	27.882	360	836.452	
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN.	53	18	53	18	71	27.882	828	1.923.840	
		COMMESSO	2	3	2	3	5	27.882	48	111.527	
			134	38	134	38	172			4572604,831	

DO_2024

CATEGORIA/PROFILO	PERSONALE IN SERVIZIO 1.1.2024		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)			Costo base individuale lordo	N° mesi di effettiva copertura nell'anno	Costo D.O. (nell'anno)	Note
	TP	PT	TP	PT	totale				
	2528,00	160,00	2548,00	160,00	2708,00			109698131,14	
	2688		2708						

Personale Ordinario

A	COSTO BASE DOTAZIONE ORGANICA	109.698.131
	di cui (A) Indennità di Esclusività	7.270.106
	di cui (A) personale stabilizzato ai sensi della L. 234/2021	1.558.296
B	ALTRI COSTI DOTAZIONE ORGANICA, con oneri (fondi + IVC + RIA + Ind. Dipartimento + Inail, ecc.)	36.157.729
C	TOTALE COSTO DOTAZIONE ORGANICA	145.855.861
D	ALTRI COSTI DEL FABBISOGNO 2024 (*)	1.705.423
E	TOTALE COSTO FABBISOGNO 2024	147.561.284
F	di cui COSTI EXTRA TETTO DI SPESA (**)	55.763
	di cui (F) Indennità di Esclusività	1.545.613
	di cui (F) Incremento salariale CCNL Comparto Sanità 2019-2021	4.926.422
	di cui (F) personale da progetti di reinternalizzazione	697.216
	di cui (F) personale finanziato (progetti di ricerca, borse di studio, ecc.)	930.843
	di cui (F) costi incrementali di personale di nuova assunzione ex. DM 77/2022 (personale COT, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Infermiere di Famiglia o di Comunità) finanziato attraverso appositi provvedimenti (es. PNRR, DL. 34/2020, ecc.)	
	TETTO DI SPESA 2024	139.408.321
	SALDO: Costo Fabbisogno netto – Tetto di Spesa	-2.895

32,98% (percentuale sul costo-base)

In corso di valutazione l'applicazione D.L. n.34/2020 (terapie sub/intensive "Arcuri")

(*) riportare il totale degli importi della scheda "Piano Fabbisogno 2024" relativamente a costi base per: tipologia rapporto di lavoro "Non Dipendente" + Supplenze + "Acquisto di prestazioni"

(**) riportare gli eventuali costi (base) di personale che non rientrano nel Tetto di Spesa regionale, appositamente annotati nella scheda "Piano Fabbisogno 2024".

Non rientrano nel tetto di spesa:

- costo del personale dei servizi oggetto di reinternalizzazione (D.L. 35/2019, art.11, c. 3) in accordo a quanto stabilito con DGR 5.3.2021 n. 8-2933 (da indicare in apposita cella);
- l'eventuale personale ESACRI/ ex Croce rossa;
- l'eventuale personale per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali aggiuntive finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa appositamente finanziato;
- il costo del personale contrattualizzato per l'emergenza COVID-19, da imputarsi come "di cui" nell'apposito prospetto;
- le risorse dei fondi del trattamento accessorio del personale, determinate ai sensi del D.L. 35/2019, in relazione al personale contrattualizzato per l'emergenza COVID-19;
- i costi corrispondenti all'incremento, oneri inclusi, dell'indennità di esclusività a favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari, ai sensi dell'art.1, comma 407, L. 30 dicembre 2020, n. 178 (da indicarsi in apposita cella);
- dei costi corrispondenti all'adeguamento contrattuale di cui al CCNL 2019-2021 del 02 no-vembre 2022 - Comparto Sanità (da indicarsi in apposita cella);
- eventuale ulteriore spesa di personale finanziata da esterni.

Il tetto di spesa include:

- i costi dei rinnovi CCNL post 2004, ad eccezione del CCNL Comparto Sanità 2019-2021;
 - il personale delle ASR operante nelle strutture SAAPA e COQ;
 - l'eventuale ulteriore spesa di personale aziendale finanziata a carico del bilancio aziendale per nuove progettualità.
- La definizione del detto tetto di spesa del Personale deve intendersi determinato in conformità alle disposizioni recate dall'art.11, comma 2 del DL 35/2019 convertito in L60/2019 e s.m.i.

Si attesta che i costi derivanti dal presente Piano del Fabbisogno del Personale rientrano nei limiti di cui ai tetti di spesa per il personale per il triennio 2022 – 2024 approvati per ciascuna ASR con specifica D.G.R.

Il Direttore dell'ASR : dr. Valter ALPE

AltriCostiDotazione 2022_24

ALTRI COSTI DELLA DOTAZIONE ORGANICA		
Comparto		
Fondi comparto: condizioni di lavoro e incarichi	(anno 2021)	6.429.040,80
Fondi comparto: premialità e fasce	(anno 2021)	7.152.723,63
Totale fondi Comparto		13.581.764,43
<i>di cui incremento fondi CCNL Comparto Sanità 2019-2021</i>		<i>0,00</i>
Totale fondi Comparto - al netto di incremento fondi CCNL Comparto Sanità 2019-2021		13.581.764,43
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_DGR 5 marzo 2021, n. 9-2934 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	449.542,70
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti dalle modalità operative definite con DD 1391/A1406B/2022 del 27 luglio 2022 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	586.956,52
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti da stanziamenti nazionali COVID-19 di cui DGR 3 agosto 2022, n. 81 - 5534 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
Dirigenza PTA		
Fondi dirigenza PTA: retribuzione di risultato	(anno 2021)	285.453,92
Fondi dirigenza PTA: retribuzione di posizione	(anno 2021)	340.793,85
Fondi dirigenza PTA: lavoro disagiato	(anno 2021)	0,00
Totale fondi Dirigenza PTA		626.247,77
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_DGR 5 marzo 2021, n. 9-2934 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	143.975,07
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti dalle modalità operative definite con DD 1391/A1406B/2022 del 27 luglio 2022 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti da stanziamenti nazionali COVID-19 di cui DGR 3 agosto 2022, n. 81 - 5534 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
Dirigenza Area Sanità		
Fondi dirigenza medica e sanitaria: retribuzione di risultato	(anno 2021)	2.198.998,93
Fondi dirigenza medica e sanitaria: retribuzione degli incarichi	(anno 2021)	8.704.705,44
Fondi dirigenza medica e sanitaria: retribuzione delle condizioni di lavoro	(anno 2021)	2.190.144,51
Totale fondi Dirigenza Sanitaria		13.093.848,88
<i>di cui fondi ex L. 205/17 art. 1 Commi 435 e 435bis</i>	(anno 2021)	<i>349.550,90</i>
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_DGR 5 marzo 2021, n. 9-2934 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	552.416,70
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti dalle modalità operative definite con DD 1391/A1406B/2022 del 27 luglio 2022 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
di cui Incremento Fondi ex art. 11 DL 35/2019_ importi derivanti da stanziamenti nazionali COVID-19 di cui DGR 3 agosto 2022, n. 81 - 5534 (extra Tetto di Spesa)	(anno 2021)	
Maggiorazione retribuzione di posizione per incarichi di Direzione di Dipartimento (e similari) a carico dei bilanci aziendali	(anno 2021)	144.000,00
RIA annua	(anno 2021)	316.079,00
Indennità Mancato Preavviso	(anno 2021)	0,00
Vacanza contrattuale	(anno 2021)	466.956,75
Assegni Nucleo Familiare	(anno 2021)	383.650,00
TOTALE (al netto applicazione DL 35/2019) (*)		26.530.104,94
	ONERI su TOTALE (**)	6.632.526,24
Premio Inail	(anno 2021)	740.039,29
	IRAP su TOTALE	2.255.058,92
	TOTALE COMPLESSIVO (*)	36.157.729,38
	totale (con oneri) incremento fondi contrattuali non computato (DL Calabria)	2.313.409,47
	totale (con oneri) COVID incremento fondi contrattuali non computato (DL Calabria)	783.586,96
(*) il TOTALE è al netto dell'incremento dei fondi ai sensi dell'art. 11 del DL 35/2019 (risorse extra Tetto di Spesa)		
(**) percentuale oneri = 25% (importo medio, stimando il 35% del peso delle competenze fisse)		

3.3.1 – Il programma della formazione del personale

Premessa

La novità per l'anno 2024 riguarda il conferimento alla Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria della qualificazione giuridica di **Azienda Ospedaliero - Universitaria** dal 1° gennaio 2024.

Contesto di riferimento

La Formazione è l'insieme delle attività tese a preparare/ sviluppare e potenziare le conoscenze e le competenze dei professionisti (sapere, saper fare, saper essere).

Il Piano di formazione del personale (PAF) fa parte dei documenti di programmazione presenti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), elaborato in coerenza con il Piano Strategico Aziendale (Deliberazione n. 758 del 12.12.2018).

Più in generale la programmazione formativa aziendale si sviluppa in sintonia con il lavoro intrapreso negli anni, in conformità con gli obiettivi nazionali e regionali normati per l'acquisizione dei livelli di competenza previsti dal Sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM). Nello specifico la nostra Azienda è inserita nell'Albo regionale dei Provider accreditati per la formazione.

Ruolo della Azienda nel contesto regionale

La Regione Piemonte, con deliberazione n. 40-4801 del 18 marzo 2022, ha attribuito al Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione – DAIRI istituito tra l'Azienda Ospedaliera di Alessandria e l'ASL AI, la funzione di supporto regionale per le attività di organizzazione per la ricerca sanitaria e biomedica nelle ASR

In considerazione degli obiettivi operativi attribuiti al DAIRI con l'approvazione della citata DGR, la nostra Azienda fu individuata quale Centro di Costo del Dipartimento interaziendale "Attività integrate ricerca e innovazione" tra l'AOU di Alessandria e l'ASL AI per lo svolgimento di attività di coordinamento di iniziative strategiche in materia di formazione e qualificazione delle risorse umane del SSR.

Per quanto sopra esposto e sulla base di accordi istituzionali intercorsi tra la Regione Piemonte e il citato Dipartimento, la nostra Azienda è subentrata dal 1° ottobre 2022 al CSI nel contratto di gestione della Piattaforma Regionale E.C.M., diventando così un riferimento importante per le aziende sanitarie piemontesi.

Inoltre, Regione Piemonte ha affidato all'Azienda con DD 831/A1400A/2023 del 14/4/2023 l'organizzazione, la gestione e la pianificazione del Corso di formazione Manageriale per l'esercizio delle funzioni di direzione di Strutture Complesse.

Nell'ambito delle azioni finanziate dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e resilienza), l'Azienda è stata individuata come ente capofila per il piano straordinario di formazione regionale in tema infezioni correlate all'assistenza con un target di oltre 21.000 partecipanti, entro giugno 2026 (D.G.R. n. 1 – 6675 del 1.03.2023) e tra le ASR deputate alla organizzazione ed erogazione del corso di formazione manageriale (deliberazione AO del 29/12/2023 n. 597).

Nel 2024 la nostra Azienda proseguirà nello svolgimento delle funzioni di provider regionale per l'accreditamento ECM dell'attività formativa dell'Area Emergenza – Urgenza rivolta al personale sanitario della regione Piemonte, sulla base della convenzione stipulata da Azienda Zero e Azienda Ospedaliera di Alessandria (deliberazione AO dell'11.05.2023 n. 242).

Aspetti strategici della formazione

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Alessandria considera la formazione e l'aggiornamento elemento strategico in quanto rappresentano:

- per l'Organizzazione uno strumento di sviluppo e valorizzazione del personale volto a promuoverne le competenze tecniche, organizzative e relazionali necessarie a garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie e lo sviluppo delle innovazioni
- per i Professionisti la risorsa per perseguire il proprio sviluppo professionale e personale in coerenza con il proprio ruolo e gli obblighi aziendali
- per la Comunità una grande occasione di sviluppo culturale che, attraverso la sinergia con l'Università e l'integrazione con l'Azienda Sanitaria Locale accompagnerà l'Azienda nel percorso di riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

La Formazione nel nostro contesto aziendale è chiamata a sostenere lo sviluppo di diverse competenze:

1. **competenze tecnico-specialistiche** - finalizzate all'acquisizione di conoscenze e competenze specifiche di ciascuna professione e disciplina.
2. **competenze di processo** (comunicativo relazionali) – rientrano quelle relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni (Istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro
3. **competenze di sistema** (organizzativo gestionali) – utili per le attività e le procedure idonee al miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie.

Priorità Formative per la riqualificazione e potenziamento delle competenze tecniche e trasversali per livello organizzativo e per filiera professionale

Per definire le strategie e gli obiettivi *prioritari* della formazione, la Direzione raccoglie le indicazioni e i suggerimenti delle strutture aziendali, coinvolgendo i direttori/responsabili e il personale con funzioni di coordinamento.

Attraverso una **scheda** viene chiesto alle figure apicali e ai coordinatori delle professioni sanitarie di indicare, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali, i **bisogni formativi percepiti**, le aree e i contenuti ritenuti prioritari per migliorare le conoscenze / competenze del personale.

La rilevazione nel 2024 ha evidenziato la necessità di **migliorare le competenze in aree specialistiche, di tipo tecnico/professionale**, ma è stato rilevato anche il bisogno di percorsi formativi attinenti alla **promozione di competenze “trasversali” nell'area gestionale/organizzativa e della relazione/comunicazione**.

La programmazione formativa aziendale viene orientata nel *triennio 2024-2026* a:

- sostenere la **qualità** degli interventi formativi erogati attraverso il coinvolgimento interprofessionale e intersettoriale del personale al fine di consolidare il legame con il sistema organizzativo, la sinergia con l'Università, l'integrazione con l'Azienda Sanitaria Locale nel percorso di riconoscimento di

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, anche in linea con le indicazioni della DD 1865/A1413C/2021 del 24/11/2021 avente oggetto “Collaborazione tra la Biblioteca Virtuale per la Salute del Piemonte (BVS-P) ed il Centro di Documentazione (Biblioteca Biomedica) del Dipartimento interaziendale funzionale delle Attività Integrate Ricerca e Innovazione (D.A.I.R.I.) dell’Azienda Ospedaliera di Alessandria per il supporto alle Aziende Sanitarie Regionali relativamente alla promozione della produzione scientifica e alla valorizzazione della ricerca sanitaria”

- assicurare lo **sviluppo** della ricerca e del miglioramento della qualità professionale nel rispetto di quanto indicato dalla Regione Piemonte nella D.G.R. n. 25-6787 del 27 aprile 2023 in cui è stata attestata la coerenza e la compatibilità con la programmazione sanitaria regionale prevista per il riconoscimento ad IRCCS
- promuovere la **crescita professionale** anche attraverso l’accesso a percorsi di alta formazione ai dipendenti a elevato potenziale
- assicurare sia la **formazione specialistica** rivolta ai vari gruppi professionali sia la **formazione trasversale** rivolta a tutte le categorie e figure professionali

I **criteri** adottati per ottenere gli obiettivi:

- promuovere **progetti di formazione** - intervento per la riorganizzazione di specifici processi aziendali e sistemi di comunicazione integrata
- stimolare un **clima organizzativo** orientato al dibattito, allo sviluppo di interazioni tra professionisti attraverso momenti formativi aziendali quali spazi di confronto e approfondimento
- potenziare il **coordinamento efficace** dei soggetti interessati all’intero processo formativo, dall’analisi dei bisogni alla verifica dei risultati, pianificando e progettando la formazione su un’attenta analisi dei bisogni reali
- investire sulla **crescita** delle risorse umane e professionali interne coinvolgendo il personale nel processo formativo non solo come discenti ma anche come referenti dipartimentali e di area, docenti, tutor, facilitatori;
- sostenere un **equilibrio** tra contenuti di carattere tecnico-professionale, organizzativo e relazionale nel programma formativo dei dipendenti
- tendere all’**equità** di accesso nelle attività di formazione prevedendo, quando necessario, un coinvolgimento a rotazione, secondo un’equilibrata percentuale di tutto il personale interessato allo sviluppo delle specifiche competenze.
- assicurare la **valutazione** dell’efficacia degli interventi formativi connessi alla ricaduta sui servizi.

Il Documento che definisce le attività di formazione e aggiornamento da attuare nell’arco dell’anno, sia in termini di contenuti che di risorse economiche, è il **Piano Aziendale della Formazione (PAF)**.

Il documento descrive due livelli di programmazione strategica:

-una programmazione macro-organizzativa / aziendale dove emergono gli obiettivi e i programmi generali dell’Azienda

-una programmazione specifica che rappresenta le attività proposte dai Direttori / Responsabili delle strutture aziendali.

Il Piano formativo Aziendale (PAF) è orientato a sviluppare le competenze degli operatori per garantire efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza.

Per il ruolo regionale attribuito al DAIRI in tema di ricerca e formazione è prevista la prosecuzione del percorso formativo, destinato a tutti i profili professionali a partire dalle figure dei coordinatori di ricerca, denominato “Ricerca & Formazione”: si tratta di un programma corposo, articolato in quattro macroaree (area bibliografica, area metodologica, area statistica e area comunicazione), con una serie di corsi che, per la maggior parte, sono stati condivisi con i colleghi che fanno parte della rete regionale della ricerca e quindi aperti al personale delle aziende sanitarie piemontesi.

Il Piano Aziendale della Formazione (PAF) è articolato per livello organizzativo con l’elencazione di tutte le iniziative formative per le quali sono stati riportati:

- target di destinazione (struttura, dipartimento, gruppo professionale, etc.)
- responsabile scientifico /direttore dei corsi/referente organizzativo
- obiettivi formativi nazionali di riferimento, contenuti principali e risultati attesi
- aree tematiche regionali di riferimento
- partecipanti (numero e profilo o altre caratteristiche)
- metodologie didattiche (aula, fad, fsc, etc.)
- docenze
- durata del corso
- area dossier – tipologia obiettivi formativi (obiettivi formativi tecnico professionali, di processo, di sistema).
- impegno economico previsto

Risorse disponibili

Risorse economiche: La Direzione Aziendale definisce annualmente la quota di risorse da destinare a iniziative di formazione e aggiornamento costituendo un apposito Budget.

Risorse umane: Oltre la presenza attiva di docenti e formatori interni, al fine di sviluppare proficui rapporti di collaborazione, è prevista la possibilità di coinvolgere docenti esterni ritenendo importante il contributo proveniente da professionisti dell’Università, del Territorio, di Ordini professionali e di altre Strutture sanitarie.

Risorse strutturali e tecnologiche: per lo svolgimento dell’attività formativa interna si dispone di: salone di rappresentanza, area didattica con due aule ordinarie e un’aula informatica con Personal Computers, videoproiettori, lavagne a fogli mobili, strumentazioni (es. manichini). Come Provider regionale ECM ci si avvale di uno specifico sistema informativo (Piattaforma regionale ECM)

Accesso ai percorsi di formazione

Per le procedure di accesso alla formazione - in sede, individuale fuori sede e con spese a carico di terzi (sponsorizzata) - si rimanda ai regolamenti aziendali vigenti allegati (Allegati: n. 1 Regolamento “Autorizzazione dei dipendenti a iniziative di formazione e aggiornamento professionale” adottato con deliberazione DG n. 331 del 31.05.2021; n. 2 Regolamento Sponsorizzazioni adottato con deliberazione N. 605 DEL 29/12/2022)

In sintesi, la formazione e l’aggiornamento professionale del personale dipendente si realizza attraverso:

- aggiornamento obbligatorio in sede (in orario di lavoro);
- aggiornamento obbligatorio fuori sede (in orario di lavoro);

- aggiornamento facoltativo;
- aggiornamento professionale attraverso l'utilizzo della riserva oraria prevista dal CCNL della dirigenza dell'area Sanità.

Di seguito si riporta il totale delle ore di formazione obbligatoria effettuate nel corso del 2023 tramite l'utilizzo della riserva ore per la Dirigenza Sanitaria e le ore di aggiornamento obbligatorio in sede e fuori sede:

Area	Ore Effettuate
COMPARTO	21.858
DIRIGENZA MEDICA	11.720
DIRIGENZA NON MEDICA	1.915
Totale complessivo	35.494

Per il personale del comparto, come previsto dal CCNL, **nel corso del 2023 sono state accolte n. 58 istanze per l'utilizzo dei permessi retribuiti per il diritto allo studio nella misura massima di 150 ore per ciascun anno solare. Il totale delle ore fruite per l'anno ammonta a 2.275 ore.**

Obiettivi e Risultati attesi della formazione

Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) vengono valutati a vari livelli:

A) **a livello dell'organizzazione la valutazione dell'efficacia formativa** può essere effettuata utilizzando vari strumenti del Sistema Qualità quali non conformità, azioni correttive, audit di carattere organizzativo e/o clinico, indicatori. Al Responsabile Scientifico/Direttore del corso è richiesto, già in fase di progettazione, di prevedere, laddove possibile, indicatori di attività, utili a valutare le ricadute pratiche e documentare il miglioramento dei processi assistenziali. Per le azioni formative finalizzate a generare impatti significativi o a fornire orientamenti pratici per il futuro, è attivata una valutazione della ricaduta organizzativa: ne sono esempio iniziative formative maggiormente legate alla realizzazione di obiettivi strategici, progetti di innovazione, nuove politiche. Il Comitato Scientifico della Formazione a tal fine individua di norma, all'interno del Piano annuale, un progetto di tipo multidisciplinare, un progetto di formazione sul campo e un progetto di formazione d'aula per i quali effettuare il monitoraggio. Sono conservate agli atti della segreteria del Comitato le relazioni conclusive sulle attività svolte, redatte dai Responsabili Scientifici/ Direttori dei corsi interessati. Gli esiti delle valutazioni costituiscono il prerequisito utile anche ai fini dell'analisi dei bisogni e quindi della programmazione di iniziative formative da parte delle strutture interessate.

B) **per la valutazione del livello delle performances individuali** viene utilizzato come strumento di misurazione la mappa delle competenze secondo il modello della Qualità aziendale. Tale mappa descrive, per ciascun dipendente e per settore di attività, le competenze professionali e organizzative/relazionali già acquisite, secondo una scala crescente (da 1 a 4), le aree da potenziare e, conseguentemente, gli obiettivi formativi. Collegata a questa valutazione è la scheda di rilevazione del bisogno formativo compilata annualmente da ciascuna struttura organizzativa in occasione della formulazione del Piano di Formazione aziendale; nella fattispecie è prevista una sezione dedicata alla descrizione dello scostamento tra le

competenze richieste e quelle possedute nell'ambito del bisogno formativo rilevato ed eventualmente derivante dai giudizi contenuti nelle schede di valutazione individuale.

3.3.2 – Le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” (CUG) nelle aree dirigenziali medica e dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo e nell’area personale del comparto del S.S.N è stato da ultimo costituito presso Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria, con Deliberazione del Direttore Generale n. 78 del 10/02/2021. Il CUG è un organismo posto al servizio di tutto il personale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria che persegue gli obiettivi principali che si possono così sinteticamente riassumere:

- Conseguire la parità, pari opportunità e ampliare le garanzie nella formazione, nell’avanzamento professionale di carriera e nel trattamento economico e retributivo, da ogni pregiudizio che possa derivare oltre che dalle discriminazioni legate al genere anche da ogni forma di discriminazione diretta o indiretta legata a fattori di rischio quali età, orientamento sessuale, razza, origine etnica disabilità e lingua;
- Favorire l’ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico ed il benessere organizzativo contrastando ogni forma di discriminazione e di violenza morale o psicologica;
- Promuovere l’introduzione di strumenti di conciliazione tra lavoro professionale e familiare e la realizzazione di nuove politiche dei tempi di vita e di lavoro.

Tra le funzioni propositive, consultive e di verifica attribuite al CUG, è prevista ai sensi della Direttiva 4 marzo 2011 della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG) la “**predisposizione di piani di azioni positive**”, intendendosi per “azione positiva” un’azione che, con fatti concreti, mira a favorire l’uguaglianza sostanziale tra uomini e donne e prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze sessuali, morali o psicologiche nel contesto lavorativo.

Il Piano d’azioni positive allegato al presente documento è composto da due parti:

- la prima è dedicata all’analisi del contesto organizzativo, ovvero dei dati sulla composizione e distribuzione del personale per genere e sulla fruizione di istituti per la conciliazione vita lavoro, congedi/permessi per disabilità, congedi parentali, ecc.
- La seconda individua le iniziative ovvero gli obiettivi e le azioni positive che si intende intraprendere in Azienda nel corso del triennio di riferimento anche con il coinvolgimento di soggetti esterni.

L’obiettivo generale è migliorare la qualità ed il benessere dei lavoratori, nel rispetto delle politiche aziendali. Il trattamento delle pari opportunità assume quindi una valenza trasversale e si integra in tutte le fasi del ciclo di gestione delle performance.

Nell’anno 2023 è stato raggiunto l’obiettivo indicato nell’iniziativa n.3 del Piano di Azioni Positive del triennio 2023-2025 relativo alla nomina del Consigliere di fiducia, in attuazione dell’art. 6 del Codice Etico approvato con delibera n. 961 del 2008. Con deliberazione n. 553 del 5 dicembre 2023 l’avv. Federica Riccò è stata nominata Consigliera di Fiducia di questa Azienda.

Nella tabella sottostante si riportano per ciascuna iniziativa: descrizione dell’obiettivo, azioni, attori coinvolti, indicatore, beneficiari.

Obiettivo	Azioni	Attori coinvolti	Indicatore	Beneficiari
Diffusione	Partecipazione e divulgazione	• CUG	Report delle	Dipendenti

informazioni e iniziative su tematiche delle pari sensibilizzazione ruolo opportunità, sulla prevenzione e CUG e tematiche di contrasto di ogni forma di competenza discriminazione.	<ul style="list-style-type: none"> • Ufficio stampa • Partner esterni 	informazioni diffuse	dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria	
Diffusione informazioni bandi e iniziative di altri enti di sostegno della genitorialità, pari opportunità, donne vittime di violenza, corsi di formazione.	Pubblicazione sulla pagina dedicata di bandi e avvisi, a titolo esemplificativo bandi INPS per agevolazioni destinate al personale dipendente delle pubbliche amministrazioni, bandi e avvisi Regione Piemonte e bandi altri enti nazionali	<ul style="list-style-type: none"> • CUG • Ufficio stampa • Partner esterni 	Report iniziative pubblicizzate	Dipendenti dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria
Diffusione di informazioni relative alla gestione dei conflitti in ambito aziendale e al ruolo del Consigliere di Fiducia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incontro della Consigliera di Fiducia con i lavoratori e i loro rappresentanti 2. Evento formativo sulle tematiche afferenti all’obiettivo dichiarato 	<ul style="list-style-type: none"> CUG Consigliera di Fiducia Rappresentanti sindacali Ufficio formazione Docenti/relatori individuati 	Realizzazione delle azioni sopraindicate	Dipendenti dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria
Benessere aziendale	Individuazione di posti auto riservati al personale reperibile. Verranno presentate al Mobility Manager soluzioni alternative con il coinvolgimento dell’amministrazione comunale.	<ul style="list-style-type: none"> • CUG • Direzione generale • Mobility Manager 	Realizzazione di una delle soluzioni proposte	Dipendenti dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria

3.3.3 – Le azioni di prevenzione e tutela della salute dei lavoratori

L’Azienda persegue gli impegni di tutela assunti mediante il proprio Sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro all’interno del quale è esplicitata la relativa Politica che è disponibile sul sito internet aziendale. Alla luce di detti impegni è costante lo sforzo teso ad identificare e gestire i rischi connessi alle attività lavorative aggiornando periodicamente il Documento di valutazione dei rischi e le procedure ad esso correlate, ivi compresi i piani di risposta alle emergenze non sanitarie.

L’attività di valutazione e gestione dei rischi è stata accompagnata da un’attività formativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro che coinvolge a vario livello tutti i lavoratori dell’Azienda. **Nel corso dell’anno 2023 sono stati erogati n.105 corsi per un totale di 540 ore d’aula e che ha visto coinvolti 2.069 partecipanti e 4.268 ore di formazione complessiva.**

In aggiunta l’Azienda, attraverso il proprio Medico Competente, mette a disposizione uno specifico programma volontario di promozione della salute (rif. art.25 comma 1 lettera a) del D.Lgs.81/08) consistente in:

- **CONSULENZA DIETOLOGICA**, finalizzata a elaborare diete personalizzate, volte a incentivare corretti stili di alimentazione in relazione al fabbisogno nutrizionale del lavoratore;
- **CONSULENZA FISIATRICA**, indirizzate a un programma riabilitativo in relazione ai problemi di salute connessi all’apparato locomotore dei dipendenti;

- **CONSULENZA PSICHIATRICA E/O PSICOLOGICA** per la gestione di disagio personale e/o lavorativo;
- **CONSULENZA CENTRO IPERTENSIONE** in presenza di fattori di rischio per la gestione delle criticità associate;
- **VACCINAZIONI** a disposizione in relazione al contesto epidemiologico propone vaccinazioni (es. antinfluenzali).

Il programma può essere attivato o su richiesta del dipendente interessato o su proposta del Medico Competente stesso in occasione delle visite periodiche a seguito di rilevazione di fattori di rischio particolari (età, sesso, sovrappeso, menopausa, fumo di tabacco ecc.),



Con Deliberazione n.398 del 29/08/2023 l'Azienda ha infine aggiornato la composizione del gruppo di lavoro a cui è stato attribuito il compito di valutare e monitorare i rischi connessi allo stress lavoro correlato e alle aggressioni anche fornendo spunti per una migliore gestione del rischio. Il Gruppo di lavoro ha altresì definito mediante le procedure interne le modalità attuative del un **"Protocollo d'intesa per la prevenzione e il contrasto degli atti di violenza e delle aggressioni contro gli esercenti le professioni sanitarie nelle strutture sanitarie e nei presidi dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria"** sottoscritto il giorno 8 febbraio 2023 con Prefettura, Questura, Comando provinciale Arma dei Carabinieri e Comando provinciale Guardia di Finanza.

Attraverso tali modalità attuative è stato altresì definito il sistema attraverso il quale i lavoratori possono segnalare al gruppo di lavoro gli eventi di aggressione subita durante l'esercizio delle proprie attività consentendo al Gruppo di lavoro di avere le informazioni necessarie per meglio identificare i determinanti di rischio su cui costruire le misure di gestione di rischio.

Con il sistema di segnalazione il lavoratore aggredito può richiedere l'attivazione di specifici supporti messi a disposizione dall'Azienda quali:

- **SUPPORTO PSICOLOGICO** in caso di disagio personale connesso all'evento
- **SOPRALLUOGO DA PARTE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE** nel caso in cui l'evento abbia evidenziato criticità strutturali e/o organizzative che possono rendere necessari interventi di prevenzione
- **SUPPORTO PSICOLOGICO DI REPARTO** qualora l'evento abbia messo coinvolto intere strutture oppure abbia evidenziato una necessità di confronto su modalità comunicative interne
- **PARERE LEGALE** mediante colloquio con la S.S.a. Avvocatura.

Sezione 4. Monitoraggio

L'art. 6, comma 3, del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2021, n. 113, e l'art. 5, comma 2, del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione concernente la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, prevedono modalità differenziate per la realizzazione del monitoraggio, come di seguito indicate:

- sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, monitoraggio secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, monitoraggio secondo le modalità definite dall'ANAC;
- Sezione “Organizzazione e capitale umano”, dall'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, con riferimento alla coerenza con gli obiettivi di performance.

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

4.1 - Sottosezione valore pubblico e performance

Il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative in cui si articola e ai singoli dipendenti, viene effettuato secondo le modalità previste dal decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m., in accordo con il Sistema di misurazione e valutazione delle performance vigente (Sistema).

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

Secondo quanto stabilito dagli artt. 6 e 10, c. 1, lett. b), del D.lgs. n. 150/2009, l'Organismo Indipendente di Valutazione svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero verifica l'andamento della performance dell'Azienda rispetto agli obiettivi programmati, segnalando l'esigenza di interventi correttivi. Valida, inoltre, la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione. La Relazione riporta gli esiti delle attività condotte contestualmente ai risultati più generali ottenuti dall'Azienda nel suo complesso, sottolineando la sinergia tra l'attività sanitaria e quella amministrativa.

La rappresentazione dei risultati in un unico documento costituisce sia uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ottimizzare la programmazione di obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente, sia uno strumento di *accountability* attraverso il quale rendicontare a tutti gli stakeholder i risultati ottenuti nel periodo considerato rispetto agli obiettivi programmati.

L'Azienda utilizza inoltre lo strumento della customer satisfaction per la rilevazione dell'opinione degli utenti interni ed esterni e per il monitoraggio della performance organizzativa, al fine di individuare altresì fattori di cambiamento in un'ottica di miglioramento continuo.

4.2 - Sottosezione Monitoraggio rischi corruttivi e trasparenza

La funzionalità complessiva del sistema viene verificata attraverso un momento di confronto tra tutti i soggetti coinvolti nella programmazione e gestione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, Organi di governo compresi, con il coordinamento del RPCT ed il contributo esterno dell'OIV.

Il RPCT predispose annualmente, la relazione prevista dall'art. 1, co.14, della L.n.190/2012 sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano, anche sulla base delle segnalazioni ed indicazioni fornite dai Dirigenti delle diverse Aree.

Nella tabella sottostante si riportano le modalità di "attuazione delle misure" per tipologia di monitoraggio:

Tipologia	Modalità di attuazione
Monitoraggio di primo livello	attuato in autovalutazione (mediante compilazione di apposita scheda di relazione illustrativa delle attività di prevenzione della corruzione) da parte dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che hanno la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio; a tal proposito, i responsabili sopra citati dovranno farsi carico di fornire al R.P.C.T. evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura
Monitoraggio di secondo livello	verifica delle relazioni pervenute da parte del RPCT, al fine di verificare la veridicità delle informazioni rese e l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel triennio 2024-2026
Riesame	Relazione prevenzione corruzione e trasparenza predisposta dal RPCT, riportante l'esito del monitoraggio
Audit interni	quali momenti di confronto utili ai fini della migliore comprensione dello stato di attuazione delle misure correttive individuate in fase di mappatura dei processi e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento continuo
Relazione annuale	del RPCT (come da formato ANAC), pubblicata in modalità permanente nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" e trasmessa al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1 co. 14 della L.190/2012

MONITORAGGIO 1^ E 2^ LIVELLO

Con specifico riferimento agli indicatori di monitoraggio previsti nell'allegato B), una prima fase del monitoraggio riguarda le misure di prevenzione degli eventi corruttivi individuati nella Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del Piano; a tal fine, l'RPCT provvede a richiedere ai Direttori di struttura interessati, Relazione in materia di prevenzione corruzione e trasparenza, riferite rispettivamente al 1^ ed al 2^ semestre di ciascun anno, relativa allo stato di attuazione delle misure di prevenzione individuate in fase di mappatura dei processi ed efficacia delle stesse, nonché al rispetto dei valori attesi, all'indicazione di eventuali criticità riscontrate o di eventuale segnalazione di episodi di illeciti.

MONITORAGGIO 1^ LIVELLO (autovalutazione direttori/dirigenti di struttura)				
	AZIONI	RESPONSABILI	STRUMENTI OPERATIVI	TEMPI
Gestione del rischio	Verifica dello stato di aggiornamento della mappatura dei	Direttori/Dirigenti Strutture	Autovalutazione tramite apposita relazione su richiesta del RPCT	semestrale

Attuazione delle misure	processi, della valutazione del rischio e delle misure programmate			
	Verifica dello stato di attuazione delle misure	Direttori/Dirigenti Strutture	Autovalutazione tramite apposita relazione su richiesta del RPCT	semestrale

Le informazioni rilevate attraverso tale forma di “autovalutazione” sono vagliate dal RPCT al fine di verificare la veridicità delle stesse e l’osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel Piano.

MONITORAGGIO 2^ LIVELLO (verifica RPCT relazioni pervenute)

	AZIONI	RESPONSABILI	STRUMENTI OPERATIVI	TEMPI
Gestione del rischio	Verifica dello stato di aggiornamento della mappatura dei processi, della valutazione del rischio e delle misure programmate	RPCT	Verifica Relazioni dei Direttori/Dirigenti di struttura	semestrale
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione delle misure	RPCT Direttori/Dirigenti Strutture	Verifica Relazioni dei Direttori/Dirigenti di struttura	semestrale
Efficacia del Piano	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte, suggerimenti pervenuti	RPCT	Predisposizione, Relazione annuale riportante l’esito del monitoraggio	annuale

Si evidenzia che gran parte delle misure di prevenzione hanno una applicazione continua essendo, di fatto, connaturate alla struttura del sistema qualità di cui si è dotata l’Azienda (ISO 9001/2015) con continuo aggiornamento dei processi con obiettivi di miglioramento previsti e monitorati con mappatura del rischio FMECA.

Per il Piano in esame, si ritiene di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti, escluso l’inserimento per il settore “Acquisti” e “Personale” del rispetto del principio di separazione delle funzioni per quanto concerne la firma dei provvedimenti adottivi (deliberazioni/determinazioni).

RIESAME

RIESAME (relazione RPCT su esiti monitoraggio 1^ e 2^ livello)

	AZIONI	RESPONSABILI	STRUMENTI OPERATIVI	TERMINI
Gestione del rischio	Verifica attività svolta in materia di anticorruzione e	Direzione generale	Relazione del RPCT	semestrale

RIESAME (relazione RPCT su esiti monitoraggio 1^ e 2^ livello)				
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione delle misure individuate	Direzione generale	Relazione del RPCT	semestrale
Efficacia del piano	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte, suggerimenti e rendicontazione dati acquisite in occasione del monitoraggio	RPCT	Predisposizione, trasmissione e pubblicazione della Relazione annuale riportante l'esito del monitoraggio	annuale

LA FUNZIONE DI AUDIT (nel rispetto della procedura aziendale P11 “Internal Auditing”)

L'attività di Audit del RPCT è svolta su base campionaria e, comunque, ad evento, in caso di evidenza o segnalazione di un fatto illecito riconducibile alla nozione di corruzione, come considerata nel presente Piano; alcuni criteri di campionamento riguardano:

- le misure di prevenzione dei processi risultati a più elevata esposizione al rischio;
- le misure di quei processi su cui si sono ricevute segnalazioni pervenute tramite canale whistleblowing o tramite altri canali;
- le misure di quei processi le cui strutture non hanno fatto pervenire l'autovalutazione.

Tale attività (annuale) ha lo scopo di monitorare l'attuazione delle misure di contrasto e prevenzione della corruzione, di valutazione dei rischi e di definizione di eventuali ulteriori misure di prevenzione; richiamati gli indicatori elencati nell'allegato B) al presente documento”.

4.2 - Sezione organizzazione e capitale umano

In relazione alla sezione “Organizzazione e capitale umano”, Organismo Indipendente di Valutazione, inoltre, monitora, su base triennale, la coerenza degli obiettivi di performance con le risorse umane e il miglioramento delle competenze del personale.

Gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale coincidono con gli obiettivi delle strutture organizzative di propria responsabilità.

Di seguito, gli attori principali del processo di valutazione dell'Azienda sono identificati nelle seguenti figure:

Direttore di dipartimento Direttore di SC non dipartimentalizzata Responsabile SSA	Direttore Sanitario o amministrativo per competenza	Direttore Generale
Direttore SC / Responsabile SSD Direttore di dipartimento Direttore Sanitario o	Direttore di dipartimento	Direttore Sanitario o amministrativo, per competenza
Responsabile SS / Dirigenza	Direttore SC /Responsabile SSD	Direttore dipartimento
	Responsabile SSA	Direttore Sanitario o amministrativo
Comparto e incarichi di funzione	Diretto responsabile a cui afferisce il valutato	Il superiore/referente del valutatore, attivato a richiesta del dipendente interessato

Nella tabella sottostante si riporta un prospetto riassuntivo degli strumenti di monitoraggio per ciascuna sezione del Piano.

Sezione	Strumenti	Modalità	Tempistiche	Responsabile
Performance	Report	Invio a ciascun Responsabile	Mensilmente da Aprile a Ottobre	Direzione con competenze performance
	Incontri di monitoraggio	Incontri con ciascun responsabile	Primo semestre	Direzione generale
	Relazione annuale sulla performance	Predisposizione e approvazione relazione	Giugno	OIV
Rischi corruttivi e trasparenza	Monitoraggio indicatori individuati nel l'allegato B)	Responsabile del monitoraggio individuato nell'allegato A)	Individuate per ciascuna misura	RPCT/Direttori di struttura
	Griglia di rilevazione ANAC	Compilazione e acquisizione dell'attestazione OIV	Entro la scadenza prevista annualmente dall'ANAC	RPCT/OIV
Organizzazione e capitale umano	Coerenza obiettivi performance con risorse umane e miglioramento competenze personale	Schede di valutazione individuali	Annualmente	Diretto responsabile

Norme Finali

Per quanto non espressamente previsto o non disciplinato dal presente Piano, si fa espresso rinvio alla normativa vigente in materia.

Trattandosi di uno strumento di programmazione, lo stesso potrà essere oggetto di modifiche in relazione alle normative che intervengono sulla materia, all'emersione di nuovi rischi e alle modifiche organizzative.



Allegati



Sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”:

- A. “Mappatura e valutazione del rischio”
- B. “Misure di Prevenzione alla corruzione”.
- C. “Misure di trasparenza”

Sezione “Organizzazione e capitale umano”

- D. POLA – “Elenco Processi e indicatori”
- E. PAF – “Elenco corsi 2024”
- F. PAP – “Piano delle Azioni Positive 2024-2026”