



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

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

N° 181 del 22/03/2023

OGGETTO: PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (P.I.A.O.) 2023-2025

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE
(nominato con d.G.R. n° 10-3292 del 28 maggio 2021)

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

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.L. 9 giugno 2021, n. 80: “*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*”, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113;

CONSIDERATO che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 del richiamato DL 80/2021, “... *le pubbliche amministrazioni, ... entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione...*”;

PRESO ATTO che (**art. 6, c. 2**) “*il PIAO ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:*

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

in particolare, che (**art. 6, c. 7bis**) “*le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6”;*

RICHIAMATO il D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81: “*Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione*”;

il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 30 giugno 2022 , n. 132: “*Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione*”;

VISTA la nota circolare n° 2/2022 (prot. 76464 del 11 ottobre 2022) con la quale il Capo Dipartimento della Funzione Pubblica fornisce “indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all’articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80”;

RICHIAMATA la deliberazione ANAC n° 7 del 17 gennaio 2023 relativa all’approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, ed in particolare gli allegati:
n° 1 - Check-list per la predisposizione del PTPCT e della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
n° 2 - Sottosezione trasparenza PIAO/PTPCT;
n° 3 - Elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione "amministrazione trasparente" sotto sezione 1° livello - bandi di gara e contratti (sostitutivo degli obblighi elencati per la sottosezione "bandi di gara e contratti" dell'allegato 1) alla delibera ANAC 1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera ANAC 1134/2017);

RICHIAMATO il comunicato del Presidente ANAC in data 17 gennaio 2023: “Termine per l’adozione e la pubblicazione dei PTPCT 2023-2025 e dei PIAO 2023-2025”;

RICHIAMATA la propria precedente deliberazione n° 369 del 1 luglio 2022, con la quale – ancorchè in pendenza dell’adozione degli interventi di adeguamento ordinamentale posti in capo alle Regioni dall’art. 6, c. 7bis, del D.L. 80/2021 – l’ASL NO aveva formalizzato l’adozione dei provvedimenti destinati a confluire nel redigendo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);

VISTA la bozza del “Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2023-2025” predisposta dalle strutture aziendali coinvolte, identificate con nota interna prot. 16115 del 8 marzo 2022:
- Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza;
- Gestione del Personale e Valorizzazione delle Risorse Umane;
- Governo Clinico e Sviluppo Strategico;

PRESO ATTO del parere reso dall’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell’ASL NO espresso nelle sedute del 30 gennaio 2023 e del 14 marzo 2023, dando contestualmente atto dell’integrale recepimento delle osservazioni contenute nei verbali relativi alle sedute medesime;

RITENUTO pertanto, di approvare ed adottare il “Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2023-2025” dell’ASL NO, come allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

Con il concorso dei pareri dei Direttori: Amministrativo e Sanitario,

DELIBERA

per le motivazioni di cui in premessa:

- 1.) ***di approvare ed adottare*** il “***Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2023-2025***” dell’ASL NO, come allegato quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- 2.) ***di dare mandato*** alla s.c. Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza, di provvedere alla notifica del presente provvedimento alla Regione Piemonte – Direzione Sanità e Welfare, all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) nonché alla pubblicazione nell’apposita sezione “Amministrazione Trasparente” del sito internet aziendale;
- 3.) ***di dare atto*** che il presente provvedimento non comporta alcun onere di spesa a carico della deliberante Amministrazione.

II DIRETTORE GENERALE

(Dott. Angelo Penna)

(Firmato digitalmente ai sensi dell’art. 21 D.Lgs. 82/2005)

§§§§§§§§§§

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

- Allegato 1 – Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023 - 2025 – 79 pagine



Azienda Sanitaria Locale di Novara

ASL NO

Piano Integrato Attività e Organizzazione

(P.I.A.O.)

2023-2025

Indice

PREMESSA

SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 1: VALORE PUBBLICO PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

1.a) VALORE PUBBLICO

1.b) PERFORMANCE

1.c) RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

SEZIONE 2: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

2.a) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

2.b) ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

2.c) PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

SEZIONE 3: MONITORAGGIO

ALLEGATI

1.) Mappatura processi

2.) Valutazione del rischio corruttivo

3.) Piano Formazione Aziendale

PREMESSA

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

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

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

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

Il medesimo articolo 6 del citato decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, al comma 5, prevede che, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica siano individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano

integrato di attività e organizzazione. In attuazione a tale disposto normativo, l'articolo 1 del DPR 24 giugno 2022, n.81, individua i documenti assorbiti dal PIAO:

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

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

Il PIAO è strutturato con una

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

a cui fanno seguito tre sezioni:

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

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

SEZIONE 1:

**VALORE PUBBLICO,
PERFORMANCE
E ANTICORRUZIONE**

1.a) VALORE PUBBLICO

1.b) PERFORMANCE

1.c) RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

1.a) VALORE PUBBLICO

L'ASL NO promuove la tutela della salute della popolazione, sia individuale che collettiva, come dichiarato nell'Atto aziendale vigente di cui al testo ricognitivo alla data del 1 giugno 2021 (deliberazione del Direttore Generale n. 352 del 18.06.2021). Ciò, in applicazione della "politica della salute", quale definita dal Piano socio-sanitario regionale, e in coerenza con gli altri strumenti della programmazione socio-sanitaria, a livello regionale.

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

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

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

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

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

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

- tutelare la salute della popolazione della ASL NO, sia individuale che collettiva, in applicazione della "politica della salute" quale definita dal Piano Socio Sanitario Regionale e in coerenza con gli altri strumenti della programmazione socio sanitaria a livello regionale, attraverso la realizzazione delle attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste dai "livelli di assistenza" stabiliti dalla normativa nazionale e regionale.
- creare e rafforzare una rete di offerta centrata sul cittadino che favorisca il rafforzamento dell'integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria riconoscendo le identità e specificità delle comunità locali;
- perseguire il risanamento e lo sviluppo sostenibile che non deve essere inteso come attuazione di una politica economica rivolta al mero contenimento del tasso di crescita dei costi, ma bensì vada a promuovere ogni razionalizzazione possibile perseguendo strategie di investimento infrastrutturale e tecnologico che consentano uno sviluppo al passo con le esigenze della popolazione e con il progresso tecnologico e scientifico proprio del settore sanitario;
- consolidare un'organizzazione che sia capace di supportare appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi offerti e responsabilità dei professionisti che vi lavorano condividendo una cultura organizzativa dell'assunzione di responsabilità rispetto ai propri compiti;
- implementare strumenti organizzativi (sistema di responsabilità definiti e chiari e meccanismi operativi per il loro funzionamento) che consentano all'Azienda di essere sempre più orientata al miglioramento

continuativo dell'assistenza garantendo elevati livelli di servizio, nonché la creazione delle condizioni necessarie per favorire il recupero dell'equilibrio economico attraverso l'orientamento dei comportamenti dei singoli Operatori verso il raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi.

L'ASL NO intende proseguire nel percorso di promozione sociale per instillare i valori etici e generare una motivazione interiore affinché si agisca con correttezza non per timore delle sanzioni ma per perseguire valori importanti da tutelare, stimolando un processo decisionale per il ripristino di un "etica pubblica".

Nell'ambito di tale visione, e al fine di definire in un quadro unitario le funzioni di tutela della salute e di erogazione di servizi per il mantenimento/recupero della salute assume un carattere fondamentale e propedeutico l'adozione e la realizzazione del **Piano Locale di Prevenzione (PLP)**, dove sono annualmente declinate le strategie per il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari, definiti sulla base del contesto epidemiologico e delle specificità territoriali. Il PLP costituisce l'attuazione delle linee contenute nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP), declinazione regionale del Piano Nazionale della Prevenzione.

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

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

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

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

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

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

Al fine del raggiungimento dei macro obiettivi sopra indicati, vengono elaborati, sviluppati e realizzati progetti, sia annuali sia pluriennali, in stretta aderenza ai contenuti del PRP, descritti e che riassunti annualmente nel documento di rendicontazione del PLP. Tali documenti sono reperibili sul sito della Regione Piemonte al link:

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/piani-locali-prevenzione>

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

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

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

In questo processo di trasformazione digitale è essenziale che i servizi abbiano un chiaro valore per l'utente; questo obiettivo richiede un approccio multidisciplinare nell'adozione di metodologie e tecniche interoperabili per la progettazione di un servizio. La qualità finale, così come il costo complessivo del servizio, non può infatti prescindere da un'attenta analisi dei molteplici layer, tecnologici e organizzativi interni, che strutturano l'intero processo della prestazione erogata, celandone la complessità sottostante. Ciò implica anche un'adeguata semplificazione dei processi interni alle PA, coordinata dal Responsabile per la transizione al digitale, con il necessario supporto di efficienti procedure digitali.

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

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

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

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

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

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

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

Il governo complessivo dell'Azienda implica l'integrazione tra la dimensione clinica e la dimensione economica, considerando che la finalità istituzionale aziendale si concretizza nel garantire i LEA in termini qualitativi e quantitativi e con l'obiettivo di ricercare costantemente l'equilibrio economico. L'Azienda adotta come prioritari i principi e le logiche del governo clinico basato sull'appropriatezza intesa come la capacità di assicurare, utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, servizi e prestazioni efficaci, e cioè in grado di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa della popolazione. Il governo clinico si fonda sulla collaborazione e condivisione multi-disciplinare e multiprofessionale e sulla responsabilizzazione degli Operatori e degli Utenti.

A tal fine l'Azienda si impegna

- nella definizione di precise linee di responsabilità, individuali e collettive;
- nella trasparenza dei risultati clinici ottenuti, presentati anche in forma comparativa;
- nello svolgimento di audit clinici ed organizzativi;
- nella formazione continua;
- nell'utilizzo della medicina basata sull'EBM e EBN per la ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e l'adozione di programmi per il miglioramento della salute;

- nel coinvolgimento attivo dell'utenza per la segnalazione degli "eventi avversi" finalizzata alla corretta gestione del rischio clinico;
- nella valutazione degli esiti assistenziali;
- nella predisposizione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, recependo e adattando a livello locale linee guida esistenti a livello nazionale e regionale.

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

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

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

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

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

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

1.b) PERFORMANCE

1.b.1) Piano delle Performance: strumenti e metodologia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- indicatori di performance nazionali (Piano Nazionale Esiti, ecc.),
- indicazioni regionali (Obiettivi di mandato del Direttore Generale, Obiettivi gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai fini del riconoscimento della quota integrativa al trattamento economico assegnati annualmente ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie Regionali, Piano Regionale e Locale per la Prevenzione, Programma di gestione del rischio, specifiche direttive regionali, ecc.)

- analisi aziendale della strategia da seguire,
- Piani annuali di Dipartimento predisposti annualmente dal Direttore di Dipartimento sentiti i Direttori/Responsabili di struttura afferenti al proprio Dipartimento, sulla scorta delle indicazioni strategiche e delle eventuali criticità rilevate nell'ambito del Dipartimento.

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

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

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

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

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

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

Impostazione di obiettivi strategici per l'anno 2023

Per l'anno 2023, in continuità con gli obiettivi previsti per il 2022 e tenuto conto degli obiettivi di mandato del Direttore Generale di cui alla DGR n. 10-3292 del 28.05.2021, gli obiettivi strategici sono definiti come dettagliato in tabella seguente. Si precisa che tali obiettivi strategici verranno declinati per l'anno in corso nelle schede di budget delle varie strutture, secondo competenza.

Tabella obiettivi strategici

Obiettivo strategico	Obiettivo di budget	Area di pertinenza	Riferimenti
Assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda	Adottare modalità organizzative e gestionali finalizzate ad incrementare la produzione, garantendo appropriatezza, efficacia ed efficienza	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 10-3292 del 28.05.2021
	Garantire l'efficacia del modello gestionale attraverso una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie ed umane, conseguendo gli obiettivi assegnati alla struttura e garantendo la comunicazione interna e la valutazione dei dirigenti e del comparto	Obiettivi economici e di attività	
Riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, ricoveri ed	Governare i tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ricoveri ed interventi	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 10-3292 del
Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale	Partecipare allo sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale, per quanto di competenza	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 10-3292 del 28.05.2021
Miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva	Alimentare i flussi informativi in maniera corretta, completa e tempestiva	Progetti aziendali infrannuali	Obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 10-3292 del 28.05.2021
	Ottimizzare l'utilizzo delle prestazioni ambulatoriali, della diagnostica e delle prestazioni terapeutiche. Ottimizzare il consumo di farmaci con contenimento della spesa secondo indicazioni regionali.	Obiettivi economici e di attività	
Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line e attuazione del Piano di evoluzione Tecnologica e Digitale (digitalizzazione, piena accessibilità della amministrazione, semplificazione)	Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del piano aziendale triennale di innovazione e sviluppo	Innovazione e sviluppo	Obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 10-3292 del 28.05.2021
Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016	Attuazione e monitoraggio del Piano della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Obiettivi economici e di attività	Obiettivi di mandato di cui alla DGR n. 10-3292 del 28.05.2021
Favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere	Attuare per quanto di competenza il Piano triennale Azioni Positive	Innovazione e sviluppo	
Promuovere la qualità e la sicurezza delle cure, anche attraverso la	Attuare, per le parti di competenza, il programma annuale di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ASL NO	Obiettivi Appropriatezza e Qualità	
	Partecipare per quanto di competenza allo sviluppo del Piano qualità aziendale predisposto dalla s.s.d. GoCSS	Obiettivi Appropriatezza e Qualità	
	Attuare per le parti di competenza il Programma aziendale UGR	Obiettivi Appropriatezza e Qualità	
	Migliorare la performance aziendale misurata attraverso gli indicatori di esito delle cure (PNE)	Obiettivi Appropriatezza e Qualità	
Favorire la qualificazione e l'aggiornamento del personale	Attuare il Piano Formativo Aziendale	Obiettivi Appropriatezza e	
	Garantire il costante aggiornamento formativo, migliorare la compliance degli operatori e l'efficienza del sistema formativo come previsto dal D.lgs 81/08, rispettando la specifica calendarizzazione annuale, predisposta congiuntamente tra la funzione SPP e la s.s.d. GoCSS	Progetti aziendali infrannuali	
Dare attuazione alla DGR 27-3570/2016 (Programma regionale "Prevenzione Serena")	Programmare e controllare l'attività, la copertura inviti e la copertura esami per ciascuno dei tre screening oncologici (per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)	Obiettivi economici e di attività	DGR 27-3570/2016
Partecipare all'attuazione dei piani regionali e locali di prevenzione	Attuare le azioni previste nel Piano Locale di Prevenzione (PLP), nel Piano Aziendale Integrato per la Sicurezza Alimentare (PAISA)	Obiettivi economici e di attività	
Dare attuazione alla L. 17/7/2020 n. 77 in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile	Attuare azioni per l'applicazione dello 'Smart working' e del 'Telelavoro'	Obiettivi economici e di attività	L. 17/7/2020 n. 77

1.b.2) Obiettivi di digitalizzazione

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

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

I dati di utilizzo in crescita (numero di pratiche on line/mese: 273 del 2020, 968 nel 2021, 1506 nel periodo gen-ott 2022) testimoniano la qualità del servizio. Circa il 22% delle pratiche richiede attività di back office, mentre le altre sono concluse in autonomia dall'utente. Le pratiche di back office sono prese in carico quotidianamente.

Inoltre, l'ASL ha provveduto ad attivare, nel mese di Agosto 2022, i Web Analytics Italia (WAI) per la rilevazione dei dati di traffico relativi al sito istituzionale.

Nel corso del 2023, a seguito dell'adeguamento dell'infrastruttura WAI annunciate da AGID, si prevede di effettuare le analisi dei dati per individuare le azioni di miglioramento anche nell'ambito dello sviluppo dei servizi.

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

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

Oltre agli adempimenti periodici (obiettivi di accessibilità entro 31/03 - dichiarazione accessibilità entro 23/09), a seguito dell'attivazione del nuovo sito istituzionale, l'ASL prevede di effettuare nel 2023 test di usabilità con il supporto di CSI Piemonte.

Nell'ottica di mettere a disposizione dati e metadati riusabili per il monitoraggio predittivo e per la governance della salute dei cittadini, nell'ambito delle iniziative di sviluppo previste dall'azienda si svolgono attività sia preventive (supporto alla modellizzazione dei flussi dei dati nelle fasi iniziali di sviluppo dei progetti o durante le evoluzioni degli stessi), sia di monitoraggio attraverso l'identificazione delle errate o mancate assegnazioni di metadati, svolto sia con l'ausilio di specifici cruscotti che con attività manuali di analisi.

Tra gli obiettivi che l'azienda persegue nell'ambito del presente programma c'è anche un sempre maggiore adeguamento del patrimonio dei dati reso disponibile dalle banche dati derivanti anche dai flussi, funzionale all'alimentazione dei cruscotti a uso decisionale o alla creazione di nuovi servizi innovativi per i cittadini o per la PA.

La qualità del dato anagrafico è di fondamentale importanza per i flussi informativi gestiti dall'ASL ed è oggetto di costante attenzione; per questo l'ASL ha attivato un ufficio anagrafe per la gestione centralizzata dell'anagrafe assistiti e punto di riferimento per tutte le strutture aziendali che necessitano di verifiche sui dati anagrafici. L'ufficio ha supportato le bonifiche delle anagrafi locali, propedeutiche all'attivazione delle integrazioni all'anagrafe unica locale aziendale (AULA), gradualmente estesa ai diversi applicativi verticali. L'attività dell'ufficio è stata estesa alla gestione dell'anagrafe strutture (ARPE) per garantirne il costante aggiornamento, necessario per l'alimentazione dei sistemi a supporto dei servizi on line al cittadino.

1.b.4) Obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genereranno

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

Il presente Piano nasce dalla proposta del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'ASL NO che è stato recentemente rinominato (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 109 del 01/03/2022) e si è insediato a settembre 2022. Il CUG ha approvato tale Piano triennali nella seduta del 23 gennaio 2023.

L'Azienda, attraverso il Piano delle Azioni Positive intende estendere l'ambito delle finalità e degli interventi contenuti nel presente documento alla promozione del benessere organizzativo di tutti coloro che operano al proprio interno; il Piano è altresì strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della Pubblica Amministrazione, volto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

I principi ispiratori sono i seguenti:

- Azioni positive quali strumenti necessari per attuare l'uguaglianza sostanziale delle opportunità;
- Benessere organizzativo/lavorativo e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Prevenzione e contrasto di ogni forma di violenza;
- Parità e pari opportunità.

Azioni strategiche trasversali da condurre durante il triennio 2022 – 2024, dettagliate nelle tabelle sottostanti:

Formazione Informazione Eventi

Formazione Informazione Eventi		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Azioni Informative	Presentare il CUG e informare rispetto al quadro normativo, il funzionamento e il contenuto del PAP. Presentare la relazione annuale	2023, 2024
Azioni Formative	Tematiche indicate nel Piano Aziendale di Formazione relative a: - prevenzione e gestione violenza sugli operatori (de-escalation, modalità di segnalazione atti di violenza, autodifesa); - comunicazione e team building ("Il linguaggio dell'accordo avanzato"; "Strumenti e tecniche di comunicazione per il personale di front office"; "Comunicare in DSM: linguaggio, empatia, negoziazione") - promozione benessere lavorativo (yoga della risata, mindfulness)	2023; 2024
Eventi su tematiche relative alle pari opportunità	Strutturare e attivare le iniziative a rilevanza esterna (video – eventi pubblici) in collaborazione con altri organismi	2023; 2024
Struttura e contenuti sito web CUG	Implementazione aggiornamento contenuti sito web aziendale dedicato al CUG come strumento di conoscenza, lavoro e relazioni esterne	2023; 2024

▪ **Valorizzazione benessere dei lavoratori**

Valorizzazione benessere operatori		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Azioni Formative	Corso FAD: "In forma al lavoro a tutte le età per una sanità in salute che promuove salute"	2023, 2024
Promozione attività fisica tra i dipendenti	- Promuovere la mobilità sostenibile nella settimana della mobilità sostenibile (settembre); - Promuovere l'attività fisica e motoria adattata nella giornata mondiale dell'attività fisica (aprile) e gruppi di cammino - Promuovere l'attività fisica e motoria adattata e i gruppi di cammino	2023, 2024
Attuazione del Programma 3 del PLP "Luoghi di lavoro che promuovono salute"	Nell'ambito del Programma 3 del PLP "Luoghi di lavoro che promuovono salute" quali per esempio: - promozione di un'alimentazione salutare; - contrasto ai comportamenti additivi; - promozione dell'attività fisica benessere osteoarticolare e posturale e della mobilità sostenibile; - contrasto al fumo di tabacco; - promozione del benessere personale e sociale	2023, 2024
Piani Spostamenti Casa Lavoro (PSCL)	Promuovere e realizzare di interventi di organizzazione e gestione della domanda di mobilità delle persone in base alle esigenze del personale dipendente	2023; 2024
Convenzioni ricreative	Valutare l'attivazione di convenzioni con teatri, cinema e palestre e la promozione di viaggi e attività culturali a tariffa agevolata	2023; 2024

✓ **Prevenzione delle differenze e violenze di genere**

Prevenzione delle differenze e violenze di genere		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Incident reporting	Aggiornamento del sistema di incident reporting con integrazione delle schede di segnalazione di violenze sugli operatori	2023, 2024
Rilevazione dei rischi e degli eventi riconducibili a forme di violenza	1) analisi delle segnalazioni degli episodi di violenza verso operatore; 2) analisi del numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi nel 2022 correlabili a fenomeni di discriminazione	2023, 2024
Azioni di prevenzione e gestione degli episodi di violenza verso gli operatori	Contributi social/newsletter aziendale in tema di differenze e violenza di genere/violenza verso operatori/pari opportunità	2023 2024
Attivazione degli Istituti contrattuali di solidarietà per dipendenti ferie/riposi solidali e in contrasto alla violenza	Applicazione dell'istituto congedo per donne vittime violenza Applicazione dell'istituto delle ferie/riposi solidali di cui all'art 34 CCNL 19/12/2019	2023; 2024

- *Prevenzione delle discriminazioni*
- *Mobbing*

Prevenzione discriminazioni		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Progetto “Gentilezza”	Promuovere i comportamenti basati sulla “gentilezza” intesa come valore e facilitazione nelle attività lavorative, attraverso corsi ed eventuali altre iniziative	2023; 2024
Mobbing		
Azione	Descrizione e Obiettivi	Tempistiche
Gruppo di lavoro stress lavoro correlato di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 50 del 22.03.2017	Individuazione di azioni sinergiche con il GDL stress lavoro-correlato Aggiornamento della composizione del gruppo, integrandolo con nuove professionalità	2023, 2024
Valutare il benessere organizzativo	Riedizione questionario per la valutazione del benessere	2023; 2024

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

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

1.c) RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

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

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

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

Tre le raccomandazioni:

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

A livello nazionale, la Relazione ANAC “La corruzione in Italia (2016-2019) – Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”, presentata il 17 ottobre 2019, ha analizzato le indagini penali per dare un quadro sulla fenomenologia riscontrata in concreto e i fattori che ne agevolano la diffusione, favorendo l’elaborazione di indici sintomatici di possibili comportamenti corruttivi. Il quadro complessivo che emerge dal rapporto testimonia che la corruzione, benché all’apparenza scomparsa dal dibattito pubblico, rappresenta un fenomeno radicato e persistente, verso il quale “tenere costantemente alta l’attenzione”.

Nel complesso, dall’esame delle vicende venute alla luce, si evince che gli scambi corruttivi avvengono secondo meccanismi stabili di regolazione, che assicurano l’osservanza diffusa di una serie di regole informali e che assumono diversa fisionomia a seconda del ruolo predominante svolto dai diversi centri di potere (politico, burocratico, imprenditoriale)”.

Nei casi analizzati dall’Anac emerge che il denaro continua ad essere il principale strumento dell’accordo illecito: ricorre nel 48% delle vicende esaminate, ma spesso per importi esigui (2.000-3.000 euro ma in alcuni casi anche 50-100 euro appena) e talvolta quale percentuale fissa sul valore degli appalti.

Emerge, quindi, il cosiddetto fenomeno della “smaterializzazione” della tangente”, che vede una sempre minor ricorrenza della contropartita economica.

Si manifestano nuove forme di corruzione, più pragmatiche, ed in particolare il posto di lavoro si configura come la nuova frontiera del pactum sceleris.

A seguire, a testimonianza del sopravvento di più sofisticate modalità criminali, si colloca l’assegnazione di prestazioni professionali (11%), specialmente sotto forma di consulenze, spesso conferite a persone o realtà giuridiche riconducibili al corrotto o in ogni caso compiacenti.

Le regalie sono presenti invece nel 7% degli episodi”.

Viene confermato che il settore più a rischio è quello legato ai lavori pubblici, in una accezione ampia che comprende anche interventi di riqualificazione e manutenzione (edifici, strade, messa in sicurezza del territorio).

A seguire, il comparto legato al ciclo dei rifiuti (raccolta, trasporto, gestione, conferimento in discarica) con 33 casi (22%) e quello sanitario con 19 casi (forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavanolo e pulizia), equivalente al 13%.

Gli enti maggiormente a rischio sono i Comuni: dei 152 casi censiti, 63 hanno avuto luogo proprio nei municipi (41%), seguiti dalle le società partecipate (24 casi, pari al 16%) e dalle Aziende sanitarie (16 casi, ovvero 11%).

Indice Percezione Corruzione (transparency)

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

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

Indici elaborati negli ultimi anni:

- nel 2017 Italia al 54° posto con punti 50/100
- nel 2018 Italia al 53° posto con punti 52/100
- nel 2019 Italia al 51° posto con punti 53/100
- nel 2020 Italia al 52° posto con punti 53/100

Per il 2021 l’indice comunicato il 25 gennaio 2022: Italia al 42° posto con punti 56/100.

L’Italia guadagna dunque 3 punti e scala 10 posizioni nella classifica 2021 dell’Indice di percezione della corruzione dei Paesi presi in esame da Transparency International. Nel ranking, che dà conto della reputazione di 180 Paesi, il nostro Paese si attesta al 42° posto, con un punteggio di 56, mentre l’anno precedente era 52esima con 53 punti. Cresce dunque la fiducia internazionale, anche se è ancora lontana la media dell’Ue, che è di 64.

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

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

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

A decorrere dal 1 gennaio 2008 A.S.L. 13 ha assunto la denominazione di "Azienda Sanitaria Locale NO" di Novara. L'acronimo ufficiale è "A.S.L. NO"

La sede legale dell'A.S.L. NO è in Novara, viale Roma, 7.

Il territorio dell'A.S.L. NO ha un'estensione di circa 1.200 Km².

Fanno parte dell'A.S.L. NO complessivamente 77 Comuni, per una popolazione residente di 349.813 abitanti

L'organizzazione dell'Ente è basata sulla distinzione in Direzione Generale strategica e Direzioni operative, dal punto di vista strutturale le strutture operative sono aggregate nelle seguenti macro-aree:

- area ospedaliera
- area territoriale
- area della prevenzione

L'organizzazione dell'ASL NO è disciplinata nell'atto aziendale

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

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

Le relazioni periodiche sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, disponibili sul sito della Camera dei Deputati, confermano che la collocazione geografica sull'asse Milano-Torino rende la Provincia di Novara un importante crocevia per il transito di traffici illeciti; al riguardo, pur essendo presente un sano tessuto socio-economico, alcuni specifici fattori possono costituire elementi di interesse per il crimine organizzato.

1.c.3) Mappatura dei processi

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

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

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

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

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

Soggetti coinvolti

Al fine di elaborare il documento di valutazione dei rischi corruttivi nei settori identificati a seguito della mappatura dei processi, occorre preliminarmente soffermarsi – e dare conto – dei soggetti che, nell'Azienda

ASL NO, sono coinvolti con competenze, ruoli e responsabilità diverse nell'ampio capitolo dedicato alla prevenzione dei fenomeni corruttivi.

a.) Il Direttore Generale

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

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

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

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

Le caratteristiche conoscitive principali del RPCT devono essere:

- la conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari;
- la conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- la capacità di valutare il contesto in cui opera un'Azienda Sanitaria.

L'incarico di RPCT deve essere conferito a colui che occupa una posizione dirigenziale di struttura complessa o a valenza dipartimentale. La durata dell'incarico del RPCT è a termine.

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

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

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

c.) I Referenti Aziendali per la Prevenzione della Corruzione

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, nonché della complessità organizzativa dell'ASL NO, si è ritenuto di assicurare l'apporto di un gruppo di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione che operino in stretto collegamento con il responsabile per la stesura e l'applicazione del Piano. I Referenti avranno, inoltre, compiti di coordinamento e raccordo al fine di facilitare il meccanismo di comunicazione-informazione, tra il Responsabile della prevenzione e le varie strutture aziendali interessate all'applicazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo.

Con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 185 del 20.09.2017, sono stati individuati, alla luce della riorganizzazione effettuata con il Nuovo Atto Aziendale, i Referenti Aziendali che affianchino e supportino l'attività del Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione per la definizione dell'analisi e della mappatura delle aree di rischio, dei flussi informativi e documentali e dei percorsi di monitoraggio e controllo, nonché per le iniziative di formazione e adeguamento/aggiornamento delle procedure in materia di anticorruzione e trasparenza.

L'azione dei Referenti è subordinata alle indicazioni del RPCT che resta il riferimento Aziendale.

I Referenti sono tenuti a relazionare al Responsabile e segnalare tempestivamente fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

d.) I Direttori/Responsabili di struttura

Così come specificato nella circolare n. 1/2013 del Dipartimento per la Funzione Pubblica, lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione presuppongono il coinvolgimento dei Dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione. Infatti, il successo nell'attività di prevenzione delle

corruzione si può conseguire solo attraverso un'azione sinergica e combinata dei singoli responsabili di strutture e del Responsabile della prevenzione della corruzione.

Come previsto dalla Determina ANAC 12/2014, i Dirigenti e Responsabili delle Strutture devono porre particolare attenzione alla responsabilità che hanno nei confronti dei dipendenti assegnati in merito di osservanza del Codice di Comportamento e sulla procedimenti disciplinari.

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

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

Inoltre:

- tutti i Direttori/Responsabili delle Strutture Operative aziendali, sono tenuti a fornire il necessario apporto al Responsabile anticorruzione e ai Referenti delle aree definite; infatti, nell'esplicazione delle attività il Responsabile dell'anticorruzione dovrà essere affiancato sia dai Referenti che dai Dirigenti ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Ciascun Direttore di struttura complessa (anche per le strutture semplici di propria pertinenza) presenta entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione dettagliata sulle iniziative intraprese in ordine all'effettiva attuazione delle regole di legalità o integrità nonché i rendiconti sui risultati realizzati, individuando proposte l'aggiornamento del PTPC.
- tutti i Direttori/Responsabili delle Strutture Operative aziendali hanno la responsabilità di effettuare la valutazione del rischio di corruzione dei processi gestiti, di definire, in accordo col Responsabile Prevenzione Corruzione, le azioni di miglioramento da intraprendere per la prevenzione della corruzione. Hanno inoltre la responsabilità in vigilando sui comportamenti degli addetti del Servizio di competenza e rispondono a quanto previsto dal D.Lgs. n. 165/2001.
- la mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del responsabile della prevenzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

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

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

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

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

- organizzano periodicamente con i propri collaboratori riunioni di condivisione sui principi sottesi all'anti-corruzione e ne inviano i verbali al Responsabile.

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

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

In particolare i Direttori e Responsabili di Dipartimento, Distretto, Struttura complessa e semplice devono ottemperare alle disposizioni normative e regolamentari in tema di incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi di cui al Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, adempiendo con sollecitudine alle indicazioni operative impartite dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione; in ogni caso il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

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

f.) Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RSA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

h.) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

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

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

i.) Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD)

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

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

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

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

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

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

L'ASL NO, con determinazione n. 1693 del 24.11.2020, ha designato quale Responsabile della Protezione Dati (RPD) la ditta Slalom Consulting s.r.l, corrente in Telese Terme (BN), via Frosinone n° 27.

l) Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

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

m.) Stakeholder

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

Valutazione ed esiti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ASLNO ha previsto le sotto specificate misure al fine della riduzione del rischio corruttivo

A - INCARICHI E NOMINE

A.1 - Nomina a Direttore di Dipartimento

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

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

A.2 - Incarico di direzione di struttura complessa

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

In particolare, per la Dirigenza Sanitaria, ai fini del conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, i principi che disciplinano i criteri e le procedure sono contenuti nell'art. 20, c. 1, lett. A), della L. 5 agosto 2022, n° 118 che ha riformulato l'art. 15, c. 7bis, del d. lgs. 502/1992, fermo restando per i restanti incarichi della dirigenza sanitaria l'applicabilità del CCNL 19/12/2019.

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

A.3 - Nomina a Direttore di Distretto

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

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

A.4 - Incarichi di Struttura Semplice

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

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

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

Si adottano le seguenti misure:

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

A.5 - Incarichi professionali

Le procedure di conferimento di tali incarichi sono dettagliate:

- per la dirigenza dell'area Sanità nella disciplina contrattuale di cui all'art. 19 del CCNL 19/12/2019
- per la dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa nella disciplina contrattuale di cui all'art. 71 CCNL 17/12/2020 – area Funzioni Locali

Si adottano le seguenti misure:

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

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

I criteri di scelta per l'individuazione dei sostituti dei direttori di struttura complessa e semplice sono predefiniti rispettivamente dall'art. 22 CCNL 19/12/2019 per la dirigenza dell'Area Sanità e dall'art. 73 CCNL 17/12/2020 Area Funzioni Locali per la Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale.

B - GESTIONE DELLE ENTRATE E DELLE SPESE

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

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

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

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

C - GESTIONE BENI IMMOBILI

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

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

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

D - ATTIVITÀ DI PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA IN AMBITO OSPEDALIERO

In tema di appropriatezza le azioni che l'azienda intraprende riguardano principalmente la definizione di linee operative sui percorsi diagnostici terapeutici, adottando indicazioni operative e protocolli per garantire il corretto utilizzo delle risorse (farmaci, prestazioni, attrezzature) sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

Parallelamente l'Azienda implementa il monitoraggio di indicatori selezionati sull'appropriatezza prescrittiva dell'attività erogate al fine di individuare le aree di rischio e attuare le azioni di miglioramento. Entrambe le misure tendono a limitare l'eccessiva discrezionalità da parte dei medici dipendenti e convenzionati vinco-

lando le prescrizioni al reale bisogno sanitario. Nel corso del triennio saranno monitorati a campione almeno un Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTI), e condotte valutazioni di appropriatezza prescrittiva di almeno una branca specialistica. Nel corso del triennio è inoltre previsto almeno un evento formativo sull'appropriatezza prescrittiva per prestazioni selezionate destinato a prescrittori dipendenti e convenzionati.

E - ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

L'Atto Aziendale, approvato con deliberazione del Direttore Generale n.772/2015, ha previsto la costituzione di una S.S Semplice "*Coordinamento Amministrativo Ospedaliero e libera professione*", incardinata nella S.C DMPO, per la completa gestione dell'attività libero professionale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria. Con atto deliberativo n. 12 del 23/01/2020 l'Azienda ha aggiornato il regolamento per la libera professione intramoenia.

Il regolamento, oltre a disciplinare tutti gli aspetti della "libera professione" prevede altresì (art. 9) l'istituzione della Commissione Aziendale di verifica dell'attività libero professionale.

La Commissione "*svolge funzioni di verifica e formula proposte al fine di assicurare le più idonee modalità organizzative per l'esercizio della libera professione e di vigilanza sull'osservanza dei regolamenti aziendali.*"

L'Azienda non avendo locali dedicati alla libera professione intramoenia ha provveduto a separare le attività istituzionali da quelle svolte in libera professione prevedendo:

- 1- per l'attività ambulatoriale in libera professione svolta presso i locali ASL NO fasce orarie dedicate al di fuori dell'attività istituzionale, ad eccezione dell'attività di servizi Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica e CPVE;
- 2- convenzioni con Studi Privati collegati in rete e Centri Privati non accreditati con il SSN, per le specialità per le quali non sono disponibili in modo totale spazi interni, così come previsto dalla legge 120/07 e s.m.i. secondo i criteri stabiliti dalla Regione Piemonte con DGR 19-5703 del 23.04.2013, e dalla DGR Regione Piemonte n. 18-4818 del 27 marzo 2017 sottoscrivendo annualmente una convenzione tra le parti (Professionista o Centro Privato e ASL NO).

Per le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali in regime di libera professione intramoenia è utilizzabile per tutte le ASL/ASO Piemontesi il numero telefonico del Call Center Regionale n. 800 000 500 dal lunedì alla domenica dalle 8,00 alle 20,00.

Il rispetto delle liste d'attesa è garantito dalla procedura informatizzata che copre pressoché tutti gli ambiti (ricoveri e prestazioni ambulatoriali) con specifici programmi informatici: TRAKCARE per i ricoveri e CUP Regionale WBS per le prestazioni ambulatoriali.

L'ASL adotta nel suo esercizio i principi che si evincono dalla normativa, contrattuale e non, di cui alla DGR17-4817 del 27.03.2017 così come integrata dalla DGR 110-9017 del 16.05.2019, e nello specifico:

- adozione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale (art. 1, comma 4, lett. a) legge n. 120/2007, così novellato dal d.l. 158/2012 convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012);
- monitoraggio aziendale dei tempi di attesa relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati, attivando anche meccanismi di riduzione dei medesimi (art. 1, comma 4, lett. d) legge n. 120/2007).

A tal fine i tempi d'attesa riferiti alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale non urgenti erogate direttamente dall'Azienda come SSN sono monitorati mensilmente. Ciascun mese è prodotto un fascicolo contenente i tempi d'attesa. Quest'ultimo è reso disponibile presso ogni Centro Prenotazione e le informazioni in esso contenute sono divulgate a ogni cittadino ne faccia richiesta. Suddette rilevazioni mensili sono altresì pubblicate sul sito internet aziendale. Un gruppo di lavoro aziendale dedicato dotato di un referente analizza mensilmente i tempi d'attesa e coordina i Direttori/Responsabili delle Strutture erogatrici presso Distretti e Presidio Ospedaliero al

fine di intraprendere azioni tempestive atte a riportare i tempi d'attesa negli standard di legge ove dovessero emergere criticità. Lo stesso gruppo di lavoro aziendale collabora con i fornitori dei programmi informatici ad ammodernare e rendere sempre più tempestivi ed efficaci i sistemi di monitoraggio dei tempi d'attesa. Ulteriori monitoraggi ex-post dei tempi d'attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale di tutte le classi di priorità sono condotti su base almeno semestrale ai sensi dell'art. 50 della legge 326/2003 e del vigente Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa.

- Per le prestazioni erogate in regime di libera professione vengono effettuati su richiesta ministeriale due monitoraggi semestrali (aprile e ottobre) con l'analisi delle prestazioni effettuate e altri due monitoraggi (gennaio e luglio) senza l'analisi delle prestazioni erogate;
- azioni sinergiche al progressivo allineamento dei tempi medi di erogazione delle prestazioni rese durante l'attività istituzionale rispetto ai tempi medi di quelle rese in libera professione intramoenia, in maniera tale da assicurare che il ricorso a questa discenda dalla libera scelta dell'utente e non sia, al contrario, prodotta da carenze organizzative dei servizi resi in attività istituzionale (art. 1, comma 4, lett. g) legge n. 120/2007);

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

- verifica rispetto corretta gestione liste d'attesa e prenotazioni, sia per i ricoveri che per le prestazioni ambulatoriali;
- verifica rispetto orari effettuazione dell'attività libero professionale, al di fuori dell'orario di servizio;
- verifica rispetto delle regole per l'incasso delle prestazioni rese in regime di libera professione.

F - ATTIVITÀ CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

Presso l'ASL NO la gestione delle strutture mortuarie è affidata alla s.c. Direzione Medica e alla s.c. Medicina Legale con personale interno dell'azienda. L'ASL si è dotata di apposito regolamento che disciplina la gestione interna della salma, compresa le modalità di informazione all'utenza relativamente alla scelta della ditta di pompe funebri.

La modulistica in uso è stata adeguata alle indicazioni ANAC che prevedono l'introduzione di apposita rilevazione sull'effettività della misura con formale acquisizione di documentazione siglata dai familiari a garanzia della effettiva imparzialità delle procedure seguite.

In particolare nel modulo sottoscritto dal familiare si specifica che la scelta della ditta deve avvenire "liberamente senza condizionamento da parte del personale dipendente dell'ospedale e che qualsiasi irregolarità andrà segnalata al RPCT".

E' comunque previsto un monitoraggio semestrale sulle modalità di scelta delle onoranze funebri.

G - FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

Per quanto riguarda le prescrizioni di farmaci in ambito territoriale, l'impegno dell'ASL NO risale al 1996 e si è mantenuto costante nel tempo attraverso le verifiche previste dalla Legge 425/96 - che, all'art. 1, 4° comma prevede controlli obbligatori sulle prescrizioni in regime SSN da parte delle Aziende Sanitarie Locali - condotte da appositi Nuclei valutativi.

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

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

In ottemperanza alle disposizioni regionali (DGR n° 89-7545 del 28 ottobre 2002: “Interventi urgenti per il contenimento e la razionalizzazione della spesa farmaceutica”; Circolare regionale prot. 9600/29 del 29 giugno 2005; DGR n° 44-1615 del 28 febbraio 2011 – Addendum al piano di rientro – capitolo 3.3 “Rafforzamento dell’attività di controllo sull’appropriatezza prescrittiva”; Nota regionale prot. n°17535 del 22 giugno 2011 – Monitoraggio trimestrale consigli in dimissione) sono costantemente controllati e monitorati i gruppi terapeutici maggiormente incidenti sulla spesa farmaceutica, provvedendo, nel caso, alla convocazione dei medici iperprescrittori e alla contestazione delle prescrizioni non conformi con recupero delle somme indebitamente poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Si è svolta regolare attività di informazione e si sono organizzati corsi di formazione su vari argomenti di farmacoeconomia ed appropriatezza.

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

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

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

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

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

Si introducono i seguenti indicatori:

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

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

H - CONTRATTI PUBBLICI

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

Già il PNA 2016 contiene un focus specifico su appalti e sanità, con l’obiettivo di far emergere i “conflitti di interesse” e le “patologie” collegate, *generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i beni acquistati.*

I conflitti di interesse sono diventati una preoccupazione ricorrente, specialmente nell’ambito degli appalti pubblici, poiché possono arrecare gravi danni al bilancio pubblico, alla regolarità amministrativa delle procedure (principi di trasparenza, parità di trattamento, non discriminazione)

e più in generale all'immagine ed alla credibilità dell'amministrazione, ma soprattutto per la salute dei cittadini.

Si ha conflitto di interesse quando il personale di una stazione appaltante che interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti o delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione (d.lgs. n. 50/2016 – art. 42).

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

L'Azienda dà attuazione alla normativa in materia richiedendo:

- *in fase di nomina dei componenti delle Commissioni giudicatrici*, le dichiarazioni ai membri e, qualora previsto come soggetto esterno, del segretario verbalizzante, sull'insussistenza di cause di incompatibilità e/o astensione ai sensi dell'art. 77 del d.lgs. n. 50/2016, avendo predisposto apposita modulistica;
- *in fase di presentazione dell'offerta*, a seguito dell'adozione del Codice di Comportamento aziendale, ai soggetti concorrenti, di sottoscrivere, mediante dichiarazione, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, “di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento generale (DPR n. 62 del 16.04.2013) e aziendale (reperibili sul sito internet aziendale) e di impegnarsi, in caso di aggiudicazione, ad osservare e a far conoscere ai propri dipendenti e collaboratori i suddetti codici, pena la risoluzione del contratto”.

H.2 - Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti

Fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente, è stata introdotta l'adozione di una misura di buona pratica consistente nell'individuazione di un set di dati minimi da riportare nella determina a contrarre, qui di seguito indicati:

- a) attestazione impossibilità di ricorso al MEPA (eventuale);
- b) l'indicazione dell'interesse pubblico che si intende soddisfare;
- c) le caratteristiche dei beni/servizi che si intendono acquistare;
- d) l'importo massimo stimato dell'affidamento e la relativa copertura contabile;
- e) la procedura che si intende seguire con una sintetica indicazione delle ragioni, i criteri per la selezione degli operatori economici e delle offerte;
- f) l'indicazione del RUP e dei recapiti per i contatti;
- g) nonché le principali condizioni contrattuali.

I sopraindicati elementi devono essere esposti nello stesso ordine di cui al precedente comma in un “Allegato” alla Determinazione a contrarre, titolato “Elementi costitutivi della determinazione a contrarre”, o direttamente nel provvedimento (determina a contrarre semplificata).

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

Nella fase di progettazione della gara, qualora ritenuto utile o necessario in funzione della tipologia di procedura da utilizzare, si pubblicano le seguenti informazioni:

- avviso di consultazione preliminare di mercato, con gli Operatori economici interessati, rendendo disponibile sul sito internet aziendale la bozza del Capitolato tecnico; rendicontazione sintetica degli incontri;
- “Avviso di consultazione pubblica per la preliminare verifica della ricorrenza delle condizioni per esperire procedura negoziata non preceduta da pubblicazione di bando di gara (art. 63, D. Lgs 50/2016 e smi (Codice) – art. 32 Direttiva 24/2014)”, tramite la pubblicazione sul sito ASL, sez. “Amministrazione trasparente”, sottosezione “Bandi di gara e contratti” per un periodo minimo di giorni 15.

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

Il Codice degli appalti (d.lgs. 50/2016) aveva modificato la denominazione di "acquisti in economia" disciplinando la materia dei contratti di valore inferiore alle soglie comunitarie mediante le disposizioni di cui all'art. 36 - Contratti sotto soglia; tale norma detta una disciplina generica demandando la definizione delle modalità di dettaglio allo strumento delle Linee guida ANAC; l'art. 36 citato richiama i soli principi indicati nell'art. 30 comma 1 del d.lgs. 50/2016 e nessuna regola procedurale, ad eccezione degli artt. 37 e 38 stesso Decreto.

Le Linee Guida n. 4, approvate con deliberazione del Consiglio dell'Autorità n. 1097 del 26.10.2016 ed aggiornate con deliberazione n. 636 del 10.07.2019, recanti "*Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici*", hanno definito, ai sensi dell'art. 36, comma 7, D.Lgs. 50/2016, le modalità di dettaglio per supportare le stazioni appaltanti nelle attività relative ai contratti di importo inferiore alla soglia di rilevanza europea e migliorare la qualità delle procedure; le Linee Guida sopracitate non delineano una disciplina esaustiva, di carattere prescrittivo, ma si limitano a stabilire una serie di regole generali, demandando a loro volta le disposizioni di dettaglio allo strumento dell'autoregolamentazione delle stazioni appaltanti.

Successivamente, in conseguenza dell'emergenza legata alla pandemia da COVID-19, al fine di far fronte alle ricadute economiche negative, il Legislatore con il D.L. n. 76 del 16.07.2020 (c.d. *decreto semplificazioni*) convertito in legge con L. n. 120 del 11.09.2020, ha introdotto misure di semplificazione in deroga agli artt. 36, comma 2, e 157, comma 2, del Codice Appalti (D.Lgs. 50/2016), per le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture avviate con determina a contrarre o altro atto di avvio equivalente adottati entro il 31.12.2021.

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

Le soglie ad oggi operanti in deroga all'art. 36 sopra citato, secondo quanto previsto dall'art. 51 della L. n. 108/2021 di conversione del D.L. n. 77/2021, sono le seguenti:

a.) *affidamento diretto:*

lavori: sino ad importo inferiore ad euro 150.000,00;

servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione: soglia innalzata da importo inferiore ad euro 75.000,00 ad importo inferiore ad euro 139.000,00.

b.) *procedura negoziata senza bando* di cui all'art. 63, D.Lgs. 50/2016, al di sopra di queste soglie è prevista con le seguenti modalità:

Affidamento di lavori:

- pari o superiore ad euro 150.000,00 e inferiore a euro 1.000.000,00: consultazione di almeno cinque operatori economici;

- pari o superiore ad euro 1.000.000,00 e fino alla soglia di rilevanza comunitaria (art. 35 D.Lgs. 50/2016): consultazione di almeno dieci operatori economici.

Affidamento di servizi e forniture, compresi i servizi di ingegneria e architettura e attività di progettazione

- pari o superiore ad euro 139.000,00 e fino alla soglia di rilevanza comunitaria (art. 35 D.Lgs. 50/2016): consultazione di almeno cinque operatori economici.

E' stata, inoltre, introdotta l'esigenza di scelta di soggetti in possesso di pregresse e documentate esperienze analoghe a quelle oggetto di affidamento, comunque sempre ribadendo il rispetto del principio di rotazione, che l'A.S.L. NO ha disciplinato nel Regolamento aziendale all'art. 5.

Pertanto sino alla data del 30.06.2023, fatte salve future modifiche normative, l'A.S.L. NO espletterà le procedure di affidamento in ottemperanza alle nuove modalità, in deroga ai sopra citati articoli del Codice Appalti.

Al fine di uniformarsi alle modifiche normative sopra descritte, e nel rispetto di quanto previsto dalle Linee Guida n. 4 dell'A.N.A.C., l'A.S.L. NO ha adottato un nuovo "*Regolamento aziendale acquisiti sotto soglia*", con Deliberazione del Direttore Generale n. 623 del 30.11.2021, che sostituisce il precedente (di cui alla Deliberazione n. 308 del 28.12.2017).

Anche con il nuovo regolamento aziendale la trasparenza e l'imparzialità dell'azione amministrativa rimangono sempre garantite dall'obbligo di rispettare i principi enunciati dall'art. 30, comma 1, del D.Lgs. n. 50/2016, tra i quali il principio di rotazione, disciplinato nel regolamento con la previsione di fasce di importo in riferimento alle quali applicare il divieto di affidamento diretto agli operatori uscenti, come suggerito dalle citate Linee Guida A.N.A.C. n. 4, "economicità", per cui ogni qual volta si attivi una "procedura di affidamento diretto" in ogni caso va verificata l'economicità dell'affidamento, dandone debitamente "conto" nella determina a contrarre semplificata, che deve contenere:

- l'oggetto dell'affidamento;
- l'importo;
- il Fornitore;
- le fasi, che hanno preceduto l'affidamento;
- le ragioni della scelta del Fornitore;
- il possesso dei requisiti di ordine generale;
- la motivazione del mancato ricorso al MEPA (eventuale),

dando altresì dettagliatamente "conto":

- dell'economicità del prezzo concordato, in rapporto alla qualità della prestazione (ad es. mediante un confronto con la spesa per precedenti affidamenti, ovvero rispetto ai prezzi di riferimento pubblicati dall'Osservatorio presso l'A.N.A.C., laddove esistenti, ovvero alla media dei prezzi di mercato rilevabili in affidamenti simili, realizzati da altre PA, ivi comprese le Centrali di Committenza ed i Soggetti aggregatori, dopo semplice ricerca in rete, o i prezzi di listini pubblici, quali quelli del MEPA) ovvero altre motivazioni che giustifichino detti affidamenti;
- del rispetto del principio di rotazione.

Inoltre la trasparenza e l'imparzialità dell'azione amministrativa sono garantite dall'obbligo di rispetto degli adempimenti in materia di pubblicazione dell'avvio delle procedure e degli esiti delle medesime, dal principio di non discriminazione e parità di trattamento, richiamati dalla normativa.

L'A.S.L. NO si adegua inoltre alle nuove disposizioni di modifica del Codice Appalti introdotte dall'art. 10 della Legge n. 238 del 23.12.2021 (*Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea – Legge europea 2019-2020*), pubblicata in G.U. n. 12 del 17.01.2022 ed entrata in vigore in data 01.02.2022.

H.5 - Acquisti autonomi e proroghe contrattuali

La pronuncia dell'A.N.A.C. con delibera n. 1200 del 23 novembre 2016, chiarisce i termini entro i quali si può considerare legittima la proroga tecnica dell'affidamento di un servizio per il tempo necessario ad evitare il blocco dell'azione amministrativa.

L'opzione di proroga tecnica è prevista anche nel Bando –tipo n. 1 approvato dall'A.N.A.C. con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 1228 del 22.11.2017 ad oggetto: "*Schema di disciplinare di gara – procedura aperta per l'affidamento di contratti pubblici di servizi e forniture nei settori ordinari sopra soglia comunitaria con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo*".

Si tratta di una facoltà riconosciuta alla stazione appaltante, ma che deve essere considerata del tutto eccezionale ed esercitabile per il solo tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure per l'individuazione di un nuovo contraente.

Anche la giurisprudenza ha elaborato la figura della "proroga tecnica" come soluzione eccezionale in caso di necessità di assicurare il servizio e sempre che l'esigenza di ricorrere alla dilazione del

termine non dipenda da causa imputabile alla stazione appaltante (Cons. Stato, sez. V 11.05.2009 n. 2882).

Il principio risponde all'esigenza di dover bilanciare la continuità dell'azione amministrativa, sancita dall'art. 97 della Costituzione, con la salvaguardia della libera concorrenza.

Pertanto l'Azienda di norma ricorre alla proroga dell'affidamento, anche secondo l'orientamento ribadito nelle pronunce dell'A.N.AC., per ipotesi del tutto eccezionali e straordinarie in considerazione della motivata necessità di evitare il blocco dell'azione amministrativa, ma nella consapevolezza che tale prassi comporta inevitabilmente una compressione dei principi di libera concorrenza, parità di trattamento e non discriminazione.

L'Azienda valuta la sussistenza dei presupposti che giustificano la proroga, dandone esplicitamente conto nell'atto, che si possono sinteticamente riferire a ragioni di interesse pubblico e siano oggettivamente indipendenti da responsabilità dell'amministrazione, tenendo presente che, al di fuori del processo di centralizzazione degli acquisti (Consip, Centrali di Committenza regionali, Soggetti aggregatori) già introdotto con l'art. 9 DL 24 aprile 2014, n. 66 e rafforzato dalla legge di stabilità anno 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208), l'acquisizione di beni e servizi, per l'ASL NO, viene effettuata attraverso l'espletamento delle procedure: aggregate, secondo il riparto delle competenze previste negli allegati 1 (Matrice delle competenze nelle procedure di gara interaziendale) e 2 (Matrice delle competenze nelle convenzioni centralizzate SCR Piemonte) di cui alla DGR n. 34 – 189 del 28 luglio 2014, di riordino della funzione acquisti a seguito della Legge regionale n. 20/2013 che ha istituito le nuove Aree interaziendali di coordinamento (AIC); residuali aziendali.

I - RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI

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

Con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 132 del 29.6.2017 sono state definite nuove modalità organizzative e di composizione della Commissione di Vigilanza per le attività di verifica sulle Strutture Sanitarie Private, in attuazione dell'atto Aziendale. Con successiva Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 59 del 28/03/2018 la Commissione è stata ulteriormente ridefinita nella composizione garantendo la multidisciplinarietà attraverso il coinvolgimento di varie professionalità aziendali. La Commissione è stata aggiornata nella sua composizione con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 323 del 09/10/2020.

Ad essa competono le seguenti funzioni:

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

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

L'adozione del nuovo Atto Aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 772 del 29/10/2015, successivamente modificato con Deliberazione del Direttore Generale ASL NO n. 75 del 01/05/2019 ha previsto l'istituzione di nuove Strutture Aziendali in staff alla Direzione Generale, con funzioni specifiche in tema di governo clinico e gestione dei rapporti contrattuali con gli erogatori privati.

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

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

L - RELAZIONE ACCORPATA ANTICORRUZIONE.

Entro il 31 dicembre di ogni anno, le Strutture/Dipartimenti Aziendali devono far pervenire al RTPC Aziendale apposita relazione, redatta anche in forma accorpata in caso di Dipartimenti aggreganti più strutture Aziendali, nella quale sono evidenziate le misure adottate nel corso dell'anno, per parte di competenza, in adempimento al piano aziendale anticorruzione.

Tale adempimento va ora armonizzato con le misure previste dal presente PIAO, nell'attesa di ulteriori indirizzi provenienti da ANAC.

M - LISTE D'ATTESA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) la pubblicazione, nella sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito internet dell'ASL, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, costituisce il metodo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e/o utente, delle decisioni nelle materie a rischio di corruzione disciplinate dal presente piano;
- b) il riferimento/richiamo al codice di comportamento dei dipendenti pubblici e alle regole di legalità del presente piano della prevenzione della corruzione, riferite a forniture di beni, servizi o realizzazione di lavori, deve essere introdotto, a pena di esclusione (art. 1 comma 17 L. 190/2012), nella lex specialis di gara;

- c.) la comunicazione al cittadino, del responsabile del procedimento, del termine entro il quale sarà concluso il procedimento amministrativo, dell'indirizzo di posta elettronica e del sito web aziendale;
- d.) obbligo per il Dirigente di informare, secondo la specificità del comportamento rilevato, l'autorità competente (ad es., in caso di illecito disciplinare l'ufficio disciplinare; in caso di reati l'autorità di polizia o giudiziaria) ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione
- e.) i dirigenti hanno l'obbligo di inserire nei bandi di gara le regole di legalità o integrità del presente piano della prevenzione della corruzione e del rispetto del Codice di Comportamento, prevedendo la sanzione della esclusione (comma 17 dell'art. 1 della L. 190/2012);

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

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

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

Dall'entrata in vigore della normativa sulla Trasparenza con il D. Lgs. 33/2013 l'ASL NO ha implementato la sezione "Altri contenuti – Dati ulteriori" con dati, informazioni e documenti che, come noto, pur non costituendo obbligo di pubblicazione, sono ritenuti significativi per garantire quel diritto di "accessibilità totale e controllo diffuso" sull'azione dell'amministrazione. Il criterio adottato sin dall'origine è stato rappresentato dalla valorizzazione delle richieste di conoscenza da parte dei portatori di interessi, che attraverso istanze di accesso civico generalizzato hanno via, via manifestato interesse verso tipologie di dati, informazioni e documenti pubblicabili senza che dalla loro conoscenza alcun soggetto ne ricevesse un pregiudizio.

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

- Adempimenti ex art. 4 "Trasparenza dei dati" della legge n. 24 del 8 marzo 2017 (Legge Gelli)
- Segnalazioni condotte illecite whistleblowing
- Responsabile protezione dati
- Donazioni Covid 2021

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

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

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

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

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

- individuazione dei Dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati;
- modalità di pubblicazione on line dei dati: pubblicazione diretta da parte del Soggetto Responsabile nella sezione di propria competenza, con il supporto del Servizio informativo, dove necessario;
- adeguamento del sito web aziendale rispetto alle caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento; in linea con le previsioni normative, l'ASL NO ha implementato il sito istituzionale con

l'adozione della soluzione Clearò, per garantire il miglioramento della pubblicazione dei dati e recepire gli adeguamenti alla normativa in tema di amministrazione trasparente.

- impostazione della sezione “Amministrazione trasparente” con una manutenzione progressiva;
- organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle norme di riferimento ed in particolare sviluppo e implementazione tecnico/organizzativa con specifico riferimento agli standard di completezza, aggiornamento e formato dei dati;
- trasmissione di disposizioni operative da parte del RPCT nell'esercizio della propria funzione di coordinamento dei Referenti aziendali;
- programmazione di specifiche iniziative formative in materia di trasparenza, per le quali si rimanda alle specifiche azioni di formazione già illustrate nella Sezione I del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

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

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

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

Il RPCT provvede a:

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

Per quanto riguarda le funzioni di monitoraggio e vigilanza da parte di altri organismi, all' ANAC compete un ruolo generale di coordinamento, indirizzo e supervisione esercitato anche attraverso l'adozione di specifiche linee guida che fungono da riferimento per tutte le pubbliche amministrazioni. Inoltre l'ANAC svolge funzioni di vigilanza diretta rispetto alle verifiche effettuate dagli Organismi Indipendenti di Valutazione, e di vigilanza indiretta rispetto alle amministrazioni per le quali riceve segnalazioni (del RPCT e/o di privati cittadini) di mancato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione.

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

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

In particolare l'OIV, oltre a formulare annualmente entro i tempi previsti dall'ANAC un'attestazione generale da predisporre e trasmettere all' ANAC ed alla Direzione aziendale (nonché da pubblicare sul sito web

aziendale), deve assolvere anche eventuali attestazioni e verifiche mirate su particolari argomenti individuati dalla stessa ANAC.

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

Servizio CLEARO'

L'ASL di Novara, già dall'anno 2016, utilizza il servizio Clearò - soluzione amministrazione trasparente – fornito dal Consorzio CSI Piemonte. Tale soluzione è di semplice utilizzo, flessibile e consente di distribuire le funzioni di redazione, garantendo il controllo sui contenuti da pubblicare attraverso un processo di autorizzazione e la definizione di ruoli e permessi.

Il CSI garantisce che vengano evidenziate tutte le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi di legge, mentre l'inserimento dei documenti nel programma compete ai singoli direttori.

Accesso civico

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

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

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

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

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

La richiesta non deve essere motivata.

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

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

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

Qualche approfondimento merita, in connessione ai compiti istituzionali assegnati all'ASL, l'esame della lettera f.) e g.).

Ulteriori limiti all'accesso (generalizzato)

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

- a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
- b) la libertà e la segretezza della corrispondenza;
- c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Vengono fatte salve le disposizioni contenute nel Codice Appalti.

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

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, sia nella home page del sito web aziendale sia nella sezione "Amministrazione Trasparente", sono pubblicate le modalità di esercizio del diritto, la modulistica

utilizzabile, i dati relativi al Responsabile della Trasparenza, e l'indicazione del titolare del potere sostitutivo, con i relativi recapiti.

Modalità di coinvolgimento degli stakeholder

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

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

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

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

Organizzazione e risultati delle giornate della trasparenza

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

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

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

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

- a) l'individuazione dei soggetti esterni ed interni che si vogliono coinvolgere e le modalità nonché i criteri di selezione di tali soggetti. Si segnala, in proposito, che questi eventi, da un lato, possono essere rivolti a singole tipologie di stakeholder e, dall'altro, possono rappresentare un'occasione per raggiungere anche cittadini che, per motivi di diversa natura, non utilizzano tecnologie informatiche;
- b) la preparazione dei contenuti delle Giornate, eventualmente coinvolgendo in via preventiva gli stakeholders (interni ed esterni) - mediante, ad es., questionari ed incontri - per finalizzare l'organizzazione di tali Giornate alle concrete esigenze di conoscenza dei partecipanti;
- c) la possibilità di consentire interventi dei partecipanti e uno spazio adeguato al dibattito.

SEZIONE 2:
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

2.a) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

2.b) ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

2.c) PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

2.a) STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

A decorrere dal 1 gennaio 2008 A.S.L. 13 ha assunto la denominazione di "Azienda Sanitaria Locale NO" di Novara. L'acronimo ufficiale è "A.S.L. NO"

La sede legale dell'A.S.L. NO è in Novara, viale Roma, 7.

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

Il territorio dell'A.S.L. NO ha un'estensione di circa 1.200 Km².

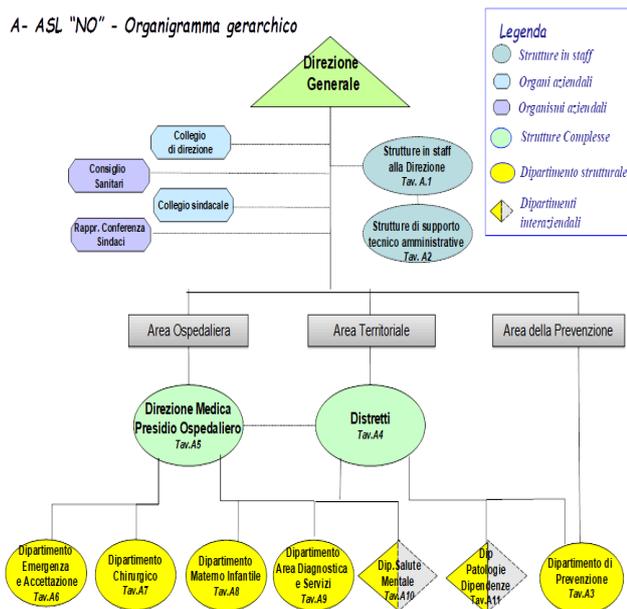
Fanno parte dell'A.S.L. NO complessivamente 76 Comuni, per una popolazione residente di 343.845 abitanti (al 31 dicembre 2019, fonte: Piemonte STATistica - BDDE). Il 5% della popolazione è distribuita in 71 Comuni con meno di 10.000 abitanti, mentre circa un terzo si concentra nel capoluogo.

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

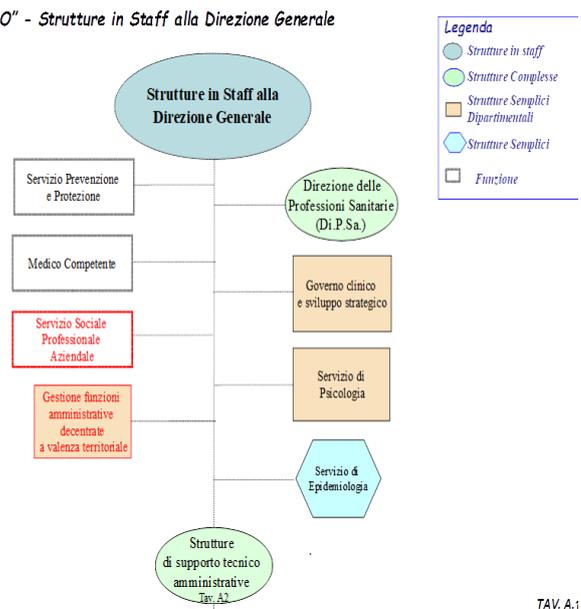
- area ospedaliera
- area territoriale
- area della prevenzione

L'organizzazione dell'ASL NO è disciplinata nell'atto aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 198 del 24 maggio 2019, pubblicata ai sensi del dlgs.vo 33/2013 e s.m.i sul sito internet aziendale.

A- ASL "NO" - Organigramma gerarchico

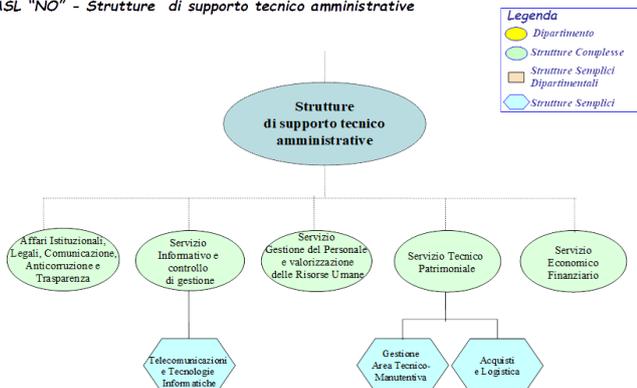


ASL "NO" - Strutture in Staff alla Direzione Generale



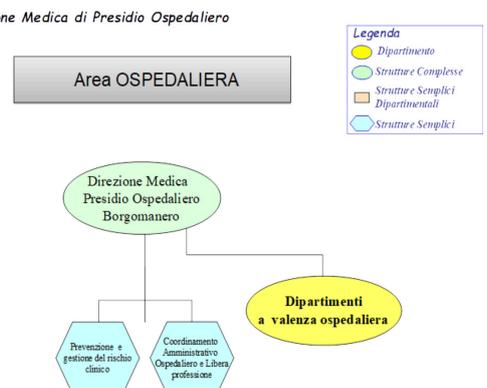
TAV. A.1

ASL "NO" - Strutture di supporto tecnico amministrative

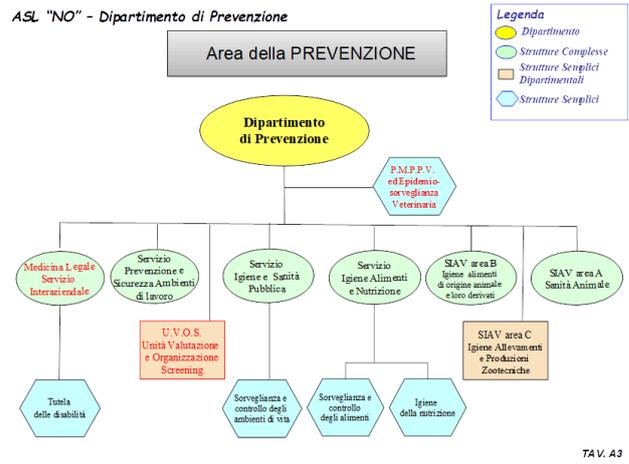
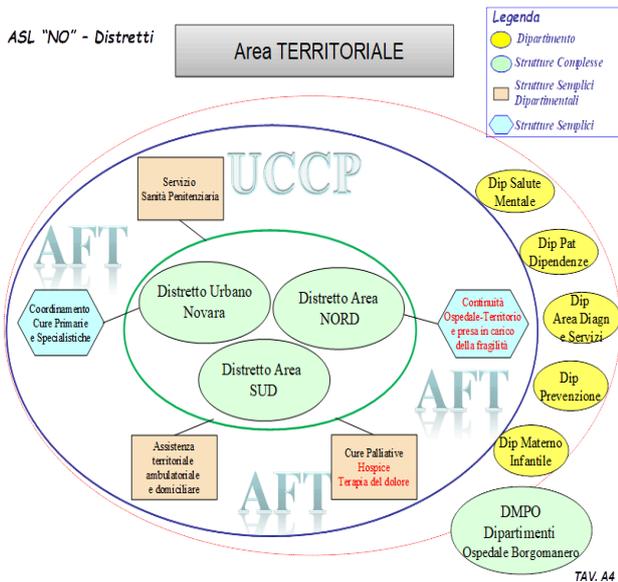


TAV. A.2

ASL "NO" - Direzione Medica di Presidio Ospedaliero



40
TAV. A.3



2.b) ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

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

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

Ai sensi del suddetto D.M. 08/10/2021 sono state emanate, nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro relativi al triennio 2019-21, "Le linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 8 ottobre 2021". Dette linee guida hanno l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo ad un tempo il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

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

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

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

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

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

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

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

- lo svolgimento del lavoro agile non deve pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi verso gli utenti e le altre Strutture aziendali;
- non devono sussistere situazioni di lavoro arretrato ovvero, se le stesse sono presenti, deve essere stato adottato un piano di smaltimento dello stesso.

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

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

Per le attività in modalità agile l'accesso alle risorse digitali ed alle applicazioni dell'ASL è effettuato tramite attivazione di una VPN (Virtual Private Network, una rete privata virtuale che garantisce privacy e sicurezza) e Desktop remoto. L'accesso ad applicativi trasversali aziendali (posta elettronica, protocollo e gestione documentale) avviene tramite la rete internet con le credenziali aziendali personali assegnate al lavoratore mentre l'accesso ai sistemi regionali/nazionali può avvenire anche attraverso sistemi di gestione dell'identità digitale (sistemi Multi factor authentication). Ciò al fine di assicurare un livello di sicurezza adeguato a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile, tramite un accesso alle piattaforme digitali esclusivamente con utenza personale.

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

L'istituto del lavoro agile / da remoto viene pertanto attivato, a regime, presso l'ASL NO a decorrere dal corrente anno.

2.c) PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Il D.Lgs n. 165/2001, integrato dal D.Lgs n. 75/2017, prevede che le amministrazioni pubbliche definiscano l'organizzazione dei propri uffici in conformità al Piano triennale dei fabbisogni, da elaborare sulla base delle linee guida successivamente emanate con Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018.

Sulla base della suddetta normativa nazionale, la Regione Piemonte ha annualmente emanato linee di indirizzo finalizzate ad orientare le Aziende sanitarie del SSR che rientrano nel perimetro di consolidamento

regionale nella predisposizione dei propri piani dei fabbisogni di personale, in modo da garantire la necessaria omogeneità operativa nel contesto regionale, in coerenza con quanto previsto e disposto dal D.Lgs n. 165/2001.

Rappresentazione della consistenza di personale al 31/12/2022

La consistenza di personale dipendente a tempo indeterminato e determinato al 31/12/2022 risulta essere la seguente:

QUALIFICA	31/12/2022
DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	
DIRIGENTE RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA	23
DIRIGENTE MEDICO	226
DIRIGENTE VETERINARIO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA	2
DIRIGENTE VETERINARIO	25
	276
DIRIGENZA SANITARIA	
DIRIGENTE FARMACISTA DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	2
DIRIGENTE FARMACISTA	9
DIRIGENTE BIOLOGO	5
DIRIGENTE PSICOLOGO	17
DIRIGENTE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE	1
DIRIGENZA RUOLO TECNICO	0
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	1
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	2
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA	2
DIRIGENZA RUOLO AMMINISTRATIVO	5
COMPARTO RUOLO SANITARIO	
CPSE - INFERMIERE	21
CPSE - INFERMIERE PEDIATRICO	1
CPSE - TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA RX	0
CPSE - TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	0
CPSE - TECNICO PREVENZIONE AMBIENTI LUOGHI LAVORO	4
CPSE - ASSISTENTE SANITARIO	1
CPSE - FISIOTERAPISTA	0
CPSE - EDUCATORE PROFESSIONALE	2
CPS - INFERMIERE	695
CPS - INFERMIERE PEDIATRICO	21
CPS - INFERMIERE PSICHIATRICO	0
CPS - OSTETRICA	35
CPS - TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA	4
CPS - TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA RX	26
CPS - TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	47
CPS - TECNICO SANITARIO (EMODIALISI)	0
CPS - DIETISTA	2
CPS - AUDIOMETRISTA	1
CPS - TECNICO PREVENZIONE AMBIENTI LUOGHI LAVORO	34

CPS - ASSISTENTE SANITARIO	5
CPS - FISIOTERAPISTA	22
CPS - EDUCATORE PROFESSIONALE	42
CPS - ORTOTTISTA	2
CPS - TERAPISTA NEUROPSICOMOTRICISTA ETA' EVOLUTIVA	4
CPS - LOGOPEDISTA	10
CPS - TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	1
OP PROF SAN MASSOFISIOTERAPISTA	1
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	0
PUERICULTRICE ESPERTA	2
	983
COMPARTO RUOLO TECNICO	
COLLAB. TECN. PROF. ESPERTO INGEGNERE	0
COLLAB. PROF. - ASSISTENTE SOCIALE ESPERTO	1
COLLAB. PROF. - ASSISTENTE SOCIALE	10
COLLAB. TECN. PROF. INGEGNERE	3
COLLAB. TECN. PROF. STATISTICO	1
COLLAB. TECN. PROF. CED	1
ASSISTENTE TECNICO	5
ASSISTENTE TECNICO GEOMETRA	1
ASSISTENTE TECNICO PROGRAMMATORE CED	3
OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO ESP. AUTISTA AMBULANZA	0
OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO ESP. AUTISTA	1
OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO ESP. ELETTRICISTA	5
OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO ESP. IDRAULICO	2
OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO ESP. SETTORE MANUTENTIVO MAC. DIALIT.	1
OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO CENTRALINO/PORTINERIA	1
OPERATORE TECN. SERVIZI GENER. E TECNICI	1
OPERATORE TECN. SPECIALIZZATO SERVIZI SANITARI	2
OPERATORE SOCIO SANITARIO - OSS	157
OPERATORE TECNICO SERVIZI GENERALI	0
OPERATORE TECNICO - AUTOMEZZI	2
OPERATORE TECNICO - 116 117	16
OPERATORE TECNICO - CENTRALINO	15
OPERATORE TECNICO - MAGAZZINO	2
OPERATORE TECNICO ASSISTENZA - OTA	0
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	9
	239
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	
COLLAB. AMMINISTRATIVO PROF. ESPERTO	4
COLLAB. AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	35
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	123
COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO	54
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	59
COMMESSO	3
	278
TOTALE PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO	1820
PERSONALE A TEMPO DETERMINATO	

DIRIGENZA MEDICA	5
DIRIGENZA VETERINARIA	0
DIRIGENZA SANITARIA (FARMACISTA)	1
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	2
COMPARTO RUOLO SANITARIO	42
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	25
COMPARTO RUOLO TECNICO	36
TOTALE PERSONALE A TEMPO DETERMINATO	111
TOTALE GENERALE	1931

2.c.1 - Programmazione strategica delle risorse umane

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

Il Piano del fabbisogno di personale deve, innanzitutto, realizzare l'obiettivo primario di un ottimale utilizzo delle risorse assegnate all'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità dei servizi prestati all'utenza, assicurando gli obiettivi di rispetto dell'equilibrio di finanzia pubblica. In ragione di ciò, il Piano del fabbisogno deve rappresentare uno strumento flessibile e coerente con le effettive esigenze di ogni Azienda, da elaborare nel rispetto dei vincoli di finanzia pubblica, con indicazione delle risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, e che non comporti, quindi, maggiori oneri a carico della finanzia pubblica stessa e la cui mancata adozione comporta, conseguentemente, l'impossibilità da parte dell'Ente di effettuare nuove assunzioni.

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

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

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

In particolare con l'aggiornamento del PTFP 2022/2024, in via di definizione sarà previsto, tra l'altro, un fabbisogno incrementale di risorse umane per la implementazione dei modelli territoriali di cui al D.M. 77/2022 (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, Unità di Comunità Assistenziali, Infermieri di famiglia o di comunità)

2.c.2 - Strategie di copertura del fabbisogno

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

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

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

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

- progressioni tra le Aree ex art. 20 CCNL 02/11/2022, entro i limiti prescritti
- mobilità esterna ex art. 30 D.Lgs. 165/2001
- concorsi per titoli ed esami ai sensi del DPR 220/2001 e del DPR 483/1997
- selezioni per Direttori di struttura complessa del personale dirigente area Sanità ai sensi del DPR

484/1997

- selezioni per costituzione rapporti di lavoro a tempo determinato
- stabilizzazioni di personale ai sensi delle normative vigenti
- somministrazione di lavoro ai sensi del Decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81
- comando / distacco
- convenzioni con altre Aziende del SSN
- selezioni comparative ai sensi dell'art. 7, comma 6, D.Lgs. 165/2001

Con deliberazione ASL NO n. 391 del 21/07/2022 è stato adottato il Piano triennale del Fabbisogno di Personale 2020/2022 a seguito di approvazione regionale avvenuta con D.G.R. n. 12-3442 del 23/06/2021.

La Regione Piemonte con D.G.R. n. 46 – 6202 del 07/12/2022 ha approvato il Piano del Fabbisogno di Personale dell'ASL NO per triennio 2021/2023. Con la medesima DGR la Regione ha consentito alle ASR di rimodulare l'annualità 2022 del PTFP, anche in funzione dei processi di stabilizzazione ex art. 1, comma 268 L. 234/2021.

Conseguentemente ASL NO ha inviato ai competenti Uffici regionali la rimodulazione resasi necessaria per l'annualità 2022.

Nelle more dell'approvazione regionale della revisione dell'annualità 2022, la Regione Piemonte ha disposto che le Aziende possono procedere nell'applicazione del Piano Triennale del Fabbisogno 2021-2023, con rettifica dell'annualità 2022, nel rispetto dei criteri e dei tetti di spesa invalicabili determinati per ciascuna AASSRR con il medesimo provvedimento, in coerenza con il bilancio preventivo economico che ciascuna Azienda dovrà adottare in ottemperanza delle disposizioni normative vigenti.

Il PTFP 2021/2023 dell'ASL NO sarà adottato in via definitiva con specifica deliberazione a seguito dell'avvenuta approvazione dell'annualità 2022 del Piano dei Fabbisogni 2021-2023 da parte della Regione Piemonte.

Con la citata D.G.R. n. 46 – 6202 del 07/12/2022 la Regione Piemonte ha inoltre dato mandato alle ASR di predisporre il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per il triennio 2022/2024 con scadenza di trasmissione del medesimo alla Regione Piemonte in data 10/02/2023, tenuto conto della effettuata rideterminazione dei tetti di spesa per il personale per gli anni 2022, 2023 e 2024.

2.c.3 - Strategie di formazione del personale

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

Tutte le convenzioni stipulate dall'ASL NO con le diverse Università, relative a percorsi di Laurea, Master di 1° e 2° livello, Lauree Magistrali e corsi di perfezionamento/specializzazione, sono raccolte in un elenco periodicamente aggiornato dall'Ufficio competente in modo da poter fornire informazioni puntuali sia ai dipendenti, sia ad utenti esterni all'Azienda.

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

Piano Formativo

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

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) costituisce lo strumento aziendale annuale per la programmazione delle iniziative formative dell'ASL NO. Le modalità adottate per la rilevazione ed analisi dei bisogni formativi seguono una procedura codificate da tempo (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 219 del 02.07.2020). L'approccio adottato è un mix di rilevazione in senso top-down (dagli obiettivi della Direzione Strategica al professionista) e bottom-up (dal professionista alla Direzione). Per quanto concerne l'approccio bottom-up vi è la raccolta dei bisogni formativi tramite la rete dei referenti dipartimentali della formazione (un dirigente ed un professionista del comparto), che si concretizza in una operazione di ricerca finalizzata a far emergere ed esplicitare le esigenze formative esistenti, comunicandole all'organizzazione e a tutti i suoi membri, contribuendo in questo modo a dare senso all'agire professionale degli stessi. Successivamente i bisogni formativi raccolti, vengono analizzati cercando di rendere gli eventi formativi programmati trasversali alla Azienda e costituiscono il piano formativo aziendale. Prima della formalizzazione il piano viene approvato dal comitato scientifico e inviato per presa visione alle OO.SS. All'interno del piano l'offerta formativa è molto varia, i corsi sono progettati in modo che siano il più possibile efficaci ed efficienti utilizzando varie modalità di erogazione: FAD, residenziali, Formazione sul campo o eventi formativi blended. È posta molta

attenzione al fatto che i corsi siano ben distribuiti tra i vari setting assistenziali e che siano coinvolte tutte le figure professionali presenti in azienda.

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

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

In **allegato 3** il Piano formativo aziendale per l'anno 2023, approvato dal Comitato Scientifico in data 12 gennaio 2023 e formalizzato con Deliberazione del Direttore Generale n. 45 del 23/01/2023.

SEZIONE 3:
MONITORAGGIO

3.a - MODALITÀ DI MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE

Il processo di monitoraggio della Performance in ASL prevede fasi fondamentali:

- Fase di monitoraggio, che costituisce il monitoraggio dei risultati in corso di esercizio
- Fase di valutazione annuale, ovvero la valutazione dei risultati (reporting e analisi degli scostamenti) rispetto agli obiettivi

3.a.1 - Monitoraggio dei risultati in corso di esercizio

L'Organismo Indipendente di Valutazione si avvale, per lo svolgimento delle funzioni assegnate dal D. Lgs 150/2009, del supporto della Struttura Tecnica Permanente per la misurazione della performance, come previsto ai commi 9 e 10 dell'art. 14 di detto Decreto. Tale struttura va intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.

Nell'A.S.L. NO svolgono la funzione di Struttura Tecnica Permanente la ssd Governo clinico e Sviluppo Strategico e la s.c. Servizio Informativo e controllo di Gestione (rif. Deliberazione del Direttore Generale n. 27 del 2016).

La Struttura Tecnica Permanente si interfaccia con le altre strutture aziendali che consentono la realizzazione del sistema e, in accordo con l'OIV, ha individuato opportune regole per l'acquisizione delle informazioni necessarie alla misurazione ed alla valutazione degli obiettivi, nelle scadenze che sono opportune per i compiti dell'OIV, dotandosi di un sistema di monitoraggio e reporting delle attività aziendali – denominato Cruscotto ASL NO, operativo dal 2014.

Nell'applicativo sono presenti tutti gli obiettivi di budget, gli obiettivi annuali assegnati al Direttore Generale, le attività messe in atto per garantire la trasparenza e la prevenzione della corruzione e specifiche attività trasversali all'azienda.

Oltre al Vertice Direzionale e all'OIV, alcune figure trasversali hanno la visibilità di specifiche attività: ad esempio il responsabile della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione può accedere a tutte le azioni relative a tale argomento che implementano le strutture nel corso dell'anno.

Al fine di ottenere un continuo miglioramento in termini di incremento della performance delle singole strutture e affermare l'azione motivante, la strategia impiegata in ASL Novara prevede un sistema di obiettivi infra-annuali e annuali, funzionali ad una efficiente ed efficace gestione complessiva, con scadenze esplicite entro cui ci si attende che gli obiettivi assegnati siano realizzati e andando a verificare in corso d'anno l'effettivo raggiungimento degli obiettivi medesimi.

Secondo il timing di misurazione e valutazione indicato nella scheda di budget, si procede alla misurazione delle performance organizzativa infra-annuale e annuale che esita nel processo di erogazione dei relativi premi, secondo le modalità definite nella contrattazione integrativa aziendale.

Ciascuna validazione, infra-annuale e annuale, viene effettuata dall'OIV su istruttoria della Struttura Tecnica di supporto.

3.a.2 - Valutazione dei risultati

L'attività di controllo dei risultati è sintetizzabile in quattro punti cardine:

1. Misurare la situazione attuale e compararla con il piano generale;
2. Valutare le cause di scostamento tra quanto programmato e quanto realizzato;
3. Identificare i possibili interventi correttivi sulle azioni o sugli obiettivi; tali interventi possono essere orientati a mettere in atto azioni correttive o a modificare gli obiettivi assegnati (fase di feedback);
4. Stimare il punto di arrivo; proiettando sul futuro i risultati ottenuti, è possibile prevedere i risultati attesi di fine esercizio.

Alla chiusura dell'anno si procede alla misurazione delle performance organizzativa a livello complessivo aziendale e di struttura, nonché della performance individuale:

- La valutazione delle performance aziendale compete all'Assessorato regionale: allo scopo viene redatta apposita Relazione annuale.
- La valutazione della performance organizzativa di struttura compete all'Organismo Indipendente di Valutazione. La valutazione finale dei risultati di performance organizzativa di tutte le articolazioni organizzative aziendali è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'OIV.
- La valutazione delle performance individuali è effettuata dal diretto superiore del valutato e validata dall'OIV, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione e disciplinato dai regolamenti aziendali, a cui si rimanda. Anche in questo caso la valutazione finale dei risultati di performance individuale è deliberata dal Direttore Generale sulla base delle proposte formulate dall'OIV.

La valutazione dei risultati, definita come l'attività di rilevazione e rendicontazione sistematica dei risultati della gestione del Ciclo di gestione della Performance, costituisce la Relazione Annuale sulla Performance (RAP). Tale documento evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti. L'OIV, ai sensi dell'art.14, comma 6 del D.Lgs. 150/2009, è chiamato a validare la RAP che l'Azienda deve adottare entro il termine individuato dalla vigente normativa. La RAP, validata dall'OIV, viene pubblicata sul sito aziendale nell'area Amministrazione Trasparente, sezione Performance.

3.b - MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ PERCEPITA

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

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

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

È in fase di implementazione un progetto che sarà sperimentato nel corso 2023 e che consentirà una rilevazione sistematica della *customer satisfaction*. Questa nuova modalità di monitoraggio permetterà una analisi approfondita con anche possibilità di confronto con altre aziende del settore con caratteristiche simili.

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

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

Tabella 1 - AREE ESPOSTE A RISCHIO - CATALOGO PROCESSI

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

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

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

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

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Rilascio di autorizzazioni, nulla osta, pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni in materia di: - igiene e sanità pubblica - igiene alimenti - sanità animale - sicurezza e igiene del lavoro	Pareri e attestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Parere igienico sanitario in materia edilizia art. 5 dpr 380/2001 (Testo Unico in materia edilizia)	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Autorizzazione in deroga ai requisiti di altezza ex art. 63, comma 1, all. IV punto 1.2 del D.Lgs. n. 81/08	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Autorizzazione in deroga al divieto di utilizzo di locali sotterranei o semisotterranei ex art. 65 del D.Lgs. n. 81/08	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Notifica ex art. 67 dlgs 81/2008 (costruzione, ampliamento ristrutturazione di edifici o locali da adibire a lavorazioni industriali)	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Notifica preliminare ex art. 99, all. XII dlgs 81/2008 (notifica preliminare apertura cantieri)	Abuso nel rilascio di autorizzazioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.

4	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO	Stipula contratti ex art. 8 quinquies dlgs 502 con le strutture sanitarie accreditate presenti sul territorio dell'ASL	Definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	ACEP	
		Stipula contratti/convenzioni con le strutture socio-sanitarie accreditate (es. anziani, handicap ecc.) presenti sul territorio dell'Asl	Definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	DISTRETTI	
		Stipula accordi con Farmacie aperte al pubblico (o loro associazioni es Federfarma) e altri erogatori di farmaci e ausili a carico del servizio sanitario	Definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	FARMACIA T. PROTESICA	
		Rimborsi spese a persone fisiche (dipendenti, componenti commissioni, consulenti ecc.)	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	GPVRU	
		Riconoscimento esenzione ticket sanitari	esenzione ticket per patologia	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari utenti	DISTRETTI
			esenzione ticket per reddito	False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'esenzione Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti	DISTRETTI
			esenzione ticket per stato di disoccupazione	False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'esenzione	DISTRETTI

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

AREE DI RISCHIO ULTERIORI

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

6	GESTIONE DELLA FASE ESECUTIVA DEI CONTRATTI PER LAVORI, SERVIZI E FORNITURE	Progettazione, direzione e collaudo lavori Attestazione di conformità per servizi o forniture		Corresponsione di tangenti per ottenere omissioni di controllo e "corsie preferenziali" nella trattazione delle proprie pratiche Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati Carenza di controlli e verifiche sull'esecuzione dei lavori che non siano preventivamente programmati e conosciuti (e quindi non previsti)	TECNICO PATR. FARMACIA T. FARMACIA O. SICG
---	---	--	--	--	---

7	GESTIONE FARMACI ED ALTRI BENI SANITARI	Utilizzo beni sanitari: farmaci, dispositivi, strumenti (compreso strumentario chirurgico) software		Condizionamento dei comportamenti di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio) Danneggiamento/ perdita del bene a causa della scarsa attenzione dei relativi consegnatari	DMPO - DISTRETTI
		Sperimentazioni cliniche		Manipolazione di dati ad opera di singoli professionisti o di equipe al fine di favorire un esito della sperimentazione favorevole all'industria farmaceutica in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca) Inserimento, a loro insaputa, dei pazienti in studi farmacologici sponsorizzati dall'industria	DMPO

8	GESTIONE CONTABILE – PATRIMONIALE	Predisposizione degli atti di bilancio		Violazione delle norme in materia di redazione degli atti di bilancio (falso in bilancio)	SEF
		Pagamento fornitori (fase del pagamento)		Corsie preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti particolari	SEF
		Pagamento fornitori (fase della liquidazione)		Liquidazione della fattura senza adeguata verifica della prestazione al fine di favorire soggetti particolari	TUTTI
		Recupero crediti (ticket, sanzioni amministrative,)		Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	AILCAT
		Gestione contratti attivi		Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	SEF
		Inventario beni mobili		Gestione dell'inventario in maniera non trasparente e verificabile Danneggiamento/ perdita del bene a causa della scarsa attenzione dei relativi consegnatari	TECNICO PATR.
		Gestione Cassa Economale		Gestione della Cassa Economale in maniera non trasparente e verificabile	TECNICO PATR.
		Gestione magazzini		Gestione dei Magazzini aziendali in maniera non trasparente e verificabile	TECNICO PATR.
		Definizione transattiva di controversie aventi contenuto economico		Definizione transattiva sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	AILCAT

9	ATTIVITA' LIBERO – PROFESSIONALE DEI PROFESSIONISTI SANITARI	Autorizzazioni del personale dipendente allo svolgimento di attività libero professionale intramoenia (ALPI)		False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione (es.: dichiarazioni previste per gli studi professionali in rete)	DMPO
		Svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI) in generale		Dirottamento del paziente dalle liste di attesa istituzionali Inserimento del paziente nelle liste di attesa istituzionali a prescindere dal livello di gravità ed urgenza clinica (specialmente per i ricoveri) Induzione opportunistica di un incremento delle liste d'attesa per favorire l'ALPI Svolgimento della libera professione in orario di servizio	DMPO
		Svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI) allargata		Omessa fatturazione delle prestazioni sanitarie Omessi versamenti all'azienda	DMPO

10	RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Gestione delle procedure di reclamo degli utenti		Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	AILCAT
		Contratti di sponsorizzazione		Condizionamenti da parte dello sponsor al fine di ottenere indebiti vantaggi	AILCAT
11	ATTIVITA' CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE	Gestione pazienti deceduti e Camere Mortuarie		Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di una quota sugli utili Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri Mantenimento per molti anni di un'assegnazione di servizio alle camere mortuarie dell'ospedale Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati (es. per vestizione salma da parte di operatore sanitario)	DMPO
12	GESTIONE RISCHI DEI LAVORATORI DIPENDENTI	Sorveglianza sanitaria		False certificazioni e dichiarazioni	MEDICO COMPENTE
		Valutazione dei rischi per la sicurezza sul lavoro	Individuazione del rischio	Condizionamento delle procedure di rilevazione del rischio da parte di soggetti interni ed esterni	MEDICO COMPENTE
13	ATTIVITA' DI VIGILANZA E CONTROLLO	Ispezioni e controlli negli ambienti di lavoro (inchieste infortunio, inchieste malattia professionale, vigilanza ordinaria)		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli animali vivi (allevamenti e mercati)		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli mangimi e farmaci veterinari		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli nei macelli		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli igiene alimenti		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Ispezioni e controlli igiene alimenti		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Azioni in caso di non conformità alla normativa in materia di igiene alimenti (art. 54 reg.CE n.882/04)		Mancato rilievo di non conformità al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Azioni in caso di non conformità alla normativa in materia di igiene alimenti (art. 54 reg.CE n.882/04)		Mancato rilievo di non conformità al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Vigilanza sulle farmacie aperte al pubblico		Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	FARMACIA T.
		Accreditamento e vigilanza sulle strutture sanitarie e socio sanitarie private: - centri diagnostici, poliambulatori, case di cura ecc - RSA, comunità terapeutiche ecc	verifica requisiti e parere per la Regione (competente per l'atto finale)	Abuso nel rilascio del parere per l'accreditamento al fine di favorire determinati soggetti Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	COMMISSIONI VIGILANZA
14	ATTIVITA' SANZIONATORIA	Sanzioni amministrative in materia sanitaria - procedimento legge 689/1981 (accertamento, contestazione, pagamento in misura ridotta)		Omissione di contestazione per condotte sanzionabili accertate al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.
		Sanzioni amministrative in materia sanitaria - procedimento legge 689/1981 (rapporto, scritti difensivi, audizione, definizione con ordinanza ingiunzione / archiviazione)		Archiviazione o riduzione della sanzione senza giustificato motivo al fine di favorire determinati soggetti Ammissione al pagamento rateale della sanzione pecuniaria in assenza di criteri e procedure	D.PREV.
		Contestazione violazioni penali e amministrative ex dlgs 758/1994 e procedimenti amministrativi correlati		Omissione di contestazione per condotte sanzionabili accertate al fine di favorire determinati soggetti	D.PREV.

15	CERTIFICAZIONI, ATTESTAZIONI, VIDIMAZIONI, EMISSIONE DOCUMENTI	Attestazione qualifica sanitaria degli allevamenti ai fini della movimentazione di animali vivi (Mod. 4, certificazioni avicunicoli)		False attestazioni e certificazioni	D.PREV.
		Attestazioni per trasporto animali vivi		False attestazioni e certificazioni	D.PREV.
		Certificato per movimentazione intracomunitaria (TRACES) ed esportazione di animali vivi		False attestazioni e certificazioni	D.PREV.
		Certificazione allevamento ittico indenne da SEV e NEI		False attestazioni e certificazioni	D.PREV.
		Certificazioni inerenti alla sanità animale (per capi o aziende: es. compravendita, anemia infettiva equini, indennità sanitarie, riproduttori, ecc..)		False attestazioni e certificazioni	D.PREV.
		Attestazioni e certificazioni per l'esportazione		False attestazioni e certificazioni	D.PREV.
				False attestazioni e certificazioni	D.PREV.
	False attestazioni e certificazioni		D.PREV.		

AILCAT	Affari Istituzionali, Legali, Comunicazione, Anticorruzione e Trasparenza
GPVRU	Servizio Gestione del Personale e valorizzazione delle Risorse Umane
SICG	Servizio Informativo e Controllo di Gestione
GOCSS	Governo clinico e sviluppo strategico
DMPO	Direzione Medica Presidio Ospedaliero
ACEP	Accordi Contratti erogatori Privati
D.PREV.	Dipartimento Prevenzione
SEF	Servizio Economico Finanziario

Tabella 3 - MAPPATURA E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTIVO ASL NO

AREA	PROCESSO/ FASI /SPECIFICAZIONI	SERVIZI INTERESSATI	PROBABILITA'						IMPATTO				A. PROBABILITA' (totale punti)	B. IMPATTO (totale punti)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (A*B)		
			1. Discrezionalità	2. Rilevanza esterna	3. Complessità del processo	4. Valore economico	5. Frazionabilità del processo	6. Controlli	7. Impatto organizzativo	8. Impatto economico	9. Impatto reputazionale	10. Impatto organizzativo, economico e di immagine					
1	ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE	Reclutamento per: concorso pubblico, mobilità (avviso pubblico o domanda diretta), avviso pubblico (tempi determinati), collocamento	GUPVRU	2	5	1	5	1	2	1	1	2	3	2,67	1,75	4,67	
		Progressioni di carriera: fasce retributive/ concorsi interni/ incarichi sanitari di coordinamento/ posizioni organizzative/ conferimento incarichi dirigenziali	GUPVRU	2	2	1	1	1	2	1	1	0	3	1,50	1,25	1,88	
		Conferimento di incarichi di collaborazione: prestazione d'opera/ consulenze/ convenzioni attive/ borse di studio	GUPVRU	2	5	1	3	1	2	1	1	0	3	2,33	1,25	2,92	
		Conferimento incarichi professionali: patrocinio legale, perizie	AILCAT	1	5	1	3	1	1	1	1	1	5	2,00	2,00	4,00	
		Conferimento incarichi professionali: progettazione, collaudo, direzione sicurezza cantiere, direzione lavori	TECNICO PATR.	1	5	1	5	1	2	3	1	0	3	2,50	1,75	4,38	
		Conferimento incarichi professionali: perizie,	TECNICO PATR.	1	5	1	5	1	2	2	1	0	2	2,50	1,25	3,13	
2	AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE E AFFIDAMENTO DI OGNI ALTRO TIPO DI COMMESSA DISCIPLINATO DAL D.LGS. 163/2006	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	TECNICO PATR.	2	2	3	5	1	3	2	1	0	1	2,67	1,00	2,67	
		Definizione dell'oggetto dell'affidamento	FARMACIA T.	2	5	1	5	1	2	2	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Definizione dell'oggetto dell'affidamento	FARMACIA O.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Definizione dell'oggetto dell'affidamento	TECNICO PATR.	1	5	1	5	1	2	2	1	0	3	2,50	1,50	3,75	
		Definizione dell'oggetto dell'affidamento	S.INFORMATIVO	2	5	1	5	1	2	2	1	1	4	2,67	2,00	5,33	
		Individuazione dello strumento/ istituto per l'affidamento (compresi proroghe e rinnovi)	TECNICO PATRIM.	2	2	1	5	5	3	2	1	0	3	3,00	1,50	4,50	
		Requisiti di qualificazione	TECNICO PATRIM.	2	2	3	5	1	3	2	1	0	3	2,67	1,50	4,00	
		Requisiti di qualificazione	FARMACIA T.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Requisiti di qualificazione	FARMACIA O.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Requisiti di qualificazione	TECNICO PATR.	1	5	1	5	1	1	2	2	1	0	3	2,33	1,50	3,50
		Requisiti di qualificazione	S.INFORMATIVO	2	5	1	5	1	2	2	1	1	4	2,67	2,00	5,33	
		Requisiti di qualificazione	TECNICO PATR.	2	2	3	5	1	3	2	1	0	2	2,67	1,25	3,33	
		Valutazione delle offerte	TECNICO PATR.	5	2	3	5	1	3	2	1	0	2	3,17	1,25	3,96	
		Verifica delle eventuali anomalie delle offerte	TECNICO PATR.	2	2	3	5	1	3	2	1	0	3	2,67	1,50	4,00	
		Procedure negoziate	TECNICO PATR.	2	2	3	5	5	3	2	1	0	3	3,33	1,50	5,00	
		Affidamenti diretti	TECNICO PATR.	2	2	1	5	5	3	2	1	0	2	3,00	1,25	3,75	
		Affidamenti diretti	FARMACIA T.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Affidamenti diretti	FARMACIA O.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Affidamenti diretti	TECNICO PATR.	2	5	1	5	1	3	3	1	0	2	2,83	1,50	4,25	
		Affidamenti diretti	S.INFORMATIVO	2	5	1	3	1	2	2	1	1	4	2,33	2,00	4,67	
		Revoca del bando	TECNICO PATRIM.	5	2	1	5	1	5	2	1	0	4	3,17	1,75	5,54	
		Revoca del bando	FARMACIA T.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Revoca del bando	FARMACIA O.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Revoca del bando	TECNICO PATR.	1	5	1	1	1	3	3	1	0	2	2,00	1,50	3,00	
		Redazione del cronoprogramma	TECNICO PATRIM.	5	2	1	5	1	5	2	1	0	4	3,17	1,75	5,54	
		Redazione del cronoprogramma	FARMACIA T.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Redazione del cronoprogramma	FARMACIA O.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Redazione del cronoprogramma	TECNICO PATR.	1	5	1	5	1	2	2	1	0	3	2,50	1,50	3,75	
		Redazione del cronoprogramma	S.INFORMATIVO	2	5	1	5	1	2	2	1	1	4	2,67	2,00	5,33	
		Varianti in corso di esecuzione del contratto	TECNICO PATRIM.	5	2	1	3	1	5	3	1	0	2	2,83	1,50	4,25	
		Varianti in corso di esecuzione del contratto	FARMACIA O.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Varianti in corso di esecuzione del contratto	TECNICO PATR.	1	5	1	5	1	2	2	1	0	3	2,50	1,50	3,75	
		Varianti in corso di esecuzione del contratto	S.INFORMATIVO	2	5	1	5	1	2	2	1	1	4	2,67	2,00	5,33	
		Subappalto	TECNICO PATRIM.	2	2	1	5	1	2	3	1	0	3	2,17	1,75	3,79	
		Subappalto	TECNICO PATR.	1	5	1	5	1	1	3	1	0	2	2,33	1,50	3,50	
		Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	TECNICO PATRIM.	5	2	1	5	1	2	3	1	0	3	2,67	1,75	4,67	
		Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	FARMACIA T.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	FARMACIA O.	2	5	1	5	1	2	1	1	1	3	2,67	1,50	4,00	
		Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	TECNICO PATR.	2	5	1	5	1	2	3	1	0	3	2,67	1,75	4,67	

AREA	PROCESSO/ FASI /SPECIFICAZIONI	SERVIZI INTERESSATI	PROBABILITA'						IMPATTO				A. PROBABILITA' (totale punti)	B. IMPATTO (totale punti)	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO (A*B)	
			1. Discrezionalità	2. Rilevanza esterna	3. Complessità del processo	4. Valore economico	5. Frazionabilità del processo	6. Controlli	7. Impatto organizzativo	8. Impatto economico	9. Impatto reputazionale	10. Impatto organizzativo, economico e di immagine				
3	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Gestione delle liste di attesa per prestazioni sanitarie territoriali	DISTRETTI	2	5	1	3	1	2	3	1	2	1	2,33	1,75	4,08
		Gestione delle liste di attesa per prestazioni sanitarie ospedaliere (compresi i ricoveri)	DIR.MED.	2	5	1	3	1	2	1	1	2	4	2,33	2,00	4,67
		Erogazione delle prestazioni sanitarie di base	DISTRETTI	2	5	1	3	1	4	4	1	1	1	2,67	1,75	4,67
		Erogazione delle prestazioni sanitarie ospedaliere	DIR.MED.	2	5	1	5	1	2	1	1	2	4	2,67	2,00	5,33
		Autorizzazioni per il personale dipendente: svolgimento di attività libero – professionale	GUPVRU	2	2	1	1	1	2	1	1	0	2	1,50	1,00	1,50
		Autorizzazioni per il personale dipendente: partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	GOCCS	2	2	1	3	1	2	2	1	1	3	1,83	1,75	3,21
		Autorizzazioni per il personale dipendente: partecipazione di professionisti sanitari a convegni ed eventi formativi esterni sponsorizzati	GOCCS	2	2	1	3	1	4	2	1	1	3	2,17	1,75	3,79
		Accertamento invalidità civile, handicap ex legge 104/92, disabilità collocabile ex legge 68/99	SC MedLeg	2	5	3	5	1	1	3	1	0	3	2,83	1,75	4,96
		Autorizzazione patenti di guida	SC MedLeg	2	5	3	3	1	1	1	1	0	3	2,50	1,25	3,13
		Autorizzazione all'uso di fitosanitari	DI.PREV.	1	5	3	3	1	1	2	1	0	2	2,33	1,25	2,92
		Autorizzazione detenzione scorte farmaci veterinari presso allevamenti e/o veterinari	DI.PREV.	2	5	1	3	1	3	2	1	0	3	2,50	1,50	3,75
		Autorizzazione macellazione uso familiare	DI.PREV.	1	5	3	3	1	3	1	1	0	2	2,67	1,00	2,67
		Autorizzazione per vendita di farmaci veterinari presso magazzini all'ingrosso/dettaglio	DI.PREV.	2	5	1	5	1	3	2	1	0	3	2,83	1,50	4,25
		Parere per autorizzazione sanitaria all'esercizio di attività: studi veterinari, attività vendita animali, attività tolettatura	DI.PREV.	2	5	3	5	1	3	1	1	0	3	3,17	1,25	3,96
		Parere per autorizzazione comunale allo svolgimento di fiere, mercati, esposizioni, concentramenti e mostre animali (DPR 320/54)	DI.PREV.	2	5	3	3	1	3	1	1	0	3	2,83	1,25	3,54
		Nulla osta alla detenzione di animali esotici finalizzato al rilascio dell'autorizzazione sanitaria da parte del Comune di detenzione	DI.PREV.	2	5	1	3	1	3	2	1	0	3	2,50	1,50	3,75
		Parere per il riconoscimento CE	DI.PREV.	2	5	3	5	1	2	1	1	0	3	3,00	1,25	3,75
		Parere per utilizzo di acque potabili	DI.PREV.	1	5	3	5	1	1	1	1	0	3	2,67	1,25	3,33
		Parere preventivo su richiesta di soggetti privati	DI.PREV.	2	5	1	5	1	4	1	1	0	3	3,00	1,25	3,75
		Pareri e attestazioni su richiesta di soggetti privati nel proprio interesse	DI.PREV.	3	5	1	5	1	4	3	1	0	3	3,17	1,75	5,54
		Parere igienico sanitario in materia edilizia art. 5 dpr 380/2001 (Testo Unico in materia edilizia)	DI.PREV.	1	5	3	5	1	2	1	1	0	3	2,83	1,25	3,54
		Autorizzazione in deroga ai requisiti di altezza ex art. 63, comma 1, all. IV punto 1.2 del D.Lgs. n. 81/08	DI.PREV.	2	5	1	5	1	3	1	1	0	3	2,83	1,25	3,54
		Autorizzazione in deroga al divieto di utilizzo di locali sotterranei o semisotterranei ex art. 65 del D.Lgs. n. 81/08	DI.PREV.	2	5	1	5	1	3	1	1	0	3	2,83	1,25	3,54
Notifica ex art. 67 dlgs 81/2008 (costruzione, ampliamento ristrutturazione di edifici o locali da adibire a lavorazioni industriali)	DI.PREV.	2	5	3	5	1	3	1	1	0	3	3,17	1,25	3,96		
Notifica preliminare ex art. 99, all. XII dlgs 81/2008 (notifica preliminare apertura cantieri)	DI.PREV.	2	5	1	5	1	4	3	1	0	2	3,00	1,50	4,50		
4	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone giuridiche: Stipula contratti con le strutture sanitarie e socio-sanitarie (es. RSA), comunità psichiatriche e per tossicodipendenti accreditate presenti sul territorio dell'Asl	DSM,DPD,ACEP	2	5	3	5	1	2	3	1	0	5	3,00	2,25	6,75
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone giuridiche: Stipula contratti con le strutture socio-sanitarie (es. RSA), comunità psichiatriche e per tossicodipendenti accreditate presenti sul territorio dell'Asl	DISTRETTI	2	5	5	5	1	2	2	1	0	5	3,33	2,00	6,67
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone giuridiche: Stipula accordi con Farmacie aperte al pubblico e altri erogatori di farmaci e ausili a carico del servizio sanitario	FARMACIA T.	2	5	3	5	1	2	3	1	2	3	3,00	2,25	6,75
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone giuridiche: Stipula accordi con Farmacie aperte al pubblico e altri erogatori di farmaci e ausili a carico del servizio sanitario	PROTESICA	2	5	1	3	1	3	3	1	2	3	2,50	2,25	5,63
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche: rimborsi spese a dipendenti e componenti commissioni	GUPVRU	2	2	1	1	1	2	1	1	0	3	1,50	1,25	1,88
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche: riconoscimento esenzione ticket sanitari	DISTRETTI	1	5	1	3	1	3	2	1	1	1	2,33	1,25	2,92
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche: procedura per il rilascio di protesi e ausili (scarpe ortopediche, busti, carrozzine, letti speciali ecc)	PROTESICA	2	5	1	3	1	2	3	1	2	3	2,33	2,25	5,25
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche: liquidazione prestazioni sanitarie di alta specializzazione fruite all'estero	DISTRETTI	2	5	1	3	1	3	2	1	1	3	2,50	1,75	4,38
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche: inserimento di persone anziane / disabili in strutture residenziali	DISTRETTI	2	5	1	3	1	3	2	1	1	3	2,50	1,75	4,38
		Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche: erogazione di contributi economici alle famiglie che assistono in casa persone anziane non autosufficienti / persone disabili	DISTRETTI	2	5	1	3	1	3	2	1	1	3	2,50	1,75	4,38

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

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



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

***DELIBERAZIONE
DEL DIRETTORE GENERALE***

N° 45 del 23/01/2023

OGGETTO: PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2023.

PROPONENTE: SSD GOVERNO CLINICO E SVILUPPO STRATEGICO

§§§§§§§§§§

IL DIRETTORE GENERALE
(nominato con d.G.R. n° 10-3292 del 28/05/2021)

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

§§§§§§§§§§

Il Dirigente Responsabile della S.S.D. Governo Clinico e Sviluppo Strategico formula la sottoestesa proposta istruttoria:

§§§§§§§§§§

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

che in linea con il manuale della Qualità della Formazione si è provveduto alla rilevazione dei bisogni formativi a cura dei Referenti Dipartimentali della Formazione, nel periodo novembre/dicembre 2022;

che sulla base delle proposte derivate dai bisogni formativi è stato elaborato il "Piano Formativo Aziendale anno 2023";

DATO ATTO che il "Piano Formativo Aziendale anno 2023" è stato approvato dal Comitato Scientifico in data 12/01/2023;

che in data 17/01/2023 il Direttore della s.c. GPVRU ha trasmesso alle OO.SS. del Comparto e alle RSU il "Piano Formativo Aziendale anno 2023" e che ad oggi non sono pervenute osservazioni;

RITENUTO di approvare il "Piano Formativo Aziendale anno 2023" allegato (all. 1) quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, dando mandato alla ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico di predisporre l'attivazione e l'accreditamento ECM dei corsi proposti, man mano che verranno definiti nel dettaglio di progettazione e per quanto compatibili con le modalità di erogazione consentite;

DELIBERA

Per tutto quanto in premessa esposto:

1.)**di approvare** il "Piano Formativo Aziendale anno 2023" allegato quale parte integrante della presente deliberazione (all.1), riservandosi di integrarlo ulteriormente in relazione a sopravvenute esigenze e bisogni formativi, ovvero, per l'intervento di nuove disposizioni normative, ovvero per l'implementazione di eventuali iniziative regionali;

2.)**di dare mandato** alla ssd Governo Clinico e Sviluppo Strategico di predisporre l'attivazione e l'accreditamento ECM dei corsi proposti, man mano che verranno definiti nel dettaglio di progettazione e per quanto compatibili con le modalità di erogazione consentite;

3.)**di dichiarare** che la spesa del presente provvedimento trova copertura nel budget di 40.000 euro assegnato provvisoriamente per la gestione corrente 2023 con e-mail dal Controllo di

Gestione del 29 novembre 2022. In seguito si provvederà ad integrare il budget sulla base degli atti deliberativi approvati;

4.) **di dichiarare** il presente provvedimento immediatamente eseguibile stanti le ragioni d'urgenza che hanno indotto all'assunzione del medesimo.

§§§§§§§§§§

II DIRETTORE GENERALE

VISTA la sopra estesa proposta istruttoria;

con il concorso dei pareri dei Direttori: Amministrativo e Sanitario;

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

II DIRETTORE GENERALE

Dott. Angelo Penna

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

§§§§§§§§§§

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

Allegato n. 1 – Piano Formativo Aziendale anno 2023.



PIANO FORMATIVO 2023
APPROVATO

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

Totale Eventi: 45

Codice evento PF2356	
Titolo	IL LINGUAGGIO DELL'ACCORDO AVANZATO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE
Bisogno formativo	BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	QUALIFICARE LA COMUNICAZIONE COME COMPETENZA CENTRALE DEGLI OPERATORI SANITARI PER SVILUPPARE IL SENSO DI SQUADRA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2347*A	
Titolo	FORMAZIONE SPECIFICA ALLA SALUTE E SICUREZZA PER STAGISTI (ART. 37 D.LGS 81/08) MODULO PER MANSIONI A RISCHIO ALTO IN AREA SANITARIA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	FORMARE GLI STAGISTI IN IN ASL NO SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA (D.LGS 81/08) IN MATERIA DI FORMAZIONE SPECIFICA ALLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO
Progettista di riferimento	
Codice corso	Titolo corso
42533	FORMAZIONE SPECIFICA ALLA SALUTE E SICUREZZA PER STAGISTI (ART. 37 D.LGS 81/08) MODULO PER MANSIONI A RISCHIO ALTO IN AREA SANITARIA

Codice evento PF2339*A	
Titolo	DA VENA A VENA DAL DONATORE AL RICEVENTE. IL PERCORSO DI UN EMOCOMPONENTE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	RIDURRE L'ERRORE E L'INAPPROPRIATEZZA TRASFUSIONALE ATTRAVERSO LA DIFFUSIONE DEL PERCORSO DELL' EMOCOMPONENTE DAL DONATORE A L RICEVENTE.
Progettista di riferimento	
Codice corso	Titolo corso
42590	DA VENA A VENA DAL DONATORE AL RICEVENTE. IL PERCORSO DI UN EMOCOMPONENTE

Codice evento PF2338	
Titolo	IMPARARE DAGLI ERRORI: PERCHÉ SEGNALARLI E COME
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	DIFFONDERE FRA GLI OPERATORI LA CULTURA DELL'ERRORE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2337	
Titolo	MANAGEMENT DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN ASL NO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	DIFFONDERE TRA GLI OPERATORI LE MODALITA' DI GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN ASL NO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2336	
Titolo	"I DP: LI USIAMO SEMPRE E CORRETTAMENTE? CORSO VALIDO AI SENSI EX ART. 37 COMMA 7 D.LGS. 81/2008"
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	DIFFONDERE TRA GLI OPERATORI LE MODALITA' DI UTILIZZO DEI DPI IN ASL NO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2335	
Titolo	PREVENZIONE DELLE CADUTE IN ASL NO AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	DIFFONDERE TRA IL PERSONALE LE MODALITA' OPERATIVE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE IN ASL NO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2334	
Titolo	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE AVANZATA NELL'ADULTO -ALS. AREA EMERGENZA ED URGENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE AVANZATA NELL'ADULTO.
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2333	
Titolo	PROMOZIONE DELLA MEDICINA DI GENERE AREA SALUTE E MEDICINA DI GENERE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE LA MEDICINA DI GENERE NELLA PRATICA CLINICA
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2332*A	
Titolo	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE BASE NELL'ETA PEDIATRICA-PBLSD AREA EMERGENZA ED URGENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE BESE NELL'ETA' PEDIATRICA.
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA
Codice corso	Titolo corso
42506	PBLSD SECONDO LA METODOLOGIA IRC

Codice evento PF2331	
Titolo	PIANI DI EMERGENZA (D.LGS 81/08)
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE CONOSCENZE SULLA GESTIONE DELLE EMERGENZE IN ASL NO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2330	
Titolo	"FORMAZIONE PREPOSTI (ART. 37 - D.LGS 81/08)"
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	FORMARE I PREPOSTI IN ASL NO SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA (ART. 37 - D.LGS 81/08).
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2329	
Titolo	FORMAZIONE ADDETTI ANTINCENDIO (D.LGS 81/08)"
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	FORMARE GLI ADDETTI ANTINCENDIO IN ASL NO SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA NORMATIVA (D.LGS 81/08) ED EVENTUALE AGGIORNAMENTO
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2328	
Titolo	AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE (ART.37 D.LGS 81/08)
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE L'AGGIORNAMENTO RELATIVO ALLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO IN ASL NO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2327

Titolo	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE BASE NELL'ADULTO-ILS. ORGANIZZAZIONE DELLA RISPOSTA IN CASO DI EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA EMERGENZA ED URGENZA
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE BESE NELL'ADULTO E ORGANIZZAZIONE DELLA RISPOSTA IN CASO DI EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA.
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2326

Titolo	GESTIONE GRAVIDANZA E PARTO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA MATERNO INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	GRAVIDANZA FISIOLÓGICA E PATOLOGICA: GESTIRE, PROTEGGERE E CURARE UNA NUOVA VITA DAL CONCEPIMENTO ALLA NASCITA.
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2325

Titolo	QUALITÀ ED ORGANIZZAZIONE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE LA CULTURA DELLA QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO IN AZIENDA PER LE ATTIVITÀ/PROCESSI AD IMPATTO ORGANIZZATIVO.
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2324

Titolo	PRELIEVO E DONAZIONE D'ORGANO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA ETICA E DEONTOLOGICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE CONTENUTI TECNICI, ORGANIZZATIVI E PSICOLOGICI PER LA GESTIONE DEL PRELIEVO/TRAPIANTO D'ORGANI
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2323	
Titolo	PREVENZIONE ERRORE AB0: DISPOSITIVI AL LETTO DEL PAZIENTE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE STRUMENTI ED INDICAZIONI PER PREVENIRE GLI ERRORI IN AMBITO TRASFUSIONALE
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2322	
Titolo	PNRR: PROMOZIONE DELL'INTEGRAZIONE E DELLA CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO-PIANO CRONICITÀ- COT-TELEMEDICINA/TELEMONITORAGGIO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA CURE PRIMARIE E DOMICILIARI
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	RISPONDERE IN MODO GLOBALE AI BISOGNI DELL'ASSISTITO, UTILIZZANDO STRATEGIE E STRUMENTI(ANCHE TELEMATICI) D'INTEGRAZIONE E DI CONTINUITÀ TRA CURE OSPEDALIERE E TERRITORIALI/DOMICILIARI. ATTUARE I NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIOANLI QUALI COT, CASE DELLE COMUNITÀ
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2321	
Titolo	IN FORMA AL LAVORO A TUTTE LE ETÀ PER UNA SANITÀ IN SALUTE CHE PROMUOVE SALUTE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE LA SALUTE IN AMBITO LAVORATIVO
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2320	
Titolo	PIANO DI PREVENZIONE ALLA SALUTE - PLP
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	IL PIANO PER LA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE (COMPRESI PIANI VACCINALI). PROMOZIONE DEGLI STILI DI VITA E SORVEGLIANZA ATTIVITÀ IN AMBITO VETERINARIO
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2319	
Titolo	COMUNICAZIONE INFORMAZIONE E RELAZIONE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE STRUMENTI ADEGUATI PER UNA OTTIMALE COMUNICAZIONE INTERNA, ESTERNA, CON IL PAZIENTE. PROMUOVERE LE CONOSCENZE RELATIVAMENTE ALLA PRIVACY ED IL CONSENSO INFORMATO.
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2318	
Titolo	IGIENE, SICUREZZA ALIMENTARE E SICUREZZA VETERINARIA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA IGIENE - SANITA' PUBBLICA VETERINARIA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE LA SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA SIA IN ASL NO CHE SUL TERRITORIO
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2317	
Titolo	GESTIONE DEL DIABETE NEL PAZIENTE OSPEDALIZZATO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA INTERDISCIPLINARE MEDICO-CHIRURGICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE CONOSCENZE IN MERITO ALLA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO OSPEDALIZZATO
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2316	
Titolo	GESTIONE DEI DATI , PRIVACY E TRASPARENZA, ANTICORRUZIONE, ANALISI DELLA NORMATIVA, CYBER SECURITY
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA GIURIDICO - NORMATIVA
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE: -LA SICUREZZA E LA RISERVATEZZA DEI DATI(ANCHE IN MATERIA DI CYBER SECURITY -IL RISPETTO DELLA NORMATIVA IN AMBITO DI ANTI CORRUZIONE E TRASPARENZA.
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2315

Titolo	EMERGENZA OSTETRICA AREA EMERGENZA ED URGENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE LE CONOSCENZE RELATIVE ALL'EMERGENZA OSTETRICA
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2314

Titolo	PROBLEMATICHE INFANTILI E DELL'ETÀ EVOLUTIVA AREA MATERNO INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE STRATEGIE DI GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE INFANTILI E DELL'ETÀ EVOLUTIVA
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2313

Titolo	DISCUSSIONE DI CASI CLINICI AREA METODOLOGICA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE L'APPROCCIO MULTIDISCIPLINERE E MULTIPROFESSIONALE NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI
Progettista di riferimento	

Codice evento PF2312

Titolo	LA GESTIONE DEL DOLORE NEI DIVERSI AMBITI AREA INTERDISCIPLINARE MEDICO-CHIRURGICA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE INDICAZIONI AGLI OPERATORI PER LA GESTIONE DEL DOLORE NEI DIVERSI SETTING
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2311

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE, NEL SETTING OSPEDALIERO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA METODOLOGICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE/AMPLIARE LE COMPETENZE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING OSPEDALIERO
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF2310

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE SETTING TERRITORIALE
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA METODOLOGICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE/AMPLIARE LE COMPETENZE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING TERRITORIALE
Progettista di riferimento	

Codice evento PF239

Titolo	COMPETENZE TECNICHE SANITARIE SPECIFICHE IN LABORATORIO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA DIAGNOSTICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE/AMPLIARE LE COMPETENZE SANITARIE SPECIFICHE NEL SETTING DI LABORATORIO.
Progettista di riferimento	

Codice evento PF238

Titolo	QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITÀ E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE LA CULTURA DELLA QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO IN AZIENDA
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF237

Titolo	AUDIT CLINICO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA METODOLOGICA
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	PROMUOVERE L'UTILIZZO DELL' 'AUDIT CLINICO COME STRUMENTO DI MIGLIORAMENTO
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF236

Titolo	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	CORRETTA GESTIONE E PRESCRIZIONE DI FARMACI/ PRESID/INDAGINI DIAGNOSTICHE E STRUMENTALI.
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF235

Titolo	I SISTEMI INFORMATICI E DI GESTIONE. LE PIATTAFORME
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA INFORMATICA E LINGUE STRANIERE
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE CONOSCENZE E COMPETENZE RELATIVE AI SISTEMI INFORMATICI PRESENTI IN AZIENDA ASL NO. FAVORIRE L'UTILIZZO DELLE PIATTAFORME INFORMATICHE E DI SPECIFICI SOFTWARE.
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF234

Titolo	GESTIONE DELLE NUOVE TERAPIE E DEI NUOVI DISPOSITIVI
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA SPECIALITA' MEDICHE
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA - RACCOLTA ESIGENZE PARTECIPANTI
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE AGGIORNAMENTI RISPETTO AI NUOVI FARMACI E DISPOSITIVI UTILIZZATI IN DIABETOLOGIA
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA

Codice evento PF232*A	
Titolo	IL PERCORSO DELL'OPERATORE PROFESSIONISTA "NEOASSUNTO" PRESSO IL SIMT ALLA LUCE DEI NUOVI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA GIURIDICO - NORMATIVA
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	FARE ACQUISIRE AL NEOASSUNTO CONOSCENZE TEORICHE ED AGGIORNAMENTI IN MERITO AI NUOVI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA
Codice corso	Titolo corso
42448	IL PERCORSO DELL'OPERATORE PROFESSIONISTA "NEOASSUNTO" PRESSO IL SIMT ALLA LUCE DEI NUOVI REQUISITI DI ACCREDITAMENTO

Codice evento PF221709*A	
Titolo	TUTORAGGIO/AFFIANCAMENTO/ADDESTRAMENTO
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	FORNIRE AL DISCENTE LE CONOSCENZE ADEGUATE PER POTER SVOLGERE IL PROPRIO LAVORO IN SICUREZZA PER SE' E PER IL PAZIENTE/UTENTE.
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA
Codice corso	Titolo corso
42407	PIANO FORMAZIONE PER CPSI ASSEGNATO AL CENTRO DIALISI

Codice evento PF221652*A	
Titolo	RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE BASE NELL' ADULTO BLDS
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA EMERGENZA ED URGENZA
Bisogno formativo	BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA
Finalità pianificata provvisoria	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE BESE E AVANZATA, NELL'ADULTO E NELL'ETA' PEDIATRICA. ORGANIZZAZIONE DELLA RISPOSTA IN CASO DI EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA ED EXTRAOSPEDALIERA
Progettista di riferimento	BOCA IRENE MARIA AUGUSTA
Codice corso	Titolo corso
42368	BLSD IRC
42246	ILS IMMEDIATE LIFE SUPPORT (ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL).

Codice evento PF221651*A	
Titolo Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale Bisogno formativo Finalità pianificata provvisoria Progettista di riferimento	FORMAZIONE OBBLIGATORIA AI SENSI DEL D.LGS 81/08 AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO BISOGNO REGIONALE - BISOGNO DELL'AZIENDA - BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA PROMUOVERE LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO IN ASL NO. FORNIRE CONOSCENZE IN MERITO ALLA MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI.
Codice corso	Titolo corso
42524	FORMAZIONE DEI DIRIGENTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO, AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE (ART. 37 COMMA 7 D.L.VO 81/2008).
42369	FORMAZIONE DEI DIRIGENTI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (ART. 37 COMMA 7 D.L.VO 81/2008)
42243	FORMAZIONE GENERALE ALLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 D.LGS 81/08)
42244	FORMAZIONE SPECIFICA ALLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 D.LGS 81/08) MODULO PER MANSIONI A RISCHIO ALTO IN AREA SANITARIA (12 ORE)

Codice evento PF221496*A	
Titolo Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale Bisogno formativo Finalità pianificata provvisoria Progettista di riferimento	L'ESAME DEL VISUS AREA DIAGNOSTICA BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA FORNIRE AI DISCENTI NOZIONI TEORICO PRATICHE IN MERITO ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME DEL VISUS BOCA IRENE MARIA AUGUSTA
Codice corso	Titolo corso
42178	L'ESAME DEL VISUS

Codice evento PF221384	
Titolo Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale Bisogno formativo Finalità pianificata provvisoria Progettista di riferimento	IL LINGUAGGIO DELL'ACCORDO AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE BISOGNO DEL DIPARTIMENTO O STRUTTURA COMPLESSA QUALIFICARE LA COMUNICAZIONE COME COMPETENZA CENTRALE DEGLI OPERATORI SANITARI PER SVILUPPARE IL SENSO DI SQUADRA

Codice evento PF221381*A	
Titolo	REACTION: LA COMUNITÀ CHE SI PRENDE CURA DI TE.
Ambito/Obiettivo formativo di riferimento regionale	AREA GESTIONALE E MANAGERIALE
Bisogno formativo	BISOGNO DELL'AZIENDA
Finalità pianificata provvisoria	L'EVENTO FORMATIVO E' FINALIZZATO ALLA DIVULGAZIONE DEI RISCONTRI CONCLUSIVI DEL PROGETTO REACTION: UN PROGETTO DI COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA TRA L'ITALIA E IL CANTONE TICINO FINANZIATO DAL PROGRAMMA INTERREG IT-CH (2014-2020) IL CUI OBIETTIVO QUELLO DI FAVORIRE LA PERMANENZA DELL'ANZIANO FRAGILE, CHE VIVE IN PICCOLI CENTRI URBANI E COMUNITÀ MONTANE, AL DOMICILIO, IL PIU POSSIBILE IN BUONA SALUTE.
Progettista di riferimento	MATELLA ROMINA
Codice corso	Titolo corso
42387	REACTION: LA COMUNITA' CHE SI PRENDE CURA DI TE. EVENTO FINALE

APPROVAZIONE COMITATO

DATA APPROVAZIONE: 12/01/2023

NOTE: Il comitato scientifico ha approvato il piano formativo 2023 durante l'incontro del 12/01/2023.