



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 55 del 31/01/2025

**Oggetto: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED
ORGANIZZAZIONE (PIAO) - TRIENNIO 2025/2027**

Copia informatica , tratta, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3/bis, comma 4/bis ed all'art. 23 del D.Lgs 82/2005, dal documento informatico sottoscritto con firma digitale, predisposto e conservato presso l'Amministrazione in conformità al D.Lgs. 82/2005 (C.A.D.) identificato con HASH, indicato/i in calce, dell'atto in oggetto e dei suoi allegati.

RIFERIMENTI INFORMATICI:

- DEL_2071995.pdf.p7m

2CEDC0CA4AD0DB80033A56542EBF6A67D3F5FFF213A9FD580A834A16FCB4C8E5468A5EB5AB007DA56E9EF
8A5A2D3D66AC837EADC56774FF45A4290C757F6DE86

- ALL 2 - MAPPATURA DEI PROCESSI -.pdf.p7m

A2FB33F62E95A7D8FED6F04B7EE34294B1A71B5B94ED766A9858B37F184CD32E05A182D984E9B2C5B3FF0
977695A9DE05B82F5063440D82A9633F5708A83B2BA

- ALL 3 - VALUTAZIONE DEI RISCHI.pdf.p7m

F4B431A81D7DACE2A17FC61F0C05A687C4F6C8D5CD1501B8CF65A6E7337F3167093DB8E4C508BD167B46D
4F56CB711AB58E2DCA358227C0929A5596B63014955

- ALL 1 - obiettivi 2025 -.pdf.p7m

F38EEEEED19CB6B69647128056F65B4AC9E8BE5D7477C93604D94DFAD33B0DB1E0324E5E099DEB0E70D3F3
D515F3A70DD632C925C473228332ED9E024286105BE

- ALL 9 - PIANO FORMATIVO 2025.pdf.p7m

2C830BBCE0F65C489DD055909553A6D4B67FB4B9FAA1D76C50DAD39E3836B9F1E78EF1DAA2D93F860CF19
8F044799E48878A84B60384F67F2D1E642F2E4B5CF4

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



*Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano*

- ALL 5 - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE.pdf.p7m

74711B73111E7BA3AB09A626FE7BF7AAC9E5B6235A1CEA2557B0B87CB3E6809B73F550EFE8D3952C61E9E126DE1CEE7569D04064CEDF9FC6FF1D07C510485164

- ALL 6 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA.pdf.p7m

B088E794BBB5F77299528CBE4DCC43C994DABAE9EEDC75877CCF819F1828E3D76781D9FD3E54B4712C618A5CABEAC404EA89B7B10BD577421889D651EB71BBF0

- ALL 7 - ORGANIZZAZIONE LAVORO A DISTANZA.pdf.p7m

DDAE13711C4F6B4AE2E2FDCBFE3DA86C48D645B47AF1A5BD247C1400CA2146641B81EE6CED54C3B64D1D918DB693AC5781EE454DD6BF9A64C943E670DFBFF6DB

- ALL 8 - DOTAZIONE 2023 - 2025.pdf.p7m

D0EA0DD2F1DBB3826C5E3F0C352C33C45F9FBC5FA6C52DCD832DF85AB9BCF8636E501FA8A9572A61D72AD86A66C2220EB5520FC199980213989B58276D544AD4

- PIAO 2025 - 2027.pdf.p7m

AF06AF9AAF22E1ECCC62BB349682FE16D77DE97552715945ABD1BD6BBA05C8FB104E83A4FDB4E1E9495321EC219F4B8E39AA23EA07F4EE245EF23685AC6A2801

- ALL 4 - PROGRAMMA DELLE MISURE.pdf.p7m

D72791CF526AAF544C1E70BF6E78E65DAA23E7B3C48A97FCC74AC6C179231E001E226AB2F3699572EB33507E789BB203E7C621FEC71FD20E9B11918FDF35C909

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) - TRIENNIO 2025/2027

Struttura proponente: S.C. Risorse Umane

Il Responsabile del Procedimento
ex artt. 5 – 6 L. 7.8.90 n. 241

Dott. CANOVA CRISTIANO

Il Direttore
della struttura proponente

Dott.ssa RINAUDO ANTONELLA

Registrazione contabile

Anno	Autorizzazione/sub	Conto	Importo
Struttura titolare della spesa			
Dott.			

PARERE DEI DIRETTORI AMMINISTRATIVO E SANITARIO (ex D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.)

Il Direttore Amministrativo

Dott. ROBERTO D'ANGELO

(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

Il Direttore Sanitario

Dr. SALVATORE DI GIOIA

(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Davide Minniti

- Vista la D.G.R. n. 27-8058/2023/XI del 29/12/2023 con la quale il sottoscritto è stato nominato Direttore Generale di quest'Azienda;

- visti gli atti relativi alla materia in trattazione ovvero:

- l'art. 6 del D.L. n. 80/21, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, che ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), inteso come documento unico di programmazione finalizzato ad assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione a cui le medesime sono tenute;
- il D.P.R. del 26/05/2022 relativo alla individuazione e soppressione degli adempimenti assorbiti dal piano integrato;

- preso atto che il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione è deputato, ai sensi del disposto del sopracitato DPR a sostituire, nelle specifiche sezioni, i seguenti strumenti di programmazione, previsti dalla vigente normativa:

- a) *il Piano della Performance*, quale documento programmatico che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed i relativi indicatori per la misurazione e valutazione della performance dell'amministrazione, con contestuale definizione degli obiettivi operativi da assegnare annualmente alle strutture aziendali;
- b) *il Piano Formativo*, quale strumento di programmazione dei fabbisogni formativi che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati allo sviluppo delle conoscenze tecniche e competenze trasversali e manageriali del personale, correlati all'ambito d'impiego ed alle progressioni di carriera;
- c) *il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale* che indica la consistenza della dotazione organica definendone, attraverso la programmazione del reclutamento di nuove risorse, la rimodulazione in base ai programmati fabbisogni;
- d) *Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza*;
- e) *Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)*, quale strumento per definire le strategie di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;

- vista la normativa e gli atti relativi ai predetti documenti:

a) Piano della Performance:

- gli artt. 5 e 10 del D.Lgs. 150/09;
- l'art. 30 del CCNL Area Funzioni Locali, sottoscritto in data 17/12/2020;
- l'art. 70 del CCNL Area Sanità, sottoscritto in data 23/01/2024;
- l'art. 103 del CCNL Personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 02.11.2022;

- la deliberazione n. 658 del 27/12/2024 con la quale è stato approvato il Piano della Performance anno 2025;

b) Piano Formativo:

- l'art. 7 bis del D.Lgs. n. 165/2001, così come integrato dall'art. 4 della L. n. 3 del 16/01/2003;
- gli artt. 64 e 66 del CCNL Personale del Comparto Sanità;
- l'art. 45 del CCNL dell'Area Sanità, sottoscritto in data 23/01/2024 e del CCNL dell'Area delle Funzioni Locali, sottoscritto in data 17/12/2020;
- la nota prot. n. 12526 del 12/07/2024 con la quale si richiedeva alle strutture aziendali la rilevazione dei bisogni e delle proposte formative da inserire nella piattaforma ECM Piemonte per l'anno 2025;
- la nota prot. n. 23953 del 13.12.2024, con la quale è stata trasmessa alle OO.SS. Comparto, Area Sanità e Area Funzioni Locali la bozza del Piano Formativo 2025;
- la nota prot. n. 23954 del 13.12.2024 con la quale la medesima bozza è stata trasmessa al Collegio di Direzione
- la deliberazione n. 9 del 15/01/2025 relativa all'approvazione del Piano Formativo 2025;

c) Piano Triennale del Fabbisogno del Personale:

- l'art. 6, comma 1 del summenzionato D.Lgs n. 165/01, integrato e novellato dal D.Lgs n. 75 del 25/05/2017;
- le linee di indirizzo definite con decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 08/05/2018;
- l'art. 11 del D.L. n. 35/2019 convertito, nella legge n. 60/2019;
- le Determinazioni del Direttore Generale Direzione Sanità n. 516 del 01.08.2018, n. 79 del 06.02.2019, n. 208 del 04.03.2020 e n. 1109 del 07.07 2021, con cui sono state approvate le linee guida di indirizzo regionale per la predisposizione dei PTFP delle ASR;
- la DGR n. 30 - 7328/2023/XI del 31/07/2023 di approvazione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale dell'AOU San Luigi per il triennio 2022 - 2024;
- la DGR n. 33 - 538/2024/XII del 16/12/2024 con cui sono state date indicazioni alle ASR per l'adozione dei PTFP per il triennio 2023 - 2025;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, triennio 2023 - 2025, trasmesso in data 16/01/2025, ancora in attesa di approvazione;

d) Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- la L. n. 190 del 6/11/2012;
- l'art. 10 del D.lgs. n. 33 del 14.03.2013;
- la sezione "*Rischi Corruttivi e Trasparenza*" del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2023 - 2025;

e) Piano Organizzativo del Lavoro Agile:

- l'art. 14 comma 3) della L. n. 124 del 27/08/2015;
- l'art. 18 comma 3) della L. n. 81 del 22/05/2017 il quale prevede che le disposizioni introdotte in materia di lavoro agile si applicano, in quanto compatibili, anche nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del

D.lgs n. 165/01 e s.m.i., secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'art. 14 della summenzionata L. 124/2015;

- il DPCM del 23/09/2021 e la direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/12/2023;
- gli artt. 76 e s.s. del CCNL Personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 02.11.2022;
- gli artt. 92 e s.s. del CCNL dell'Area Sanità, sottoscritto in data 23/01/2024;
- il regolamento disciplinante il lavoro a distanza inserito all'interno del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) triennio 2024/2026;

- visti altresì:

- la deliberazione n. 210 del 31/03/2023, di adozione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), triennio 2023/2025;
- la deliberazione n. 36 del 31/01/2024, relativa all'adozione del summenzionato Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), triennio 2024/2026;

- preso atto che la nomina del Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'AOU San Luigi di Orbassano è in fase di pubblicazione da parte dell'Ufficio per la qualità della performance e le riforme del Dipartimento della Funzione Pubblica;

- ritenuto pertanto, alla luce del disposto del sopra citato D.L. n. 80/21, di approvare l'allegato Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), relativo al triennio 2025/2027, da aggiornarsi annualmente;

- preso atto che la presente deliberazione viene proposta dal Direttore della S.C. Risorse Umane che la sottoscrive;

- acquisiti i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs 30.12.1992 n. 502;

per quanto sopra considerato e ritenuto

DELIBERA

- 1) di approvare l'allegato Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) relativo al triennio 2025/2027, quale documento unico di programmazione, che sarà oggetto di aggiornamento annuale effettuato sulla base delle necessità ravvisate dall'Amministrazione e delle eventuali linee di indirizzo normative che interverranno in merito;
- 2) di pubblicare il PIAO 2025/2027 sul sito istituzionale dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano e sul sito *Amministrazione Trasparente - Disposizioni Generali - sezione "Atti Amministrativi Generali"*, con invio del medesimo al Dipartimento della Funzione Pubblica per la pubblicazione sul relativo portale;
- 3) di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale per quanto di competenza;
- 4) di pubblicare il presente provvedimento per quindici giorni consecutivi, sul sito informatico dell'Azienda Ospedaliero -Universitaria San Luigi Gonzaga;

- 5) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile (ex art. 28 L.R. 10/95) considerata la scadenza (31/01/2025) per l'approvazione del PIAO 2025/2027.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. DAVIDE MINNITI

(Sottoscritto digitalmente ai sensi
dell'art. 21 D.Lgs n. 82/2005 e s.m.i.)

Allegati al Piano Integrato di Attività ed Organizzazione 2025/2027:

- All. 1 - Obiettivi 2025*
- All. 2 - Mappatura dei processi*
- All. 3 - Valutazione dei rischi*
- All. 4 - Programma delle misure*
- All. 5 - Obblighi di pubblicazione*
- All. 6 - Struttura Organizzativa*
- All. 7 - Organizzazione lavoro a distanza*
- All. 8 - Dotazione Organica 2023-2025*
- All. 9 - Piano Formativo 2025*



Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027





Sommario

Premessa	5
Sezione 1: Scheda anagrafica dell'AOU San Luigi Gonzaga	6
Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione	7
2.1.1 - Valore pubblico	7
2.1.2 - Governo delle Liste di Attesa	8
2.1.3 - Fascicolo sanitario elettronico	10
2.1.4 - Gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso	10
2.1.5 - Percorsi LEAN per l'attività di sala operatoria	11
2.1.6 - Health Technology Assessment (HTA)	12
2.1.7 - Telemedicina	12
2.1.8 - Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente	13
2.1.9 - Attenzione agli esiti delle cure	14
2.1.10 - Sicurezza del paziente	14
2.1.11 - Contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza	15
2.1.12 - Promozione e comunicazione	16
2.2.1 - L'Albero della Performance	16
2.2.2 - Il ciclo della Performance	18
2.2.3 - Gli obiettivi strategici ed operativi	22
2.2.4 - La misurazione e valutazione della Performance	22
2.3.1 - Rischi corruttivi e trasparenza	22
2.3.2 - Parte Generale	23
<i>L'Organo di indirizzo politico:</i>	24
<i>Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ()</i>	24
<i>I Dirigenti e i Responsabili delle unità organizzative:</i>	25
<i>L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)</i>	25
<i>I Referenti e la struttura di supporto</i>	26
<i>I dipendenti</i>	27
<i>L'Ufficio per il Procedimenti Disciplinari (UPD)</i>	28
2.3.3 - Analisi del Contesto	28



Il contesto esterno	28
Contesto interno	29
2.3.4 - Gestione del rischio	32
2.3.4.1 - Procedimento di approvazione della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO	32
2.3.4.2 - Mappatura dei processi e identificazione dei rischi	33
2.3.4.3 - Valutazione (analisi e ponderazione) dei rischi	34
2.3.4.4 - Trattamento dei rischi	36
2.3.4.5 - Monitoraggio dei Processi e delle Misure	37
2.3.4.6 - Misure obbligatorie	39
<i>Trasparenza</i>	40
<i>Codice di comportamento</i>	40
<i>Rotazione del personale</i>	40
<i>Rotazione ordinaria</i>	41
<i>Rotazione straordinaria</i>	42
<i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse</i>	43
<i>Incarichi d’ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali</i>	44
<i>Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali</i>	44
<i>Attività successive alla cessazione del servizio</i>	45
<i>Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di delitti contro la Pubblica Amministrazione</i>	45
<i>Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)</i>	46
<i>Whistleblower e denunce anonime</i>	46
<i>Tutela della riservatezza</i>	46
<i>Divieto di discriminazione</i>	47
<i>Sottrazione della denuncia al diritto di accesso</i>	47
<i>Formazione del personale</i>	49
<i>Patti di integrità negli affidamenti</i>	49
<i>Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile</i>	50
<i>Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo</i>	50
2.3.5 - Coordinamento con il Piano della Performance	51
2.3.6 - Programmazione dell’attuazione della Trasparenza	51
2.3.6.1 - Obiettivi strategici in materia di Trasparenza	52



2.3.6.2 - Strutture e dirigenti coinvolti.....	53
2.3.6.3 - Coinvolgimento degli stakeholder.....	54
2.3.6.4 - Responsabili della trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati.....	54
2.3.6.5 - Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi	55
2.3.6.6 - Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza	55
<i>Misure per assicurare l'efficacia dell'Accesso Civico</i>	56
<i>Dati ulteriori</i>	58
Sezione 3: Organizzazione e capitale umano	59
3.1 - Struttura organizzativa	59
3.2 - Organizzazione del lavoro agile.....	59
3.3 - Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) 2023-2025	59
3.4 - Formazione del personale	60
<i>Formazione interna</i>	61
<i>Formazione esterna</i>	61
<i>Risorse finanziarie</i>	61
Formazione interna:	61
Formazione esterna:.....	62
Sezione 4: Monitoraggio.....	63



Premessa

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

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

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

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

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

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

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

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



Sezione 1: Scheda anagrafica dell'AOU San Luigi Gonzaga

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

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

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

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

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

Altra sede operativa è a Beinasco, via San Giacomo 2, ove insistono il Corso di Laurea in Infermieristica ed il Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica.



Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1.1 - Valore pubblico

Con il termine Valore Pubblico le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono il livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale, sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders, creato da un'amministrazione pubblica rispetto a un livello di partenza.

Un buon servizio sanitario pubblico deve essere etico, offrire prestazioni di qualità, essere efficiente ed efficace, responsivo e sostenibile da un punto di vista economico-finanziario e dal punto di vista ambientale.

Il Valore Pubblico ha un impatto rilevante rivolto sia all'esterno - nei confronti di cittadini, utenti e stakeholders - sia all'interno tramite una forte sinergia tra economicità (intesa quale efficacia ed efficienza nel gestire le risorse) e socialità.

In qualità di Azienda ospedaliera integrata con l'Università degli Studi di Torino, l'AOU San Luigi Gonzaga persegue obiettivi di integrazione e collaborazione tra le attività di ricerca e di didattica proprie dell'Università e quelle clinico-assistenziali e di efficienza gestionale proprie dell'Azienda Ospedaliera, riconoscendo l'inscindibilità delle tre funzioni di assistenza, ricerca e didattica.

In relazione alla funzione di assistenza, l'AOU San Luigi Gonzaga si impegna a soddisfare le aspettative e i bisogni di salute dei cittadini/utenti, garantendo elevati standard assistenziali, tempestività nelle risposte ai bisogni di salute, libertà di scelta ed equità nell'accesso ai servizi, appropriatezza, efficacia, sicurezza e qualità nelle prestazioni erogate, tramite:

- l'innovazione e la differenziazione dell'offerta clinico-assistenziale per livelli di specializzazione crescente, con un progressivo ampliamento della gamma delle tipologie di servizio offerte
- la razionalizzazione e l'efficientamento dei servizi
- la ricerca di nuovi modelli volti a valorizzare e a potenziare l'offerta clinico-assistenziale, secondo le indicazioni formulate nelle varie sedi istituzionali

In relazione alla funzione di ricerca, l'AOU San Luigi Gonzaga intende essere il riferimento privilegiato per l'ideazione e la realizzazione di progetti di ricerca della Scuola di Medicina e nell'area medica e delle professioni sanitarie, sia sul versante biomedico che su quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, volti a sviluppare procedure cliniche, diagnostiche, assistenziali e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

In relazione alla funzione didattica, l'Azienda è sede di Polo Didattico, un campus con forte integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, sede del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in lingua inglese (MedInTO Medicine and Surgery), del Corso di Laurea Triennale in Infermieristica, del Corso di Laurea Triennale in Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, del Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione. L'Azienda è, altresì, sede delle Scuole di Specializzazione in Urologia, Oncologia Medica, Patologia Clinica e Biochimica Clinica e fa parte della rete formativa di diverse Scuole di Specializzazione dell'Università di Torino. La compattezza logistica dell'offerta didattica e la contiguità con le strutture ospedaliere facilitano l'interazione tra studenti e docenti, lo svolgimento di corsi integrati e un contatto precoce con pazienti. In tale contesto, l'attività didattica costituisce non solo un'importante attività istituzionale, ma una vera e propria modalità di esercizio dell'attività clinico-assistenziale, cui collabora anche personale



ospedaliero. È stata, inoltre, sottoscritta una Convenzione tra le due Amministrazioni con la creazione di un Comitato didattico scientifico formato da personale Ospedaliero e Universitario. Tale indirizzo sinergico è volto in particolare allo sviluppo del nuovo centro di simulazione avanzata del Polo didattico allocato presso l'AOU San Luigi, che costituisce un momento fondamentale nella trasformazione del modello tradizionale di formazione in nuove tecniche di apprendimento in un ambiente protetto dove lo studente/operatore può acquisire, in ambienti virtuali ma altamente realistici, oltre alle capacità manuali anche la necessaria abilità nel pianificare e coordinare in condizioni di grande pressione emotiva. Con la sottoscrizione della suddetta convenzione, pertanto, l'AOU San Luigi mette a disposizione il proprio personale, in collaborazione con quello universitario, nelle attività di formazione, ricerca e servizi in ambito sanitario.

In qualità di Azienda del Servizio Sanitario Regionale, l'AOU San Luigi Gonzaga opera secondo i seguenti principi ispiratori:

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

Di seguito sono descritti gli strumenti e le azioni che l'AOU San Luigi Gonzaga ha attivato o intende attivare a medio-lungo termine, per creare valore pubblico.

2.1.2 - Governo delle Liste di Attesa

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) è finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari e si realizza attraverso il rispetto di criteri di appropriatezza prescrittiva e delle classi di priorità e garantendo trasparenza nelle informazioni fornite ai cittadini circa i loro diritti e doveri.

L'aumento del livello di offerta di prestazioni sanitarie non è di per sé efficace a garantire un abbattimento delle liste di attesa, se non affiancato da strumenti di governo della domanda di prestazioni, volte a garantire maggiore appropriatezza. In tal senso risulta cruciale il ruolo svolto da coloro che prescrivono le prestazioni sanitarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti). Sono, inoltre, attivi sistemi di governo dell'offerta, tra le quali figurano l'obbligo di inserire una serie di informazioni minime (prima visita vs controllo, quesito diagnostico,



classe di priorità), la definizione di tempi di attesa massimi per classi di priorità, la creazione di agende di prenotazione pubbliche.

L'Azienda si pone come obiettivo il miglioramento delle modalità di gestione delle liste d'attesa, al fine di renderle più efficienti, tramite un monitoraggio continuo della domanda e dell'offerta complessiva di prestazioni a supporto delle attività di programmazione sanitaria e comunicazione ai cittadini.

Il recupero delle liste d'attesa e il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche erogate in Azienda rientrano tra gli obiettivi prioritari dell'AOU San Luigi Gonzaga, in coerenza con quanto previsto dal quadro normativo e dalla programmazione regionale che promuovono anche il recupero delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche non erogate a causa della pandemia da COVID-19.

L'AOU San Luigi Gonzaga ha recepito la normativa regionale vigente in tema di recupero delle liste di attesa e ha adottato una serie di iniziative volte ad incrementare il numero di prestazioni erogate e a monitorare l'andamento della richiesta, dei tempi di attesa e della produzione, coinvolgendo il Controllo di Gestione, la Pianificazione Strategica, i Servizi Informativi e Informatici, la Direzione Sanitaria di Presidio, il Di.P.SA e la SS Attività Amministrativa di Area Sanitaria, adottando il 2019 come termine di confronto per la valutazione dei volumi di produzione osservati ogni anno.

Nell'anno 2024 sono già stati complessivamente raggiunti e superati i livelli di produzione dell'anno 2019 seppure alcune prestazioni monitorate nell'ambito del PNGLA presentino anche alcune criticità.

Le azioni adottate nel 2024 per il monitoraggio e il governo delle liste di attesa saranno ulteriormente implementate nel triennio 2025-27 e prevedono tra le altre azioni:

- la messa a regime del sistema di monitoraggio sperimentato nell'anno 2024 e prevalentemente rivolto ai livelli di saturazione delle Agende al fine di ridefinire nel caso l'architettura dell'offerta ambulatoriale;
- la conversione all'offerta libera degli slot riservati al follow-up dei pazienti già presi in carico e rimasti liberi a 72 ore;
- l'utilizzo delle risorse del cosiddetto "Fondo Balduzzi" per incrementare l'offerta ambulatoriale tramite prestazioni aggiuntive extra-orarie;
- una complessiva rivalutazione, già nell'anno 2025, dell'intera offerta ambulatoriale finalizzata a individuare spazi di ulteriore efficientamento.

Analogo livello di monitoraggio è adottato per le liste di attesa degli interventi chirurgici, sviluppato all'interno della ridefinizione del Percorso Chirurgico attuata nel biennio 2023-2024, cui si assocerà il nuovo regolamento delle Sale Operatorie previsto per il 2025.

Il governo delle liste di attesa degli interventi chirurgici passa inoltre attraverso l'aggiornamento dei criteri di attribuzione dei codici di priorità e dalla pulizia delle liste stesse, al fine di correggere gli errori dovuti a una non corretta storicizzazione di pazienti operati o che hanno rinunciato all'intervento.

Il sistema di monitoraggio sperimentato nell'anno 2024 ha investito anche l'utilizzo degli spazi operatori; tale sistema unito all'applicazione dell'Analisi Lean dei percorsi interni al blocco operatori ha portato ad evidenziare ambiti di miglioramento organizzativo e di percorso.

Nel triennio 2025-2027 è in programma l'implementazione di ulteriori analisi Lean all'interno del Percorso Chirurgico.



2.1.3 - Fascicolo sanitario elettronico

Con il termine Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) si indica l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

Se ha prestato il proprio consenso all'accesso al dossier sanitario, attraverso il FSE i professionisti sanitari e socio-sanitari autorizzati possono esaminare le informazioni relative al paziente, indipendentemente dalla fonte che le ha prodotte nel pieno rispetto delle disposizioni in tema di trattamento dei dati personali. Al contempo, ogni cittadino può visualizzare e gestire il proprio "faldone virtuale della salute", fornendo il consenso all'accesso secondo le linee guida emesse dal Garante per la Protezione dei Dati Personali (GPDP) e dal Ministero della Salute.

Nel triennio 2025-2027 l'AOU San Luigi Gonzaga si pone l'obiettivo di garantire una corretta alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in modo favorirne l'utilizzo da parte dei cittadini e degli operatori sanitari e socio-sanitari. In particolare, saranno svolte attività finalizzate a incrementare le percentuali dei documenti firmati digitalmente e destinati ad alimentare il FSE (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di specialistica ambulatoriale e di esami strumentali), rispetto ai dati provenienti dai flussi consolidati regionali. In particolare, l'AOU San Luigi Gonzaga si impegna a garantire un adeguato monitoraggio e verifica interno aziendale rispetto al sistema di calcolo regionale e l'invio di report di dettaglio periodici alle singole strutture organizzative aziendali al fine di recuperare eventuali mancanze nella produzione e trasmissione della documentazione sanitaria.

2.1.4 - Gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso

Il sovraffollamento è la condizione in cui il normale funzionamento di una struttura sanitaria è impedito a causa della presenza di una sproporzione tra la domanda di assistenza (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili (fisiche e/o umane). Le condizioni di sovraffollamento del Pronto Soccorso possono essere influenzate da diversi fattori, tra cui l'aumento del numero degli accessi in Pronto Soccorso, l'aumento del tempo di permanenza in PS al termine del completamento della fase iniziale di presa in carico, l'aumento del numero dei pazienti in attesa di ricovero nei reparti di degenza, l'aumento della durata del periodo di degenza, la difficoltà nel procedere alla dimissione dei pazienti al domicilio o in strutture di post-acuzie. Le conseguenze del sovraffollamento ricadono sia sui pazienti, che sugli operatori sanitari e sul sistema sanitario nel suo complesso. In caso di sovraffollamento i pazienti – in particolare coloro che vivono condizioni di maggiore fragilità, quali i soggetti anziani o portatori di handicap – possono subire disagio, avere minore garanzia di rispetto della loro privacy, subire ritardi nella presa in carico o nell'erogazione di prestazioni diagnostico-terapeutiche, con conseguente incremento del rischio di insorgenza di eventi avversi, della morbidità e della mortalità. Al contempo, gli operatori sanitari possono manifestare difficoltà nella corretta esecuzione delle proprie attività, con aumento del rischio di errore e di contenzioso, sono esposti a un maggior rischio di essere vittima di aggressioni verbali e fisiche e lamentare condizioni di stress lavoro-correlato e burn-out.

Nel gennaio 2025 l'AOU San Luigi Gonzaga ha aggiornato il piano aziendale ospedaliero per la gestione del sovraffollamento e del boarding in DEA, secondo quanto indicato nella DGR n. 23-6428 del 16.01.2023 della Regione Piemonte. Il Piano aziendale ha l'obiettivo garantire interventi incisivi sul fenomeno del sovraffollamento e del boarding, descrive i tempi standard di attesa a cui tendere - secondo quanto riportato nelle Linee di Indirizzo Nazionali su Triage-OBI-Sovraffollamento (Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2019) e della DGR Piemonte n.7-3088 del 16/04/2021 – i livelli di sovraffollamento e le azioni da adottare per contenerne gli effetti e definisce gli indicatori



da misurare per monitorare e analizzare il fenomeno, al fine di adottare azioni correttive. Inoltre, la Direzione Sanitaria organizza incontri periodici con le principali strutture assistenziali coinvolte nella gestione del piano aziendale al fine di garantire un adeguato governo del fenomeno.

Nel triennio 2025-2027 l'AOU San Luigi Gonzaga intende migliorare le azioni di contrasto al sovraffollamento in Pronto Soccorso tramite un attento monitoraggio del fenomeno, da garantire attraverso la valutazione quotidiana dei livelli di affollamento, la produzione di report settimanali e di audit periodici e tramite l'adozione di azioni correttive, quali l'apertura di una discharge room con capienza di 12 posti letto e l'attivazione di gruppi di lavoro nell'ambito del Dipartimento inter-aziendale di Continuità Assistenziale dedicati ai diversi percorsi di presa in carico dei pazienti alla dimissione da reparti per acuti (CAVS, RSA, cure palliative, lungodenza).

2.1.5 - Percorsi LEAN per l'attività di sala operatoria

Il concetto di Lean Management affonda le sue radici nel Toyota Production System, un modello gestionale e di produzione industriale sviluppato per affrontare le difficoltà economiche del Giappone negli anni '50 del XX secolo. Questo sistema si è evoluto come una risposta innovativa alle sfide economiche, introducendo un approccio che combina efficienza e creazione di valore. Il Lean Thinking rappresenta oggi un modello strategico-operativo che mira a ottimizzare la gestione dei processi aziendali, eliminando gli sprechi e massimizzando il valore aggiunto. Gli sprechi possono riguardare risorse di varia natura, come tempo, personale, materiali, spazio e trasporti. La partecipazione attiva delle persone coinvolte nei processi rappresenta un pilastro fondamentale di questa metodologia.

Il Lean Thinking si concentra su un'analisi approfondita del flusso operativo dei processi, individuando le attività che non generano valore e contribuendo a rendere più efficienti le operazioni. Questo approccio pone particolare attenzione alla centralità del paziente e alla responsabilizzazione del personale aziendale, favorendo un miglioramento continuo e sostenibile. Attraverso strumenti e tecniche specifiche, il Lean Thinking permette di identificare e rimuovere i principali sprechi, ottimizzando così il funzionamento globale dell'organizzazione.

Un settore che può trarre significativi vantaggi dall'implementazione del Lean Thinking è quello del blocco operatorio, caratterizzato da una notevole complessità organizzativa e da costi operativi rilevanti. Il percorso del paziente chirurgico comporta numerosi passaggi e procedure che possono essere ottimizzati grazie all'applicazione della metodologia Lean. Diversi studi hanno dimostrato che l'adozione di tali pratiche nel contesto delle sale operatorie può portare a una maggiore efficienza, non solo in termini di risparmio economico, ma anche di miglioramento della sicurezza, della produttività e della soddisfazione di pazienti e operatori sanitari.

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga è in corso un progetto di analisi dei processi basato sui principi del Lean Thinking, focalizzato sulle attività del blocco operatorio. L'obiettivo principale è quello di incrementare l'efficienza nella gestione delle sale operatorie, garantendo una migliore allocazione delle risorse e una riduzione degli sprechi. Tale approccio metodologico è stato focalizzato non soltanto nell'analisi dei processi primari di sala operatoria, ma anche quelli secondari; infatti, nel 2024, è stata avviata una analisi delle attività della centrale di sterilizzazione volta all'efficientamento dei tempi.



Gli obiettivi specifici del progetto includono:

- Un'analisi dettagliata dei processi operativi attraverso l'applicazione di un approccio Lean, per individuare criticità e opportunità di miglioramento.
- La verifica dell'attendibilità dei dati inseriti nei sistemi informativi aziendali, accompagnata da azioni mirate a migliorare la digitalizzazione dei processi.
- L'analisi approfondita della pianificazione delle sedute operatorie, con particolare attenzione agli orari di inizio e fine delle sedute, nonché al confronto tra il numero di interventi pianificati ed eseguiti.
- L'individuazione degli sprechi lungo il percorso operativo e l'implementazione di azioni correttive per eliminare inefficienze.
- La definizione di un set di indicatori chiave di performance (KPI) per monitorare e promuovere il miglioramento continuo delle attività delle sale operatorie.

Questo approccio rappresenta un'opportunità strategica per garantire non solo un uso più efficiente delle risorse, ma anche un'attenzione crescente alla qualità delle cure offerte. In definitiva, l'applicazione del Lean Thinking nelle strutture sanitarie può contribuire a costruire un sistema più efficace, incentrato sul valore e sulla soddisfazione delle esigenze di tutte le parti interessate.

Nel corso del 2025 l'AOU San Luigi Gonzaga intende, inoltre, condurre analisi di processo lean-based delle attività di analisi del settore della chimica clinica, focalizzato sulla fase pre-analitica.

2.1.6 - Health Technology Assessment (HTA)

L'Health Technology Assessment è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia, svolto attraverso la valutazione di più dimensioni quali efficacia, sicurezza, costi, impatto sociale. Al fine di favorire l'appropriatezza nell'acquisizione delle tecnologie sanitarie, presso l'AOU San Luigi Gonzaga è operante una Commissione Aziendale "Tecnologie Biomediche e Dispositivi Medici" (TBDM), istituita con Deliberazione n. 138 del 21/02/2018, presieduta dal Direttore Sanitario d'Azienda e composta dai responsabili della SC Farmacia Ospedaliera, della SCDO Direzione Sanitaria, della SC DiPSa, della SC Provveditorato e della SS Ingegneria Clinica, che riveste ruolo di coordinamento quale referente aziendale HTA nell'ambito della rete regionale.

Nel 2024 la Commissione TBDM è stata convocata n. 3 volte e ha preso in carico e vagliato 24 richieste di introduzione di tecnologie, di cui 20 approvate e avviate all'acquisizione in corso d'anno.

Nel corso del 2024 l'Azienda ha avviato una revisione della composizione e dell'impianto organizzativo della Commissione, volta a recepire l'assetto derivante dal nuovo atto aziendale – in particolare con il coinvolgimento della nuova SS Pianificazione Strategica e Governance – e a riorganizzare l'iter delle istruttorie preparatorie, tramite l'introduzione di un nucleo Tecnico Aziendale HTA multidisciplinare, incaricato di analizzare in fase istruttoria le richieste caratterizzate da maggiore complessità.

2.1.7 - Telemedicina

La disponibilità di tecnologie informative consente di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi, favorendo una riduzione del ricorso all'ospedalizzazione e supportando la continuità di cura tra ambiti ospedalieri e territoriali.



In particolare, la possibilità di erogare prestazioni a distanza tramite servizi di telemedicina forniscono un rilevante contributo, perché consentono agli assistiti di ricevere a distanza risposte a questi clinici, interpretazione di esami diagnostici, rilevazione di parametri, consulenze specialistiche e riabilitazione.

Le prestazioni erogate a distanza con soluzioni di telemedicina presentano una serie significativa di vantaggi per gli assistiti, per i professionisti sanitari e per la collettività, quali:

- risparmio di tempo e risorse economiche per i pazienti e/o i caregiver, per i quali si riducono la necessità di programmare e gestire spostamenti e di richiedere permessi lavorativi
- possibilità di ricevere assistenza nel proprio ambiente di vita
- possibilità di valutare le performance del paziente nel suo ambiente di vita quotidiano (elemento particolarmente utile per alcune, come la Riabilitazione Funzionale)
- riduzione dei consumi e dell'impatto ambientale conseguente alla riduzione dei trasferimenti

Nell'ottobre 2020 il Ministero della Salute ha emanato le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina" (Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 – Repertorio atti n.215/CSR). Successivamente, nell'aprile 2021 sono state approvate le "Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie" (Accordo in Conferenza Stato Regioni del 18 novembre 2021 – Repertorio Atti n. 231/CSR).

Nel contempo, la Regione Piemonte ha fornito indicazioni sulle Visite di Specialistica ambulatoriale erogabili in modalità televisita (delibera n.6-1613 del 3 luglio 2020, "Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza - Televisita").

Nel 2023 presso l'AOU San Luigi Gonzaga è stato costituito un Gruppo di Lavoro Aziendale di Telemedicina per descrivere lo stato dell'arte e analizzare i bisogni relativi all'erogazione di prestazioni in telemedicina delle diverse strutture organizzative aziendali. Il gruppo di lavoro ha definito un piano di audit, inizialmente focalizzato su alcune aree cliniche e di cura individuate come prioritarie per lo sviluppo della Telemedicina (Sclerosi Multipla, Microcitemie, Fibrosi Cistica, Sclerodermia) e progressivamente esteso a tutte le strutture organizzative sanitarie, al fine di rilevare le necessità in termini di risorse (umane, tecnologiche e organizzativo-procedurali). Nel 2024 il Gruppo di lavoro ha esteso il piano di audit includendo la rilevazione delle attività implementate, di quelle attivabili e delle necessità di supporti hardware e software. È in corso la stesura di un Piano Aziendale di Telemedicina, declinato in azioni e interventi pianificati, al fine di implementare i servizi offerti a livello aziendale.

2.1.8 - Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente

Le principali cause di mortalità e morbidità sono ad oggi costituite da patologie croniche non trasmissibili. I pazienti, per lo più di età adulta o anziana sono spesso affetti da più patologie concomitanti, che comportano ripercussioni di carattere, clinico, assistenziale e sociale e richiedono una presa in carico continuativa e coordinata da parte di strutture ospedaliere e territoriali e la collaborazione con enti del terzo settore. Per tali ragioni, è necessario organizzare la presa in carico dei pazienti attraverso percorsi strutturati e predefiniti.

In tale contesto, i Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA) hanno lo scopo di rendere omogenei e strutturati i percorsi di presa in carico dei pazienti, garantendo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale e un'efficace integrazione fra percorsi ospedalieri e territoriali,



al fine di rispondere alle esigenze dei pazienti e di garantire. I PSDTA sono strumenti che, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche più attuali e in relazione alle risorse disponibili, permettono di delineare, per una determinata patologia, il miglior percorso praticabile all'interno dell'Azienda.

I PSDTA sono elaborati da gruppi di lavoro multiprofessionali, che descrivono le modalità con cui avviene la presa in carico dei pazienti affetti dalla patologia oggetto del percorso, valutano le evidenze scientifiche di riferimento nazionali e internazionali e le esperienze di altre aziende sanitarie e definiscono un percorso aziendale individuando le persone cui si rivolge, le fasi da cui è costituito un set di indicatori utili a monitorarne i risultati.

Presso l'AOU San Luigi Gonzaga hanno sede centri di riferimento regionale per la cura di alcune patologie croniche (fibrosi cistica, sclerodermia, sclerosi multipla, talassemie). Al fine di facilitare e rendere più efficace e efficiente l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, nel triennio 2025-2027 l'AOU San Luigi Gonzaga ha come obiettivo quello di sviluppare PSDTA inter-aziendali in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali, in modo da garantire una maggiore integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali.

2.1.9 - Attenzione agli esiti delle cure

Tramite il Programma Nazionale Esiti (PNE), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNAS) realizza un monitoraggio e un'analisi delle cure erogate negli ospedali pubblici e privati accreditati italiani, in favore dei decisori e dei professionisti impegnati nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il PNE rappresenta uno strumento fondamentale di governo del Servizio Sanitario Nazionale, che permette di far emergere le criticità assistenziali e individuare puntuali strategie correttive, anche attraverso l'organizzazione di attività di audit clinico-organizzativo utili a migliorare la qualità delle cure. Inoltre, attraverso la misura degli indicatori inseriti nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è possibile verificare che i cittadini ricevano le cure e le prestazioni che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza.

Al fine di garantire la qualità delle cure l'AOU San Luigi Gonzaga monitora gli indicatori inclusi nel Programma Nazionale Esiti individuati come prioritari dalla Regione Piemonte (D.G.R. 23 – 5653 del 19.09.2022), con particolare riferimento alle tempistiche di esecuzione di PTCA e degli interventi di riduzione della frattura del femore nel triennio 2025-27, l'AOU San Luigi Gonzaga ha come obiettivo quello di estendere il numero di indicatori inclusi nel Piano Nazionale Esiti sottoposti a monitoraggio periodico, al fine di rilevare eventuali criticità che possano essere oggetto di azioni migliorative. Analogamente l'Azienda monitora gli indicatori inclusi nel Nuovo Sistema di Garanzia, relativi alle cure psichiatriche e alle patologie oncologiche.

2.1.10 - Sicurezza del paziente

La sicurezza delle cure è garantita attraverso l'adozione di una serie di attività finalizzate a identificare i principali rischi esistenti all'interno dell'organizzazione e di una serie di azioni volte a ridurre la gravità o la probabilità di insorgenza dei rischi identificati. Fra queste ultime rientrano sia azioni di carattere generale, quali l'adozione sistematica di strumenti di gestione del rischio in generale e di comprovata efficacia, sia azioni specifiche, finalizzate a ridurre i rischi identificati in specifici momenti e setting di cura.



Presso l'AOU San Luigi Gonzaga sono attivi sistemi di segnalazione spontanea degli eventi avversi, che alimentano specifici flussi informativi (cadute, incident reporting, aggressioni) e sono state condotti negli anni analisi a priori del rischio e safety walkaround. I sistemi di identificazione del rischio hanno consentito di adottare azioni correttive mirate e ridurre il rischio di insorgenza degli eventi segnalati. Contestualmente, l'attività di formazione e sensibilizzazione degli operatori e il loro coinvolgimento nelle attività di identificazione e analisi del rischio e nella stesura di procedure condivise per il miglioramento della sicurezza delle cure ha consentito la progressiva diffusione di una no-blame culture e di rendere gli operatori parte attiva nelle azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico. In particolare, nel 2024 si è assistito a un significativo incremento delle segnalazioni di eventi avversi e di episodi di aggressione a danno del personale sanitario, consentendo una migliore rilevazione dei fenomeni e l'adozione di azioni correttive mirate.

Al fine di migliorare la capacità di identificare gli eventi avversi, nel corso del triennio 2025-27 presso l'AOU San Luigi Gonzaga gli operatori saranno ulteriormente sensibilizzati circa l'opportunità di collaborare alla segnalazioni delle episodi di aggressione e degli eventi avversi in generale e sarà avviata la misurazione degli indicatori per la misurazione della qualità elaborati dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e ricavabili tramite analisi del flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), con particolare riferimento all'indicare PSI 90 (Patient Safety and Adverse Events Composite). Sarà, inoltre, adottata una valutazione a campione delle modalità di utilizzo degli strumenti di prevenzione del rischio (checklist per la sicurezza in sala operatoria, schede di monitoraggio e allertamento). Saranno, infine, attivati gruppi di lavoro incaricati di provvedere all'aggiornamento e all'implementazione delle procedure finalizzate al miglioramento della sicurezza delle cure, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati
- prevenzione e gestione degli episodi di aggressione
- allontanamento del paziente
- comunicazione e sicurezza nel percorso chirurgico
- prevenzione degli errori in terapia farmacologica

Alle attività di aggiornamento e implementazione delle procedure finalizzate alla sicurezza delle cure redatte seguirà il monitoraggio sulla loro corretta applicazione, mediante la misura di specifici indicatori di processo e di risultato.

Sono inoltre previsti i seguenti indicatori di valore pubblico: individuazione di un gruppo di professionisti sanitari da parte della SS Qualità Rischio clinico e Accreditamento e della SC Direzione delle Professioni Sanitarie, con ruolo di referenti per la gestione del rischio; definizione di offerta formativa annuale relativa all'ambito formativo nazionale sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale; aggiornamento della procedura aziendale per la prevenzione delle cadute e per la prevenzione e gestione delle aggressioni a danno degli operatori sanitari; stesura di procedure per la prevenzione dell'allontanamento del paziente; adozione di dispositivi per la prevenzione; implementazione del Manuale per la sicurezza in sala operatoria; segnalazione eventi avversi, oggetto di analisi tramite London Protocol, misurazione annuale indicatore PSI 90, valutazione a campione delle cartelle cliniche in relazione al corretto utilizzo strumenti di gestione del rischio clinico.

2.1.11 - Contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza

L'AOU San Luigi Gonzaga attraverso la S.S. Igiene Ospedaliera e Governo ICA predispone procedure e protocolli interni sulla base delle linee guida Nazionali e Internazionali relative alla



prevenzione e al controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) garantendo la qualità dell'assistenza. Inoltre, come da Circolare della Regione Piemonte n° 1950 del 6 febbraio 2001 è stato istituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), un gruppo multidisciplinare che si riunisce periodicamente per affrontare le tematiche relative al rischio infettivo.

In accordo con le attività previste dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza, è attivo all'interno dell'Azienda il Gruppo di Lavoro relativo alla stewardship volto a migliorare e misurare l'uso appropriato di agenti antimicrobici utilizzati in maniera corretta nel dosaggio e nella durata della terapia, la disponibilità di test diagnostici affidabili per la rilevazione degli agenti patogeni responsabili e la loro sensibilità antimicrobica e la promozione di sistemi di infection control.

L'Azienda organizza corsi di formazione strutturati e accreditati ECM, esegue sopralluoghi periodici all'interno delle strutture di degenza in relazione alla prevenzione e al controllo delle ICA, per incentivare l'adozione di comportamenti volti a ridurre il rischio di trasmissione di patologie infettive e la circolazione di super-bug. Ulteriori interventi di sensibilizzazione avvengono attraverso la promozione di momenti divulgativi in occasione della giornata internazionale dell'igiene delle mani.

L'obiettivo dell'Azienda al contrasto delle Infezioni Correlate all'Assistenza per il prossimo triennio è di potenziare tutte le attività di sorveglianza, controllo e formazione già in essere con particolare attenzione alle aree che necessitano di miglioramento, in accordo con le attività previste dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza e al documento regionale relativo agli Indicatori per la Sorveglianza e Controllo delle ICA a cui attenersi per la redazione e realizzazione del "Programma aziendale di Prevenzione del Rischio Infettivo".

2.1.12 - Promozione e comunicazione

L'AOU San Luigi Gonzaga ritiene di importanza strategica lo sviluppo della funzione di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione nei confronti dei propri assistiti e delle relative organizzazioni, che viene esercitata in piena osservanza dei principi della trasparenza.

A tutela dei diritti del cittadino è dedicata l'attuazione della Carta dei servizi, predisposta e periodicamente aggiornata dall'Azienda. In tale prospettiva la Direzione Aziendale si avvale del contributo dell'Ufficio relazioni con il Pubblico, della S.S. Attività Amministrativa Area Sanitaria e della Funzione Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali.

L'Azienda assegna, inoltre, valore particolare alle campagne informative volte alla promozione della salute e della sicurezza delle cure organizzate anche in collaborazione con le organizzazioni di pazienti e familiari.

La Comunicazione esterna, in particolare, rappresenta un impegno costante, volto a garantire ai cittadini informazioni corrette e puntuali sui servizi erogati, sulle modalità di accesso, sulle iniziative adottate e le innovazioni messe in campo. Per tale ragione, nel 2023 l'AOU San Luigi Gonzaga ha incrementato le proprie vie di comunicazione verso l'esterno tramite l'inaugurazione di una pagina facebook che si affianca al sito istituzionale (www.sanluigi.piemonte.it).

2.2.1 - L'Albero della Performance

Il presente documento incorpora il Piano della Performance, costituendo il dispositivo di programmazione che, in coerenza con le risorse allocate e nel rispetto della pianificazione sanitaria



regionale, identifica gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato e i target per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione delle performance a livello individuale ed organizzativo. Si configura quindi come strumento di puntualizzazione per tutti gli stakeholder interni ed esterni, segnando l'inizio del ciclo di Programmazione e Controllo aziendale, comprendente la programmazione strategica pluriennale, la programmazione gestionale annuale, la definizione degli obiettivi operativi e la loro attuazione, monitoraggio e valutazione.

Esso recepisce gli orientamenti della programmazione regionale in materia di salute e funzionamento del sistema sanitario, che costituisce il punto di primario riferimento per la formulazione delle decisioni strategiche aziendali. Propone un percorso di lavoro a lungo termine che la Direzione Strategica intende implementare, guidando le scelte di programmazione a breve termine, sulla base della pianificazione regionale e degli obiettivi istituzionali.

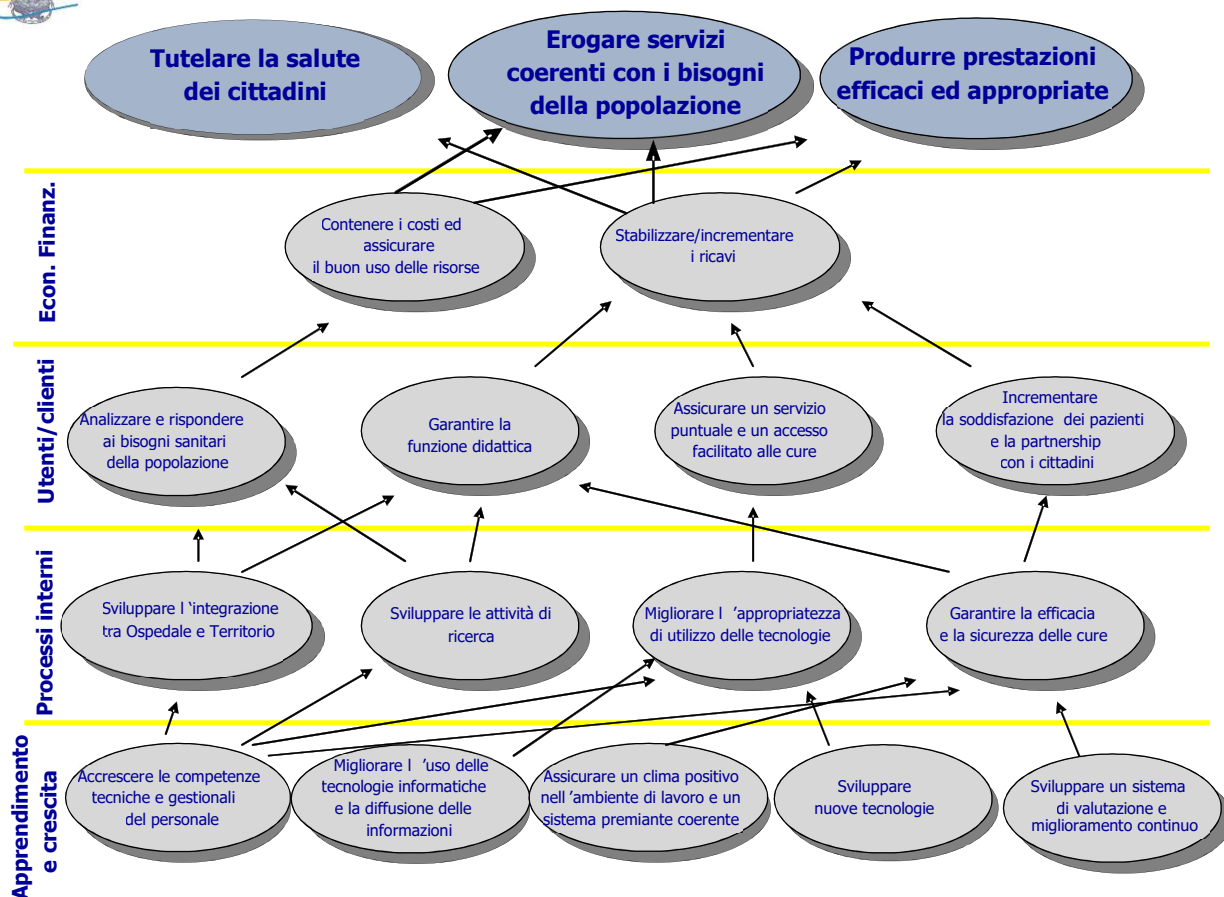
L'albero della Performance, di seguito riportato, rappresenta una mappa logica che vuole evidenziare i legami tra mission, aree strategiche, obiettivi generali e obiettivi specifici dell'AOU San Luigi permettendo una chiara visualizzazione di come gli obiettivi, declinati a vari livelli e di natura diversa, convergano all'interno di un disegno strategico complessivo, contribuendo così alla realizzazione del mandato istituzionale di questa Azienda.

I riferimenti derivanti dai documenti di programmazione regionale e nazionale costituiscono la robusta fondazione dell'albero delle performance. A questa base si aggiungono tutti gli elementi che emergono dall'analisi del contesto nel quale l'Azienda si trova ad operare, sia interno che esterno. Questi elementi, ritenuti rilevanti ai fini della definizione della programmazione strategica, ampliano ulteriormente la complessità e la completezza dell'albero, contribuendo a creare un quadro organico ed aggiornato circa le decisioni e le azioni operate dall'AOU San Luigi.

L'albero della Performance si configura dunque come uno strumento di rappresentazione visiva essenziale, offrendo una panoramica dettagliata e articolata dei percorsi e delle interconnessioni che guidano la strategia e l'operatività di quest'Azienda in sintonia con gli obiettivi istituzionali e le direttive di programmazione nazionali e regionali.



Albero della performance AOU SAN LUIGI



2.2.2 - Il ciclo della Performance

La performance è ottenuta grazie all'integrazione tra programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato i risultati raggiunti sia a livello organizzativo che individuale.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa attraverso le seguenti fasi tipiche:

- individuazione da parte della Direzione Generale delle aree strategiche, degli obiettivi strategici triennali e degli obiettivi aziendali annuali; condivisione ed assegnazione di tali obiettivi operativi ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa, Semplice Dipartimentale e di Staff;
- verifica e validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse, con integrazione con il ciclo di bilancio;
- monitoraggio in corso di esercizio tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi ed attivazione degli eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale e correlata distribuzione degli incentivi
- rendicontazione dei risultati agli stakeholders

La Direzione, nell'ottica del soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di competenza mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie con efficiente gestione delle risorse disponibili, ha individuato le aree strategiche di intervento, da cui sono stati estrapolati gli obiettivi strategici



triennali e da questi gli obiettivi aziendali da assegnare alle varie strutture, come di seguito dettagliati, integrati con il processo di programmazione e con il bilancio di previsione.

Le aree strategiche individuate per il triennio 2025-2027 sono classificabili in:

- area gestione spese
- area organizzativa
- area qualità clinica assistenziale
- area comunicazione

Esse corrispondono ai macro-obiettivi che l'azienda intende perseguire.

Area gestione spese: prevede un incremento della qualità e della quantità dei servizi erogati a parità di risorse economiche, mirando al contenimento delle spese e con un particolare focus sulla riduzione della spesa farmaceutica e l'appropriatezza prescrittiva, ottenute attraverso un maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o comunque a minor costo rispetto al 2024. Tale ultima area di intervento appare ormai acquisita dai prescrittori interni negli ultimi anni e pertanto non rientra più per l'anno 2025 tra gli obiettivi aziendali assegnati alle Strutture, ma ovviamente continua ad essere attentamente monitorata al fine di intercettare precocemente eventuali trend negativi. Particolare attenzione è inoltre indirizzata sui settori cosiddetti "altospendenti", quali quello dei dispositivi medici e dell'attività chirurgica, sul rispetto dei budget di spesa assegnati e alla misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (fattori produttivi impiegati) e con la pubblicazione di un report economico dei volumi di attività (cosiddetta "Scheda di Budget") per ciascuna struttura Aziendale.

Particolare attenzione viene posta al controllo della spesa dei dispositivi medici, in funzione del quale per l'anno 2025 è previsto, all'interno del Progetto di Transizione Digitale, specifico modulo di gestione e tracciabilità dei consumi di Sala Operatoria

La stessa filosofia viene perseguita nella valutazione dell'introduzione di nuove tecnologie ad alto impatto economico; l'analisi prevede infatti sia la sostenibilità economica sia l'impatto sul bisogno di salute dell'utenza di riferimento

Area organizzativa: prevede obiettivi legati all'efficientamento delle strutture organizzative aziendali, all'innovazione tecnologica e alla reingegnerizzazione dei processi, quali ad esempio la piena implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in accordo agli obiettivi di digitalizzazione previsti dal PNRR, lo sviluppo e l'applicazione di progettualità LEAN per l'ottimizzazione delle performance delle sale operatorie e della laboratoristica, la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA ma anche l'implementazione di un sistema di monitoraggio periodico dell'andamento della produzione e dei costi di ogni struttura attraverso la redazione di schede di budget a cadenza mensile.

Particolare attenzione è posta alla gestione delle Agende di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, con focus indirizzato a una gestione sempre più organica; la reportistica di monitoraggio superata la fase di sperimentazione, diventa un prezioso strumento per l'intercettazione precoce di eventuali driver critici con la possibilità di ridefinire la modalità di offerta in tempi congrui. Anche in questo caso, come per le nuove tecnologie, le modifiche/innovazioni organizzative e operative vengono valutate sia nel loro impatto sui costi sia sul guadagno di salute dei pazienti

Particolare attenzione verrà posta in questo triennio a una sempre maggior integrazione tra le diverse strutture operative aziendali a livello sia intradipartimentale sia interdipartimentale e con miglior



sviluppo delle sinergie con l'ASL TO3, che costituisce l'ASL di riferimento per l'AOU San Luigi Gonzaga.

Vengono altresì proposte quali obiettivi prioritari per l'Azienda l'attuazione di misure in materia di trasparenza e prevenzione di fenomeni corruttivi.

Nel triennio 2025-2027 particolare importanza rivestirà il percorso di completamento/efficientamento della transizione digitale; tale percorso - che si svolgerà pienamente nei prossimi anni e che nel prossimo triennio vedrà compiersi i passaggi più importanti e centrali - permetterà non solo di migliorare il profilo di digitalizzazione generale dell'azienda, ma avrà impatto fondamentale anche sulla dinamica dei percorsi di cura e sulla piena integrazione dei diversi fattori produttivi

Anche per il triennio 2025-2027 peculiare riguardo è stato posto per gli ambiti più propriamente amministrativi e non direttamente coinvolti nella produzione di salute. Gli aspetti logistici e amministrativi di supporto all'attività più propriamente clinica, costituiscono infatti elementi non isolati e disgiunti, ma al contrario - se non adeguatamente valorizzati e mantenuti – possono avere un impatto sui percorsi di cura e quindi sulla missione precipua dell'Azienda Ospedaliera. Pertanto oltre a particolare attenzione al rispetto dei budget assegnati, la Direzione Strategica individua per il triennio 2025-2027 la necessità di una sempre maggior attenzione all'articolazione organizzativa e operativa dell'Area Amministrativa

Area qualità clinica ed assistenziale: prevede, tra gli altri, obiettivi legati alla qualità dei servizi sanitari erogati, quali: la presa in carico clinico-assistenziale globale di pazienti affetti da malattia cronica (Fibrosi/Sclerosi Multipla/Talassemia/Sclerodermia) tramite la stesura di percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali (PDTA) ed incontri periodici con le associazioni di malati; l'esecuzione precoce di PTCA e l'implementazione del numero di fratture di femore operate entro 48 ore; la riduzione dei tempi di degenza medi; l'erogazione di prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati; il conferimento della documentazione clinico-sanitaria nel FSE; il potenziamento dell'attività di telemedicina; l'attività di controllo e gestione rischio clinico; la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso ed il governo delle liste d'attesa; l'attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e di contrasto all'antibiotico resistenza

Area della comunicazione: prevede attività legate alla comunicazione, ai programmi sulla trasparenza, alla realizzazione di iniziative formative e informative, al marketing delle strutture e della attività dell'Azienda e alla gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato e con l'utenza, attraverso la gestione puntuale dei reclami.

Per l'anno 2025 è prevista la ridefinizione del Piano Aziendale della Comunicazione per il biennio 2025-2026

Area strategica	Obiettivo strategico triennale	Obiettivo aziendale annuale
Area organizzativa	Ottimizzazione servizi	• Monitoraggio e pulizia liste • Monitoraggio agende di prenotazione • Realizzazione interventi Lean • Monitoraggio PNGLA • Schede budget • Amministrazione trasparente



Area qualità clinica ed assistenziale	Transizione al digitale	• Monitoraggio percorso di transizione digitale • Digitalizzazione dei documenti • Implementazione FSE • Telemedicina
	Esiti di salute	• Tempestività interventi frattura femore • Tempestività nell'effettuazione PTCA • Percorsi clinico-terapeutici globali • Sorveglianza ICA • Interventi chirurgici classe di complessità 1,2,3 • Contenimento boarding • Consulenze pazienti ricoverati
Area gestione spesa	Razionalizzazione delle risorse	• Efficiente gestione dei budget economici assegnati
	Gestione spesa	• Incremento performance e contenimento spesa • Misurazione e Monitoraggio andamento economico
Area comunicazione	Cultura della legalità e Trasparenza Comunicazione	• Rapporti con associazionismo • Piano della comunicazione • Regolamenti URP

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

La programmazione della performance è pertanto, nell'ambito dell'AOU San Luigi, frutto di un processo di proposta, condivisione e quindi consolidamento degli obiettivi medesimi, con possibilità di rimodulazione degli stessi in corso d'anno, in relazione ad eventuali rilevate criticità sul relativo raggiungimento.

Come tutti gli anni, gli obiettivi concordati, potranno essere integrati e/o modificati in funzione degli obiettivi specifici che saranno individuati dalla Regione nel corso dell'anno.



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

2.2.3 - Gli obiettivi strategici ed operativi

Le schede di budget/obiettivi 2025, sottoscritte dai Responsabili delle varie articolazioni aziendali, sono riportate nel documento allegato (*all. 1*) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano.

2.2.4 - La misurazione e valutazione della Performance

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

La metodologia adottata per misurare e valutare la performance sia organizzativa che individuale è stata definita dall'AOU San Luigi nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (approvato con deliberazione n. 231 del 14.04.2015 ed aggiornato da ultimo con atto n. 193 del 28/03/2023), fondato sulla valorizzazione del merito, sia in termini individuali che di struttura, nonché sulla trasparenza nei risultati conseguiti.

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

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

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

2.3.1 - Rischi corruttivi e trasparenza

Quadro normativo di riferimento

<https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?idSezione=207181&id=&sort=&activePage=&search=>

La presente Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO va a sostituire, in ottemperanza a quanto previsto dal 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", per le Amministrazioni con più di 50 dipendenti, quello che in precedenza era il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

La Sezione in esame è costituita dalle seguenti "sottosezioni":

- Parte Generale



- Analisi del contesto
- Esterno
- Interno
- Gestione del rischio
- Coordinamento con il piano della performance
- Programmazione dell'attuazione della trasparenza

Gli adempimenti, i compiti e le responsabilità previsti nella Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” sono inseriti e integrati nel ciclo della performance.

2.3.2 - Parte Generale

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

La normativa anticorruzione si basa sul principio secondo il quale i fenomeni di corruzione all'interno delle amministrazioni pubbliche vanno affrontati e combattuti in “via preventiva” cercando di anticipare gli eventi promuovendo e diffondendo la cultura della legalità.

La Trasparenza dell'attività amministrativa, quale *modus operandi*, oltre che adempimento normativo, rappresenta la leva principale per la prevenzione di atti corruttivi e per la creazione di “valore” diffuso dell'attività della A.O.U. SAN LUIGI, contribuendo al rafforzamento del senso di appartenenza all'ente, quale motore per la crescita del Capitale Umano da valorizzare a vantaggio dell'organizzazione ed a favore dei cittadini utenti.

Gli obiettivi prioritari e strategie principali che l'Azienda si pone, nell'intento di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, creare un contesto sfavorevole alla corruzione, sono i seguenti:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi)
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione “Amministrazione Trasparente”
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- promozione di strumenti di condivisione di esperienze e buone pratiche (partecipazione a Reti di RPCT in ambito regionale);
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale



I SOGGETTI coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione della trasparenza sono i seguenti:

- Organo di indirizzo politico
- RPCT
- Dirigenti delle strutture di riferimento
- OIV (Organismo Indipendente di valutazione)
- Referenti e struttura di supporto;
- Dipendenti
- Ufficio Procedimenti disciplinari

e di seguito ne vengono declinati i principali compiti e responsabilità.

L'Organo di indirizzo politico:

- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- nomina il RPCT, tenendo conto delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale;
- adotta e aggiorna, nell'ambito del PIAO, su proposta di quest'ultimo, la Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ⁽¹⁾

- predispone – in via esclusiva – la "Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO" e la sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione;
- segnala all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- verifica l'efficace attuazione della "Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO" e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione;
- redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nella "Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO" controlla,

(1) <https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?idSezione=207153&id=&sort=&activePage=&search=>



in quanto titolare delle funzioni di Responsabile per la trasparenza, “... sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”;

- si occupa dei casi di riesame dell'accesso civico: “Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”. Nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina ai sensi dell'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013;
- cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.

I Dirigenti e i Responsabili delle unità organizzative:

- valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovono la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nella Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO e operano in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tengono conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

è chiamato a verificare:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni.

Nell'ambito di tale attività l'OIV si confronta con il RPCT - cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari – anche attraverso lo svolgimento di audizioni. Qualora dall'analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa,



l'OIV può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività e efficacia della strategia di prevenzione.

I Referenti e la struttura di supporto

Nelle organizzazioni di grandi dimensioni è opportuno individuare una precisa strategia, su più fronti, da disciplinare nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, tesa a rafforzare il ruolo del RPCT e a garantirgli un supporto adeguato.

Al RPCT è attribuito un apposito ufficio di supporto, dotato di adeguate risorse umane con competenze multidisciplinari nonché di risorse strumentali, la cui titolarità sia posta in capo al RPCT.

Tenuto poi conto del carattere complesso della singola organizzazione, nonché dell'articolazione per centri di responsabilità, vengono individuati "referenti" per la prevenzione della corruzione che operino nelle strutture (SC / SS) di riferimento, in raccordo con il RPCT, specie in quelle che fungono da centro d'acquisto.

L'individuazione e la nomina dei soggetti cui conferire l'incarico di referenti spetta all'organo di indirizzo. L'A.O.U. San Luigi ha provveduto con deliberazione n. 140 del 15.03.2024 alla nomina dei "Referenti per la prevenzione della corruzione" e della "Struttura di supporto" al RPCT.

Nel corso dell'anno, una delle risorse individuate è fuoriuscita dai ruoli organici dell'Ente e, pertanto, è in corso il procedimento per l'individuazione di una nuova risorsa.

Il RPCT resta, comunque, il punto di riferimento principale del sistema di prevenzione, unitamente all'organo di indirizzo.

Ogni referente assolve a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione sia in materia di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con il RPCT, nell'ottica dell'attuazione di un sistema di controllo efficace.

L'attività dei referenti è indispensabile per informare compiutamente il RPCT affinché questi abbia elementi utili e riscontri per la predisposizione e il monitoraggio del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO



Struttura di supporto e referenti

Struttura di supporto al RPCT	Titolo
RPCT	D.ssa Di Cuia
Collaboratore	Dr.ssa Bertolo
Collaboratore (in corso di individuazione)	-

Struttura	Referente
S.C. DIPSA	Dr.ssa Lanteri
S.C. Farmacia	Dr.ssa Marino
S.C. Risorse Umane	Dr. Canova
S.C. Tecnico e Tecnologie	Sig.ra Morando
S.C. Provveditorato - Economato	Dr.ssa Bertello
S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Dr.ssa Bertinetti
S.S. Controllo di Gestione	Dr. Ruffino
S.S. Affari Generali e Legali	Dr. Cingolani
S.S. Attività Sanitaria e Relazioni Esterne	Dr.ssa Fimiani
Servizio Prevenzione e Protezione	Sig. Spoletti

I dipendenti

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità della “Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO” e delle relative misure, così come per un’ampia condivisione dell’obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di comportamento dell’amministrazione.

A tal riguardo:

- la Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO stabilisce «obblighi di informazione nei confronti del responsabile [...] chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del Piano». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell’attuazione delle misure adottate;
- i dipendenti dell’amministrazione sono tenuti a rispettare le prescrizioni contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e a prestare collaborazione al RPCT. Si rivela utile l’introduzione nel codice di comportamento dell’amministrazione dello specifico dovere di collaborare attivamente con il RPCT.



L'Ufficio per il Procedimenti Disciplinari (UPD)

fornisce al RPCT, secondo le indicazioni operative dallo stesso stabilite, dati e informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.

Inoltre:

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

Con deliberazione del Direttore Generale n. 139 del 15.03.2024 si è provveduto a sostituire il Presidente ed il relativo supplente dell'Ufficio competente per i procedimenti disciplinari nei confronti del personale dirigente e del comparto dell'AOU San Luigi Gonzaga.

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni ente dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT che del sistema predetto è il principale coordinatore.

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

2.3.3 - Analisi del Contesto

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

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

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

Il contesto esterno

E' necessario premettere che una maggiore consapevolezza ed importanza è stata data alla lotta ai fenomeni corruttivi nel nostro Paese. La prevenzione della corruzione è stata al centro dell'evoluzione normativa degli ultimi anni: a partire dalla legge 190 del 2012, l'attività legislativa è stata indirizzata verso una maggiore efficienza della pubblica amministrazione, volta alla semplificazione, alla trasparenza e al contrasto degli illeciti, introducendo nuovi istituti e inasprendo alcune fattispecie di reato.

Al fine di fornire un quadro il più possibile aggiornato del contesto esterno, nazionale e regionale, si rimanda alle banche dati / relazioni / report di seguito evidenziati:



TRASPARENCY:

<https://www.transparency.it/sanita>

<https://transparency.it/indice-percezione-corruzione>

COMMISSIONE EUROPEA: <https://www.transparency.it/direttiva-europea-anticorruzione>

IRES PIEMONTE: <https://www.ires.piemonte.it/relazione-annuale-2024>

ANAC: <https://www.anticorruzione.it/-/relazione-annuale-2024>

Contesto interno

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO), costituita dal presidio ospedaliero sito in Regione Gonzole n. 10 costruito nel 1970, si caratterizza per le attività medico-chirurgiche che la pongono in posizione di rilievo nell'ambito del panorama sanitario piemontese.

L'iniziale vocazione al trattamento delle sole patologie polmonari è stata nel corso degli anni oggetto di profonde trasformazioni evolutive che hanno portato questa Azienda ad essere fortemente caratterizzata da un'offerta di interventi sanitari polispecialistici ad alta complessità e contenuto qualitativo.

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

Si evidenziano, sempre all'interno della struttura ospedaliera:

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

Al fine di garantire ai cittadini un'assistenza sanitaria di qualità in continuo miglioramento, l'Azienda è dotata di aree di alta specializzazione, supportate da un'area di assistenza di base di grande professionalità e di aree di assistenza ben rappresentate e sviluppate dedicate alla tutela della fragilità. Il Presidio Ospedaliero aziendale è organizzato secondo un modello assistenziale che prevede sia l'attività di ricovero (ordinario e diurno), sia l'attività ambulatoriale e dispone di:

- 334 letti di ricovero ordinario
- 68 letti di day hospital (ricovero diurno)



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

Si riportano di seguito alcuni dati salienti dell'Azienda, relativi **all'anno 2024** (consuntivi al 31.12.2024), che sono indicati nelle tabelle che seguono:

<i>Attività (Gennaio – Dicembre 2024)</i>	Numero ricoveri ordinari	10.102
	Giornate degenza	111.452
	Numero DH/DS	6795
	Numero prestazioni ambulatoriali per esterni	1.143.338
	Numero accessi PS	40.014

<i>Amministrazione</i>	Numero fatture attive (2024)	1599
	Numero fatture passive (anno 2024)	17.938
	Numero atti deliberativi	678
	Numero determinazioni dirigenziali	647



Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027

Area contrattuale	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	Totale in servizio al 31/12/2024
Medici	244	12	256
Dirigenza Sanitaria	22		22
Dirigenza Prof.le / Tecnica / Amm.va	10		10
Comparto	1185	19	1204
Totale in servizio al 31/12/2024	1461	31	1492

A supporto delle strutture propriamente assistenziali, operano, inoltre, una serie di strutture ed uffici di carattere tecnico – amministrativo, che svolgono le funzioni di:

- gestione delle risorse umane;
- gestione attività amministrativa area sanitaria;
- gestione tecnico e tecnologia;
- gestione approvvigionamento di beni e servizi;
- gestione contabile;
- gestione degli affari generali e legali;
- gestione delle relazioni esterne.

Il coordinamento delle diverse funzioni dirigenziali è assunto direttamente dal Direttore Amministrativo, ferma restando la separazione tra le funzioni strategiche di supporto alla Direzione Generale e le funzioni gestionali di competenza dei singoli dirigenti.

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

Il modello organizzativo aziendale è riportato nell'Allegato 6, della Sezione 3.1 “*Struttura organizzativa*” del presente documento.

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

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

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



Dall'analisi del contesto esterno ed interno, come nei PTPCT precedenti, si conferma la necessità di rafforzare la consapevolezza che un efficace sistema di prevenzione della corruzione deve prevedere una rete di confronto continuo e scambio di informazioni con tutti i Dirigenti, che nel reciproco riconoscimento dei ruoli e delle responsabilità, sia il presupposto di ogni strategia di prevenzione e mitigazione del rischio.

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

- resistenza all'attuazione di misure percepite come meri adempimenti burocratici, soprattutto in un periodo di emergenza in conseguenza anche delle ridondanze e sovrapposizioni di alcuni obblighi e adempimenti per i quali si auspica una incisiva semplificazione anche alla luce di molte incertezze applicative. Quest'ultimo aspetto rappresenta anche un concreto ostacolo all'avvio e alla partecipazione condivisa di ulteriori iniziative di approfondimento e implementazioni di attività;
- necessità di un maggior coinvolgimento dell'area sanitaria con il supporto della Direzione Aziendale, allo scopo anche di contrastare il diffuso senso che le politiche in materia siano di stretta competenza dell'area tecnico-amministrativa;
- necessità di effettivo supporto del tavolo di coordinamento regionale degli RPCT perché sia un momento di concreta definizione, pur nella specificità di ciascun ente, di percorsi comuni, procedure e linee guida condivise, considerata anche la carenza delle risorse umane attribuite al RPCT.

2.3.4 - Gestione del rischio

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

2.3.4.1 - Procedimento di approvazione della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO

Le disposizioni vigenti stabiliscono che il PIAO, con le relative Sezioni, deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno

Il RPCT, tenendo conto di quanto emerso dalle relazioni e a seguito di audit specifici, predispone un primo schema della presente Sezione che è oggetto di valutazione da parte della Direzione Generale e dei Direttori/Dirigenti Responsabili interessati. Lo stesso, alla luce delle osservazioni emerse, predispone la stesura definitiva della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, trasmessa alla Direzione Generale, unitamente alla proposta di atto deliberativo di approvazione del medesimo PIAO.

Il tutto effettuato:

- ✓ in coerenza con quanto previsto dai PNA vigenti;
- ✓ tenuto conto della riorganizzazione conseguente l'Atto Aziendale;
- ✓ alla luce dell'esperienza maturata sul campo in questi anni;
- ✓ in seguito alla valutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione nel frattempo poste in essere e alla formazione ricevuta in materia;
- ✓ con la valutazione complessiva del livello di esposizione del rischio e con la relativa motivazione;



- ✓ nell'intenzione di individuare le misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione;
- ✓ con lo scopo di definire gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure caratterizzati da specifica valenza informativa, volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive.

Dopo l'approvazione del PIAO, la Sezione *“Rischi corruttivi e trasparenza”* è pubblicata ufficialmente, nella versione definitiva, sul sito web aziendale, Sezione *“Amministrazione Trasparenza - Altri contenuti - Prevenzione della Corruzione - Rischi corruttivi e trasparenza”*

La Sezione *“Rischi corruttivi e trasparenza”* sarà aggiornata su proposta del RPCT nel caso di:

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

Il processo di gestione del rischio, ossia l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'azienda con riferimento al rischio di "corruzione", viene condotto in osservanza della tempistica e delle modalità operative sopra citate, osservando, comunque, la metodologia generale indicata, complessivamente, dal PNA nei suoi successivi aggiornamenti.

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

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

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

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

E' doveroso precisare che l'elenco dei processi effettuato, pur presentando un elevato livello di dettaglio, non ha ancora pretese di esaustività, richiedendo comunque un aggiornamento costante.

2.3.4.2 - Mappatura dei processi e identificazione dei rischi

La mappatura degli attuali processi aziendali è stata effettuata in base alla pre-definizione di 14 aree di rischio nel cui ambito è stato ritenuto più elevato il rischio di corruzione: pertanto, alle 8 aree di rischio generali per tutte le Amministrazioni, indicate all'Allegato 2 del PNA 2013, così come aggiornate dall'ANAC con determinazione n. 12/2015 e delibera n. 831/2016, sono state aggiunte ulteriori 6 aree specifiche che tengono conto delle attività svolte da un'azienda ospedaliero-universitaria e, nello specifico, dall'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO).



Le Aree di rischio così enucleate sono le seguenti:

A) Aree di rischio generali

Acquisizione e progressione del personale

Incarichi e nomine

Contratti pubblici

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Affari legali e contenzioso

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

B) Aree di rischio specifiche

Attività libero-professionale e liste di attesa

Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Attività correlate al decesso in ospedale

Gestione delle risorse umane

Relazioni con il pubblico

Gestione rischi dei lavoratori dipendenti

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

Nell'ambito delle succitate Aree di rischio, i Direttori/Dirigenti Responsabili, con l'ausilio e la supervisione del RPCT, hanno quindi proceduto all'individuazione delle attività maggiormente "sensibili", unitamente all'identificazione dei rischi correlati: il risultato finale di questa rilevazione costituisce la "Mappatura dei processi e dei rischi" aziendali, specificamente riportato nell'Allegato 2 alla presente Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e contenente:

Area di rischio

Relativi processi (articolati in attività/fasi)

Identificazione dei possibili eventi rischiosi correlati

Strutture e responsabili aziendali di afferenza

Eventuali altri soggetti coinvolti.

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

2.3.4.3 - Valutazione (analisi e ponderazione) dei rischi

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

Gli esiti della complessiva fase di valutazione sono riportati nell'Allegato 3 alla presente Sezione, nel quale sono specificati:

Area di rischio



Processo

Attività/fase del Processo

Struttura/e aziendale/i responsabile/i del Processo

Livello di rischio (espresso in valore numerico)

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

Per procedere all'analisi degli eventi rischiosi si parte sempre dai rischi rappresentati dall'Allegato specifico della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO dell'anno precedente (per il 2025 dal PIAO 2024-2026), tenendo conto dei suggerimenti dei PNA vigenti ovvero l'utilizzo di un approccio di tipo qualitativo, in termini cioè di Basso, Medio o Alto rischio, dando spazio alla motivazione della valutazione.

Sono stati individuati quali elementi soggettivi per la valutazione del rischio:

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

Mentre sono stati individuati quali dati oggettivi:

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



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

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

- PRESENZA DI SEGNALAZIONE, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing (aggiornata a seguito entrata in vigore del D.Lgs n. 24/2023), ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction, che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.
- ULTERIORI DATI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE (es. rassegne stampa, ecc.).
- VALUTAZIONE DEL RISCHIO
 - B - Basso rischio
 - M - Medio rischio
 - A - Alto rischio

2.3.4.4 - Trattamento dei rischi

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

Nella definizione delle Misure si tiene conto sia dell'Aggiornamento dei PNA, sia dei precedenti PTPCT o Sezioni "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO.

Nell'Allegato 4 alla presente Sezione, sono riportate le misure per:

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



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

2.3.4.5 - Monitoraggio dei Processi e delle Misure

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

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

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

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

Nell'Allegato 4 alla presente Sezione, sono riportate le colonne:

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

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

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

A supporto dell'attività di autoanalisi, nella Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" (*All. 4*) sono proposti alcuni indicatori contraddistinti da semplicità di calcolo e particolare valenza informativa, in modo da fotografare al meglio tutte le possibili specificità che la caratterizzano.

Nel tempo, l'utilizzo costante degli indicatori, anche in funzione dell'organizzazione dei controlli interni, potrà fornire un quadro dinamico sull'andamento delle attività nell'area e sulla coerenza con il dettato normativo, consentendo di studiare e implementare misure specifiche di intervento o prevenzione dei rischi di corruzione.

Alcune misure riguardano l'implementazione/aggiornamento di regolamenti e/o procedure che permettono di individuare e tracciare l'iter amministrativo e/o comportamentale corretto. Sulla base del rispetto del regolamento/procedura è possibile attivare gli indicatori di monitoraggio dell'attività inerente.

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

Ulteriori strumenti di monitoraggio sono rappresentati da:

- la predisposizione da parte del RPCT, entro il 15 dicembre di ogni anno o altra data indicata da ANAC (per l'anno 2025 entro il 31 gennaio 2025) di una Relazione annuale, sul modello messo a disposizione delle pubbliche amministrazioni dall'ANAC, che riporta il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPCT; questa relazione deve contenere una serie di indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione con riguardo ai seguenti ambiti: gestione rischi, formazione, codice aziendale di comportamento, altre iniziative; la Relazione è trasmessa alla Direzione aziendale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ed è pubblicata sul sito web aziendale, nella Sezione "Amministrazione Trasparente";
- lo svolgimento di specifici Audit da parte del RPCT in relazione all'attuazione di tutte o di alcune delle misure contenute nella Sezione.
- l'implementazione di un sistema di reportistica tale da consentire al RPCT un monitoraggio costante in merito allo stato di avanzamento di attuazione delle misure contenute nel PTPCT. Considerato il collegamento con il Ciclo della Performance (di cui al successivo punto 4 del presente Piano), la reportistica è quella usualmente utilizzata in sede aziendale per illustrare lo stato di realizzazione degli obiettivi annuali di attività, sia in fase di verifica intermedia sia in fase di rendicontazione finale;
- le attività di verifica e valutazione svolte dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) nell'ambito del Ciclo della performance aziendale, stante la stretta correlazione esistente con il Piano (di cui al successivo punto 4)

A tal proposito, nel corso dell'anno 2024, il RPCT ha effettuato le seguenti azioni:

- provveduto alla redazione della Relazione annuale, secondo il modello messo a disposizione dall'ANAC, e pubblicazione della stessa sul sito web, Sezione "Amministrazione Trasparente" (pubblicata in data 22.01.25);
- provveduto al monitoraggio relativamente alla mappatura dei rischi inserito nel Piano (Relazioni dei Direttori / Responsabili delle strutture e audit specifici);
- ha proceduto al monitoraggio (random, a campione, su singole voci) dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla Sezione "Amministrazione Trasparente, nonché alla verifica dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione richiesta dall'ANAC con Deliberazione n. 213 del 23.04.23.
- provveduto ad aggiornare il Codice di Comportamento (deliberazione n. 615 del 6/12/2024).

Nel corso del triennio di riferimento si prevedono:

- aggiornamento della reportistica, in linea con le novità normative, al fine di consentire al RPCT un monitoraggio costante in merito allo stato di avanzamento di attuazione delle misure contenute Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”;
- prosecuzione di un processo organico volto alla definizione di un sistema di controlli interni idoneo a verificare l’appropriatezza e la legalità dell’azione amministrativa aziendale;
- prosecuzione delle verifiche da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- redazione della relazione da parte del RPCT, secondo lo schema definito da ANAC, e pubblicazione della stessa sul sito web, Sezione “Amministrazione Trasparente”, entro il termine indicato dalla stessa Autorità;

2.3.4.6 - Misure obbligatorie

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

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

Sono misure obbligatorie:

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

Le altre misure preventive sono, invece, qualificate come ulteriori, in quanto non sono obbligatorie per legge ma lo diventano soltanto in seguito alla loro previsione nell’ambito della Sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*”, in seguito alle operazioni di mappatura dei rischi e delle criticità evidenziate in questa sede.

L’articolazione di dettaglio di tutti gli aspetti relativi alle singole misure costituirà, comunque, oggetto di una specifica rilevazione nell’ambito della fase di coordinamento del presente Piano con il Ciclo della Performance, oggetto dell’analisi di cui al punto 2.2.2 dello stesso

Le misure obbligatorie sono specificamente analizzate qui di seguito.



Trasparenza

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

Codice di comportamento

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

Il Codice aziendale di comportamento, approvato, inizialmente, con Deliberazione del Direttore Generale n. 45 del 29 gennaio 2014, è stato aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 203 del 31 marzo 2015.

Alla luce delle “Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”, di cui alla Deliberazione dell’ANAC n. 358 del 29 marzo 2017, con Deliberazione del Commissario n. 68 del 25 gennaio 2018 è stato approvato il nuovo Codice di comportamento.

Il predetto codice è stato aggiornato con deliberazione 615 del 6.12.2024, in ragione delle novità normative relative alla protezione del whistleblower e alle modalità di comportamento attinenti ai rapporti dei dipendenti con le tecnologie informatiche e i social media (D.P.R. 24/23 e D.Lgs 81/23), nonché alle nuove Linee Guida per la predisposizione dei Codici di Comportamento delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte” di cui alla deliberazione della Giunta Regionale 25 febbraio 2022 n. 9-4694).

Il predetto codice è pubblicato sul sito internet aziendale www.sanluigi.piemonte.it (sezione “Amministrazione Trasparente - Disposizioni generali - Atti generali - Codice disciplinare e di codice di condotta”).

Il Codice di comportamento è oggetto di diffusione capillare nei confronti di tutto il personale aziendale, al momento dell'assunzione è data comunicazione in merito dalla S.C. Risorse Umane.

Rotazione del personale

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

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

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



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

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

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

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

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

Rotazione ordinaria

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

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



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

In particolare:

la rotazione, innanzitutto, non è attuabile nei confronti del personale medico e – in generale – del personale dirigente del ruolo sanitario, in quanto detto personale deve essere necessariamente assegnato alla propria specifica disciplina medica di specializzazione e, di conseguenza, non possono ipotizzarsi trasferimenti in diverse strutture aziendali; unica limitata possibilità è quella riferita a variazioni e modifiche dei singoli incarichi dirigenziali;

in linea generale, alcuni settori di attività amministrativa, in cui la misura della rotazione del personale avrebbe indubbiamente una significativa potenziale rilevanza (ad esempio il settore acquisti), non sono suscettibili di quei rallentamenti e/o sospensioni di attività che fisiologicamente si verificherebbero a causa dell'elevata specializzazione che il personale addetto a tali aree deve acquisire.

Si ritiene utile segnalare che l'inizio del fisiologico ricambio generazionale dell'ultimo periodo (2022 - 2024) ha consentito di inserire, nei processi, nuove figure professionali, favorendo il rispetto del "criterio" della rotazione.

Atteso quanto sopra riportato, non si prevedono, nella stesura del presente Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", ulteriori interventi specifici e cogenti sul tema della rotazione ordinaria del personale, se non quanto esplicitato nel sotto indicato punto 2).

Ad ogni buon conto, si tenga presente che i singoli Dirigenti e Responsabili delle strutture aziendali tecnico – amministrative possono, comunque, regolarmente disporre la rotazione del personale assegnato alle proprie Strutture nell'esercizio delle proprie ordinarie prerogative gestionali della struttura di appartenenza.

Inoltre, i Dirigenti e Responsabili delle strutture aziendali vengono invitati ad utilizzare il criterio cosiddetto della **"Segregazione delle funzioni"** secondo il quale, nell'ambito del medesimo procedimento, occorre affidare a soggetti diversi compiti diversi, così da distribuire le facoltà e le responsabilità a seconda delle professionalità di ciascun soggetto coinvolto nell'attività aziendale, soggetti non dotati di poteri illimitati. Ed infatti, come si può evincere da una rapida carrellata dei provvedimenti adottati, il Responsabile del Procedimento è soggetto diverso dal Dirigente che adotta l'atto e che impegna la propria responsabilità in ordine alla regolarità amministrativa e alla legittimità del contenuto dello stesso;

Rotazione straordinaria

In merito alla rotazione straordinaria viene definita solamente la seguente misura positiva di carattere cautelare, immediatamente esecutiva in caso di coinvolgimento del dipendente in fatti di natura corruttiva, a seguito di:

- avvio di procedimento penale;
- ricevimento di informazione di garanzia o ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o perquisizione o sequestro;
- avvio di procedimento disciplinare.

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



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

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

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

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

La disciplina aziendale della questione è contenuta negli artt. 8 e 9 del Codice di comportamento che, fra l'altro, elenca esemplificativamente una serie di situazioni concretanti ipotesi di conflitto d'interesse, nonché la procedura da seguire per la segnalazione e la gestione di tali ipotesi.

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

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

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

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

- individuare strumenti per innalzare all'interno delle aziende sanitarie i livelli di trasparenza attraverso la pubblicizzazione dei rapporti eventualmente intercorrenti tra coloro che

operano nell'amministrazione e l'azienda/industria/produttori/fornitori di farmaci, dispositivi, altre tecnologie e altri beni anche non sanitari;

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

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

Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali

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

La questione è affrontata aziendalimente nel Regolamento aziendale in materia di conferimento incarichi e di espletamento di attività extra istituzionale adottato con Deliberazione n. 375 del 29 maggio 2018 e modificato ed integrato con Deliberazione n. 65 del 8.2.2019.

Con Deliberazione n. 353 del 18.6.2019, è stato approvato il nuovo “Regolamento del Servizio Ispettivo Luigi Gonzaga, ai sensi della Legge n. 662/1996”, organismo deputato a provvedere all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità attraverso periodiche verifiche a campione sui dipendenti, il cui aggiornamento si è reso necessario anche alla luce del dettato della Legge n. 190/2012 che impone alla P.A. una rotazione degli incarichi. Nello specifico, viene stabilito che i componenti del Servizio Ispettivo durano in carica per un periodo di quattro anni e non possono essere rinnovati.

Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali

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

In particolare, l'art. 3 del sopra citato decreto legislativo prevede i casi di inconferibilità in caso di precedenti condanne per reati contro la pubblica amministrazione; l'art.12 sancisce, invece, l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali con le cariche di componente della giunta o del consiglio



regionale, nonché di componente della giunta o del consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti, ovvero ancora con la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione.

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

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

Attività successive alla cessazione del servizio

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

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

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

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

Oltre a quanto segnalato, la L. 190/2012 ha previsto altre misure di prevenzione di carattere soggettivo:

si tratta, infatti, di misure che anticipano il loro effetto già al momento dell'individuazione dei soggetti competenti a prendere decisioni nelle pubbliche amministrazioni, relativamente alla partecipazione a commissioni di concorso o di gara, nonché per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati ad alto rischio di corruzione.



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

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

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

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

Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)

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

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

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

Whistleblower e denunce anonime

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

La tutela del “whistleblower”, infatti, è relativa alla denuncia proveniente da un soggetto individuabile, mentre le segnalazioni anonime possono, invece, essere accettate unicamente se risultano dettagliate e circostanziate in maniera tale da far emergere fatti e situazioni in relazione a contesti determinati (ad esempio indicazione di nominativi o uffici specifici, eventi particolari, ecc.).

Tutela della riservatezza

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



Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

Pertanto, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché i Dirigenti e Responsabili aziendali nell'esercizio delle proprie prerogative di carattere disciplinare, si sono conformati a tale indirizzo di comportamento.

Divieto di discriminazione

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

Si tratta di una tutela che presenta le seguenti caratteristiche:

- riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico;
- se il dipendente ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, deve darne notizia circostanziata al RPCT; questi valuta quindi la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto all'Ispettorato della Funzione Pubblica;
- il dipendente può, inoltre, informare circa la presunta discriminazione l'organizzazione sindacale alla quale aderisce o altra organizzazione sindacale rappresentativa presente in azienda; l'organizzazione sindacale deve riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal RPCT;
- il dipendente può dare notizia della presunta discriminazione anche al Comitato Unico di Garanzia (CUG) aziendale (Deliberazione n. 23 del 22/01/2024), il presidente del C.U.G. deve riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal RPCT.

Sottrazione della denuncia al diritto di accesso

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

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



La disciplina in oggetto è stata novellata:

prima dalla Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, entrata in vigore il 29 dicembre 2017, che rafforza la tutela del “*whistleblower*”, modificando, per quanto concerne il settore pubblico, l’art. 54 bis del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e, di recente,

con il D. lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 “Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”.

Le disposizioni di cui al predetto decreto sono entrate in vigore il 15 luglio 2023. Alle segnalazioni o alle denunce all'autorità giudiziaria o contabile effettuate precedentemente alla data di entrata in vigore del presente decreto, nonché a quelle effettuate fino al 14 luglio 2023, si è continuato ad applicare le disposizioni di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, all'articolo 6, commi 2-bis, 2-ter e 2-quater, del decreto legislativo n. 231 del 2001 e all'articolo 3 della legge n. 179 del 2017.

Atteso quanto sopra esposto, l’Azienda, a seguito dell’adozione da parte di ANAC delle nuove linee guida, ha provveduto ad aggiornare la procedura vigente, inserendo un “collegamento” alla sezione “WHISTLEBLOWING” di “Amministrazione Trasparente” sia sul sito INTERNET sia sul sito INTRANET.

In particolare per l’accesso dall’esterno

<https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?search=&idSezione=235396&activePage=&id=&sort=>

A seguito della riforma, è stato istituito il CANALE INTERNO DIGITALE DI SEGNALAZIONE, è quindi possibile effettuare la segnalazione su fatti illeciti sul portale

“*WhistleblowingPA*”, progetto coordinato di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali.

Per segnalare, occorre accedere al seguente indirizzo

<https://aousanluigipiemonte.whistleblowing.it> e selezionare come destinatario XXX.

Fondamentalmente, la riforma consente, a partire dal 15 luglio 2023, la segnalazione non solo ai dipendenti della PA, ma altresì ad altre categorie di dipendenti, in particolare:

- ✓ i dipendenti di soggetti che operano nel settore privato;
- ✓ gli autonomi: i lavoratori autonomi e i titolari di un rapporto di collaborazione di cui all’articolo 409 del c.p.c. e all’articolo 2 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- ✓ i lavoratori o i collaboratori, che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore di terzi;
- ✓ i liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;
- ✓ stagisti, tirocinanti, volontari che prestano la propria attività presso soggetti del settore pubblico o del settore privato;



- ✓ gli azionisti e le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza, anche qualora tali funzioni siano esercitate in via di mero fatto, presso soggetti del settore pubblico o del settore privato.

Questi soggetti possono segnalare l'avvenuta violazione di normative nazionali e dell'UE che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato.

La tutela del whistleblower si applica non solo nel periodo relativo al rapporto di lavoro, ma anche:

- ✓ quando il rapporto giuridico non è ancora iniziato, se la persona è venuta a conoscenza delle informazioni sulla violazione durante il processo di selezione o in altre fasi precedenti alla stipula del contratto;
- ✓ nel corso del periodo di prova;
- ✓ dopo lo scioglimento, se le informazioni sono state acquisite nel corso del rapporto di lavoro.

Formazione del personale

Ai fini della prevenzione dei fenomeni di tipo corruttivo e, più in generale, di cattiva amministrazione, la formazione di tutti i dipendenti riveste un ruolo fondamentale, ed in quanto tale è perseguita dall'azienda.

Innanzitutto, sono stati previsti interventi formativi mirati per i funzionari addetti a specifici processi di alcune aree di rischio (ad esempio, in materia di lavori pubblici e di valutazione del personale).

Dal mese di novembre 2015, è stato attivato il Corso di formazione a distanza (FAD) “*Prevenzione della corruzione e trasparenza nella Pubblica Amministrazione – corso base*”, realizzato in collaborazione con alcune aziende sanitarie piemontesi, proseguito nel periodo di riferimento sino ad avvenuta formazione di tutto il personale dipendente ed in particolare destinato al personale neo assunto.

Valutata la vetustà del corso, con decorrenza gennaio 2025, si è proposto un nuovo corso aggiornato agli ultimi provvedimenti sulla normativa di settore.

L'analisi del “*contesto interno*” evidenzia, sia a seguito del ritorno ad un “normalità” lavorativa post-Covid (tendenzialmente dalla seconda parte dell'anno 2022) sia per effetto di un importante ricambio generazionale, la necessità di dare un nuovo e maggiore impulso all'attività di formazione del personale.

A tal fine si sta progettando, anche in collaborazione con il “*Gruppo Regionale degli RPCT*”, l'organizzazione della predetta attività su più livelli in relazione ai potenziali destinatari:

- “corsi base” dedicati a tutto il personale;
- “corsi evoluti” dedicati ai referenti, ai componenti del gruppo di supporto dell'RPCT e ai soggetti coinvolti in attività rilevanti.

Patti di integrità negli affidamenti

In relazione alla predetta misura, la legittimità è stata sancita, tra l'altro, da una specifica determinazione (n. 4/2012) dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (AVCP), che ha evidenziato come l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità, attraverso la presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta, comporti, in realtà, l'accettazione di



regole comportamentali già doverose per tutti i concorrenti, e che, in caso di loro violazione, aggiungono, anche, sanzioni di carattere patrimoniale alla comune conseguenza dell'estromissione della gara.

Si ricorda, infine, che un riferimento specifico all'obbligo dei singoli fornitori ed appaltatori di aderire alle clausole etiche è esplicitamente previsto anche dall'art. 18, comma 12, del vigente Codice di comportamento (deliberazione n. 615 del 6/12/2024).

Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

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

Fra le azioni di sensibilizzazione rientrano:

- una procedura per la segnalazione di presunti illeciti e irregolarità compiute dall'amministrazione da parte della società civile, la quale prevede che le osservazioni, le opposizioni, i reclami e le denunce possano pervenire all'Ufficio Relazioni con il Pubblico via mail, con lettera in carta semplice o attraverso un colloquio personale. Tutte le comunicazioni sono recepite ed analizzate nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- riprogettazione, alla luce degli aggiornamenti normativi in materia di performance e trasparenza, della Giornata della Trasparenza.

Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo

L'Azienda ha predisposto il Regolamento aziendale in materia di diritto di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, approvato con Deliberazione del Commissario n. 94 del 14 febbraio 2017.

La normativa antiriciclaggio è diretta ad impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da attività illecite, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per gli enti pubblici.

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

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

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



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

Direzione Amministrativa

Responsabili di struttura

Gestione dell'antiriciclaggio

Con Deliberazione del Direttore Generale n.185 dell'11/04/2024 il Dott. Ezio Romagnolo è stato nominato soggetto "Gestore" degli adempimenti connessi alla normativa antiriciclaggio

2.3.5 - Coordinamento con il Piano della Performance

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

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

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

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

Il RPCT elabora la sua proposta in modo che tali specifici obiettivi da inserire nel Piano della Performance conseguano prioritariamente e direttamente dalle misure contenute nella Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", ricalandone pertanto adempimenti, compiti e responsabilità.

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

2.3.6 - Programmazione dell'attuazione della Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla



promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

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

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

Secondo quanto introdotto dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione deve contenere una sezione apposita dedicata alla trasparenza, all'interno della quale sono indicati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati richiesti dalla norma.

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

Tali informazioni sono contenute nell'Allegato 5 del presente documento, nella forma novellata dal PNA 2022.

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

In relazione alle novità introdotte dal PNA 2022 – *"Allegato 2 parte generale sottosezione trasparenza PIAO"*, sono stabiliti due ulteriori elementi e relativi contenuti:

Termine di scadenza per la pubblicazione: entro 15 gg dall'adozione dell'atto o predisposizione di documenti;

Monitoraggio - Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile: Trimestrale da parte del Direttore / Responsabile della Struttura e Semestrale da parte del RPCT.

2.3.6.1 - Obiettivi strategici in materia di Trasparenza

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

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

In merito alla concreta attuazione di questi valori, la Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", in particolare la parte relativa alla "Trasparenza", intende favorire l'effettiva realizzazione di forme



diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità, nella misura in cui l'adempimento degli obblighi di trasparenza è diretto a fare emergere – ed eliminare - ipotesi di cattiva gestione.

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

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

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

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

La Sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*”, per quanto concerne la sezione dedicata all'adempimento degli obblighi di trasparenza, riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale in quanto consente la piena conoscibilità dei programmi di attività (del quale peraltro la stessa Sezione costituisce una parte rilevante), del loro stato di attuazione e dei risultati conseguiti.

Per quanto poi riguarda l'individuazione di specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture dell'azienda in relazione all'attuazione dei contenuti della Sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*”, ciascuna struttura è tenuta a relazionare in merito indicando le misure concrete messe in atto.

2.3.6.2 - Strutture e dirigenti coinvolti

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

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



garantire l'accessibilità dei dati secondo le specifiche richieste ed il supporto tecnico/informatico sull'utilizzo del portale aziendale.

2.3.6.3 - Coinvolgimento degli stakeholder

In generale, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è il luogo di incontro istituzionale fra l'Azienda ed il cittadino per facilitare i rapporti fra questi e la struttura ospedaliera, visto che è possibile rivolgersi agli operatori dell'URP non solo per formulare segnalazioni su eventuali disservizi ma anche, e soprattutto, per avere informazioni e indicazioni su come accedere facilmente ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni sanitarie.

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

A tal fine ci si avvale prioritariamente dei seguenti strumenti:

l'utenza può far pervenire osservazioni, chiarimenti e richieste all'indirizzo di posta elettronica aziendale segnalato sul sito web aziendale: <https://www.sanluigi.piemonte.it/struttura-amministrativa/comunicazione-ufficio-relazioni-pubblico-urp>.

2.3.6.4 - Responsabili della trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati

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

La tipologia dei dati che l'Azienda deve pubblicare, i responsabili della trasmissione e/o della pubblicazione dei dati, dei documenti, delle informazioni e dell'aggiornamento degli stessi sono indicati nell'Allegato 5 alla presente Sezione "*Rischi corruttivi e trasparenza*"

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

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

Deve, inoltre, porre la massima attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

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

comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);

messa a disposizione di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informatica aziendale, ovvero mediante le modalità alternative effettivamente disponibili anche alla luce dell'implementazione del processo di graduale dematerializzazione della documentazione;
organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro;
qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento, ma non sostituisce gli uffici nella elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati.

Il sistema si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete l'elaborazione/trasmissione dei dati e della informazione nonché loro pubblicazione, anche con assegnazione di specifico obiettivo aziendale.

2.3.6.5 - Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi

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

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

Si segnala che nel primo semestre dell'anno 2023 è stata avviata una revisione radicale delle modalità di pubblicazione, con l'intento di razionalizzare i percorsi, gli strumenti e rendere più efficiente il lavoro delle diverse strutture e perseguire, al contempo, in modo efficace l'obiettivo della massima trasparenza verso l'esterno.

A decorrere dal 01/04/2023 è stato avviato l'utilizzo del nuovo software “*Casa di vetro*” per la gestione della sezione “Amministrazione Trasparente”.

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

Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al RPCT ed agli organismi istituzionali quali l'ANAC e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il RPCT provvede a:

- monitorare sistematicamente la regolarità e tempestività dei flussi informativi, utilizzando anche gli strumenti elencati ai punti precedenti. Qualora riscontri inadempienze e/o irregolarità di livello significativo, il RPCT sollecita il Responsabile aziendale interessato a provvedere in merito, assegnando un termine non inferiore a 10 e non superiore a 30 giorni, salvo eccezioni debitamente motivate; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il RPCT provvede a segnalare la circostanza alla Direzione Aziendale,

- all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli ulteriori organismi che - a seconda delle circostanze – risultano interessati;
- verificare lo stato di attuazione degli obblighi di Trasparenza comunicando scostamenti dal programma originario;
 - riscontrare le specifiche richieste da parte dell'ANAC in materia di attuazione del principio di trasparenza;
 - supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione, secondo le sue specifiche richieste ed ai fini dell'attività di verifica di sua competenza;

In base alle risultanze della situazione relativa all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, il RPCT predispone un programma operativo per ottemperare alle prescrizioni che eventualmente risultassero non ancora attuate.

Per quanto riguarda le funzioni di monitoraggio e vigilanza da parte di altri organismi:

- all'ANAC compete un ruolo generale di coordinamento, indirizzo e supervisione esercitato anche attraverso l'adozione di specifiche linee guida che fungono da riferimento per tutte le pubbliche amministrazioni. Inoltre, l'ANAC svolge funzioni di vigilanza diretta rispetto alle verifiche effettuate dagli Organismi Indipendenti di Valutazione, e di vigilanza indiretta rispetto alle amministrazioni per le quali riceve segnalazioni (del RPCT e/o di privati cittadini) di mancato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione.
- All'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) spetta, invece, il preciso compito di promuovere ed attestare in sede aziendale l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.
- L'Organismo Indipendente di Valutazione provvede alle proprie verifiche, secondo gli indirizzi formulati dall'ANAC; i relativi esiti sono quindi pubblicati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, nella sottosezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione" - "Organismi Indipendenti di Valutazione" - "Atti degli Organismi Indipendenti di Valutazione".

In particolare, l'Organismo Indipendente di Valutazione, oltre a formulare annualmente, generalmente entro il mese di dicembre/gennaio, un'attestazione generale da predisporre e trasmettere all'ANAC ed alla Direzione Aziendale (nonché da pubblicare sul sito web aziendale), deve assolvere anche eventuali attestazioni e verifiche mirate su particolari argomenti individuati dalla stessa ANAC. L'Organismo Indipendente di Valutazione terrà, comunque, conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione degli obblighi in materia di trasparenza, ai fini della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa, sia individuale, del RPCT e dei Dirigenti delle strutture deputate a mettere a disposizione i dati.

Misure per assicurare l'efficacia dell'Accesso Civico

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

In ogni caso, l'accesso civico è gratuito e non richiede motivazione o una particolare legittimazione del richiedente; esso è limitato alle ipotesi di pubblicazione obbligatorie di dati prevista dalla legge e



si differenzia dalle segnalazioni, critiche e suggerimenti, di cui si terrà conto in fase di aggiornamento della Sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*” e di migliorie al sito web aziendale.

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

Accanto alla fattispecie dell'accesso civico prevista dalla normativa originaria del 2013, il D.Lgs. 97/2016 ha introdotto una nuova tipologia di accesso (definito “accesso generalizzato”), delineata nel novellato art. 5, comma 2 del decreto trasparenza, ai sensi del quale “chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti”. In estrema sintesi, questo si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

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

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

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (c.d. “*accesso documentale*”). La finalità dell'accesso documentale è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari.

Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un “interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso”. Inoltre, mentre la legge 241/90 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello “semplice”, è riconosciuto proprio “allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”.



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

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

Dati ulteriori

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

- Whistleblowing;
- Accesso civico;
- Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- Censimento auto PA.
- Legge 8/03/2017 n. 24 (Legge Gelli)

In particolare occorre segnalare che, alla luce dello sviluppo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è stata attivata in Amministrazione Trasparente una sezione denominata "Attuazione misure PNRR" all'interno della quale viene data pubblicità e informazioni sugli investimenti aziendali attivati.

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

- dalla vigenza di nuovi obblighi normativi;
- dall'analisi degli esiti delle azioni previste nella presente Sezione del PIAO.



Sezione 3: Organizzazione e capitale umano

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

3.1 - Struttura organizzativa

Come illustrato negli organigrammi riportati nel documento allegato (*all. 6*) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano, l'organizzazione dell'AOU San Luigi si articola nelle seguenti strutture:

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

3.2 - Organizzazione del lavoro agile

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

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

Alla luce del DPCM del 23/09/2021, l'AOU San Luigi, con atto n. 768 del 30.12.2021 ha disciplinato lo svolgimento dello Smart Working con apposito regolamento.

A seguito della sottoscrizione del CCNL Comparto Sanità del 02/11/2022 e della più recente Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/12/2023, che ha previsto che il lavoro in presenza sia la modalità ordinaria di lavoro, è stato predisposto il nuovo regolamento disciplinante il lavoro a distanza, recepito con il PIAO 2024-26, allegato al presente documento quale parte integrante e sostanziale (*all. 7*).

A seguito di confronto con le OO.SS. del Comparto, a decorrere dal 01/07/2024, è stata estesa sino ad un massimo di 2 gg settimanali la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità di lavoro a distanza, subordinatamente all'autorizzazione del Direttore o del Dirigente Responsabile della Struttura di afferenza.

3.3 - Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) 2023-2025

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

- Personale Dipendente
- Altre forme contrattuali
- Borsisti
- Incarichi Libero Professionali



- Specialisti Ambulatoriali
- Personale Universitario Convenzionato

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

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

Il Piano 2022-2024, approvato dalla Regione Piemonte con DGR n. 30 - 7328/2023/XI del 31/07/2023, ed il Piano 2023-2025 trasmesso in data 16/01/2025, ancora in attesa di approvazione, sono stati redatti sulla base dei seguenti criteri:

- Coerenza con l’atto aziendale vigente
- Rispetto dei vincoli finanziari nazionali e regionali (DGR n.46-6202)

ed alla luce degli obiettivi di seguito elencati:

- migliorare ed efficientare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici
- sostenere le attività altamente specialistiche e di Centri di riferimento regionali che insistono sull’ AOU San Luigi
- rafforzare l’area tecnica- professionale

Il Piano 2023 - 2025, come da indicazioni regionali, è stato così predisposto:

- per l’anno 2023 è stato riproposto il Piano del fabbisogno già approvato dalla Regione Piemonte;
- per l’anno 2024, anch’esso ormai concluso, il Piano già approvato è stato integrato con le unità necessarie per dare attuazione a quanto definito in sede di Osservatorio o per le quali si è avviata una procedura di reclutamento nell’anno medesimo;
- per l’anno 2025, ad invarianza del tetto di spesa degli anni precedenti, si sono previste alcune implementazioni, strettamente necessarie a dare risposte a bisogni urgenti, sia in ambito clinico-assistenziale che gestionale.

Le Dotazioni Organiche 2023 - 2024 - 2025 sono allegate (*all. 8*) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano.

3.4 - Formazione del personale

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

Il Piano Formativo dell'AOU San Luigi è stato approvato con deliberazione n. 9 del 15/01/2025.



Formazione interna

Il Piano Formativo 2025 è stato predisposto tenendo in considerazione:

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

Tutti i bisogni/proposte formative emerse e/o rilevate sono state quindi vagliate dal Comitato Scientifico per la formazione, il quale ha definito - anche in base alle risorse disponibili ed alle strategie rappresentate dalla Direzione Aziendale - le iniziative da pianificare per l'anno 2025.

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

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

Il Piano Formativo approvato per l'anno 2025 è allegato (*all. 9*) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano.

Formazione esterna

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

Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie destinate alla formazione interna ed esterna per l'anno 2025 sono pari ad Euro 219.500,00, come di seguito ripartite:

Formazione interna:

Euro **178.500,00** ripartiti come di seguito riportato:

- ✓ Euro 114.000,00 - budget aziendale
- ✓ Euro 45.000,00 - fondo per la formazione in materia di salute e sicurezza
- ✓ Euro 19.500,00 - fondo regionale indistinto per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie



Formazione esterna:

Euro **41.000,00** ripartiti come di seguito riportato:

- ✓ Euro 17.000,00 – Comparto
- ✓ Euro 3.000,00 - Area delle Funzioni Locali
- ✓ Euro 7.000,00 - Area Sanità
- ✓ Euro 8.000,00 - fondo straordinario (da destinare a esigenze formative ritenute strategiche dalla Direzione Aziendale, nonché all'aggiornamento dei professionisti presenti in Azienda in numero esiguo o a corsi di elevata specializzazione)
- ✓ Euro 3.000,00 - fondo per la formazione in materia di salute e sicurezza
- ✓ Euro 3.000,00 - fondo regionale indistinto per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie



Sezione 4: Monitoraggio

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

Come previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (Si.Mi.Va.P), approvato con deliberazione n. 147 del 25/03/2024, l'AOU avvia:

- *un monitoraggio sull'avvio del ciclo di gestione della performance*, da effettuarsi entro 30 giorni dall'assegnazione degli obiettivi alle Strutture ed ai professionisti;
- *un monitoraggio intermedio* (da svolgersi entro il 30 settembre di ciascun anno) sul grado di attuazione degli obiettivi di performance organizzativa rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d'opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

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

L'OIV inoltre:

- svolge il monitoraggio della performance organizzativa;
- redige le relazioni sul funzionamento del sistema di valutazione;
- misura e valuta la performance organizzativa e individuale;
- valida la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione da parte del Direttore Generale.

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

Nel periodo di vigenza del presente Piano e con l'approvazione della nuova composizione dell'OIV si prevede di revisionare l'insieme delle attività di monitoraggio eseguite nei vari contesti organizzativi al fine di potenziare l'integrazione e conseguire superiori livelli di efficienza.

ALL. 1 - OBIETTIVI 2025

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	2	OB_REG21	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	20	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	3	SIC_SO-8	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	revisione procedura prevenzione e gestione cadute dei pazienti entro 31/12/2025	presenza procedura revisionata	SI	30	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	4	SIC_SO-9	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Corretta compilazione checklist per la sicurezza in sala operatoria: audit per Dip. Chirurgico stratificato per strutture su corretta compilazione checklist	presenza verbali audit	SI	50	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	5	EF_ORG-1	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Aggiornamento tempestivo strutture in Anagrafe Regionale relativo a completezza e qualità dei dati dichiarati nel flusso STS24	Trasmissione in Regione relazione attività svolte entro 31.12.2025 redatta congiuntamente e per quanto di competenza con i SII	SI	15		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	6	MON-3	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO dei flussi "in uscita" dell'attività con flusso "C" e "SDO"	Presenza su "ABACO" dei flussi in "uscita" aggiornato almeno ogni 30 giorni	SI	10		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	7	MON-5	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio dell'andamento della produzione "near real time" in collaborazione con S.S. Pianificazione Strategica e Governance	Presenza su ABACO del sistema di monitoraggio "near real time"	SI	15		Area Organizzativa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	8	MON-6	MONITORAGGIO	Misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (fattori produttivi impiegati)	1) report trimestrali su andamento produttività 100% delle strutture 2) report finale al 31.12.2025 (riferito ai dati 01/01/25 - 30/09/25)	SI	25	valenza documentale	Area Gestione Spesa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	9	MON-11	MONITORAGGIO	Pubblicazione report economico dei volumi di attività (produzione monitorata) per struttura sulla Intranet Aziendale e via email	Evidenza pubblicazione e invio entro il bimestre successivo al trimestre di riferimento	SI	20	valenza documentale	Area Gestione Spesa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	10	MON-12	MONITORAGGIO	Redazione scheda di budget per ogni struttura	Presenza di una scheda di budget mensile per Direzione Strategica e singole Strutture Dipartimentali	SI	15		Area Organizzativa
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	11	APP-17	APPROPRIATEZZA	Monitoraggio semestrale di almeno 2 PDTA aziendali secondo gli indicatori previsti	evidenza documentale	SI	25		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	12	APP-31	APPROPRIATEZZA	Supervisione dell'elaborazione di protocolli aziendali per la gestione del dolore in collaborazione con S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	n° protocolli	≥ 2	10		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	13	MON-1	MONITORAGGIO	Contribuire all'incremento > 10% rispetto all'anno 2024 delle visite in modalità di telemedicina, secondo mandato regionale (visite di controllo).	Monitoraggio mensile, audit strutture coinvolte e report finale in collaborazione con CdG	SI	40	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
1	1-4	Staff Direzione Generale	S.S. Qualità	14	BOARD-2	TEMPO DI BOARDING	Contribuire al miglioramento nella gestione e misurazione del boarding, con tempo medio di permanenza (boarding) in PS ≤ 6 h (nel rispetto del Piano di sovraffollamento DEA e della DGR specifica)	Rilevazione su boarding e audit clinico assistenziale e organizzativo almeno mensile tra le unità operative coinvolte ai fini della riduzione del boarding, in collaborazione con MECAU, in relazione al piano di gestione del sovraffollamento	SI	25	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	15	SIC_SO-1	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Aggiornamento DVR per CLI	Pubblicazione del documento nella Cartella DVR Condivisa	SI	40		Area Organizzativa
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	16	SIC_SO-2	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Definizione di procedura per la Gestione delle Aggressioni in Ospedale e monitoraggio applicazione	A) pubblicazione su intranet della procedura (entro 30/06/2025) B) evidenza documentale	A) SI B) SI	50		Area Organizzativa
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	17	TRASP-2	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica.	Evidenza documentale	10		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	18	EF_ORG-25	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio automatico degli obiettivi di Performance delle Strutture (entro 30/04/2025)	evidenza documentale	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	19	EF_ORG-32	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Piano obiettivi 2026	Definizione e presentazione alla Direzione Generale entro il 31/10/2025 della proposta iniziale per gli obiettivi 2026	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	20	EF_ORG-36	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Proposta alla Direzione Strategica di un piano di sviluppo delle linee produttive aziendali (entro 30/03/2025)	evidenza documentale	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	21	MON-4	MONITORAGGIO	Implementazione su ABACO di un sistema di monitoraggio dell'andamento della produzione "near real time" in collaborazione con S.S. Controllo di Gestione	Presenza su ABACO del sistema di monitoraggio "near real time"	SI	25		Area Organizzativa
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	22	COM-1	AREA COMUNICAZIONE	Gestione aggiornamenti, sul sito intranet aziendale, delle aree dedicate alla comunicazione	Pubblicazioni effettuate nei tempi richiesti- concordati con la Direzione/pubblicazioni richieste con evidenza tempistica pubblicazioni e correzione/eliminazione dei dati/informazioni pubblicate non aggiornati	100%	25	evidenza con Report trimestrale	Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	23	COM-3	AREA COMUNICAZIONE	Migliorare l'efficacia dei rapporti con le Associazioni di volontariato, per l'aspetto comunicativo.	Partecipazione alle riunioni annue programmate della Conferenza Aziendale di Partecipazione e relativa verbalizzazione.	SI	25		Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	24	COM-4	AREA COMUNICAZIONE	Migliorare l'efficienza dell'informazione verso l'esterno.	Evidenza pubblicazioni Comunicati Stampa e Notizie sui siti e social media.	SI	25	valenza documentale	Area Comunicazione
1	1-7	Staff Direzione Generale	Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali	25	COM-5	AREA COMUNICAZIONE	Predisposizione proposta del Piano di Comunicazione 2025-2026	evidenza documentale	SI	25		Area Comunicazione
2	2-1	Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	26	EF_ORG-3	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attivazione dei percorsi di continuità ospedale - territorio, in collaborazione con il NOCC	Percorsi attivati/percorsi richiesti	≥ 95%	60		Area Organizzativa
2	2-1	Line Direzione Sanitaria	Funzione Servizio Sociale	27	EF_ORG-19	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Garantire la gestione del Servizio di Mediazione Culturale a chiamata	Interventi di mediazione culturale effettuati/ interventi richiesti dalle strutture ospedaliere	100%	40		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	28	APP-11	APPROPRIATEZZA	Coordinamento progetto di presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Talassemia.	A) N° Incontri con associazione malati B) N° incontri del Coordinamento verbalizzati	A) ≥ 3 B) ≥ 4	10		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	29	EF_ORG-15	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2024	Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici	evidenza documentale	20		Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	30	EF_ORG-31	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio e Revisione delle Agende delle Prestazioni Ambulatoriali in funzione del miglioramento della saturazione degli slot	n° di Agende con saturazione posti $\geq 85\%$ / n° totale Agende	$\geq 85\%$	10	nel conteggio si considerano sia le Agende pubbliche sia le Agende esclusive	Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	31	CUP-1	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥ 1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	32	GOV-1	GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO	A)Elaborazione entro il 28 febbraio del Cronoprogramma del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero B) Completamento entro il 31/12/2025 delle fasi anno 2025 del cronoprogramma	A) Data consegna Cronoprogramma B) evidenza documentale	A) 28/02/2025 B) SI	15		
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	33	FSE-2	IMPLEMENTAZIONE FSE	Monitoraggio e governo del conferimento dei documenti clinico sanitari nel FSE nei target percentuali regionali.	RIspetto dei target percentuali regionali per il conferimneto in FSE della Lettera di dimissioni e dei referti ambulatoriali (non RIS e LIS)	100%	10		Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	34	DIP_20	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B $\geq 65\%$	20	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	35	APP-7	APPROPRIATEZZA	Collaborazione al progetto aziendale cartella informatizzata Ellipse per la parte della prescrizione farmacologica e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva	creazione "pacchetti di terapia"	SI	15		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	36	EF_COST-1	EFFICIENTAMENTO COSTI	Collaborazione alla Implementazioni di nuovi sistemi di tracciabilità dei dispositivi medici/protesi	evidenza documentale	SI	15	Relazione del responsabile S.S. ICT	Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	37	EF_COST-38	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio contenimento spesa dispositivi medici/protesi	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa dispositivi medici/protesi	≥ 4	20		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	38	EF_COST-39	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio contenimento spesa farmaci	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altospendenti	≥ 5	20		Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	39	EF_COST-40	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	Analisi de report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	SI	40	Si applica solo al Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	40	EF_ORG-5	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attività propedeutica alla transizione al nuovo AMCO regionale entro il 31/12/2025	evidenza documentale	SI	16	Relazione del responsabile S.S. ICT	Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	41	EF_ORG-40	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	Completamento iter liquidazione entro 45 giorni dalla ricezione. Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria (*) il peso è così distribuito:a) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF b) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	SI	60	Si applica solo al Personale Comparto non Sanitario	Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	42	OB_REG1	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	43	APP-1	APPROPRIATEZZA	Adesione al sistema di sorveglianza locale dei germi alert	report annuale	1	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	44	APP-2	APPROPRIATEZZA	Adesione al sistema di sorveglianza speciale enterobatteri resistenti ai carbapenemici	n° report quadrimestrale su infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemici	3	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	45	APP-18	APPROPRIATEZZA	Partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	N° interventi di chirurgia protesi anca e vescica verificati / tot N° interventi di chirurgia protesi anca e vescica	≥ 50%	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	46	ICA-1	ICA	Programmazione e coordinamento corsi ICA	verbali incontri e relazione	≥ 3	20		Area Organizzativa
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA	47	ICA-4	ICA	Programmazione e coordinamento Commissione Infezioni Correlate all'Assistenza CICA	verbali incontri e relazione	≥ 2	20		Area Organizzativa
2	2-5	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	48	ICA-2	ICA	Monitoraggio corretta applicazione delle precauzioni aggiuntive nei pazienti colonizzati/infetti con germi MDR (Multi Drug Resistent)	N° audit effettuati nelle strutture di degenza a seguito di alert dei microrganismi multiresistenti	≥ 50	50	evidemnz attraverso produzione di verbali	Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-5	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospedliera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	49	ICA-3	ICA	Monitoraggio applicazione delle procedure aziendali sulla prevenzione del rischio infettivo	N° strutture sanitarie in cui è stato effettuato almeno 1 audit sull'applicazione delle procedure / n° totale delle strutture sanitarie	100%	50		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	50	APP-5	APPROPRIATEZZA	Appropriatezza trasfusionale: verifiche audit della procedura per il corretto utilizzo di sangue e derivati.	Raccolta delle non conformità e effettuazione audit presso i reparti coinvolti nelle non-conformità	SI	22		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	51	APP-23	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Talassemia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale dell'attività per i pazienti arruolati anno 2025 B) Incontri con associazione malati	A) n° report B) n° incontri l'anno	A) 4 B) ≥ 3	12	ripartizione peso: A) 6 B) 6	Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	52	APP-26	APPROPRIATEZZA	Promozione e partecipazione al progetto: "Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Numero di pazienti candidabili valutati anno 2025 per avvio a percorso PBM/ numero di pazienti con interventi in elezione candidabili al percorso PBM anno 2025	≥ 2%	26		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	53	EF_COST-3	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20		Area Gestione Spesa
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	54	PROD-1	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	55	COM-2	AREA COMUNICAZIONE	Predisposizione proposta alla Direzione Aziendale di aggiornamento "Regolamento gestione reclami" e "Regolamento Sala Convegni e Spazio Espositivo" entro il 30/06/2025	A) evidenza documentale aggiornamento "Regolamento gestione reclami" entro 30/06/2025 B) evidenza documentale aggiornamento "Regolamento Sala Convegni e Spazio Espositivo" entro 30/06/2025	A) SI B) SI	40	ripartizione peso: A) 20 B) 20	Area Comunicazione
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	56	EF_ORG-21	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.	n° casi gestiti entro i tempi previsti / totale casi gestiti	100%	50		Area Comunicazione
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	57	TRASP-4	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione.	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno 1 audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	58	CRED-1	CIRCULARIZZAZIONE E RECUPERO CREDITI	Efficientamento: circolarizzazione dei crediti aziendali relativi alle annualità 2024 e ante	A) Report crediti 2024 e ante. B) Evidenza note di circolarizzazione 2024 e ante C) Conciliazione delle posizioni finanziarie ancora in sospeso, con evidenza degli importi attinenti le annualità 2024 e ante, per l'allineamento delle partite creditorie e debitorie con le altre ASR.	SI	30		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	59	EF_COST-2	EFFICIENTAMENTO COSTI	Determinazione e monitoraggio dei budget di spesa delle strutture.	A) Provvedimento di assegnazione budget di spesa B) Raccolta report trimestrali di monitoraggio della spesa e relazioni delle strutture su interventi correttivi, ove necessari C) Analisi e valutazione congruità interventi e formulazione proposte alla Direzione	SI	30		Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	60	EF_ORG-47	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispetto della tempistica di pagamento dei fornitori (entro 15 gg dalla liquidazione e non oltre 60 giorni dalla fattura)	Indice di tempestività di pagamento	<0	30	Report SC Gestione Economico Finanziaria	Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	61	TRASP-5	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	62	EF_COST- 41	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	20		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	63	EF_COST- 44	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	25		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	64	EF_ORG-20	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Gestione delle procedure di affidamento aziendale nell'ambito dei progetti "Sanità Digitale 1" PNRR , come da matrice delle competenze definite	Predisposizione atti nel rispetto del cronoprogramma aziendale. Attestazione del Direttore Amministrativo	SI	20		Area Organizzativa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	65	EF_ORG-41	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	25	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	66	TRASP-6	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	67	EF_COST- 45	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi compatibili con le necessità dell'Organizzazione	4	40		Area Gestione Spesa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	68	EF_ORG-4	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attivazione processo di digitalizzazione Fascicolo Personale Dipendente	A) Progettazione e sviluppo piattaforma digitale(entro 30/06/2025) B) n° assunti anno 2025 don FPD digitalizzato /n° totale assunti nell'anno 2025	A) SI B) 100%	25		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	69	EF_ORG-14	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	coerenza tra dati OSSERVATORIO e dati OPESSAN	100%	25		Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	70	TRASP-3	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	71	EF_ORG-42	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	20	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	72	FORM-1	FORMAZIONE	Attivazione Piano formativo 2025	A) n° corsi attivati /n° totale corsi previsti (inclusi i corsi extra-piano) B) realizzazione Corso di Formazione aziendale PNRR "Rafforzamento delle competenze digitali" (secondo indicazioni regionali)	A) ≥ 75% B) SI	40	ripartizione peso: A) 20 B) 20	Area Organizzativa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	73	FORM-5	FORMAZIONE	Monitoraggio formazione ICA	Numero formati sul totale delle persone da formare	100%	30		Area Organizzativa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	74	TRASP-13	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	75	EF_ORG-43	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	40	Si applica a Amministrativi Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	76	FORM-3	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con DIPSA e DMPO di progetti organizzativi/formativi.	N° progetti elaborati	3	40	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	77	FORM-4	FORMAZIONE	Incremento numero tirocinanti presso le degenze e i servizi dell'AOU S. Luigi	(N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2025 - N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2024) / N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2024	≥ 20%	40	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	78	FORM-6	FORMAZIONE	Elaborazione dei piani standard dell'attività tutoriale, al fine di agevolare l'inserimento dei nuovi tutor professionali	costruzione dei piani standard relativi ad almeno 10 attività tutoriali consuete, a campione su un anno di corso.	≥ 10	20	Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	79	SORV-2	SORVEGLIANZA SANITARIA	Programmazione e monitoraggio della sorveglianza sanitaria dei tirocinanti CLI e TRP – I anno di corso .Completamento percorso della sorveglianza sanitaria per l'acquisizione dell'idoneità fisica degli studenti CLI e TRP - I anno di corso, prima dell'immissione in tirocinio.	N° studenti CLI e TRP - I anno di corso accertati prima dell'inizio del tirocinio / totale studenti CLI e TRP - I anno di corso	100%	40	Si applica a : Amministrativi	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	80	TRASP-7	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	20	Si applica a : Amministrativi	Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	81	EF_COST- 42	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	82	EF_COST- 46	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	15		Area Gestione Spesa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	83	ED-1	INTERVENTI EDILIZIA	Realizzazione interventi di edilizia sanitaria (in particolare in ambito antincendio)	rispetto del cronoprogramma Regionale (o in sua assenza rispetto del Cronoprogramma definito dalla Direzione Aziendale)	100%	25		Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	84	ED-2	INTERVENTI EDILIZIA	Realizzazione Piano Aziendale Manutenzioni Ordinarie	n° interventi effettuati / totale n° interventi programmati con la Direzione Aziendale	≥ 85%	10	gli interventi saranno preventivamente pesati con la Direzione Aziendale per standardizzarne l'impegno	Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	85	ED-3	INTERVENTI EDILIZIA	Sistemazione archivio ex "Stabulario" con smaltimento materiale ivi depositato (in coordinamento con S.S. Affari Generali e Legali)	Smaltimento materiale e sistemazione archivio ex "Stabulario" e progettazione totale ristrutturazione entro il 31/12/2025	SI	30		Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Teconologie	86	TRASP-8	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	87	CRED-2	CIRCULARIZZAZIONE E RECUPERO CREDITI	Recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie con attivazione procedure di recupero coattivo	Attivazione procedure di recupero coattivo: pratiche trasmesse da SS AAAS	100%	30		Area Gestione Spesa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	88	EF_ORG-48	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Sistemazione archivio ex "Stabulario" e Coordinamento smaltimento documenti ivi depositati (in coordinamento con S.C. Tecnico e Teconologie)	A) Invio di formale comunicazione alle strutture per gli adempimenti di competenza" entro il 15/02/2025, con eventuale sollecito entro il 31/03/2025; B) Gestione delle richieste di smaltimento ed eventuali richieste di riallocazione spazi nei locali "ex autorimessa" assegnati alla scrivente struttura" entro il 31/05/2025	A) SI B) SI	30	ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	89	MON-9	MONITORAGGIO	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	A) rendicontazione trimestrale B) differenza tra spesa 2025 e valore accantonato nel fondo rischio C) inserimento sinistri in SIMES entro 30 gg dalla richiesta di risarcimento con completa compilazione di campi	A) SI B) Spesa 2025 ≤ valore accantonato nel fondo rischio C) 100% sinistri	30	ripartizione peso: A) 10 B) 10 C) 10	Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	90	TRASP-9	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	91	EF_COST-47	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	20		Area Gestione Spesa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	92	EF_ORG-44	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	10	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	93	FSE-1	IMPLEMENTAZIONE FSE	Aggiornamento Applicativi nel rispetto del Cronoprogramma Regionale e integrazione cartelle cliniche con applicazione Web del FSE	rispetto del Cronoprogramma Regionale	SI	10		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	94	MON-2	MONITORAGGIO	Gestione e monitoraggio Transizione Digitale	attivazione Cabina di Regia mensile e reportistica trimestrale avanzamento Transizione Digitale	100%	25		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	95	PNRR-1	PNRR	PNRR: digitalizzazione assistenza sanitaria e dei sistemi informativi sanitari DEA I e II livello.	Rispetto dei tempi previsti dal PNRR e rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	100%	20		Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	96	SIC_SO-3	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Installazione telecamere esterne	rispetto cronoprogramma Installazione nuove telecamere in aree esterne concordato con Direzione Generale	100%	10		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	97	TRASP-10	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	5		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	98	EF_COST- 43	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio debiti scaduti	n° analisi del report trimestrale del GEF con motivazione su mantenimento / cancellazione fatture in bilancio	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	99	EF_COST- 48	EFFICIENTAMENTO COSTI	Rispetto del budget di spesa assegnato	N° Report trimestrali di monitoraggio della spesa da inviare al GEF unitamente a relazione con evidenza valutazione eventuali scostamenti e proposta interventi correttivi	4	30		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	100	MON-10	MONITORAGGIO	Monitoraggio contratto di gestione apparecchiature elettromedicali anche in relazione al rinnovo contrattuale SCR	report semestrali	2	20		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	101	PNRR-2	PNRR	Rendicontazione procedure e spese previste dal PNRR	Rendicontazione su Regis allineata allo stato di avanzamento di tutte le procedure previste nell'elenco deliberato dei progetti	SI	30		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	102	TRASP-11	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	103	CRED-3	CIRCULARIZZAZION E E RECUPERO CREDITI	Traasmissione a Direzione Strategica e applicazione del Cronoprogramma anno 2025 per il recupero crediti correlati a prestazioni sanitarie	N° crediti con procedura recupero attivata/N° crediti programmati da recuperare	100%	30		Area Gestione Spesa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	104	EF_ORG-8	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione con DMPO nel monitoraggio e revisione delle Agende delle Prestazioni Ambulatoriali in funzione del miglioramento della saturazione degli slot	n° report relativi alla manutenzione delle Agende in collaborazione con DMPO	≥ 6	20		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	105	EF_ORG-45	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	100%	10	Attestazione SC Gestione Economico Finanziaria il peso è così distribuito: A) 50% raggiungimento obiettivo a livello aziendale/ Attestazione GEF B) 50% raggiungimento da parte della struttura (nella misura del 90 % delle fatture / Relazione della struttura	Area Gestione Spesa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	106	CUP-25	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate (in collaborazione con DMPO)	n° relazioni con monitoraggio disallineamento tra Flusso CUP e Flusso C e identificazione criticità	≥ 6	10		Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	107	TRASP-1	TRASPARENZA	applicazione nuovo regolamento libera professione	A) Applicazione secondo il cronoprogramma definito con la Direzione, per quanto di competenza	SI	25		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	108	TRASP-12	TRASPARENZA	Attuare misure in materia di trasparenza (con adempimento relativi obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente) ed in materia di prevenzione della corruzione	Attestazione adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	5		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	109	DIP_1	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	110	DIP_32	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	111	DIP_2	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30		Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	112	DIP_33	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	113	DIP_3	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Garantire operatività del Comitato di Dipartimento	riunioni verbalizzate, anche telematiche, che affrontino anche argomenti correlati agli obiettivi assegnati alle varie strutture afferenti	≥ 4	30		Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	114	DIP_34	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Supervisione e individuazione azioni correttive per raggiungere gli obiettivi assegnati alle strutture afferenti,	somma pesi obiettivi raggiunti a livello Dipartimentale/ totale pesi Dipartimentale	≥ 85%	70	tenendo conto del relativo peso	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	115	APP-15	APPROPRIATEZZA	Implementazione del percorso del paziente sottoposto a chirurgia maggiore, nella fase del pre ricovero sulla base del modello ERAS	Documentazione sul percorso definito	SI	50	si applica a : Prericovero	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	116	EF_ORG-9	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione con Strutture del Dipartimento Chirurgico alla riduzione dello StartTime Tardiness	n° check list quotidiane con Sala Operatoria pronta per inizio intervento / tot n° check list quotidiane	≥90%	40	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	117	EF_ORG-18	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	formazione personale infermieristico e di supporto attraverso l'adozione del piano di formazione con il rispetto dei tempi previsti.	n. Infermieri e OSS formati nel rispetto del piano di formazione e dei tempi previsti /n. Infermieri ed OSS da formare	≥90%	15	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	118	EF_ORG-22	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Identificazione e attivazione quotidiana di un referente infermieristico per interfaccia con bed manager e NOCC	A) Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni feriali	A) 100% B) 100%	30	si applica a : Tutte le strutture di degenza (rilevazione con relazione BM/NOCC) Ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	119	EF_ORG-26	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Inserimento personale infermieristico e di supporto	n. Infermieri e OSS inseriti/n. Infermieri ed OSS formati	≥80%	15	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	120	EF_ORG-28	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore	≥90%	50	si applica a : Chirurgia Generale ORL Week Surgery Ortopedia Chirurgia Toracica Urologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	121	EF_ORG-35	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione in collaborazione con la componente medica della procedura di attivazione infermiere MET entro 30/06/2025	evidenza documentale	SI	50	si applica a : Rianimazione	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	122	MON_SUP- 2	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50	si applica a : DH Urologia Terapia Antalgica Ambulatorio Proctologia Prericovero Centrale di sterilizzazione	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	123	MON_SUP- 3	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	30	si applica a : Sala Operatoria	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	124	MON_SUP- 4	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	20	si applica a : Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	125	AMB-2	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	50	si applica a : D.H. Urologia Terapia Antalgica Ambulatorio. Proctologia	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	126	SIC_SO-6	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso.	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi	≥90%	50	si applica a : Centrale sterilizzazione	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	127	APP-12	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	20	si applica a : Pronto Soccorso	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	128	EF_ORG-12	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Completamento processo di informatizzazione delle richieste pasto dei pazienti ricoverati/operatori inamovibili.	Report mensile che evidenzi riunioni formative e assistenza operativa all'utilizzo dell'applicativo	12/anno	50	si applica a : Nutrizione clinica e Dietologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	129	EF_ORG-23	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Identificazione e attivazione quotidiana di un referente infermieristico per interfaccia con bed manager e NOCC	A) Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni feriali	A) 100% B) 100%	30	si applica a : Tutte le strutture di degenza (rilevazione con relazione BM/NOCC) Ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	130	EF_ORG-29	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore	≥90%	50	si applica a : Med. Interna a indirizzo ematologico Geriatria Med. Urgenza Oncologia Medica Medicina Interna Nefrologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	131	EF_ORG-37	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Revisione dell'organizzazione dei percorsi di archiviazione blocchetti e vetrini come da LG ministeriali.	(tempo medio di recupero dei materiali anno 2025 - tempo medio di recupero dei materiali anno 2023) /tempo medio di recupero dei materiali anno 2023	<20%	50	si applica a : Anatomia Patologica	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	132	MON_SUP- 5	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50	si applica a : DH Oncologia Medica/Polmonare Anatomia Patologica Radiologia Ambulatorio Diabetologia DH Internistico Microcitemie DH Ematologico Nefrologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	133	MON_SUP- 7	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	20	si applica a : Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	134	MON_SUP- 6	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	40	si applica a : Pronto Soccorso	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	135	AMB-3	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	50	si applica a : Microcitemie DH Ematologia DH Oncologia Medica e Polmonare Amb. Diabetologia DH Internistico Radiologia Nutrizione clinica e Dietologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	136	SIC_SO-5	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Promuovere un sistema di relazioni efficaci al fine di ridurre il fenomeno delle aggressioni, attraverso Focus group mirati con analisi di casi critici reali o potenziali	report/anno di focus group (x operatore) con partecipazione a rotazione di almeno il 90% del personale afferente	≥ 2	40	si applica a : Pronto Soccorso	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	137	APP-3	APPROPRIATEZZA	Applicazione della procedura, in condivisione con SC Neurologia, per l'attività di aferesi nei pazienti con diagnosi neurologiche	Produzione di almeno 3 verbali di audit/anno con le strutture interessate e reportistica sugli interventi eseguiti a seguito degli Audit	SI	50	si applica a : Servizio Trasfusionale	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	138	EF_ORG-7	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione al raggiungimento volumi attività di specialistica ambulatoriale erogati	Numero di ambulatori sospesi per assenza personale d'assistenza / totale degli ambulatori attivati (report mensile)	<5%	50	si applica a : DH Cresm Amb. Neurologia Centro Endoscopico Amb FPR Amb. Cardio Emodinamica Amb e DH MFNR Laboratorio Analisi	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	139	EF_ORG-24	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Identificazione e attivazione quotidiana di un referente infermieristico per interfaccia con bed manager e NOCC	A) Pianificazione mensile inviata al bed manager/NOCC entro il 25 del mese precedente B) n° giorni con chiamata al BM/NOCC entro le ore 10 da parte del Referente / n° totale giorni feriali	A) 100% B) 100%	30	si applica a : Tutte le strutture di degenza (rilevazione con relazione BM/NOCC) Ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	140	EF_ORG-30	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N. pazienti assegnati ad un Infermiere per presa in carico assistenza/Numero di pazienti ricoverati per chirurgia maggiore	≥90%	50	si applica a : Cardiologia Pneumologia MFNR Psichiatria Neurologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	141	MON_SUP- 8	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	20	si applica a : Tutte le strutture di degenza	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	142	MON_SUP- 9	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50	si applica a : DH Cresm Amb.Neurologia Centro Endoscopia Amb. FPR Trasfusionale Emodinamica Amb/DH MFR Lab.Analisi	Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	143	EF_ORG-10	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaborazione con Strutture del Dipartimento Chirurgico alla riduzione dello StartTime Tardiness	n° check list quotidiane con Sala Operatoria pronta per inizio intervento / tot n° check list quotidiane	≥90%	20		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	144	EF_ORG-11	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Collaobrazione con la S.S.D. Sale Operatorie nell'efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2024	Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici	evidenza documentale	10		Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	145	EF_ORG-13	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Coordinamento del progetto di implementazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	Report del processo di monitoraggio del modello assistenziale con riferimento agli indicatori del progetto	evidenza documentale	20		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	146	FORM-2	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con Coordinatori/tutor di S.C. Risorse Umane-Corsi Laurea Professioni Sanitarie e DMPO di progetti organizzativi/formativi.	N° progetti eleaborati	3	20		Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	147	GOV-1	GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO	A)Elaborazione entro il 28 febbraio del Cronoprogramma del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero B) Completamento entro il 31/12/2025 delle fasi anno 2025 del cronoprogramma	A) Data consegna Cronoprogramma B) evidenza documentale	A) 28/02/2025 B) SI	10		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	148	MON-7	MONITORAGGIO	Monitoraggio applicazione nuovo modello di bed management.	Rilevazione mensile su giorno indice e compilazione della scheda progetto	12 rilevazioni/anno	20		Area Organizzativa
5	5-5	DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	149	MON_SUP- 1	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura e del servizio Lavanolo.	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	50		Area Organizzativa
5	5-5	DIPSA	Personale infermieristico afferente alla SC Farmacia e Personale infermieristico e di supporto all'assistenza Ambulatori centrali (compresi Amb Oculistica, ORL e Odontostomatologia)	150	SIC_SO-7	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Sorveglianza degli eventi avversi nei processi di lavoro con attuazione di audit in caso di evento occorso.	N. Audit effettuati per eventi avversi / n. eventi avversi occorsi	≥90%	50		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	151	APP-8	APPROPRIATEZZA	Controllo tempi di riammissione pazienti Terapia Intensiva	Tasso di pazienti dimessi dal reparto e nuovamente riammessi entro 72h in Terapia Intensiva San Luigi / totale pazientidimessi dal reparto	≤1,5%	14		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	152	APP-27	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	18		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	153	EF_COST-4	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	154	EF_ORG-34	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione in collaborazione con la componente infermieristica della procedura di attivazione infermiere MET entro 30/06/2025	evidenza documentale	SI	10		Area Organizzativa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	155	DIP_21	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	156	OB_REG2	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	157	PROD-2	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	14	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	158	EF_COST-5	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	159	CUP-2	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	14	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	160	DIP_22	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	161	OB_REG3	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	162	AMB-4	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	163	PROD-3	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	16	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	164	CH-1	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	16	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	165	CM-1	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Peso medio DRG chirurgico 2025/ Peso medio DRG chirurgico 2024	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	166	EF_COST-6	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	167	DIP_23	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	168	OB_REG4	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	169	PROD-4	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	170	CH-2	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	20	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	171	CM-2	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	Peso medio DRG chirurgico 2025/ Peso medio DRG chirurgico 2024	≥ 100%	15		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	172	EF_COST-7	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	173	CUP-3	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consumate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	174	DIP_24	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	175	PROD-5	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	176	CH-3	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	16	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	177	EF_COST-8	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	178	CUP-4	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consumate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	179	DIP_25	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	180	OB_REG5	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	181	AMB-5	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	20	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	182	PROD-6	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	183	APP-28	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	18		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	184	EF_COST-9	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	14	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	185	DIP_26	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	186	OB_REG6	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	187	AMB-6	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	188	PROD-7	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	189	CH-4	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	15	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	190	EF_COST- 10	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	191	CUP-5	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	192	DIP_27	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	193	OB_REG7	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	194	AMB-7	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	13	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	195	PROD-8	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 5%	16	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	196	CH-5	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	15	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	197	EF_COST- 11	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	198	CUP-6	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	199	DIP_28	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	200	OB_REG8	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	201	AMB-8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	14	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	202	PROD-9	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	16	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	203	CH-6	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	15	criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	204	EF_ORG-17	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento Tasso di Occupazione, attraverso anche pianificazione e monitoraggio della gestione dei posti letto dipartimentali, in stretta collaborazione con il Bed Manager	Tasso di occupazione posti letto 2025	≥ 85%	50		Area Organizzativa
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	205	EF_ORG-38	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Riorganizzazione ed efficientamento del servizio di Prericovero	Stesura e attuazione del progetto	evidenza documentale	25		Area Organizzativa
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	206	EF_ORG-50	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Stesura Regolamento Utilizzo e Funzionamento della Week Surgery	Stesura del Regolamento	evidenza documentale	25		Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	207	EF_ORG-6	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	attuazione percorsi interni	attuazione dei percorsi Lean applicati al Percorso Chirurgico individuati nel 2024	evidenza documentale	35	relazione validata da DMPO	Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	208	EF_ORG-27	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Lean blocchi operatori	Identificazione, monitoraggio e discussione con gli operatori del Blocco Operatorio di almeno 2 nuovi indicatori evidenziati nel percorso Lean ulteriori rispetto agli indicatori individuati nel 2024	evidenza documentale	40		Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	209	DIP_29	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	25	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	210	APP-14	APPROPRIATEZZA	Elaborazione di protocolli aziendali per la gestione del dolore in collaborazione con S.S. Qualità	n° protocolli	≥ 2	20		
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	211	EF_COST- 12	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	212	EF_ORG-33	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione e rispetto turnistica anestesiologica presso CLOSER	report	Evidenza documentale turnistica	15		Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	213	CUP-7	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	11	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	214	DIP_30	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	14	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	215	PROD-10	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	216	APP-29	APPROPRIATEZZA	Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni.	Fratture femore operate entro 48 da arrivo in PS / totale fratture femore	≥70%	25		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	217	EF_ORG-16	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2024	Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici	evidenza documentale	30	relazione validata da DMPO	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	218	DIP_31	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento tempi di sala rispetto al 2024 (START-TIME TARDINESS e VAT)	A- START-TIME TARDINESS 2024 - START-TIME TARDINESS 2025 B- VAT 2025	A ≥ 25 minuti B ≥ 65%	30	L'obiettivo viene valutato come dato complessivo del Dipartimento cui contribuiscono tutte le strutture dipartimentali. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	219	CH-7	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024)	Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2024	> 100%	15	VIENE CONSIDERATO IL VALORE DIPARTIMENTALE TOTALE . Criteri regionali di inclusione: solo DRG chirurgici, no ricoveri urgenti, no ricoveri con data di prenotazione e di ricovero uguale	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	220	EF_COST- 13	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	18	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	221	CUP-8	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	222	DIP_4	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	223	OB_REG9	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	224	AMB-9	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	225	PROD-11	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione	produzione 2025	≥2023	18	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	226	SCR-1	SCREENING	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	esami eseguiti/ esami ricevuti	100%	10		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	227	APP-24	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Talassemia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	228	EF_COST- 14	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	229	CUP-9	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	16	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	230	OB_REG10	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	231	PROD-12	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 3%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	232	PROD-35	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	233	EF_COST- 15	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	234	CUP-10	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	235	DIP_5	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	236	OB_REG11	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	237	PROD-13	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	238	PROD-36	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	≥ 150	30		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	239	EF_COST- 16	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	240	CUP-11	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	241	OB_REG12	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	242	AMB-10	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	9	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	243	PROD-14	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	244	PROD-37	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	35		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	245	APP-25	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente con Sclerodermia. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	35		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	246	APP-30	APPROPRIATEZZA	Proposta progetto di presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica diversa da Sclerodermia	evidenza documentale	SI	25		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	247	EF_COST-17	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	248	OB_REG13	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-1	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico	249	EF_ORG-52	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Verifica corretta imputazione flussi C e C5 relativi alle analisi genetiche	flussi C analisi genetiche/flussi C5 analisi genetiche	100%	60	relazione della S.S. ICT	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-1	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	funzione Counseling Genetico	250	PROD-38	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	40		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	251	EF_COST- 18	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	252	CUP-12	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	25	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	253	PROD-15	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	produzione 2025 - produzione 2024	≥300.000 €	50	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	254	APP-16	APPROPRIATEZZA	Miglioramento nell'appropriatezza delle richieste dell'esame PROCALCITONINA	(tot esami PCT richiesti 2025/ tot pz presenti 2025) / (tot esami PCT richiesti 2024/ tot pz presenti 2024)	< 1	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	255	EF_COST- 19	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	256	CUP-13	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	12	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	257	OB_REG14	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	258	PROD-16	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	259	BOARD-3	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	14	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	260	APP-13	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente infermieristica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	261	EF_COST- 20	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	13	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	262	EF_ORG-2	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione e monitoraggio del piano di riorganizzazione del servizio per livelli di complessità.	report trimestrale	4	20		Area Organizzativa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	263	OB_REG15	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	264	PROD-34	PRODUZIONE	Incremento del valore dell'indice di Rotazione	Indice rotazione 2025	> del dato 2024	13	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	265	BOARD-1	TEMPO DI BOARDING	Contenimento proporzione ricoveri da P.S.	ricoveri ospedalieri da PS 2025/totale accessi PS 2025	≤ al dato 2024	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	266	EF_COST- 21	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	40	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni	Area Gestione Spesa
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	267	PROD-41	PRODUZIONE	mantenimento volumi attività rispetto al 2024	volumi produzione 2025	≥ al dato 2024	35	al netto delle variazioni di codifica del nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	268	SCR-2	SCREENING	Screening Colo-rettale età 50-74 anni: esecuzione di tutti gli esami ricevuti all'interno del progetto Serena	esami eseguiti/ esami ricevuti	100%	25		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	269	EF_COST- 22	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	270	CUP-14	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consumate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	271	DIP_6	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	272	OB_REG16	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	273	AMB-11	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	274	PROD-17	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	275	BOARD-4	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	20	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	276	EF_COST- 23	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	277	CUP-15	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	278	DIP_7	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	279	OB_REG17	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	280	PROD-18	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	21	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	281	BOARD-5	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	20	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	282	EF_COST- 24	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	283	CUP-16	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	10	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	284	DIP_8	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	285	OB_REG18	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	286	AMB-12	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	287	PROD-19	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	288	BOARD-6	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	20	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	289	APP-6	APPROPRIATEZZA	Audit di appropriatezza prescrittiva esami degli accertamenti radiodiagnostici	Organizzazione di almeno 4 audit/focus group dedicati al miglioramento dell'appropriatezza delle richieste.	4	15		e al netto delle Convenzioni
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	290	EF_COST- 25	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati al netto delle variazioni del Nomenclatore Tariffario	Area Gestione Spesa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	291	CUP-17	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	292	DIP_9	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	293	OB_REG19	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	294	AMB-13	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	295	PROD-20	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	296	EF_COST- 26	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	297	CUP-18	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	22	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	298	DIP_10	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	299	OB_REG20	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	300	PROD-21	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	301	PROD-39	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	302	EF_COST- 27	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	303	EF_ORG-49	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Stesura di un progetto volto ad estendere l'attività su 6 giorni settimanali entro il primo semestre 2025	relazione	SI	25	relazione DMPO	Area Organizzativa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	304	CUP-19	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	305	PROD-22	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	produzione 2025 - produzione 2024	≥700.000 €	35	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	306	EF_COST- 28	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore	Area Gestione Spesa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	307	DIP_11	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	20	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	308	OB_REG21	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	309	PROD-40	PRODUZIONE	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2025	> del dato 2024	35		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	310	PROD-42	PRODUZIONE	mantenimento volumi attività rispetto al 2024	volumi produzione 2025	≥ al dato 2024	16	al netto delle variazioni di codifica del nuovo Nomenclatore (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	311	EF_COST- 29	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	312	CUP-20	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	313	DIP_12	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	314	OB_REG22	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	315	AMB-14	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	316	PROD-23	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	317	BOARD-7	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	318	EF_COST- 30	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	25	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati e delle variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore	Area Gestione Spesa
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	319	EF_ORG-39	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Riprogettazione dei flussi routine-urgenza- emergenza finalizzata alla ottimizzazione dei processi critici evidenziati dallo studio preliminare per l'organizzazione della gestione CORELAB settore chimica clinica secondo metodologia LEAN	presenza progetto	SI	25		
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	320	EF_ORG-51	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Studio preliminare per la riorganizzazione della gestione settore microbiologia	evidenza documentale	SI	25		
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	321	PROD-24	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	25	Considerate le variazioni delle tariffe del Nuovo Nomenclatore Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target. (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	322	EF_COST- 31	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	≥ del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	323	EF_ORG-46	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispetto dei tempi di degenza massimi previsti dalla normativa.	n° casi con giornate di degenza massima > valori soglia previsti dalla norma / nà totale casi	< al dato 2024	15		Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	324	CUP-21	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	325	DIP_13	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	20	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	326	AMB-15	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	327	PROD-25	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 2024	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	328	APP-20	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	329	EF_COST- 32	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	330	DIP_14	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	331	OB_REG23	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	332	AMB-16	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2019	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	333	PROD-26	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	334	BOARD-8	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	335	APP-19	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale affetto da Fibrosi Cistica. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	336	EF_COST-33	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	337	DIP_15	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	338	OB_REG24	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	339	AMB-17	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	340	PROD-27	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥ 2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	341	BOARD-9	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	14	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥ 100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	342	EF_COST-34	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	343	CUP-22	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥ 1	25	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	344	DIP_16	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	345	OB_REG25	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	346	PROD-28	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	347	BOARD-10	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	16	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	348	APP-21	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	12		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	349	EF_COST-35	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	15	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	350	DIP_17	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	14	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	351	OB_REG26	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	352	AMB-18	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	353	PROD-29	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	354	BOARD-11	TEMPO DI BOARDING	Tempo di Boarding < a 6 ore (se nel 2024 > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024, con livello di raggiungimento modulato sul dato raggiunto)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2024 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2024 : tempo boarding 2025 / tempo boarding 2024	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	15	nel caso B il livello di raggiungimento verrà modulato sul valore effettivo raggiunto tra i due estremi: ≤ 85% = 100; >85% ≤ 90% = 75; >90% ≤ 95% = 50 ; >95% < 100% = 25 ; ≥100% = 0	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	355	EF_COST- 36	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	356	CUP-23	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	15	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	357	DIP_18	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	15	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	358	AMB-1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Collaborare con le strutture deputate e per quanto di competenza al “Tariffario Aziendale delle Prestazioni sanitarie extra Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogate a favore di pazienti ricoverati presso strutture altre Aziende Sanitarie/Ospedaliere”	evidenza documentale	SI	20		
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	359	AMB-19	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	15	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	360	PROD-30	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	15	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	361	EF_COST- 37	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2024	Produzione 2025/Costi 2025	> del dato 2024	16	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	362	CUP-24	FLUSSO CUP E FLUSSO C	Rapporto tra prestazioni prenotate su CUP regionale e prestazioni erogate e consuntivate	prestazioni prenotate su CUP regionale / prestazioni erogate (Flusso C)	≥1	20	il livello di raggiungimento verrà modulato sul dato effettivo raggiunto : 1 = 100% ; <1-0,9 = 90% <0,9-0,8 = 80% < 0,8-0,75 = 60% <0,75 = 0%	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	363	DIP_19	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni a pazienti ricoverati rispetto al 2024	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai pazienti ricoverati anno 2025	< al dato 2024	16	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	364	OB_REG27	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2025.	da identificare	da identificare	14	Nel caso di non necessità di aggiornamento con gli obiettivi regionali, verrà proposto un nuovo obiettivo interno o ridistribuito il peso tra gli obiettivi già assegnati	

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	365	AMB-20	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2024 (o 2019 se superiore al dato 2024; l'indicazione è specificata nell'indicatore)	prestazioni PNGLA 2025 / prestazioni PNGLA 2024	> 1	16	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	366	PROD-31	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	18	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa
9	9-1	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	367	SIC_SO-4	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Monitoraggio formazione in materia di sicurezza degli specializzandi iscritti al 1° anno o comunque per i quali l'attestato sia scaduto	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale , con evidenza azioni intraprese in caso di mancata formazione	SI	50	valenza documentale	Area Organizzativa
9	9-1	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	368	SORV-1	SORVEGLIANZA SANITARIA	Monitoraggio sorveglianza sanitaria di tutti gli specializzandi afferenti all'AOU San Luigi	Report finale o su richiesta della Direzione Aziendale con scadenza accertamenti ed accertamenti effettuati.Evidenza delle segnalazioni effettuate in caso di mancati accertamenti	SI	50	valenza documentale	Area Organizzativa
10	10-1	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	369	APP-22	APPROPRIATEZZA	Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente affetto da Sclerosi Multipla. Applicazione e monitoraggio PDTA dedicato A) verifica trimestrale del numero di pazienti arruolati rispetto al tempo zero B) Incontri con associazione malati	A) N° pazienti arruolati 2025 / N° pazienti arruolati 2024 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	50	collaborazione al raggiungimento dell'obiettivo assegnato alla SCDO Neurologia – CRESM	Area qualità clinica ed assistenziale
10	10-1	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	370	PROD-32	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	50	collaborazione al raggiungimento dell'obiettivo assegnato alla SCDO Neurologia – CRESM	Area qualità clinica ed assistenziale
10	10-2	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDO Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	371	APP-4	APPROPRIATEZZA	Applicazione di trattamento psicologico a pazienti e loro caregivers in almeno 10 casi ritenuti opportuni, dalle valutazioni del precedente obiettivo.	A) Trattamenti psicologici specialistici (cod. catalogo 94.42), valutati e selezionati in ambulatorio B) trattamenti specialistici ad altri pazienti	A) ≥ 25 B) ≥ 400	50	Il peso viene così ripartito: A) 25 B) 25	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° strutt Ura	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
10	10-2	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	372	APP-32	APPROPRIATEZZA	Valutazione psicologica di pazienti oncologici e loro caregivers,in setting ambulatoriale e ospedaliero, a cui è stata data indicazione alle cure palliative, anche precocemente in simultaneous care	Colloqui psicologici (cod. catalogo 94.09.4)	≥ 15	50		Area qualità clinica ed assistenziale
<	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	373	PROD-33	PRODUZIONE	Incremento del valore della produzione rispetto al 2024	(produzione 2025 - produzione 2024) / produzione 2024	≥2,5%	10	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C2 non seguito da ricovero+ Flusso C5)	Area Organizzativa

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
01 ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE	Reclutamento per concorso pubblico	Indizione del concorso	Condizionamento delle scelte organizzative relativamente alla copertura dei posti per favorire conoscenti/parenti	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	ASL o ASO in caso di procedure congiunte
	Reclutamento per concorso pubblico	Ammissione candidati e nomina Commissione esaminatrice	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	ASL o ASO in caso di procedure congiunte
	Reclutamento per concorso pubblico	Svolgimento Concorso	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali la predeterminazione dei criteri di valutazione dei titoli al fine di beneficiare candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	ASL o ASO in caso di procedure congiunte
	Reclutamento per concorso pubblico	Comunicazione e pubblicazione dei dati	Mancata o non corretta pubblicazione dei risultati	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	ASL o ASO in caso di procedure congiunte
	Reclutamento del personale attraverso collocamento legge 68/99	Selezione del personale tenendo in considerazione l'eventuale convenzione con il Centro per l'impiego ovvero indizione concorso pubblico o chiamata numerica dal Centro per l'Impiego	Esercizio di pressioni indebite facendo leva su posizioni di potere politico ed economico sui Direttori di Struttura o sulle Direzione Generale per favorire l'assunzione dell'operatore	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	
	Reclutamento del personale per assunzione a tempo determinato e mobilità	Indizione avviso	Richiesta di favori alla Commissione esaminatrice o conoscenti o parenti partecipanti alla selezione	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	
	Reclutamento del personale per assunzione a tempo determinato e mobilità	Svolgimento selezione	Assenza di criteri predeterminati e inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	
	Conferimento di altri incarichi dirigenziali e incarichi di funzione	Proposte di conferimento	Adozione di procedure non trasparenti nel conferimento di incarichi dirigenziali/posizioni organizzative	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di Struttura Complessa
	Conferimento di incarichi di collaborazione	Convenzioni passive non sanitarie per consulenze a favore dell'azienda	Assenza di criteri predeterminati per la scelta dei consulenti al fine di agevolare candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di Struttura Complessa

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
02 INCARICHI E NOMINE	Conferimento di incarichi di collaborazione: prestazione d'opera	Avvio della procedura selettiva e svolgimento della selezione	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari 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	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di Struttura Complessa
	Progressioni di carriera	Avvio della procedura selettiva e svolgimento della selezione	Esercizio di indebite pressioni facendo leva su posizioni di potere politico o economico o sui direttori di strutture o sulla direzione generale per favorire la l'attribuzione della fascia.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Collegio Sindacale
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Definizione del fabbisogno e relativo profilo del posto	Condizionamento delle scelte organizzative per definire i fabbisogni e individuazione di eventuali profili particolari per favorire interessi privati	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Pubblicazione bando con definizione dei criteri generali di valutazione dei candidati e avvio della procedura selettiva e costituzione commissione esaminatrice	Determinazione imparziale dei criteri di valutazione dei titoli al fine di beneficiare candidati particolari. Incentivazione/disincentivazione a presentare la domanda	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Comunicazione, convocazione interessati e svolgimento della selezione	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Pubblicazione dei dati	Mancata o non corretta pubblicazione dei risultati.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
	Borse di studio	Conferimento borse di studio	1) Assegnazione borsa di studio in carenza dei requisiti autocertificati 2) 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 all'incarico da assegnare, allo scopo di reclutare candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttore/Responsabile struttura richiedente
	Docenza corsi interni	Conferimento incarichi di docenza	1) Conferimento incarichi docenza corsi interni in carenza dei requisiti autocertificati 2) Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione all'incarico di docenza da assegnare.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Responsabili Scientifici dei corsi
	Docenza corsi di laurea professioni sanitarie	Conferimento incarichi di collaborazione alla didattica	Conferimento incarichi di collaboratori alla didattica in carenza dei requisiti autocertificati	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Consigli dei corsi dei Laurea
	Conferimento di incarichi di collaborazione-convenzioni passive	Valutazione richiesta effettuata dal Responsabile della Struttura	Assenza di adeguata motivazione della richiesta	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	
	Conferimento di incarichi di collaborazione-convenzioni passive	Verifica assenza/carenza della professionalità richiesta all'interno dell'Azienda	Prevalenza dell'interesse del singolo professionista rispetto all'interesse aziendale	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	
	Conferimento di incarichi di collaborazione-convenzioni passive	Individuazione dell'Azienda/Ente sulla base di determinati criteri (esclusività del servizio, competenze specifiche, soluzioni logistiche, disponibilità del contraente ...).	Prevalenza dell'interesse del singolo professionista rispetto all'interesse aziendale	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
	Programmazione	Analisi e definizione del fabbisogno	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari Orientare la quantità e tipologia di materiale richiesto verso un determinato prodotto	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Programmazione	Programmazione acquisti di importo inferiore a 5.000 euro	Priorità nella programmazione degli acquisti che derivi da interessi particolari	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. Provveditorato- Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Programmazione	Analisi dell'oggetto e definizione del fabbisogno dell'affidamento diretto	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano una determinata impresa	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. Provveditorato- Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Programmazione	Programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali : viene svolta solo a livello aziendale;	Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità Ritardi artefatti nella approvazione degli strumenti di programmazione per giustificare procedure d'urgenze Eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali Frazionamento ed eccessiva reiterazione delle procedure	S.C. Tecnico e Tecnologie - CAVALLLO	Direzione Aziendale
	Programmazione	Il programma delle acquisizioni delle stazioni appaltanti (art. 37 del D.Lgs. 36/2023) è contenuto nel programma triennale di forniture e servizi e nei relativi aggiornamenti annuali, definito dapprima a livello interaziendale (Area Interaziendale di Coordinamento) e, successivamente, a livello aziendale	Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità Ritardi artefatti nella approvazione degli strumenti di programmazione per giustificare procedure d'urgenze Eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali Frazionamento ed eccessiva reiterazione delle procedure	S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato	Direzione Aziendale Responsabile Acquisizioni dell'Area Interaziendale di Coordinamento

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
	Programmazione	Effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche	Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	
	Progettazione della gara	Attuazione delle indicazioni di cui al codice dei contratti pubblici	Nomina di responsabili del procedimento e/o progettisti privi della necessaria specializzazione o in conflitto di interessi; Fuga di notizie circa le procedure di gara; Definizione di requisiti di partecipazione troppo restrittivi; Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	
	Progettazione della gara	Tutte le fasi ed i livelli della progettazione sono descritti agli artt. 41, 42 e 43 del D.Lgs. 36/2023 cui si rimanda per il dettaglio	Nomina di responsabili del procedimento e/o di Nuclei tecnici preposti alla definizione dei capitolati tecnici privi della necessaria specializzazione o in conflitto di interessi; Fuga di notizie circa le procedure di gara; Definizione di requisiti di partecipazione troppo restrittivi; Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara	S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato	Direzione Aziendale Responsabile Acquisizioni dell'Area Interaziendale di Coordinamento Per gli acquisti inferiori a 40.000 : responsabili del processo sono tutti i dirigenti di Struttura autorizzati secondo il Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia
	Progettazione della gara	Partecipazione ai tavoli di lavoro per la stesura dei capitolati	Definizione dei requisiti tecnici di accesso alla gara al fine di favorire una specifica impresa	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Progettazione	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Definizione dei requisiti tecnici di accesso alla gara al fine di favorire una specifica impresa	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	Tutte le strutture aziendali coinvolte/interessate al processo

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
03 CONTRATTI PUBBLICI	Valutazione offerta	Valutazione delle offerte e verifica delle anomalie	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito Valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Valutazione offerta	Valutazione delle offerte e verifica delle anomalie	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. Provveditorato- Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Selezione del contraente	Le fasi delle procedure di affidamento sono dettagliatamente indicate dall'art. 17 Del D.Lgs. 36/2023 , cui si rimanda per il dettaglio	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente il numero dei partecipanti alla gara Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esiti Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	
	Selezione del contraente	Le fasi delle procedure di affidamento sono dettagliatamente indicate dall'art. 17 del D.Lgs. 36/2023, cui si rimanda per il dettaglio	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente il numero dei partecipanti alla gara Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne gli esiti Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo	S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato	Per gli acquisti inferiori a 40.000 : responsabili del processo sono tutti i dirigenti di Struttura autorizzati secondo il Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
	Selezione del contraente	Affidamenti diretti	Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per gli affidamenti di fornitura inferiori a 5.000 euro Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge e dal Regolamento aziendale Induzione o richiesta opportunistica di acquisti in esclusiva o fuori gara, senza una motivazione clinica documentabile	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. Provveditorato- Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo
	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Prima dell'aggiudicazione deve essere verificato il possesso dei requisiti a contrarre con la P.A. ai sensi dagli artt. 94 e 95 del D.Lgs. n. 36/2023 - per le acquisizioni sotto soglia CEE secondo le modalità definite nel Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	Omissione od elusione dei controlli previsti per favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	
	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Prima di procedere alla stipula del contratto, l'aggiudicazione deve essere efficace: deve cioè essere verificato il possesso dei requisiti a contrarre con la P.A. ai sensi degli artt. 94, 95 e 96 del D.Lgs. 36/2023- per le acquisizioni sotto soglia CEE secondo le modalità definite nel Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	Omissione od elusione dei controlli previsti per favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato	Per gli acquisti inferiori a 40.000 : responsabili delle verifiche sono tutti i dirigenti di Struttura autorizzati secondo il Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia
	Esecuzione e rendicontazione	Il direttore dei lavori/il direttore dell'esecuzione del contratto pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'amministrazione, secondo quanto specificamente richiesto nel contratto e nel disciplinare tecnico	Elusione dei controlli Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	Tutte le strutture aziendali preposte alla vigilanza sulla corretta esecuzione del contratto destinato a soddisfare una funzione di propria competenza (igiene, sicurezza, prevenzione, conformità dei prodotti, corretta esecuzione dei servizi e dei lavori, ecc. ...)

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
	Esecuzione e rendicontazione	Il direttore dell'esecuzione del contratto pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'amministrazione, secondo quanto specificamente richiesto nel contratto e nel disciplinare tecnico	Elusione dei controlli Mancata o insufficiente verifica dell'effettiva e corretta esecuzione del contratto, al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto stesso Abuso nel ricorso di variazioni contrattuali, al fine di favorire l'appaltatore	S.C. Provveditorato-Economato f.f. Puppato	Tutte le strutture aziendali preposte alla vigilanza sulla corretta esecuzione del contratto destinato a soddisfare una funzione di propria competenza (igiene, sicurezza, prevenzione, conformità dei prodotti acquisiti, corretta esecuzione dei servizi, ecc. ...)
	Esecuzione e rendicontazione	Esecuzione contrattuale	Trattamento non univoco nei confronti dei fornitori in fase di contestazione per inadempimento contrattuale e nell'applicazione delle penali previste	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera IELO	
	Rendicontazione del contratto	Verifica della corretta esecuzione	Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO- CANNIZZO)	Tutte le strutture aziendali coinvolte/interessate al processo
04 PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI	Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	Autorizzazione al personale dipendente per la partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori/Responsabili SC / SS dell'Azienda
	Erogazione delle prestazioni sanitarie	Effettivo svolgimento della prestazione farmaceutica	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	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera IELO	Tutti i singoli professionisti sanitari

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
04 CONDIZIONI DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Erogazione delle prestazioni sanitarie	Effettivo svolgimento della prestazione	Concessioni di favori su durata del ricovero e luogo post-ricovero a parenti, amici, conoscenti 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 Priorità di accesso per ricovero o altra prestazione al paziente conosciuto invece che al più urgente	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	
05 PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Erogazione vantaggi economici	Elaborazione stipendi	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici allo scopo di favorire particolari dipendenti	S.S. Gestione Economica e Relazioni Sindacali - PERUZZO	
	Erogazione vantaggi economici	Indennità, straordinario e incentivi	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici allo scopo di favorire particolari dipendenti	S.S. Gestione Economica e Relazioni Sindacali - PERUZZO	
	Rimborsi spese	Concessione rimborsi spese a dipendenti, docenti	Concessioni di rimborsi spese sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	SC G.E.F.
	Predisposizione degli atti di bilancio: Redazione del Bilancio (conto economico Stato Patrimoniale e Nota integrativa) e relativi monitoraggi trimestrali	Violazione delle norme in materia di redazione di Bilancio (rischio di falso in bilancio)	Omessa registrazione di alcuni passaggi contabili e/o violazione delle norme in materia di redazione degli atti di bilancio	S.C. G.E.F. - Romagnolo	Direzione Generale/Collegio Sindacale
	Cronologia dei tempi di pagamento ai fornitori	Fase del pagamento verso i creditori	Corsie preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti particolari, senza specifica causale	S.C. G.E.F. - Romagnolo	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo
	Ciclo attivo	Verifica della riscossione delle prestazioni	Omessa effettuazione dei solleciti	S.C. G.E.F. - Romagnolo	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo
	Ciclo passivo	Emissione mandati di pagamento	Emissione di mandati di pagamento privi di verifica preventiva o pagamenti indebiti	S.C. G.E.F. - Romagnolo	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
06 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Recupero crediti	Disposizione solleciti	Impossibilità di poter procedere al recupero di importi irrilevanti	S.C. G.E.F. - Romagnolo	S.S. Affari Generali e Legali
	Recupero crediti (es. ticket non pagati)	Atto di messa in mora e diffida ad adempiere. Avvio azione giudiziaria per il recupero coattivo del credito	Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	S.S. Affari Generali e Legali - Avv. DI CUIA	S.C. G.E.F. / S.S. S.A.A.S.
	Recupero crediti (es. ticket non pagati)	Attivazione procedura	Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	S.C. G.E.F. / S.S. Affari Generali e Legali
	Procedure di codificazione e pagamento delle prestazioni sanitarie	Flussi regionali	Codifiche errate Mancate registrazione di prestazioni Registrazione di prestazioni non effettuate	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	
	Gestione Cassa Economale	Garantire la disponibilità per le spese economali	Errata e/o infedele contabilizzazione delle spese in economia e gestione della Cassa Economale in maniera non trasparente e verificabile	S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato	S.C. G.E.F.
	Gestione magazzini	Gestione e coordinamento magazzini aziendali	Gestione infedele dei magazzini aziendali in modo da impedire una corretta valorizzazione in bilancio	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliero - IELO	S.C. G.E.F.
	Gestione magazzini	Valorizzazione delle giacenze alle date previste	Gestione infedele dei magazzini aziendali dedicati in modo da impedire una corretta valorizzazione in bilancio	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera- IELO / S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato / S.C. Tecnico e Tecnologie - CAVALLO / S.C. Lab.Analisi - / Tutte le Strutture Sanitarie	S.C. G.E.F.
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	Liquidazione della fattura senza adeguata verifica della prestazione al fine di favorire soggetti particolari o non tenendo conto dell'ordine di arrivo dei documenti, al fine di favorire una ditta per perseguire interessi particolari	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. G.E.F.
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	Liquidazione della fattura senza adeguata verifica della prestazione al fine di favorire soggetti particolari o non tenendo conto dell'ordine di arrivo dei documenti, al fine di favorire una ditta per perseguire interessi particolari	S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato	S.C. G.E.F.

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	Cagionata alterazione dell'ordine di arrivo / ritardata liquidazione - per fini impropri - delle fatture relative ai compensi corrisposti ai liberi professionisti docenti dei corsi di formazione interni e di corsi di laurea.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	S.C. GEF
	Gestione parco automezzi	Utilizzo delle vetture di servizio	Indebito utilizzo di bene pubblico	S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato	Servizio Autisti / Personale dipendente
07 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Conferimento di incarichi di collaborazione: incarichi professionali avvocati e periti, compresi gli incarichi per giudizi in materia di RCT RCO	Conferimento incarico di patrocinio legale a seguito di indicazione della gestione sinistri/procedura di gara.	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza ed imparzialità della scelta	S.S. Affari Generali e Legali - Avv. DI CUIA	
	Definizione transattiva di controversie aventi contenuto economico	Gestione delle controversie e definizione transattiva delle medesime in presenza di accertata responsabilità.	Definizione transattiva sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari.	S.S. Affari Generali e Legali - Avv. DI CUIA	
08 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Attività del Servizio Ispettivo	Estrazione della categoria e sorteggio soggetti da verificare	Manipolazione/dichiarazioni infedeli	Servizio Ispettivo	S.C. Risorse Umane
	Attività del Servizio Ispettivo	Convocazione	Omessa convocazione	Servizio Ispettivo	Affari Generali e Legali
	Attività del Servizio Ispettivo	Audizione dei soggetti estratti e Verbalizzazione dichiarazioni rese	Omessa/infedele verbalizzazione delle dichiarazioni rese	Servizio Ispettivo	
	Attività del Servizio Ispettivo	Controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese dal personale dipendente	Dichiarazioni non conformi alla realtà	Servizio Ispettivo	S.C. Risorse Umane
	Attività del Servizio Ispettivo	Eventuale trasmissione atti alla Guardia di Finanza (GDF)	Omessa/infedele trasmissione degli atti	Servizio Ispettivo	
	Attività del Servizio Ispettivo	Rilascio Autorizzazioni attività extraistituzionale	Rilascio autorizzazione in assenza di presupposti	Servizio Ispettivo	S.C. Risorse Umane
	Attività ispettiva S.C. Farmacia	Attività di controllo sui medicinali e i dispositivi medici	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali/quantitativo delle prescrizioni	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	Tutti i singoli prescrittori / Tutti i professionisti sanitari

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
09 ATTIVITA' LIBERO – PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	Libera Professione	Autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale	Produzione false dichiarazioni ai fini del rilascio dell'autorizzazione	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	
	Libera Professione	Prenotazione-Erogazione- Fatturazione delle prestazioni di Libera Professione	Errata/indotta indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale Mancato utilizzo dell'applicativo dedicato	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	
	Libera Professione	Rilevazione volumi di attività	Scostamento dei volumi di attività	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	
	Libera Professione	Verifica attività svolta in regime di libera professione	Violazione degli obblighi di fatturazione Svolgimento della libera professione non in orario di servizio Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	
	Liste di attesa	Gestione Agende CUP/SovraCup	Omesso utilizzo delle Agende informatizzate	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Liste di attesa	Pubblicazione tempi di attesa (Prestazioni ambulatoriali)	Omessa e/o errata pubblicazione delle liste di attesa	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Liste di attesa	Gestione delle liste di attesa, compresi i ricoveri	Omessa e/o errata gestione delle liste di attesa al fine di agevolare particolari soggetti, sia esterni che interni (es: inserimento in cima a una lista di attesa)	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolve nel processo
	Sperimentazioni cliniche	Verifica della corretta compilazione da parte degli sperimentatori della modulistica specifica per la valutazione dei costi e per l'assunzione di responsabilità prevista dalla normativa di riferimento e dal Regolamento del Comitato Etico	Errore nella valutazione dei costi da parte del Responsabile dello studio Omessa dichiarazione da parte del Responsabile dello studio di conflitto di interesse con il promotore dello studio	Segreteria Comitato Etico	Responsabile dello studio e Direzione Medica di Presidio

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
10 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Sperimentazioni cliniche	Valutazione studio	Omessa dichiarazione da parte dei componenti del Comitato Etico di conflitto di interesse con Case farmaceutiche	Componenti Comitato Etico	
	Ciclo del farmaco	Distribuzione diretta	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende farmaceutiche 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)	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	Tutti i singoli prescrittori / Tutti i professionisti sanitari
11 ATTIVITA' CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione della salma nel reparto/nella camera mortuaria/rapporto con parenti/rapporto con imprese funebri	Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica impresa di pompe funebri in cambio di quota sugli utili	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione della salma nel reparto/nella camera mortuaria/rapporto con parenti/rapporto con imprese funebri	Segnalazione ai parenti da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, degli estremi di una specifica impresa di pompe funebri	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione camere mortuarie: rapporto con il personale/ditte esterne addette alla gestione	Comportamenti non corretti da parte del Personale/ Ditte esterne	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione camere mortuarie: rapporto con il personale/ditte esterne addette alla gestione	Comportamenti non corretti da parte del Personale/ Ditte esterne	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione pazienti deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	Mancanza di controlli sulla gestione dell'utilizzo delle camere mortuarie e sui riscontri contabili	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie di degenza

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione pazienti deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	Mancanza di controlli sulla gestione dell'utilizzo delle camere mortuarie e sui riscontri contabili	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie di degenza
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione pazienti deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	Mancanza di controlli sulla gestione dell'utilizzo delle camere mortuarie e sui riscontri contabili	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza
12 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alla gestione del rapporto di lavoro (permessi e aspettative)	Concessione permessi e aspettative	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	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di Struttura Complessa
	Formazione	Progettazione e realizzazione 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	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Ricevimento della richiesta di avvio procedimento da parte del Dirigente Responsabile interessato	Mancato rispetto dei termini di avvio per fatti imputabili alla struttura.	UPD	Dirigente della Struttura interessata
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Istruttoria/Contestazione e Convocazione	Mancato avvio contestazione nei termini di legge	UPD	
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Istruttoria/Contestazione e Convocazione	Mancata convocazione nei termini di legge	UPD	
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Irrogazione Sanzione e comunicazione alle strutture competenti	a) Mancato rispetto dei termini di conclusione b) Non corretta applicazione della sanzione	UPD	S.C. Risorse Umane

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
13 RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Informazione all'utenza	Attività di informazione sui servizi erogati e sulle strutture di erogazione	Diffusione di informazioni non veritiere o riservate	S.C. Dir. San. Pr.-DI GIOIA S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA / DA - DS / S.C. Provveditorato-Economato - f.f. Puppato	Servizi Portineria-Sorveglianza e Centralino, URP, Punti di informazione sanitari e amministrativi
	Gestione sito web istituzionale	Pubblicazione di informazioni di carattere generale	Diffusione di informazioni non veritiere o riservate	DS / DA	Tutte le strutture aziendali richiedenti la pubblicazione
	Gestione sito intranet aziendale	Produzione / pubblicazione sul sito istituzionale di materiale informativo / operativo	Produzione / pubblicazione di informazioni non veritiere / documentazione non adeguata	DS / DA	Tutte le strutture aziendali richiedenti la pubblicazione
	Gestione reclami utenti	Ricezione del reclamo	Mancata o alterata registrazione del reclamo	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	
	Gestione reclami utenti	Trasmissione del reclamo alla/e struttura/e di competenza	Mancata o alterata trasmissione del reclamo	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	
	Gestione reclami utenti	Riscontro del reclamo	Mancato o alterato riscontro del reclamo	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture oggetto del reclamo
	Gestione Sala Convegni Aziendale	Concessione della Sala Convegni	Concessione della Sala Convegni non trasparente	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Direzione Generale, Gestione Economico-Finanziaria

ALL 2: MAPPATURA DEI PROCESSI E DEI RISCHI

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI
14 GESTIONE RISCHI DEI LAVORATORI DIPENDENTI	Sorveglianza sanitaria	Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Rilascio di idoneità con limitazioni non conformi alla realtà dei fatti	S.S. Medico Competente	
	Sorveglianza sanitaria	Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Mancata effettuazione o alterazione controlli etilometrici	S.S. Medico Competente	
	Sorveglianza sanitaria	Aggiornamento cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria	Mancato aggiornamento della cartella sanitaria di alcuni lavoratori	S.S. Medico Competente	
	Sorveglianza sanitaria	Tenuta del registro lavoratori esposti a rischi chimici	Mancato aggiornamento registro chimici	S.S. Medico Competente	Prevenzione e Protezione
	Individuazione e valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro	Visite nei luoghi di lavoro e interviste ai lavoratori, preposti dirigenti	Mancata chiarezza e incompletezza nel fornire i dati necessari all'individuazione dei rischi	S.S. Prevenzione e Protezione	Datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
01 ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE	Reclutamento per concorso pubblico	Indizione del concorso	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	Non sussistono condizionamenti delle scelte organizzative in quanto vi deve essere coerenza tra i concorsi banditi ed il piano dei fabbisogni	NO	NO	NO
	Reclutamento per concorso pubblico	Ammissione candidati e nomina Commissione esaminatrice	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	M	M	B	B	B	M	B	MEDIO/BASSO	Possibili criticità afferenti alla composizione della Commissione, monitorati da controlli interni. In ogni caso viene data evidenza sul sito della Trasparenza	NO	NO	NO
	Reclutamento per concorso pubblico	Svolgimento Concorso	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Applicazione rigorosa della normativa nazionale e regionale	NO	NO	NO
	Reclutamento per concorso pubblico	Comunicazione e pubblicazione dei dati	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Non esistono criticità. Viene sempre data evidenza della pubblicazione	NO	NO	NO
	Reclutamento del personale attraverso collocamento legge n. 68/99	Selezione del personale tenendo in considerazione l'eventuale convenzione con il Centro per l'impiego ovvero indizione concorso pubblico o chiamata numerica del Centro per l'impiego	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Reclutamento con chiamata numerica nel pieno rispetto della normativa che prevede la percentuale di computo relativamente, unitamente alla coerenza tra assunzioni e piano dei fabbisogni	NO	NO	NO
	Reclutamento del personale per assunzione a tempo determinato e mobilità	Indizione avviso	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	Il rischio risulta basso in quanto la Commissione esaminatrice si deve sempre attenere alle procedure di legge e regolamentari e vi è un costante monitoraggio delle medesime	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corrutivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
	Reclutamento del personale per assunzione a tempo determinato e mobilità	Svolgimento selezione	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M		B	B	B	B	B	B	BASSO	La procedura di selezione avviene attraverso criteri predeterminati e in piena osservanza delle regole procedurali	NO	NO	NO
	Conferimento di altri incarichi dirigenziali e incarichi di funzione	Proposte di conferimento	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	M	M	B	B	M	B	B	MEDIO/BASSO	La procedura adottata rispetta pienamente i principi di trasparenza in osservanza delle disposizioni regolamentari, contrattuali e nazionali	NO	NO	NO
	Conferimento di incarichi di collaborazione	Convenzioni passive non sanitarie per consulenze a favore dell'azienda	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	M	M	B	B	B	M	B	MEDIO/BASSO	Presenza di criteri predeterminati per la scelta dei consulenti, con definizione del profilo di competenze e verifica attestazione tra coerenza profilo definito e CV del titolare dell'incarico	NO	NO	NO
	Conferimento di incarichi di collaborazione: prestazione d'opera	Avvio della procedura selettiva e svolgimento della selezione	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	M	M	B	B	B	M	B	MEDIO/BASSO	Il rischio Medio/basso è giustificato dal costante monitoraggio sull'applicazione della normativa vigente in materia . Giustificate motivazioni per il conferimento dell'incarico unitamente alla definizione dei requisiti di accesso che sono personalizzati ma oggettivi.	NO	NO	NO
	Progressione di carriera	Avvio della procedura selettiva e svolgimento della selezione	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Svolgimento solo progressioni orizzontali (P.E.O.) previa certificazione dei Collegio dei Revisori	NO	NO	NO
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Definizione del fabbisogno e relativo profilo del posto	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Assenza di condizionamenti delle scelte organizzative che si attengono al piano dei fabbisogni in relazione agli assetti determinati dall'Atto Aziendale	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
02 INCARICHI E NOMINE	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Pubblicazione bando con definizione dei criteri generali di valutazione dei candidati e avvio della procedura selettiva e costituzione commissione esaminatrice	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	Predeterminazione nel bando dei criteri di valutazione che sono imparziali ed oggettivi	NO	NO	NO
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Comunicazione, convocazione interessati e svolgimento della selezione	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	M	M	B	M	B	M	B	MEDIO/BASSO	Possibili criticità nella individuazione della Commissione esaminatrice, a fronte in ogni caso della pubblicazione degli atti relativi alla procedura .	NO	NO	NO
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Pubblicazione dei dati	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Evidenza pubblicazione in amministrazione trasparente	NO	NO	NO
	Borse di studio	Conferimento borse di studio	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	M	M	B	B	B	B	B	MEDIO/BASSO	Evidenza indicazione avviso mediante pubblicazione su Amministrazione Trasparente/Presenza controlli a campione su autocertificazione dei requisiti/Presenza report monitoraggio annuale su elementi determinanti (dati quantitativi, tipologie di requisiti richiesti e progetti proposti)	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corrutivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
	Docenza corsi interni	Conferimento incarichi di docenza	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	Presenza controlli a campione su requisiti autocertificati/Acquisizione dichiarazione del Responsabile Scientifico relativa al possesso, da parte dell'assegnatario, dei titoli di studio e dei requisiti culturali e professionali richiesti per lo svolgimento dell'incarico	NO	NO	NO
	Docenza corsi di laurea professioni sanitarie	Conferimento incarichi di collaborazione alla didattica	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Conferimento incarichi di collaborazione alla didattica effettuato su proposta del Consiglio di Corso, nell'ambito dell'elenco degli idonei. Presenza controlli a campione su autocertificazione dei requisiti	NO	NO	NO
	Conferimento di incarichi di collaborazione- convenzioni passive	Valutazione richiesta effettuata dal Responsabile della Struttura	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	A	A	B	B	B	M	B	B	BASSO	Basso in quanto trattasi di procedure che vedono come controparte professionalità non presenti in Azienda ed appartenenti ad altri Enti Pubblici	NO	NO	NO
	Conferimento di incarichi di collaborazione- convenzioni passive	Verifica assenza/carenza della professionalità richiesta all'interno dell'Azienda	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	A	A	B	B	B	M	B	B	BASSO	Basso in quanto trattasi di procedure che vedono come controparte professionalità non presenti in Azienda ed appartenenti ad altri Enti Pubblici	NO	NO	NO
	Conferimento di incarichi di collaborazione- convenzioni passive	Individuazione dell'Azienda/Ente sulla base di determinati criteri (esclusività del servizio, competenze specifiche, soluzioni logistiche, disponibilità del contraente ...).	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	A	A	B	B	B	M	B	B	BASSO	Basso in quanto trattasi di procedure che vedono come controparte professionalità non presenti in Azienda ed appartenenti ad altri Enti Pubblici	NO	NO	NO
	Programmazione	Programmazione acquisti di importo inferiore a 5.000 euro	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Concertazione con la Funzione Approvvigionamenti di cronoprogramma degli acquisti	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corrutivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
	Programmazione	Analisi dell'oggetto e definizione del fabbisogno dell'affidamento diretto	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Definizione concertata con i diversi professionisti corredata di motivazioni esplicite a supporto della richiesta e commissioni interne (PTO e DM)	NO	NO	NO
	Programmazione	Programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali : viene svolta solo a livello aziendale	S.C. Tecnico e Tecnologie - CAVALLO	B	M	B	B	B	B	B	B	BASSO	Procedure collegiali e condivise in ogni fase con la Direzione Generale	NO	NO	NO
	Programmazione	Il programma delle acquisizioni delle stazioni appaltanti (Art. 37 del D.Lgs. 36/2023) è contenuto nel programma triennale di forniture e servizi e nei relativi aggiornamenti annuali, definito dapprima a livello interaziendale (Area Interaziendale di Coordinamento) e, successivamente, a livello aziendale	S.C. Provveditorato-Economo – PUPPATO	A	A	M	A	B	B	B	B	MEDIO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	NO	NO	NO
	Programmazione	Effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO- PUPPATO- CANNIZZO)	M	M	A	B	B	M	M	B	MEDIO	Livello di rischio determinato dalla possibilità di effettuare consultazioni anche informali	NO	NO	NO
	Progettazione della gara	Tutte le fasi ed i livelli della progettazione sono descritti agli artt. da 23 a 27 del D.Lgs. 50/2016, cui si rimanda per il dettaglio	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO- PUPPATO- CANNIZZO)	M	M	M	B	B	B	B	B	BASSO	Meccanismi di controllo adeguati	NO	NO	NO
	Progettazione della gara	Tutte le fasi ed i livelli della progettazione sono descritti agli artt. 41,42 e 43 del D.Lgs. 36/2023, cui si rimanda per il dettaglio	S.C. Provveditorato-Economo – PUPPATO	A	A	M	A	B	B	B	B	MEDIO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	NO	NO	NO
	Progettazione della gara	Partecipazione ai tavoli di lavoro per la stesura dei capitolati	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	A	A	B	B	B	M	B	B	BASSO	La standardizzazione della procedura è diffusa in tutta l'Azienda	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
03 CONTRATTI PUBBLICI	Progettazione	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	M	A	M	B	B	M	B	M	MEDIO	Rischio non trascurabile relativo alla predisposizione dei documenti di gara, pur in presenza di meccanismi di controllo	NO	NO	SI
	Valutazione offerta	Valutazione delle offerte e verifica delle anomalie	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	A	A	B	B	B	M	B	B	BASSO	La standardizzazione della procedura è diffusa in tutta l'Azienda	NO	NO	NO
	Valutazione offerta	Valutazione delle offerte e verifica delle anomalie	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Comparazione dei prezzi e scelta prezzo più vantaggioso	NO	NO	NO
	Selezione del contraente	Le fasi delle procedure di affidamento sono dettagliatamente indicate dall'art. 32 del D.Lgs. 50/2016, cui si rimanda per il dettaglio	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	M	A	B	B	B	B	B	B	MEDIO/BASSO	La fase di valutazione è di regola collegiale e prevede la scrupolosa applicazione delle normative	NO	NO	NO
	Selezione del contraente	Le fasi delle procedure di affidamento sono dettagliatamente indicate dall' <u>art. 17 del D.Lgs. 36/2023</u> , cui si rimanda per il dettaglio	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	A	A	M	M	B	B	B	B	MEDIO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	NO	NO	NO
	Selezione del contraente	Affidamenti diretti	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Si tratta di acquisti sotto i 5.000euro ove non sia stato effettuato un contratto da GEA. Comparazione dei prezzi e scelta prezzo più vantaggioso	NO	NO	NO
	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Prima di procedere alla stipula del contratto, l'aggiudicazione deve essere efficace; deve cioè essere verificato il possesso dei requisiti a contrarre con la P.A. ai sensi dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 - per le acquisizioni sotto soglia CEE secondo le modalità definite nel Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	A	A	B	B	B	B	B	B	BASSO	Le attività di verifica dei requisiti prevedono la scrupolosa applicazione delle normative	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Prima di procedere alla stipula del contratto, l'aggiudicazione deve essere efficace: deve cioè essere verificato il possesso dei requisiti a contrarre con la P.A. ai sensi degli artt. 94, 95 e 96 del D.Lgs. 36/2023 - per le acquisizioni sotto soglia CEE secondo le modalità definite nel Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	A	A	B	B	B	B	B	B	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	NO	NO	NO
	Esecuzione e rendicontazione	Il direttore dei lavori/il direttore dell'esecuzione del contratto pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'amministrazione, secondo quanto specificamente richiesto nel progetto, contratto e nel disciplinare tecnico	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO- PUPPATO- CANNIZZO)	M	M	A	B	B	B	M	B	MEDIO	L'attività di controllo per questa fase comporta azioni difficilmente proceduralizzabili	NO	NO	NO
	Esecuzione e rendicontazione	Il direttore dell'esecuzione del contratto pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'amministrazione, secondo quanto specificamente richiesto nel contratto e nel disciplinare tecnico	<u>S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO</u>	A	A	M	M	B	M	M	M	MEDIO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	NO	NO	NO
	Esecuzione e rendicontazione	Esecuzione contrattuale	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Procedura di contenzioso e eventuale applicazione delle sanzioni	NO	NO	NO
	Rendicontazione del contratto	Verifica della corretta esecuzione	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO- PUPPATO- CANNIZZO)	M	M	B	B	B	B	B	B	BASSO	Le procedure di rendicontazione prevedono controlli certi e rigorosi	NO	NO	NO
04 PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	Autorizzazione al personale dipendente per la partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	Presenza di interessi economici poco rilevanti/Presenza di controlli su rotazione dipendenti	NO	NO	NO
	Erogazione delle prestazioni sanitarie	Effettivo svolgimento della prestazione farmaceutica	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	La prestazione è effettuata entro 30 gg dalla ricezione della richiesta. Il controllo è l'eventuale segnalazione di reclamo/non conformità	NO	NO	NO
	Erogazione delle prestazioni sanitarie	Effettivo svolgimento della prestazione	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	A	A	B	B	B	B	B	B	BASSO	Presenza di Linee Guida/Procedure/Protocolli per l'erogazione delle prestazioni	NO	NO	NO
05 PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA	Erogazione vantaggi economici	Elaborazione stipendi	S.S. Gestione Economica e Relazioni Sindacali - PERUZZO	B	M	B	B	B	B	B	M	BASSO	Controlli periodici	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corrutivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Rogazione vantaggi economici	Indennità, straordinario e incentivi	S.S. Gestione Economica e Relazioni Sindacali - PERUZZO	B	M	B	B	B	B	B	M	BASSO	Controlli periodici	NO	NO	NO
	Rimborsi spese	Concessione rimborsi spese a dipendenti, docenti	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	M	B	B	B	B	B	M	BASSO	Controlli periodici	NO	NO	NO
	Predisposizione degli atti di bilancio: Redazione del Bilancio (conto economico Stato Patrimoniale e Nota integrativa) e relativi monitoraggi trimestrali	Violazione delle norme in materia di redazione di Bilancio (rischio di falso in bilancio)	S.C. G.E.F. - Romagnolo	M	A	B	A	B	M	A	B	ALTO	Il bilancio rappresenta il principale strumento di conoscenza dell'andamento economico dell'azienda	NO	NO	NO
	Cronologia dei tempi di pagamento ai fornitori	Fase del pagamento verso i creditori	S.C. G.E.F. - Romagnolo	M	A	B	M	B	B	A	M	MEDIO	L'importanza dell'argomento è stato più volte sottolineato dal	NO	NO	NO
	Ciclo attivo	Verifica della riscossione delle prestazioni	S.C. G.E.F. - Romagnolo	M	A	B	M	B	B	M	M	MEDIO	Il coinvolgimento di aspetti fiscali e legali particolarmente complicati	NO	NO	NO
	Ciclo passivo	Emissione mandati di pagamento	S.C. G.E.F. - Romagnolo	A	A	B	M	B	B	M	M	MEDIO	Coivolgimento di aspetti fiscali e legali particolarmente complicati	NO	NO	NO
	Recupero crediti	Disposizione solleciti	S.C. G.E.F. - Romagnolo	M	A	B	M	B	B	B	B	MEDIO	La riscossione dei crediti costituisce specifico obbligo onde non incorrere in danno patrimoniale	NO	NO	NO
	Recupero crediti (es. ticket non pagati)	Atto di messa in mora e diffida ad adempiere. Avvio azione giudiziaria per il recupero coattivo del credito.	S.S. Affari Generali e Legali - Avv. DI CUIA	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione vincolante per l'Azienda.	NO	NO	NO
	Recupero crediti (es. ticket non pagati)	Attivazione procedura	S.S. S.A.A.S. - Melchionne	A	A	B	B	B	M	M	B	BASSO	Procedura informatica regionale con inserimento di campi obbligatori e controlli con base dati regionale e nazionale	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
06 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Procedure di codificazione e pagamento delle prestazioni sanitarie	Flussi regionali	S.C.Dir.San.Pr. - Arione	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Procedura informatica regionale con inserimento di campi obbligatori e controlli con base dati regionale e nazionale	NO	NO	NO
	Gestione Cassa Economale	Garantire la disponibilità per le spese economali	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	M	B	B	M	B	B	B	M	MEDIO/BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	NO	NO	NO
	Gestione magazzini	Gestione e coordinamento magazzini aziendali	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Ielo	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Esiste un riepilogo informatico movimentazione magazzini, e le schede di non conformità /segnalazioni vengono ricevute e censite	NO	NO	NO
	Gestione magazzini	Valorizzazione delle giacenze alle date previste TECNICO	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera-ELO / S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO / S.C. Tecnico e Tecnologie - CAVALLLO / S.C. Lab.Analisi - PAUTASSO / Tutte le Strutture Sanitarie	B	B	M	B	B	M	B	B	BASSO	Le tipologie di materiale e le scorte presenti riducono notevolmente il rischio di utilizzo non appropriato	NO	NO	NO
	Gestione magazzini	Valorizzazione delle giacenze alle date previste GEA	Farmacia Ospedaliera-ELO / S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO / S.C. Tecnico e Tecnologie - CAVALLLO / S.C. Lab.Analisi - PAUTASSO / Tutte le Strutture Sanitarie	M	M	B	B	B	B	B	B	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione aziendale	NO	NO	NO
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Ielo	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Esiste un documento riepilogativo fatture liquidate, l'attività è svolta da responsabili del procedimento non coinvolti negli acquisti	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	NO	NO	NO
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	M	M	B	B	B	B	B	B	BASSO	Monitoraggio liquidazione nel rispetto dell'ordine di arrivo delle fatture	NO	NO	NO
	Gestione parco automezzi	Utilizzo delle vetture di servizio	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione aziendale	NO	NO	NO
07 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Definizione transattiva di controversie aventi contenuto economico	Gestione delle controversie e definizione transattiva delle medesime in presenza di accertata responsabilità.	S.S. Affari Generali e Legali - Avv. DI CUIA	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione vincolante per l'Azienda.	NO	NO	NO
08 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Attività del Servizio Ispettivo	Estrazione della categoria e sorteggio soggetti da verificare	Servizio Ispettivo	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Necessità di garantire riservatezza e imparzialità	NO	NO	NO
	Attività del Servizio Ispettivo	Convocazione	Servizio Ispettivo	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Necessità di non interferire con le normali attività istituzionali	NO	NO	NO
	Attività del Servizio Ispettivo	Audizione dei soggetti estratti e Verbalizzazione dichiarazioni rese	Servizio Ispettivo	M	M	A	A	B	B	B	B	MEDIO	Garanzia di capillarità e analisi delle informazioni	NO	NO	NO
	Attività del Servizio Ispettivo	Controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese dal personale dipendente	Servizio Ispettivo	B	B	B	M	B	B	M	M	BASSO	Analisi della veridicità su situazioni tra loro diverse	NO	NO	NO
	Attività del Servizio Ispettivo	Eventuale trasmissione atti alla Guardia di Finanza (GDF)	Servizio Ispettivo	B	A	B	A	B	B	M	B	BASSO	Delicatezza dell'argomento nell'istruttoria delle pratiche	NO	SI	NO
	Attività del Servizio Ispettivo	Rilascio Autorizzazioni attività extraistituzionale	Servizio Ispettivo	A	A	M	A	M	B	M	B	MEDIO	Attività autorizzativa con inevitabili possibilità di errori per insufficienti informazioni raccolte	NO	NO	NO
	Attività ispettiva S.C. Farmacia	Attività di controllo sui medicinali e i dispositivi medici	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Presenza di verbali di AUDIT biennali presso i servizi	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
09 ATTIVITA' LIBERO – PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	Libera Professione	Autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	B	A	B	B	A	B	B	B	BASSO	La standardizzazione dell'autorizzazione riduce il rischio	NO	NO	NO
	Libera Professione	Prenotazione-Erogazione- Fatturazione delle prestazioni di Libera Professione	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	A	A	M	B	A	M	B	M	MEDIO	Esistenza procedura riduce il rischio	NO	NO	NO
	Libera Professione	Rilevazione volumi di attività	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	B	M	B	B	B	B	B	B	BASSO	Esistenza procedura riduce il rischio	NO	NO	NO
	Libera Professione	Verifica attività svolta in regime di libera professione	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE	B	A	B	B	A	B	B	B	BASSO	Esistenza procedura riduce il rischio	NO	NO	NO
	Liste di attesa	Gestione Agende CUP/SovraCup	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	B	B	M	B	M	M	MEDIO	Utilizzo del sistema regionale di prenotazione	NO	NO	NO
	Liste di attesa	Pubblicazione tempi di attesa (Prestazioni ambulatoriali)	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	B	B	M	B	M	M	MEDIO	Elaborazione tramite sistema informatizzato	NO	NO	NO
	Liste di attesa	Gestione delle liste di attesa, compresi i ricoveri	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	M	B	M	B	M	M	MEDIO	Esistenza procedura riduce il rischio	NO	NO	NO
10 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Sperimentazioni cliniche	Verifica della corretta compilazione da parte degli sperimentatori della modulistica specifica per la valutazione dei costi e per l'assunzione di responsabilità prevista dalla normativa di riferimento e dal Regolamento del Comitato Etico	Segreteria Comitato Etico	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese faumenta il rischio	NO	NO	NO
	Sperimentazioni cliniche	Valutazione studio	Componenti Comitato Etico	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese faumenta il rischio	NO	NO	NO
	Ciclo del farmaco	Distribuzione diretta	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Evasione quotidiana delle richieste e/o ordinativi, numerazione sequenziale in arrivo delle ricette magistrali	NO	NO	NO
11 ATTIVITA' CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione della salma nel reparto/nella camera mortuaria/rapporto con parenti/rapporto con imprese funebri	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	NO	NO	NO
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione della salma nel reparto/nella camera mortuaria/rapporto con parenti/rapporto con imprese funebri	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	NO	NO	NO
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione camere mortuarie: rapporto con il personale/ditte esterne addette alla gestione	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	NO	NO	NO
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione camere mortuarie: rapporto con il personale/ditte esterne addette alla gestione	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	NO	NO	NO
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione paziente deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione paziente deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	NO	NO	NO
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione paziente deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	A	A	A	B	A	B	M	B	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	NO	NO	NO
12 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alla gestione del rapporto di lavoro (permessi e aspettative)	Concessione permessi e aspettative	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Applicazione della normativa nazionale e contrattuale Verifica costante sulle dichiarazioni sostitutive.Report esiti certificazioni Legge 104	NO	NO	NO
	Formazione	Progettazione e realizzazione attività formative	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Effettuazione verifiche secondo le modalità interne del sistema regionale ECM	NO	NO	NO
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Ricevimento della richiesta di avvio procedimento da parte del Dirigente Responsabile interessato	UPD	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Presenza di un regolamento aziendale che disciplina analiticamente le fasi del procedimento	NO	NO	NO
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Istruttoria/Contestazione e Convocazione	UPD	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Presenza di un regolamento aziendale che disciplina analiticamente le fasi del procedimento	NO	NO	NO
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Istruttoria/ Contestazione e Convocazione	UPD	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Presenza di un regolamento aziendale che disciplina analiticamente le fasi del procedimento	NO	NO	NO
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Irrogazione Sanzione e comunicazione alle strutture competenti	UPD	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Presenza di un regolamento aziendale che disciplina analiticamente le fasi del procedimento	NO	NO	NO
	Informazione all'utenza	Attività di informazione sui servizi erogati e sulle strutture di erogazione	S.C. Dir. San. Pr.-DI GIOIA S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA / DA - DS / S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	A	A	B	B	B	B	M	B	BASSO	Le informazioni sono rese pubbliche	NO	NO	NO
	Gestione sito web istituzionale	Pubblicazione di informazioni di carattere generale	S.S. S.A.A.S. e URP - Melchionne	A	A	B	B	B	B	M	B	BASSO	Le informazioni sono rese pubbliche	NO	NO	NO

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	RESPONSABILI DEL PROCESSO	INDICATORI SOGGETTIVI (a cura della Struttura)								VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO (a cura della Struttura)	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO (a cura del RPCT)		
				1. Effetti del processo	2. Livello di interesse "esterno"	3. Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	4. Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni	5. Manifestazione di eventi corrutivi in passato nel processo/attività esaminata	6. Opacità del processo decisionale	7. Presenza di controlli	8. Frazionalità del processo			1. Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione	2. Presenza di segnalazioni	3. Articoli presenti sulle rassegne stampa
13 RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Gestione sito intranet aziendale	Produzione / pubblicazione sul sito istituzionale di materiale informativo / operativo	DS / DA	A	A	B	B	B	B	M	B	BASSO	Le informazioni sono rese pubbliche	NO	NO	NO
	Gestione reclami utenti	Ricezione del reclamo	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	M	B	B	B	M	B	BASSO	Utilizzo di procedura informatizzata	NO	NO	NO
	Gestione reclami utenti	Trasmissione del reclamo alla/e struttura/e di competenza	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	M	B	B	B	M	B	BASSO	Utilizzo di procedura informatizzata	NO	NO	NO
	Gestione reclami utenti	Riscontro del reclamo	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	M	B	B	B	M	B	BASSO	Utilizzo di procedura informatizzata	NO	NO	NO
	Gestione Sala Convegni Aziendale	Concessione della Sala Convegni	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	A	A	B	B	B	B	M	M	BASSO	Regolamento aziendale stabilisce soggetti e modalità di concessione	NO	NO	NO
14 GESTIONE RISCHI DEI LAVORATORI DIPENDENTI	Sorveglianza sanitaria	Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	S.S. Medico Competente	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Il processo decisionale è suffragato da documentazione sanitaria	NO	NO	NO
	Sorveglianza sanitaria	Aggiornamento cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria	S.S. Medico Competente	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Il processo decisionale è suffragato da documentazione sanitaria	NO	NO	NO
	Sorveglianza sanitaria	Tenuta del registro lavoratori esposti a rischi chimici	S.S. Medico Competente	B	M	B	B	B	B	B	B	BASSO	il processo decisionale è suffragato da documentazione sanitaria	NO	NO	NO
	Individuazione e valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro	Visite nei luoghi di lavoro e interviste ai lavoratori, preposti dirigenti	S.S. Prevenzione e Protezione	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	Le valutazioni sono all'interno dell'Azienda e tutte tracciabili	NO	NO	NO

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
01 ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE	Reclutamento per concorso pubblico	Indizione del concorso	Condizionamento delle scelte organizzative relativamente alla copertura dei posti per favorire conoscenti/parenti.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	ASL o ASO in caso di procedure congiunte	BASSO	Definizione annuale del fabbisogno e relativo monitoraggio	Definizione annuale del fabbisogno e relativo monitoraggio	2025	coerenza tra concorsi banditi e piano dei fabbisogni	
	Reclutamento per concorso pubblico	Ammissione candidati e nomina Commissione esaminatrice	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	ASL o ASO in caso di procedure congiunte	MEDIO/BASSO	Pubblicazione dei provvedimenti di nomina della Commissione e dei criteri adottati nelle prove di esame in Amm.ne Trasparente	Pubblicazione dei provvedimenti di nomina della Commissione e dei criteri adottati nelle prove di esame in Amm.ne Trasparente	2025	Evidenza pubblicazione su sito Trasparenza	
	Reclutamento per concorso pubblico	Svolgimento Concorso	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, la predeterminazione dei criteri di valutazione dei titoli al fine di beneficiare candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	ASL o ASO in caso di procedure congiunte	BASSO	Applicazione normativa nazionale e regionale. Pubblicazione criteri e prove di esame evidenziando eventuali contestazioni.	Applicazione normativa nazionale e regionale. Pubblicazione criteri e prove di esame evidenziando eventuali contestazioni.	2025	Evidenza pubblicazione su sito della Trasparenza- assenza di contestazioni	
	Reclutamento per concorso pubblico	Comunicazione e pubblicazione dei dati	Mancata o non corretta pubblicazione dei risultati.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	ASL o ASO in caso di procedure congiunte	BASSO	Pubblicazione degli esiti delle procedure in Amministrazione Trasparente	Pubblicazione degli esiti delle procedure in Amministrazione Trasparente	2025	Evidenza pubblicazione su sito Trasparenza- assenza di contestazioni	
	Reclutamento del personale attraverso collocamento legge n. 68/99	Selezione del personale tenendo in considerazione l'eventuale convenzione con il Centro per l'impiego ovvero indizione concorso pubblico o chiamata numerica dal Centro per l'impiego	Esercizio di pressioni indebite facendo leva su posizioni di potere politico ed economico sui Direttori di Struttura o sulle Direzione Generale per favorire l'assunzione dell'operatore	S.C. Risorse Umane - RINAUDO		BASSO	Monitoraggio relativo al rispetto della percentuale di computo relative alle eventuale scoperture Legge n. 68/99.	Monitoraggio relativo al rispetto della percentuale di computo relative alle eventuale scoperture Legge n. 68/99.	2025	Coerenza tra assunzioni e piano dei fabbisogni	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
	Reclutamento del personale per assunzione a tempo determinato e mobilità	Indizione avviso	Richiesta di favori alla Commissione esaminatrice o conoscenti o parenti partecipanti alla selezione	S.C. Risorse Umane - RINAUDO		BASSO	Monitoraggio procedure alla luce del Regolamento Aziendale e delle disposizioni nazionali e contrattuali vigenti e/o emanande	Monitoraggio procedure alla luce del Regolamento Aziendale e delle disposizioni nazionali e contrattuali vigenti e/o emanande	da 2018, prosegue	Pubblicazione avvisi delle procedure su Amministrazione trasparente	
	Reclutamento del personale per assunzione a tempo determinato e mobilità	Svolgimento selezione	Assenza di criteri predeterminati e inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	S.C. Risorse Umane - RINAUDO		BASSO	Monitoraggio procedure alla luce del Regolamento Aziendale e delle disposizioni nazionali e contrattuali vigenti e/o emanande	Monitoraggio procedure alla luce del Regolamento Aziendale e delle disposizioni nazionali e contrattuali vigenti e/o emanande	da 2018, prosegue	Pubblicazione esiti delle procedure concluse su amministrazione trasparente	
	Conferimento di altri incarichi dirigenziali e incarichi di funzione	Proposte di conferimento	Adozione di procedure non trasparenti nel conferimento di incarichi dirigenziali/posizioni organizzative	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di Struttura Complessa	MEDIO/ BASSO	Monitoraggio su applicazione dei Regolamenti Aziendali in materia di incarichi dirigenziali e degli incarichi di funzione	Prosecuzione del monitoraggio sull'applicazione del Regolamento Aziendale in materia di incarichi dirigenziali.	2025	Assenza di reclami / contestazioni. Evidenza pubblicazione bandi incarichi su intranet aziendale	
	Conferimento di incarichi di collaborazione	Convenzioni passive non sanitarie per consulenze a favore dell'azienda	Assenza di criteri predeterminati per la scelta dei consulenti al fine di agevolare, candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di Struttura Complessa	MEDIO/ BASSO	Definizione del profilo di competenze necessarie nella richiesta di convenzione con altro Ente/Azienda	Definizione del profilo di competenze necessarie nella richiesta di convenzione con altro Ente/Azienda	2025	Attestazione coerenza tra profilo definito e CV del titolare di incarico	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
02 ICHI E NOMINE	Conferimento di incarichi di collaborazione: prestazione d'opera	Avvio della procedura selettiva e svolgimento della selezione	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari 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	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di Struttura Complessa	MEDIO/ BASSO	Applicazione della normativa vigente e del Regolamento aziendale. Pubblicazione di avvisi ed esiti relativi agli incarichi emanati in conformità anche alle disposizioni Regionali, con particolare riguardo agli incarichi attribuiti per emergenza epidemiologica	Applicazione della normativa vigente e del Regolamento aziendale. Pubblicazione di avvisi ed esiti relativi agli incarichi in Amministrazione Trasparente	2025	Evidenza della pubblicazione dei dati	
	Progressioni di carriera	Avvio della procedura selettiva e svolgimento della selezione	Esercizio di indebite pressioni facendo leva su posizioni di potere politico o economico o sui direttori di strutture o sulla direzione generale per favorire la l'attribuzione della fascia.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Collegio Sindacale	BASSO	Esistenza CCIA correlata al CCNL 2019-2021	Rispetto della normativa in materia e del CCIA	2025	Evidenza CCIA e relativa certificazione	
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Definizione del fabbisogno e relativo profilo del posto.	Condizionamento delle scelte organizzative per definire i fabbisogni e individuazione di eventuali profili particolari per favorire interessi privati.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale	BASSO	Definizione del piano del fabbisogno in relazione all'assetto organizzativo previsto dal vigente atto aziendale	Definizione del piano del fabbisogno in relazione all'assetto organizzativo previsto dal vigente atto aziendale	2025	Coerenza tra piano del fabbisogno e atto aziendale	
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Pubblicazione bando con definizione dei criteri generali di valutazione dei candidati e avvio della procedura selettiva e costituzione commissione esaminatrice	Determinazione imparziale dei criteri di valutazione dei titoli al fine di beneficiare candidati particolari. Incentivazione/disincentivazione a presentare la domanda	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale	BASSO	Definizione dei criteri di valutazione nel bando Applicazione della normativa regionale e nazionale in merito alla procedura di conferimento incarichi di Struttura Complessa e pubblicazione degli atti relativi alla procedura secondo il dettato normativo e definizione dei criteri di valutazione nel bando	Definizione dei criteri di valutazione nel bando Applicazione della normativa regionale e nazionale in merito alla procedura di conferimento incarichi di Struttura Complessa e pubblicazione degli atti relativi alla procedura secondo il dettato normativo e definizione dei criteri di valutazione nel bando	2025	Evidenza pubblicazione bando in Amministrazione trasparente	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
INCAR	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Comunicazione convocazione interessati e svolgimento della selezione	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale	MEDIO/BASSO	Applicazione della normativa regionale e nazionale in merito alla procedura di conferimento incarichi di Struttura Complessa e pubblicazione degli atti relativi alla procedura secondo il dettato normativo	Applicazione della normativa regionale e nazionale in merito alla procedura di conferimento incarichi di Struttura Complessa e pubblicazione degli atti relativi alla procedura secondo il dettato normativo	2025	Evidenza pubblicazione in Amministrazione Trasparente	
	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Pubblicazione dei dati	Mancata o non corretta pubblicazione dei risultati.	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale	BASSO	Applicazione della normativa regionale e nazionale in merito alla procedura di conferimento incarichi di Struttura Complessa e pubblicazione degli atti relativi alla procedura secondo il dettato normativo	Applicazione della normativa regionale e nazionale in merito alla procedura di conferimento incarichi di Struttura Complessa e pubblicazione degli atti relativi alla procedura secondo il dettato normativo	2025	Evidenza della pubblicazione in Amministrazione trasparente	
	Borse di studio	Conferimento borse di studio	1) Assegnazione borsa di studio in carenza dei requisiti autocertificati 2) 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 all'incarico da assegnare, allo scopo di reclutare candidati particolari	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttore/Responsabile struttura richiedente	MEDIO BASSO	1) Controlli a campione (un controllo ogni quattro borse assegnate) su dichiarazione sostitutive di certificazione relative ad elementi determinanti 2) Monitoraggio annuale borse di studio relativo a requisiti richiesti e coerenza degli stessi con i progetti banditi 3) Pubblicazione avvisi di conferimento borse di studio su sito "Amministrazione Trasparente"	1) Controlli a campione (un controllo ogni quattro borse assegnate) su dichiarazione sostitutive di certificazione relative ad elementi determinanti 2) Verifica in fase di emissione del bando della coerenza tra progetto e requisiti proposti dal Responsabile del Progetto 3) Pubblicazione avvisi di conferimento borse di studio su sito "Amministrazione Trasparente"	2025	1) Elenco dichiarazione sostitutive non veritiere e relativi provvedimenti 2) Report borse di studio attivate 3) evidenza pubblicazione avvisi	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
	Docenza corsi interni	Conferimento incarichi di docenza	1) Conferimento incarichi docenza corsi interni in carenza dei requisiti autocertificati 2) Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione all'incarico di docenza da assegnare	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Responsabili Scientifici dei corsi	BASSO	Controlli a campione (n.10/anno) su autocertificazione docenti esterni / dichiarazioni Responsabile Scientifico relative al possesso della Laurea e della Specializzazione nonché dei requisiti culturali e professionali richiesti per lo svolgimento dell'incarico di	Controlli a campione su autocertificazione docenti esterni (un controllo ogni quattro) / dichiarazioni Responsabile Scientifico relative al possesso della Laurea e della Specializzazione nonché dei requisiti culturali e professionali richiesti per lo svolgimento dell'incarico di docenza	2025	Elenco dichiarazione sostitutive non veritiere e relativi provvedimenti	
	Docenza corsi di laurea professioni sanitarie	Conferimento incarichi di collaborazione alla didattica	Conferimento incarichi di collaboratori alla didattica in carenza dei requisiti autocertificati	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Consigli dei Corsi di Laurea	BASSO	Controlli a campione (n. 10/anno) su autocertificazione collaboratori alla didattica	Controlli a campione (n. 10/anno) su autocertificazione collaboratori alla didattica	2025	Elenco dichiarazione sostitutive non veritiere e relativi provvedimenti	
	Conferimento di incarichi di collaborazione-convenzioni passive	Valutazione richiesta effettuata dal Responsabile della Struttura	Assenza di adeguata motivazione della richiesta	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE		BASSO	Verifica richiesta sulla base di determinati criteri	Verifica richiesta sulla base di criteri definiti	da 2017, prosegue	Evidenza criteri sulla base della check-list definita	
	Conferimento di incarichi di collaborazione-convenzioni passive	Verifica assenza/carenza della professionalità richiesta all'interno dell'Azienda	Prevalenza dell'interesse del singolo professionista rispetto all'interesse aziendale	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE		BASSO	Verifica professionalità assenza e/o carenza del personale richiesto in Azienda	Definizione criteri per l'individuazione delle Strutture	da 2017, prosegue	Evidenza criteri sulla base della check-list definita	
	Conferimento di incarichi di collaborazione-convenzioni passive	Individuazione dell'Azienda/Ente sulla base di determinati criteri (esclusività del servizio, competenze specifiche, soluzioni logistiche, disponibilità del contraente ...).	Prevalenza dell'interesse del singolo professionista rispetto all'interesse aziendale	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE		BASSO	Definizione criteri per invio richieste	Definizione criteri per l'individuazione delle Strutture	da 2017, prosegue	Evidenza criteri sulla base della check-list definita	
	Programmazione	Analisi e definizione del fabbisogno beni e servizi	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari Orientare la quantità e tipologia di materiale richiesto verso un determinato prodotto	SC PROVVEDITORATO ECONOMATO – PUPPATO	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	BASSO	Congura motivazione della richiesta	Verifica di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione , sulla base di esigenze effettive e documentate. emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti	2017, prosegue	Evidenza della motivazione per ogni gara da parte della Struttura richiedente	
	Programmazione	Programmazione acquisti di importo inferiore a 5.000 euro	Priorità nella programmazione degli acquisti che derivi da interessi particolari	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. Provveditorato-Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	BASSO	Concertazione con la Funzione Approvvigionamenti di cronoprogramma degli acquisti	Consolidamento della procedura alla luce del recente Regolamento aziendale	da 2017, prosegue	Audit a campione sulla documentazione conservata agli atti	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
	Programmazione	Analisi dell'oggetto e definizione del fabbisogno dell'affidamento diretto	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano una determinata impresa	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. Provveditorato-Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	BASSO	Definizione concertata con i diversi professionisti	Consolidamento della procedura alla luce del recente Regolamento aziendale	da 2017, prosegue	Audit a campione sulla documentazione conservata agli atti	
	Programmazione	Programma triennale dei lavori pubblici e i relativi aggiornamenti annuali : viene svolta solo a livello aziendale;	Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità Ritardi artefatti nella approvazione degli strumenti di programmazione per giustificare procedure d'urgenza Eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali Frazionamento ed eccessiva reiterazione delle procedure	S.C. Tecnico e Tecnologie - CAVALLLO	Direzione Aziendale	BASSO	Programmazione lavori	Monitoraggio e quantificazione procedure non concorrenziali Creazione scadenziario aggiornato	2025	Corrispondenza fra le procedure realizzate rispetto alla programmazione effettuata	
	Programmazione	Il programma delle acquisizioni delle stazioni appaltanti (Art. 37 del D.Lgs. 36/2023) è contenuto nel programma triennale di forniture e servizi e nei relativi aggiornamenti annuali, definito dapprima a livello interaziendale (Area Interaziendale di Coordinamento) e, successivamente, a livello aziendale	Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità Ritardi artefatti nella approvazione degli strumenti di programmazione per giustificare procedure d'urgenza Eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali Frazionamento ed eccessiva reiterazione delle procedure	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	Direzione Aziendale Responsabile Acquisizioni dell'Area Interaziendale di Coordinamento	MEDIO	Programmazione beni e servizi AIC Programmazione beni e servizi A.O.U. S. Luigi	Recepimento programmazione AIC Monitoraggio e quantificazione procedure non concorrenziali Creazione scadenziario aggiornato	da 2017, prosegue	Analisi e confronto del valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali rispetto a quelle ordinarie	
	Programmazione	Effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche	Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. Servizi Informativi Informatici (Cavallo-Puppato-Cannizzo)		MEDIO	Divulgazione a tutto il personale coinvolto nella fase di progettazione della gara delle corrette norme di comportamento	Evidenza dell'informativa per il personale addetto	da 2018, prosegue	Riscontro dell'informativa	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
	Progettazione della gara	Attuazione delle indicazioni di cui al codice dei contratti pubblici	Nomina di responsabili del procedimento e/o progettisti privi della necessaria specializzazione o in conflitto di interessi; Fuga di notizie circa le procedure di gara; Definizione di requisiti di partecipazione troppo restrittivi; Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)		BASSO	Verifica e/o validazione dei progetti Divulgazione a tutto il personale coinvolto nella fase di progettazione della gara delle corrette norme di comportamento	Verifica preventiva dei requisiti professionali del RUP, dei componenti del Nucleo Tecnico e dei Progettisti	anno 2023	Numero di ricorsi per motivazioni afferenti il regolare procedimento di gara	
	Progettazione della gara	Tutte le fasi ed i livelli della progettazione sono descritti agli artt. 41, 42 e 43 del D.Lgs. 36/2023, cui si rimanda per il dettaglio	Nomina di responsabili del progetto e/o di Nuclei tecnici preposti alla definizione dei capitolati tecnici privi della necessaria specializzazione o in conflitto di interessi; Fuga di notizie circa le procedure di gara; Definizione di requisiti di partecipazione troppo restrittivi; Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	Direzione Aziendale Responsabile Acquisizioni dell'Area Interaziendale di Coordinamento Per gli acquisti inferiori a 40.000 : responsabili del processo sono tutti i dirigenti di Struttura autorizzati secondo il Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	MEDIO	Collaborazione con l'Azienda Capofila, partecipazione alle riunioni di coordinamento sovrazionali, supporto ai Nuclei tecnici quando l'Azienda è capofila della gara AIC	Verifica preventiva dei requisiti professionali del RUP, dei componenti del Nucleo Tecnico	da 2017, prosegue	Ritardi procedurali attribuibili a imprecisa definizione dei capitolati tecnici, misurabili attraverso i giorni di proroga termine offerte concessi	
	Progettazione della gara	Partecipazione ai tavoli di lavoro per la stesura dei capitolati	Definizione dei requisiti tecnici di accesso alla gara al fine di favorire una specifica impresa	S.C.Dir.San.Pr. - Arione / S.C. Di.P.Sa. - Finiguerra	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	BASSO	Rotazione del personale / Formazione	Rotazione del personale sulla base di specifiche competenze - Formazione	2017, prosegue	Numero di gare rapportate al personale in servizio	
	Progettazione	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Definizione dei requisiti tecnici di accesso alla gara al fine di favorire una specifica impresa	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	Tutte le strutture aziendali coinvolte/interessate al processo	MEDIO	Rotazione del personale / Formazione	Rotazione del personale sulla base di specifiche competenze - Formazione	da 2018, prosegue	Unità di personale in servizio impegnato in ogni procedura di gara	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
03 CONTRATTI PUBBLICI	Valutazione offerta	Valutazione delle offerte e verifica delle anomalie gare sanitarie	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito Valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	BASSO	Rotazione del personale / Formazione	Rotazione del personale sulla base di specifiche competenze - Formazione	2017, prosegue	Numero di gare anno valutato ad ogni operatore sul numero di gare assegnate	
	Valutazione offerta	Valutazione delle offerte e verifica delle anomalie	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. Provveditorato-Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	BASSO	Comparazione dei prezzi e scelta prezzo più vantaggioso	Consolidamento della procedura alla luce del recente Regolamento aziendale	da 2017, prosegue	Audit a campione sulla documentazione conservata agli atti	Difficoltà nell'individuazione dei 3 Fornitori a causa dell'attuale situazione geopolitica e post- pandemica- Casi di dichiarazione da parte dell'utilizzatore di infungibilità del prodotto richiesto
	Selezione del contraente	Le fasi delle procedure di affidamento sono dettagliatamente indicate dall'art. 32 del D.Lgs. 50/2016, cui si rimanda per il dettaglio	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente il numero dei partecipanti alla gara Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne gli esiti Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)		MEDIO/BASSO	Espletamento delle procedure secondo le vigenti norme, nella massima trasparenza e pubblicità	Acquisizione preventiva curricula vitae dei RUP, dei Commissari e dei Componenti dei Nuclei Tecnici Acquisizione preventiva dichiarazioni incompatibilità dei Commissari Formazione interna degli operatori sul corretto utilizzo dei sistemi elettronici di acquisizione (M.e.p.a. di Consip)	2024	numero di accesso agli atti e numero di ricorsi pervenuti nelle procedure effettuate	
	Selezione del contraente	Le fasi delle procedure di affidamento sono dettagliatamente indicate dall' art. 17 del D.lgs. 36/2023 , cui si rimanda per il dettaglio	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente il numero dei partecipanti alla gara Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne gli esiti Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	Per gli acquisti inferiori a 40.000 : responsabili del processo sono tutti i dirigenti di Struttura autorizzati secondo il Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	MEDIO	Espletamento delle procedure secondo le vigenti norme, nella massima trasparenza e pubblicità	Acquisizione preventiva curricula vitae dei Commissari e dei Componenti dei Nuclei Tecnici Acquisizione preventiva dichiarazioni incompatibilità dei Commissari Pubblicazione dei curricula vitae dei Commissari nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale	da 2018, prosegue	Numero di curricula vitae pubblicati	
	Selezione del contraente	Affidamenti diretti	Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per gli affidamenti di fornitura inferiori a 5.000 euro Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ai di fuori delle ipotesi previste dalla legge e dal Regolamento aziendale Induzione o richiesta opportunistica di acquisti in esclusiva o fuori gara, senza una motivazione clinica documentabile	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. G.E.A. Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	BASSO	Definizione concertata con i diversi professionisti corredata di motivazioni esplicite a supporto della richiesta	Consolidamento della procedura alla luce del recente Regolamento aziendale	da 2017, prosegue	Audit a campione sulla documentazione conservata agli atti	Difficoltà nell'individuazione dei 3 Fornitori a causa dell'attuale situazione geopolitica e post- pandemica- Casi di dichiarazione da parte dell'utilizzatore di infungibilità del prodotto richiesto

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Prima di procedere alla stipula del contratto, l'aggiudicazione deve essere efficace: deve cioè essere verificato il possesso dei requisiti a contrarre con la P.A. ai sensi dell'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 - per le acquisizioni sotto soglia CEE secondo le modalità definite nel Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	Omissione od elusione dei controlli previsti per favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)		BASSO	Rispetto puntuale delle verifiche nei confronti degli aggiudicatari e delle comunicazioni a tutti i partecipanti	Rispetto puntuale delle verifiche nei confronti degli aggiudicatari e delle comunicazioni a tutti i partecipanti	anno 2023	Aggiornamento in tempo reale della documentazione necessaria per la verifica del possesso dei requisiti di aggiudicazione	
	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Prima di procedere alla stipula del contratto, l'aggiudicazione deve essere efficace: deve cioè essere verificato il possesso dei requisiti a contrarre con la P.A. ai sensi degli artt. 94, 95 e 96 del D.Lgs. 36/2023 - per le acquisizioni sotto soglia CEE secondo le modalità definite nel Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	Omissione od elusione dei controlli previsti per favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	Per gli acquisti inferiori a 40.000 : responsabili delle verifiche sono tutti i dirigenti di Struttura autorizzati secondo il Regolamento Aziendale per gli acquisti sotto soglia	BASSO	Rispetto puntuale delle verifiche nei confronti degli aggiudicatari e delle comunicazioni a tutti i partecipanti	Rispetto puntuale delle verifiche nei confronti degli aggiudicatari e delle comunicazioni a tutti i partecipanti	da 2017, prosegue	Numero di ricorsi per motivazioni afferenti il regolare procedimento di gara	
	Esecuzione e rendicontazione	Il direttore dei lavori/il direttore dell'esecuzione del contratto pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'amministrazione, secondo quanto specificamente richiesto nel progetto, contratto e nel disciplinare tecnico	Elusione dei controlli Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	Tutte le strutture aziendali preposte alla vigilanza sulla corretta esecuzione del contratto destinato a soddisfare una funzione di propria competenza (igiene, sicurezza, prevenzione, conformità dei prodotti, corretta esecuzione dei servizi e dei lavori, ecc. ...)	MEDIO	Verifica degli adempimenti compatibilmente con le risorse e professionalità a disposizione	Nomina espressa del Direttore lavori/Direttore dell'esecuzione del contratto per tutte le procedure al momento dell'indizione della gara o della aggiudicazione; per i contratti sotto soglia le modalità di individuazione del DEC sono individuate nel Regolamento aziendale	2024	Corretta attuazione dei cronoprogrammi	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
	Esecuzione e rendicontazione	Il direttore dell'esecuzione del contratto pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'amministrazione, secondo quanto specificamente richiesto nel contratto e nel disciplinare tecnico	Elusione dei controlli Mancata o insufficiente verifica dell'effettiva e corretta esecuzione del contratto, al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto stesso Abuso nel ricorso di variazioni contrattuali, al fine di favorire l'appaltatore	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	Tutte le strutture aziendali preposte alla vigilanza sulla corretta esecuzione del contratto destinato a soddisfare una funzione di propria competenza (igiene, sicurezza, prevenzione, conformità dei prodotti acquisiti, corretta esecuzione dei servizi, ecc. ...)	MEDIO	Verifica degli adempimenti compatibilmente con le risorse e professionalità a disposizione	Nomina espressa del Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) per tutte le procedure di rilievo comunitario al momento dell'indizione della gara o della aggiudicazione; per i contratti sotto soglia le modalità di individuazione del DEC sono individuate nel Regolamento aziendale	2017	Numero di penali applicate nel corso di un anno	
	Esecuzione e rendicontazione	Esecuzione contrattuale	Trattamento non univoco nei confronti dei fornitori in fase di contestazione per inadempimento contrattuale e nell'applicazione delle penali previste	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Ielo		BASSO	Procedura di applicazione delle sanzioni	Consolidamento della procedura	da 2017, prosegue	Riepiloghi di contestazione fornitori	
	Rendicontazione del contratto	Verifica della corretta esecuzione	Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante	S.C. Tecnico e Tecnologie - S.S. Ingegneria Clinica – S.S. ICT (CAVALLO-PUPPATO-CANNIZZO)	Tutte le strutture aziendali coinvolte/interessate al processo	BASSO	Controllo da parte del personale in servizio sulle attività svolte dai fornitori in relazione ai contratti in essere, in collaborazione con le strutture aziendali coinvolte nel processo	Attività di controllo sui contratti da parte di più soggetti	da 2018, prosegue	Unità di personale in servizio impegnato nelle attività di controllo dei contratti in essere	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
04 PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	Autorizzazione al personale dipendente per la partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori/Responsabili SC / SS dell'Azienda	BASSO	Monitoraggio annuale partecipazioni ad eventi formativi esterni con oneri aziendali	Monitoraggio annuale partecipazioni ad eventi formativi esterni con oneri aziendali	da 2018, prosegue.	Report di monitoraggio annuale su rotazione dipendenti	
	Erogazione delle prestazioni sanitarie	Effettivo svolgimento della prestazione farmaceutica	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	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	Tutti i singoli professionisti sanitari	BASSO	Evasione quotidiana delle richieste e/o ordinativi, numerazione sequenziale in arrivo delle ricette magistrali	Consolidamento della procedura	da 2017, prosegue	Monitoraggio dei tempi di rilascio delle preparazioni magistrali	
	Erogazione delle prestazioni sanitarie	Effettivo svolgimento della prestazione	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Direttori e Coordinatori delle varie strutture sanitarie	BASSO	Controlli	controlli periodici su liste d'attesa	da 2018 prosegue	presenza di segnalazioni di richieste di pagamenti o di accettazione impropria di regali, compensi rapportato su tutte le segnalazioni URP	
05 PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Erogazione vantaggi economici	Elaborazione stipendi	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici allo scopo di favorire particolari dipendenti	S.S. Gestione Economica e Relazioni Sindacali - PERUZZO		BASSO	Applicazione PAC - Controllo incrociato a campione, con cadenza semestrale, da parte di dipendente diverso da quello che ha inserito un beneficio economico più monitoraggio con controlli periodici	Applicazione PAC - Controllo incrociato a campione, con cadenza semestrale, da parte di dipendente diverso da quello che ha inserito un beneficio economico più monitoraggio con controlli periodici	2024	report semestrale	
	Erogazione vantaggi economici	indennità, straordinario e incentivi	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici allo scopo di favorire particolari dipendenti	S.S. Gestione Economica e Relazioni Sindacali - PERUZZO		BASSO	Applicazione PAC - Controllo incrociato a campione, con cadenza semestrale, da parte di dipendente diverso da quello che ha inserito un beneficio economico più monitoraggio con controlli periodici	Applicazione PAC - Controllo incrociato a campione, con cadenza semestrale, da parte di dipendente diverso da quello che ha inserito un beneficio economico più monitoraggio con controlli periodici	2024	report semestrale	
	Rimborsi spese	Concessione rimborsi spese a dipendenti, docenti	Concessioni di rimborsi spese sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	SC G.E.F.	BASSO	Mantenimento monitoraggio annuale rimborsi spese	Monitoraggio annuale rimborsi spese	2024	Report monitoraggio annuale	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
	Predisposizione degli atti di bilancio: Redazione del Bilancio (conto economico Stato Patrimoniale e Nota integrativa) e relativi monitoraggi trimestrali	Violazione delle norme in materia di redazione di Bilancio (rischio di falso in bilancio)	Omessa registrazione di alcuni passaggi contabili e/o violazione delle norme in materia di redazione degli atti di bilancio	S.C. G.E.F. - Romagnolo	Direzione Generale/Collegio Sindacale	ALTO	Sono stati posti in essere programmi di Formazione continua per il recepimento delle normative in materia volti ad accrescere lo skill degli operatori (in modo da poterlo preparare ai nuovi compiti)	Mantenimento di un clima aziendale positivo e maggiormente sburocratizzato prevedendo una Programmazione della rotazione del personale . Formazione continua	Da Esercizio 2017 con verifica periodica in occasione dei BIVE	Tipologia formazione/approfondimento delle tematiche contabili	
	Cronologia dei tempi di pagamento ai fornitori	Fase del pagamento verso i creditori	Corsie preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti particolari, senza specifica causale	S.C. G.E.F. - Romagnolo	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo	MEDIO	Assicurare la massima trasparenza pubblicando la progressività con cui vengono effettuati i pagamenti ai fornitori	Ulteriore miglioramento della trasparenza dei dati tramite la pubblicazione dell'andamento dei pagamenti (minimo due volte all'anno si procede con una pubblicazione sul sito internet)	da 2018, prosegue	Verifica della pubblicazione sul sito internet aziendale della periodicità con cui vengono effettuati i pagamenti / controlli a campione	
	Ciclo attivo	Verifica della riscossione delle prestazioni	Omessa effettuazione dei solleciti	S.C. G.E.F. - Romagnolo	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo	MEDIO	Predisposizione di sistema informatico	Verifica periodica delle irregolarità	Da 2017, prosegue	Numero di solleciti attuati	operazione resesi più complesse in fase di epidemia
	Ciclo passivo	Emissione mandati di pagamento	Emissione di mandati di pagamento privi di verifica preventiva o pagamenti indebiti	S.C. G.E.F. - Romagnolo	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo	MEDIO	Predisposizione sistema informatico con firma elettronica	Verifica periodica delle irregolarità	Da 2017, prosegue	Controlli propedeutici al pagamento	
	Recupero crediti	Disposizione solleciti	Impossibilità di poter procedere al recupero di importi irrilevanti	S.C. G.E.F. - Romagnolo	S.S. Assistenza Giuridica	MEDIO	Verifica dei ritardi	Implementazione sulla tempestività delle rilevazioni	Da 2017, prosegue	Numero solleciti effettuati	
	Recupero crediti (es. ticket non pagati)	Atto di messa in mora e diffida ad adempiere. Avvio azione giudiziaria per il recupero coattivo del credito	Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	S.S. Affari Generali e Legali - Adv. DI CUIA	S.C. G.E.F. / S.S. S.A.A.S.	BASSO	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione al corso FAD "Prevenzione della corruzione e trasparenza della P.A."	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione ad eventuali nuove attività formative in tema di etica e legalità	da 2016, prosegue	Numero partecipanti alle attività di formazione	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
06 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Recupero crediti (es. ticket non pagati)	Attivazione procedura	Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	S.S. S.A.A.S. - Melchionne	S.C. G.E.F. / S.S. Assistenza Giuridica	BASSO	Implementazione procedura informatica	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione ad eventuali nuove attività formative in tema di etica e legalità	Da 2019. Prosegue	Numero partecipanti alle attività di formazione	
	Procedure di codificazione e pagamento delle prestazioni sanitarie	Flussi regionali	Codifiche errate Mancate registrazione di prestazioni non effettuate	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA		BASSO	Monitoraggio errori	Monitoraggio errori	da 2018, prosegue	Numero anomalie	
	Gestione Cassa Economale	Garantire la disponibilità per le spese economali	Errata e/o infedele contabilizzazione delle spese in economia e gestione della cassa economale in maniera non trasparente e verificabile	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	S.C. G.E.F.	MEDIO BASSO	Rendicontazione spese effettuate tramite delibera ad hoc	Verifica congruità spese con il regolamento aziendale in funzione della loro significatività	da 2016, prosegue	Rilevazioni anomalie tra disposizioni regolamentari e spese in economia	
	Gestione magazzini	Gestione e coordinamento magazzini aziendali	Gestione infedele dei magazzini aziendali in modo da impedire una corretta valorizzazione in bilancio	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. G.E.F.	BASSO	Procedura di gestione informatizzata	modulo segnalazione non conformità	da 2018 prosegue	Riepilogo informatico movimentazione magazzini, numero schede di non conformità ricevute	
	Gestione magazzini	Valorizzazione delle giacenze alle date previste	Gestione infedele dei magazzini aziendali dedicati in modo da impedire una corretta valorizzazione in bilancio	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera- Ielo / S.C. Provveditorato-Economato - Amprino / S.C. Tecnico e Tecnologie - Cavallo / S.C. Lab.Analisi - / Tutte le Strutture Sanitarie	S.C. G.E.F.	BASSO	Corsi di formazione, anche rivolti ai responsabili dei magazzini di reparto	Verifica dello skill e addestramento sull'applicativo contabile; redazione procedure di magazzino	da 2017, prosegue	Verifica della correttezza degli scarichi da magazzino con presenza dell/i documenti e/o della procedura informatica	
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	Liquidazione della fattura senza adeguata verifica della prestazione al fine di favorire soggetti particolari o non tenendo conto dell'ordine di arrivo dei documenti, al fine di favorire una ditta per perseguire interessi particolari	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	S.C. G.E.F.	BASSO	Consolidamento procedura di gestione informatizzata	Intensificazione controlli più accurati su AIC e RDM	da 2023	N° fatture liquidate dalla SC Farmacia (estratto da applicativo contabile)	
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	Liquidazione della fattura senza adeguata verifica della prestazione al fine di favorire soggetti particolari o non tenendo conto dell'ordine di arrivo dei documenti, al fine di favorire una ditta per perseguire interessi particolari	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	S.C. G.E.F.	BASSO	Istituzione Ufficio con più funzionari dedicati	Consolidamento procedura dematerializzata	da 2017, prosegue	Documento riepilogativo fatture liquidate	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	Cagionata alterazione dell'ordine di arrivo e tempistica di liquidazione . Monitoraggio reclami/soleciti rispetto agli adempimenti di competenza	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	S.C. G.E.F.	BASSO	Mantenimento monitoraggio rispetto ordine d'arrivo e tempistica di liquidazione Monitoraggio reclami/soleciti rispetto agli adempimenti di competenza	Mantenimento monitoraggio rispetto ordine d'arrivo e tempistica di liquidazione Monitoraggio reclami/soleciti rispetto agli adempimenti di competenza	2024	Evidenza del monitoraggio e dell'effettuato riscontro motivato rispetto ad eventuali reclami/soleciti.	
	Gestione parco automezzi	Utilizzo delle vetture di servizio	Indebito utilizzo di bene pubblico	S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	Servizio Autisti / Personale dipendente	BASSO	Registro richieste; Ruolini di marcia; "Libro macchina" delle percorrenze giornaliere; Attività di controllo del Collegio Sindacale; Formazione in tema di anticorruzione e trasparenza	Verifica tra KM dichiarati e costo carburante per automezzo. Controllo a campione registri automezzi	da 2017, prosegue	Numero verifiche e controlli a campione effettuati	
07 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Conferimento di incarichi di collaborazione: incarichi professionali avvocati e periti, compresi gli incarichi per giudizi in materia di RCT RCO	Conferimento incarico di patrocinio legale a seguito di indicazione della gestione sinistri/procedura di gara.	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza ed imparzialità della scelta	S.S. Affari Generali e Legali - Avv. DI CUIA		BASSO	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione al corso FAD "Prevenzione della corruzione e trasparenza della P.A."	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione ad eventuali nuove attività formative in tema di etica e legalità	da 2016, prosegue	Numero partecipanti alle attività di formazione	
	Definizione transattiva di controversie aventi contenuto economico	Gestione delle controversie e definizione transattiva delle medesime in presenza di accertata responsabilità.	Definizione transattiva sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari.	S.S. Affari Generali e Legali - Avv. DI CUIA		BASSO	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione al corso FAD "Prevenzione della corruzione e trasparenza della P.A."	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione ad eventuali nuove attività formative in tema di etica e legalità	da 2016, prosegue	Numero partecipanti alle attività di formazione	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
08 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Attività del Servizio Ispettivo	Estrazione della categoria e sorteggio soggetti da verificare	Manipolazione	Servizio Ispettivo	S.C. Risorse Umane	BASSO	Corso di formazione aziendale in tema di etica e legalità, attività già avviate anche se non specificatamente previste a questi fini	Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero controlli effettuati non inferiore a 1/5 delle verifiche effettuate	l'obbligo di vaccinazione/ green pass ha aumentato il rischio di manipolazione
	Attività del Servizio Ispettivo	Convocazione	Omessa convocazione	Servizio Ispettivo		BASSO	Controllo tempestività azione amministrativa	Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero convocazioni = al numero di conferme ricezione convocazioni	l'obbligo di vaccinazione/ green pass ha aumentato il rischio di manipolazione
	Attività del Servizio Ispettivo	Audizione dei soggetti estratti e Verbalizzazione dichiarazioni rese	Omessa/infedele verbalizzazione delle dichiarazioni rese	Servizio Ispettivo		MEDIO	. - Informazione/Formazione dei dipendenti in quanto soggetti al sorteggio - Formazione del personale addetto all'attività di verbalizzazione	Corso di formazione aziendale "Regime delle incompatibilità e cumulo d'incarichi e impieghi Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero audizioni = numero soggetti estratti Report dipendenti formati	no segnalazioni
	Attività del Servizio Ispettivo	Controllo sulla veridicità delle dichiarazioni rese dal personale dipendente	Dichiarazioni non conformi alla realtà	Servizio Ispettivo	S.C. Risorse Umane	BASSO	Controllo tempestività azione amministrativa	Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero verifiche = numero di dichiarazioni rese	no segnalazioni
	Attività del Servizio Ispettivo	Eventuale trasmissione atti alla Guardia di Finanza (GDF)	Omessa/infedele trasmissione degli atti	Servizio Ispettivo		BASSO	Controllo tempestività azione amministrativa	Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero trasmissioni = numero di conferme ricezione da GDF	no segnalazioni
	Attività del Servizio Ispettivo	Rilascio Autorizzazioni attività extraistituzionale	Rilascio autorizzazione in assenza di presupposti	Servizio Ispettivo	S.C. Risorse Umane	MEDIO	Controllo in relazione a luogo di svolgimento, durata dell'evento e importo previsto	Controlli a campione in relazione all'attività effettivamente prestata	da 2017, prosegue	Numero di richieste pervenute=numero controlli effettuati	Report riguardante incarichi autorizzati e comunicati.
	Attività ispettiva S.C. Farmacia	Attività di controllo sui medicinali e i dispositivi medici	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali/quantitativo delle prescrizioni	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - IELO	Tutti i singoli prescrittori / Tutti i professionisti sanitari	BASSO	Presenza di verbali di AUDIT presso i servizi	Presenza di verbali di AUDIT presso i servizi	da 2023	Numero di AUDIT effettuati nel biennio (almeno il 50% delle strutture ogni 2 anni)	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
09 ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	Libera Professione	Autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale	Produzione false dichiarazioni ai fini del rilascio dell'autorizzazione	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE		BASSO	Controlli sulla base di quanto disposto dalla Procedura aziendale sulla LP	Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero 2 controlli all'anno, uno per semestre, su un campione del 10%	
	Libera Professione	Prenotazione-Erogazione-Fatturazione delle prestazioni di Libera Professione	Errata/indotta indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale Mancato utilizzo dell'applicativo dedicato	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE		MEDIO	Controlli sulla base di quanto disposto dalla Procedura aziendale sulla LP	Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero 2 controlli all'anno, uno per semestre, su un campione del 10%	
	Libera Professione	Rilevazione volumi di attività	Scostamento dei volumi di attività	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE		BASSO	Monitoraggio volumi prestazioni	Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero 2 controlli all'anno, uno per semestre, di un campione di 5 Strutture/Specialità	
	Libera Professione	Verifica attività svolta in regime di libera professione	Violazione degli obblighi di fatturazione Svolgimento della libera professione non in orario di servizio Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di intramoenia allargata	SC.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.S. A.A.A.S. - MELCHIONNE		BASSO	Controlli sulla base di quanto disposto dalla Procedura aziendale sulla LP	Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero 2 controlli all'anno, uno per semestre, su un campione del 10%	
	Liste di attesa	Gestione Agende CUP/SovraCup	Omesso utilizzo delle Agende informatizzate	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	MEDIO	Centralizzazione delle agende sul sistema informatico aziendale	Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso CUP aziendale o sovrazionale con gestione delle agende dei professionisti Controlli a campione	da 2017, prosegue	Numero controlli	In collaborazione con la S.S. S.A.A.S. che ha le agende centralizzate a CUP
	Liste di attesa	Pubblicazione tempi di attesa (Prestazioni ambulatoriali)	Omessa e/o errata pubblicazione delle liste di attesa	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	MEDIO	Pubblicazione dei tempi di attesa sul sito internet aziendale	Monitoraggio liste di attesa ambulatoriali	da 2017, prosegue	Evidenza pubblicazione dati	In collaborazione con la S.S. S.A.A.S. che ha le agende centralizzate a CUP
	Liste di attesa	Gestione delle liste di attesa, compresi i ricoveri	Omessa e/o errata gestione delle liste di attesa al fine di agevolare particolari soggetti, sia esterni che interni (es: inserimento in cima a una lista di attesa)	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolute nel processo	MEDIO	Implementazione procedura informatica completa di tutti i blocchi e le stampe necessarie	Implementazione della procedura informatica per monitoraggio liste di attesa ambulatoriali e ricoveri. Monitoraggio liste di attesa per i ricoveri a campione	da 2018, prosegue	Numero controlli	In collaborazione con S.C. Tecnico-I.C.-S.I.I. per procedura informatica e con SS. SAAS che ha le agende ambulatoriali centralizzate a CUP

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
10 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Sperimentazioni cliniche	Verifica della corretta compilazione da parte degli sperimentatori della modulistica specifica per la valutazione dei costi e per l'assunzione di responsabilità prevista dalla normativa di riferimento e dal Regolamento del Comitato Etico	Errore nella valutazione dei costi da parte del Responsabile dello studio Omessa dichiarazione da parte del Responsabile dello studio di conflitto di interesse con il promotore dello studio	Segreteria Comitato Etico	Responsabile dello studio e Direzione Medica di Presidio	ALTO	Verifica della corretta compilazione da parte degli sperimentatori della modulistica specifica di assunzione responsabilità prevista dalla normativa di riferimento e dal Regolamento del CE e dichiarazioni assenza conflitto interesse negli studi commerciali	Acquisizione istruttorie complete e sottoscritte e dichiarazioni assenza conflitto interesse negli studi commerciali	da 2018 prosegue	Numero verifiche effettuate	
	Sperimentazioni cliniche	Valutazione studio	Omessa dichiarazione da parte dei componenti del Comitato Etico di conflitto di interesse con Case farmaceutiche	Componenti Comitato Etico		ALTO	Acquisizione dichiarazione da parte dei componenti del Comitato Etico di assenza di conflitto di interesse con Case farmaceutiche	Verifica annuale di assenza di conflitto di interesse con Case farmaceutiche	da 2018 prosegue	Numero dichiarazioni/ Numero componenti Comitato Etico	
	Ciclo del farmaco	Distribuzione diretta	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole équipe da parte di aziende farmaceutiche in cambio di benefit per la propria équipe (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)	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera - Ielo	Tutti i singoli prescrittori / Tutti i professionisti sanitari	BASSO	Entro 30 gg dalla ricezione della richiesta	Utilizzo di un unico applicativo informatico	da 2018 prosegue	Numero di dispensazioni di file F / reclami ricevuti	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
11 ATTIVITA' CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione della salma nel reparto/nella camera mortuaria/rapporto con parenti/rapporto con imprese funebri	Segnalazione in anticipo di un decesso ad una specifica onoranza di pompe funebri in cambio di quota sugli utili	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	Consegna ai familiari dell'informativa riguardante il divieto di segnalare ai parenti specifiche inerenti agenzie di onoranze funebri	presenza di foglio informativo in reparto	2024	controllo periodico presenza foglio informativo nei reparti	
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione della salma nel reparto/nella camera mortuaria/rapporto con parenti/rapporto con onoranze funebri	Segnalazione ai parenti da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, degli estremi di una specifica impresa di onoranze funebri	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	Analisi periodica (frequenza trimestrale) con rilevazione degli interventi delle diverse imprese funebri	Analisi periodica (frequenza trimestrale) con rilevazione degli interventi delle diverse imprese funebri	2024	Analisi report della ditta appaltatrice	
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione camere mortuarie: rapporto con il personale/ditte esterne addette alla gestione	azioni non conformi da parte del personale / Ditte esterne	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	controlli in merito alla tenuta salma, condizioni igieniche, e ambientali e del personale	Presenza nel Capitolato dell'appalto e nel Regolamento di Polizia mortuaria	2024	Controlli mensili sulla ditta a campione sul personale	
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione camere mortuarie: rapporto con il personale/ditte esterne addette alla gestione	Comportamenti non corretti da parte del Personale/ Ditte esterne	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	Formazione in materia di prevenzione della corruzione dei nuovi operatori della Ditta	Formazione in materia di prevenzione della corruzione dei nuovi operatori	2024	Evidenza della formazione	
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione paziente deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	Mancanza di controlli sulla gestione dell'utilizzo delle camere mortuarie	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	Inserimento nel Capitolato dell'appalto e nel regolamento di polizia mortuaria	Inserimento nel Capitolato dell'appalto e nel regolamento di polizia mortuaria	2024	Presenza di una attestazione sul servizio reso	
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione paziente deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	Mancanza di controlli sulla gestione dell'utilizzo delle camere mortuarie e sui riscontri contabili	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	Pubblicazione sul sito istituzionale del Capitolato e del Regolamento di Polizia Mortuaria	Pubblicazione sul sito istituzionale del Capitolato e del Regolamento di Polizia Mortuaria	2024	Presenza su sito aziendale (intranet/internet)	
	Attività conseguenti al decesso del paziente	Gestione paziente deceduti e camere mortuarie- trasporto salma, accesso e permanenza camera mortuaria	Mancanza di controlli sulla gestione dell'utilizzo delle camere mortuarie esui riscontri contabili	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA / S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	Controlli a campione sugli operatori delle camere mortuarie	Controlli a campione sugli operatori delle camere mortuarie	2024	Mensilmente la Direzione Sanitaria/ DIPSA effettua un controllo casuale- in una giornata lavorativa- volta al rispetto delle indicazioni del capitolato	Mensilmente sono effettuati controlli sulla ditta attraverso sopralluoghi tracciati e presenti presso la SC DiPSa e sulla corrispondenza del personale in coerenza con quanto previsto dal

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
12 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	Applicazione degli istituti contrattuali relativi alla gestione del rapporto di lavoro (permessi e aspettative)	Concessione permessi e aspettative	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	S.C. Risorse Umane - RINAUDO	Direttori di Struttura Complessa	BASSO	Applicazione della normativa nazionale e contrattuale. Verifica sulle dichiarazioni sostitutive, laddove richieste. Procedure di verifica a campione relativa ai benefici Legge n. 104/92.	Applicazione della normativa nazionale e contrattuale. Verifica sulle dichiarazioni sostitutive, laddove richieste. Procedure di verifica a campione relativa ai benefici Legge n. 104/92.	da 2018 prosegue	Report verifiche a campione sulle dichiarazioni sostitutive e sugli esiti delle verifiche L. 104/92.	
	Formazione	Progettazione e realizzazione 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	S.C. Risorse Umane - RINAUDO		BASSO	Verifiche secondo le modalità interne del sistema regionale ECM	Verifiche secondo le modalità interne del sistema regionale ECM	2024	Somministrazione di appositi questionari su conflitti di interesse e Relazione su eventuali criticità ed interventi.	
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Ricevimento della richiesta di avvio procedimento da parte del Dirigente Responsabile interessato	Mancato rispetto dei termini di avvio per fatti imputabili alla struttura.	UPD	Dirigente della Struttura interessata	BASSO	Controllo tempestività azione amministrativa	Attività di controllo	da 2017, prosegue	Numero richieste = numero procedimenti avviati	
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Istruttoria/Contestazione e Convocazione	Mancato avvio contestazione nei termini di legge	UPD		BASSO	Controllo tempestività azione amministrativa	Attività costante di controllo	da 2017, prosegue	Assenza di contestazioni tardive	
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Istruttoria/ Contestazione e Convocazione	Mancata Contestazione nei termini di legge	UPD		BASSO	Controllo tempestività azione amministrativa	Attività costante di controllo	da 2017, prosegue	Assenza di contestazione atti di convocazione	
	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Irrogazione Sanzione e comunicazione alle strutture competenti	a) Mancato rispetto dei termini di conclusione b) Non corretta applicazione della sanzione	UPD	SC Risorse Umane	BASSO	a) Controllo tempestività azione amministrativa b) Controlli a campione da parte dell'UPD	a) Attività costante di controllo b) Controlli a campione periodici	da 2017, prosegue	a) Numero procedimenti conclusi nei termini = numero procedimenti avviati b) coerenza tra sanzioni erogate e applicate	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
13 RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Informazione all'utenza	Attività di informazione sui servizi erogati e sulle strutture di erogazione	Diffusione di informazioni non veritiere o riservate	S.C. Dir. San. Pr.-DI GIOIA S.C. Di.P.Sa. - FINIGUERRA / DA - DS / S.C. Provveditorato-Economato – PUPPATO	Servizi Portineria-Sorveglianza e Centralino, URP, Punti di informazione sanitari e amministrativi	BASSO	Diffusione Codice di Comportamento e disposizioni aziendali in tema di privacy. Formazione in tema di anticorruzione e trasparenza	Formazione in tema di anticorruzione e trasparenza al personale non ancora formato	da 2017, prosegue	Numero dipendenti formati	Il corso sull'anticorruzione è stato inserito tra quelli obbligatori. I dipendenti neo assunti sono iscritti d'ufficio dal Responsabile della struttura a cui sono stati assegnati. Qualora il corso non venga effettuato, il Centro di Formazione invia un alert al Responsabile e al dipendente sollecitando l'effettuazione del corso in tempi rapidi.
	Gestione sito web istituzionale	Pubblicazione di informazioni di carattere generale	Diffusione di informazioni non veritiere o riservate	DS / DA	Tutte le strutture aziendali richiedenti la pubblicazione	BASSO	Verifica sulla qualità dei dati pubblicati.	Verifica sulla qualità dei dati pubblicati.	2024	Valutazione pubblicazioni	
	Gestione sito intranet aziendale	Produzione / pubblicazione sul sito istituzionale di materiale informativo / operativo	Produzione / pubblicazione di informazioni non veritiere / documentazione non adeguata	DS / DA	Tutte le strutture aziendali richiedenti la pubblicazione	BASSO	Verifica sulla qualità dei dati pubblicati.	Verifica sulla qualità dei dati pubblicati.	2024	Valutazione pubblicazioni	
	Gestione reclami utenti	Ricezione del reclamo	Mancata o alterata registrazione del reclamo	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA		BASSO	Verifica rapporto reclami ricevuti / procedimenti attivati.	Verifica rapporto reclami ricevuti / procedimenti attivati.	2024	Report reclami	
	Gestione reclami utenti	Trasmissione del reclamo alla/e struttura/e di competenza	Mancata o alterata trasmissione del reclamo alla/e struttura/e di competenza	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA		BASSO	Verifica rapporto reclami ricevuti / reclami trasmessi alla/e struttura/e di competenza.	Verifica rapporto reclami ricevuti / reclami trasmessi alla/e struttura/e di competenza.	2024	Report reclami/riscontri	
	Gestione reclami utenti	Riscontro del reclamo	Mancato o alterato riscontro del reclamo all'utente	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Tutte le strutture oggetto del reclamo	BASSO	Verifica rapporto reclami ricevuti / riscontri effettuati.	Verifica rapporto reclami ricevuti / riscontri effettuati.	2024	Report reclami/riscontri	
	Gestione Sala Convegni Aziendale	Concessione della Sala Convegni	Concessione della Sala Convegni non trasparente	S.C.Dir.San.Pr. - DI GIOIA	Direzione Generale, Gestione Economico-Finanziaria	BASSO	Verifica della corretta applicazione delle disposizioni regolamentari.	Verifica della corretta applicazione delle disposizioni regolamentari.	2024	Valutazione richieste	

AREA	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	TEMPI DI ATTUAZIONE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO	NOTE
14 GESTIONE RISCHI DEI LAVORATORI DIPENDENTI	Sorveglianza sanitaria	Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Rilascio di idoneità con limitazioni non conformi alla realtà dei fatti	S.S. Medico Competente		BASSO	Informatizzazione della cartella sanitaria di rischio	Inserimento nella cartella informatizzata documentazione sanitaria più significativa ed archiviazione cartacea documentazione rimanente	Da 2020. Prosegue	Delivery report periodico dal software gestionale Canopo	
	Sorveglianza sanitaria	Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Mancata effettuazione o alterazione controlli etilometrici	S.S. Medico Competente		BASSO	Informatizzazione della cartella sanitaria di rischio	Inserimento nella cartella informatizzata di tutte le rilevazioni	Da 2020. Prosegue	Delivery report periodico dal software gestionale Canopo	
	Sorveglianza sanitaria	Aggiornamento cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria	Mancato aggiornamento della cartella sanitaria di alcuni lavoratori	S.S. Medico Competente		BASSO	Informatizzazione della cartella sanitaria di rischio	Record linkage tra anagrafica dei lavoratori e il database Irisweb gestito dalla S.C. Amministrazione del Personale	Da 2020. Prosegue	Delivery report periodico dal software gestionale Canopo	
	Sorveglianza sanitaria	Tenuta del registro lavoratori esposti a rischi chimici	Mancato aggiornamento registro chimici	S.S. Medico Competente	Prevenzione e Protezione	BASSO	Tenuta del registro lavoratori esposti a rischi chimici	Aggiornamento registro INAIL presso sito web	VEDI NOTE	Aggiornamento periodico del registro chimici	Inserimento subordinato da ricezione dati da parte S.C. SPP/Laboratorio Analisi/Anatomia Patologica/UFA
	Individuazione e valutazione dei rischi per la salute e sicurezza sul lavoro	Visite nei luoghi di lavoro e interviste ai lavoratori, preposti dirigenti	Mancata chiarezza e incompletezza nel fornire i dati necessari all'individuazione dei rischi	S.S. Prevenzione e Protezione	Datore di lavoro, Dirigenti, Preposti, Lavoratori	BASSO	Coinvolgimento di dipendenti, dirigenti e preposti nelle attività per la stesura di documenti inerenti la valutazione dei rischi e la definizione delle misure di prevenzione e protezione	Coinvolgimento trasversale all'azienda di figure professionali con specifiche professionalità inerenti i rischi da individuare e valutare	Da 2017. Prosegue	Verbal di riunioni, documenti parziali o definitivi di gruppi di lavoro, valutazioni del rischio o aggiornamenti	

ALL. 5: OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell’articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPCT
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016	
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici Organigramma	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo /Funzione URP dr.ssa Melchionne
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo /Funzione URP dr.ssa Melchionne
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo /Funzione URP dr.ssa Melchionne
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo /Funzione URP dr.ssa Melchionne

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Ogni struttura conferente per la propria competenza
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice			Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
			Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). Sospeso, in attesa di adozione di regolamento specifico ex art. 1, c. 7 DL 162/2019, ad oggi non ancora emanato	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichairazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato). Sospeso, in attesa di adozione di regolamento specifico ex art. 1, c. 7 DL 162/2019, ad oggi non ancora emanato	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]		Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) - Sospeso in attesa adozione regolamento ex art. 1, c.7 DL 162/2019	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
		Par. 14.2, delib. CiViT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiViT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016	Obbligo non applicabile all'A.O.U.	
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L’A.O.U. non ha istituito, non vigila e non finanzia nessuno ente pubblico
		Per ciascuno degli enti:				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati	
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia	
					Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato
			Per ciascuno degli enti:				
			1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
	7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:		
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta e accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative		
Bandi di gara e contratti		Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vitadei contratti Pubblici	Avvisi e bandi	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie Attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di Modifiche	
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co.3)	Avvisi e bandi	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Tempestivo	
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazion e dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Avvisi e bandi	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Tempestivo	
		Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Avvisi e bandi	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	
		Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali	Avvisi e bandi	Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Tempestivo	
		Art. 11, co. 2- quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento Pubblico	Avvisi e bandi	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	
		Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico Obbligatorio	Pubblicazione	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	
Per ogni singola procedura di affidamento inserire il link alla BDNCP contenente i dati e le informazioni comunicati dalla SA e pubblicati da ANAC ai sensi della Delibera n. 261/2023. Per ciascuna procedura sono pubblicati inoltre i seguenti documenti:						

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Bandi di gara e contratti		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Affidamento	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	
		AArt. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti Pubblici	Affidamento	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Affidamento	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	
		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza Economica	Affidamento	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	
		Art. 215 e ss. E All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo Tecnico	Affidamento	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	
		Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati.	Esecutiva	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	
		Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Sponsorizzazioni	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
		Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 Settembre 2023	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall’importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell’esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.		SC Provveditorato-Economato ing. Puppato / SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo / SC Farmacia dr.ssa Ielo)
		Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di Affidamento	Concessioni e partenariato pubblico privato	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	SC Provveditorato-Economato ing. Puppato / SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo / SC Farmacia dr.ssa Ielo)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
				Per ciascun atto:		Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Ogni struttura per la propria competenza
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l’integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l’aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	RPCT
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Risorse Umane – dr.ssa Rinaudo
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Funzione URP dr.ssa Melchionne
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuia
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo di Gestione – dr. Ruffino
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Sanitaria di Presidio – dr. Di Gioia
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo)
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
			Ammontare complessivo dei debiti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
				Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Economico Finanziaria – dr. Romagnolo
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell’art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo)
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Provveditorato-Economato ing. Puppato / SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS SII dr. Cannizzo)
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Provveditorato-Economato ing. Puppato / SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS SII dr. Cannizzo)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	SC Provveditorato-Economato ing. Puppato / SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS SII dr. Cannizzo)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice"concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	S.S. Affari Generali e Legali - avv. Di Cuià
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo)
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo)
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	SC Tecnico ing. Cavallo / SS Ingegneria Clinica ing. Puppato / SS ICT dr. Cannizzo)
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		RPCT

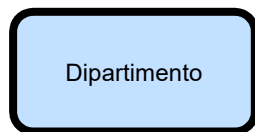
* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano

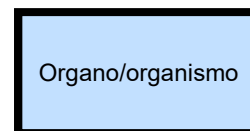
ORGANIGRAMMA



Rappresentazione e Legenda



Dipartimento Strutturale



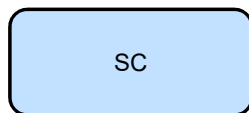
Organo/organismo



Dipartimento Funzionale



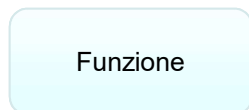
Struttura Semplice Dipartimentale



Struttura Complessa



Struttura Semplice



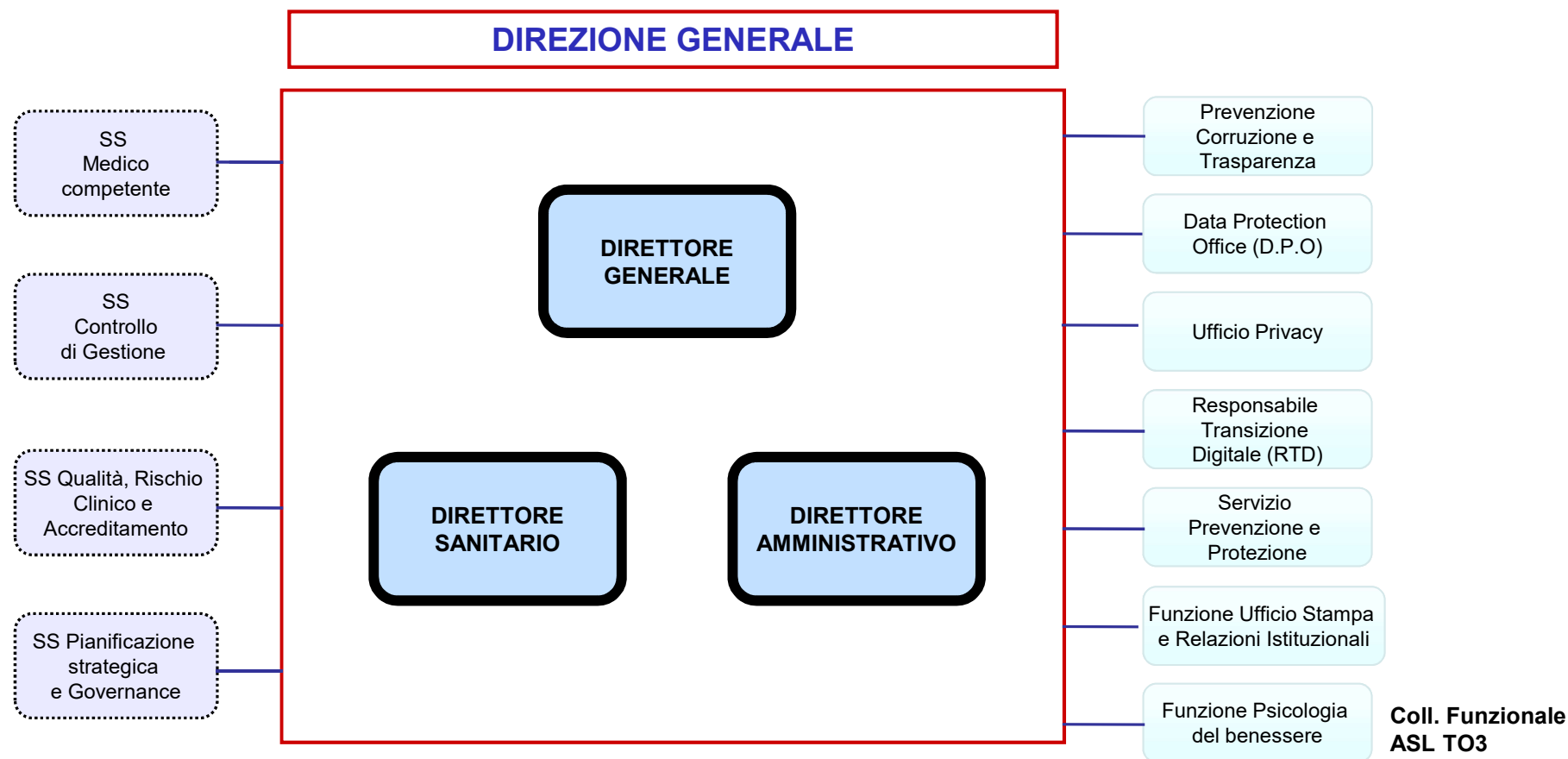
Funzione

(non concorre alla determinazione del numero delle strutture)

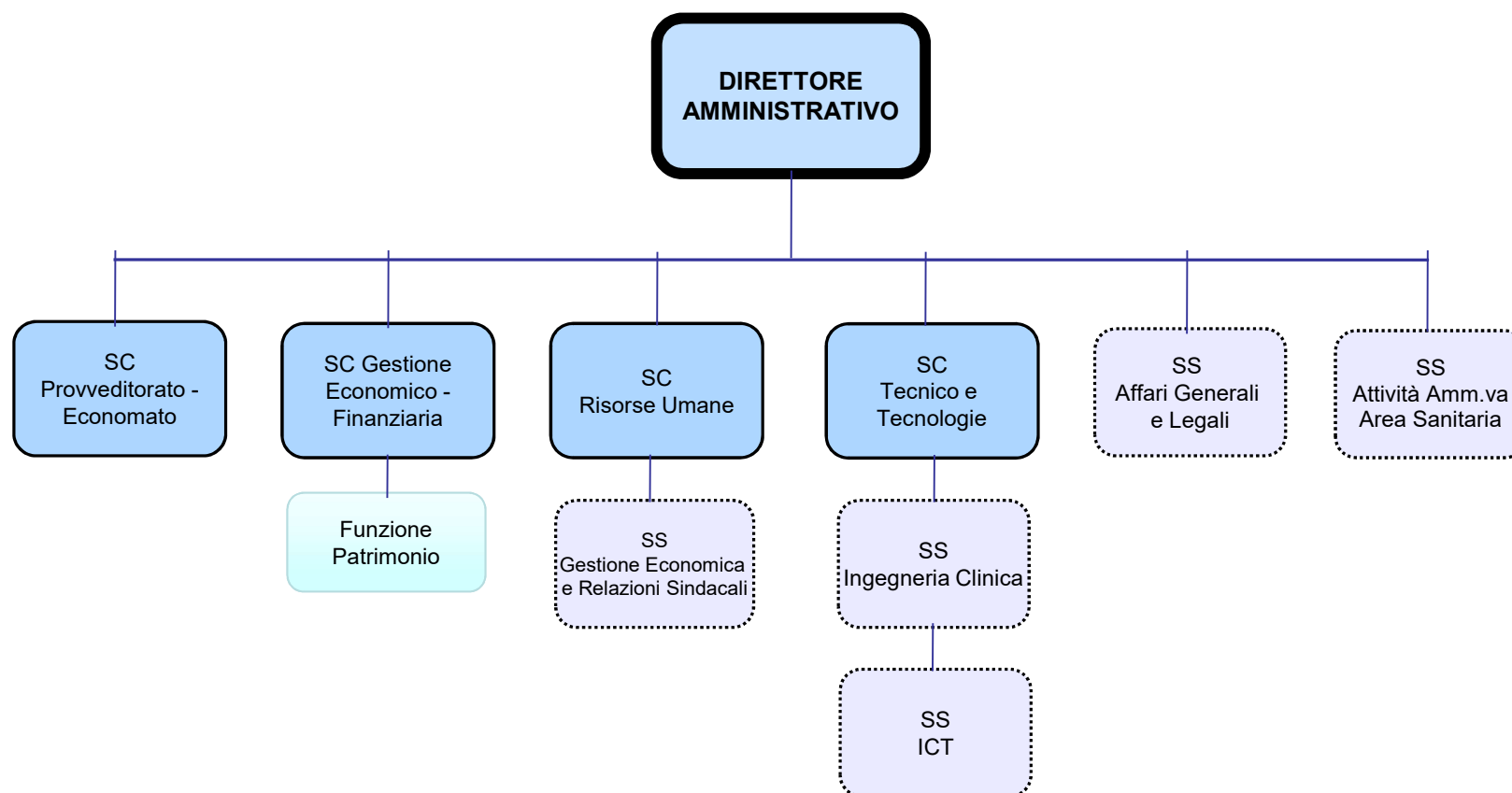
Organigramma aziendale



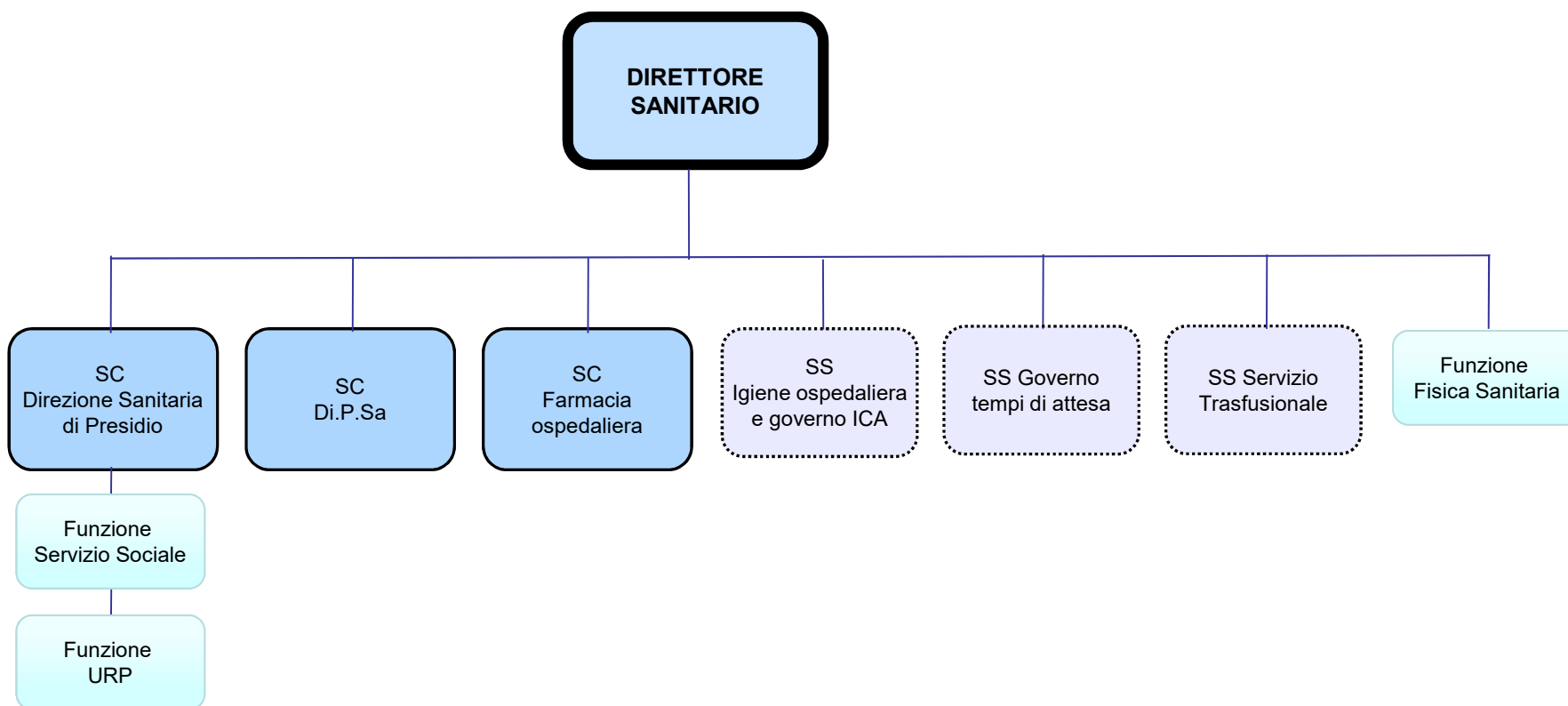
Staff Direzione Generale



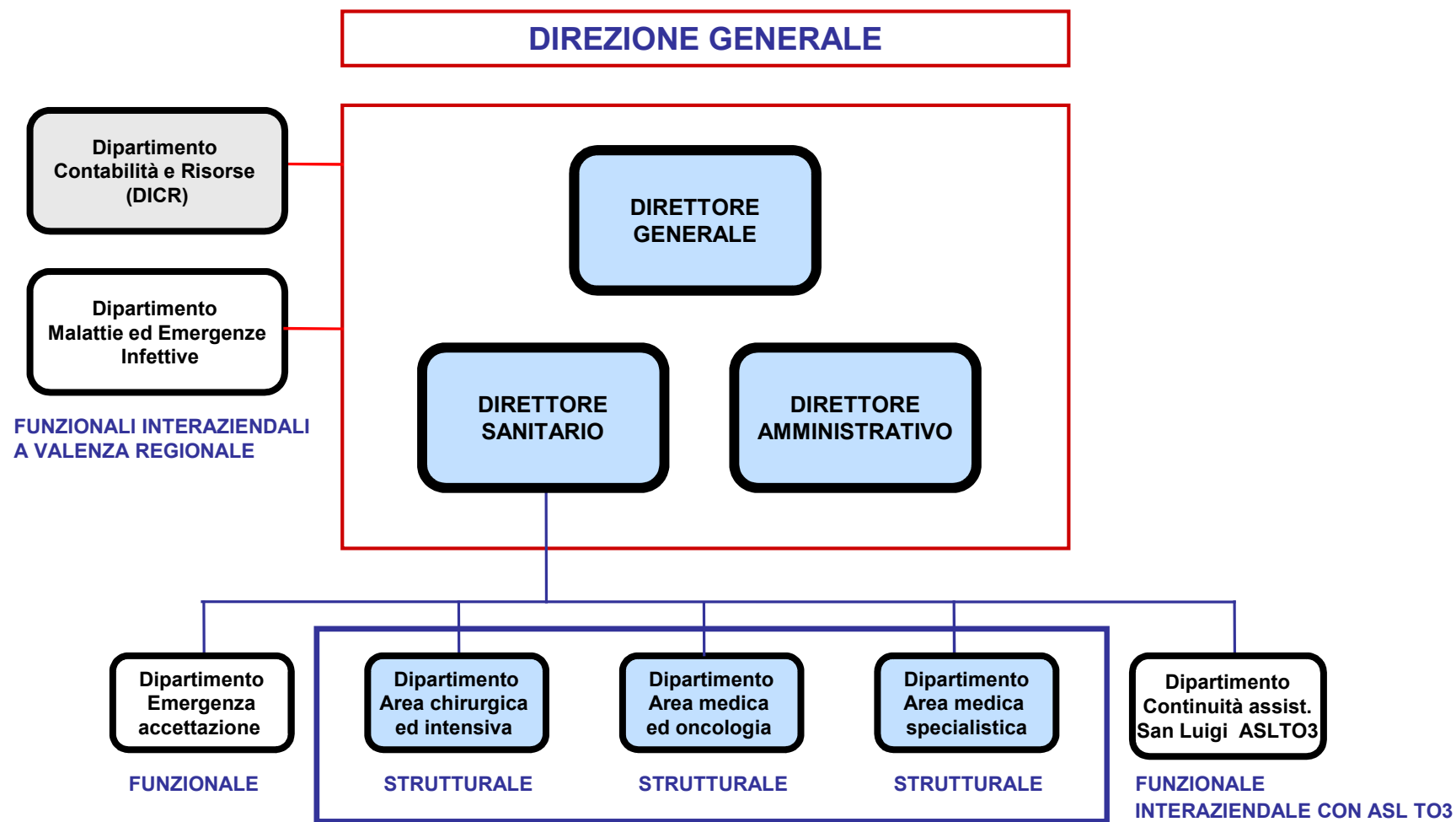
Line Direzione Amministrativa



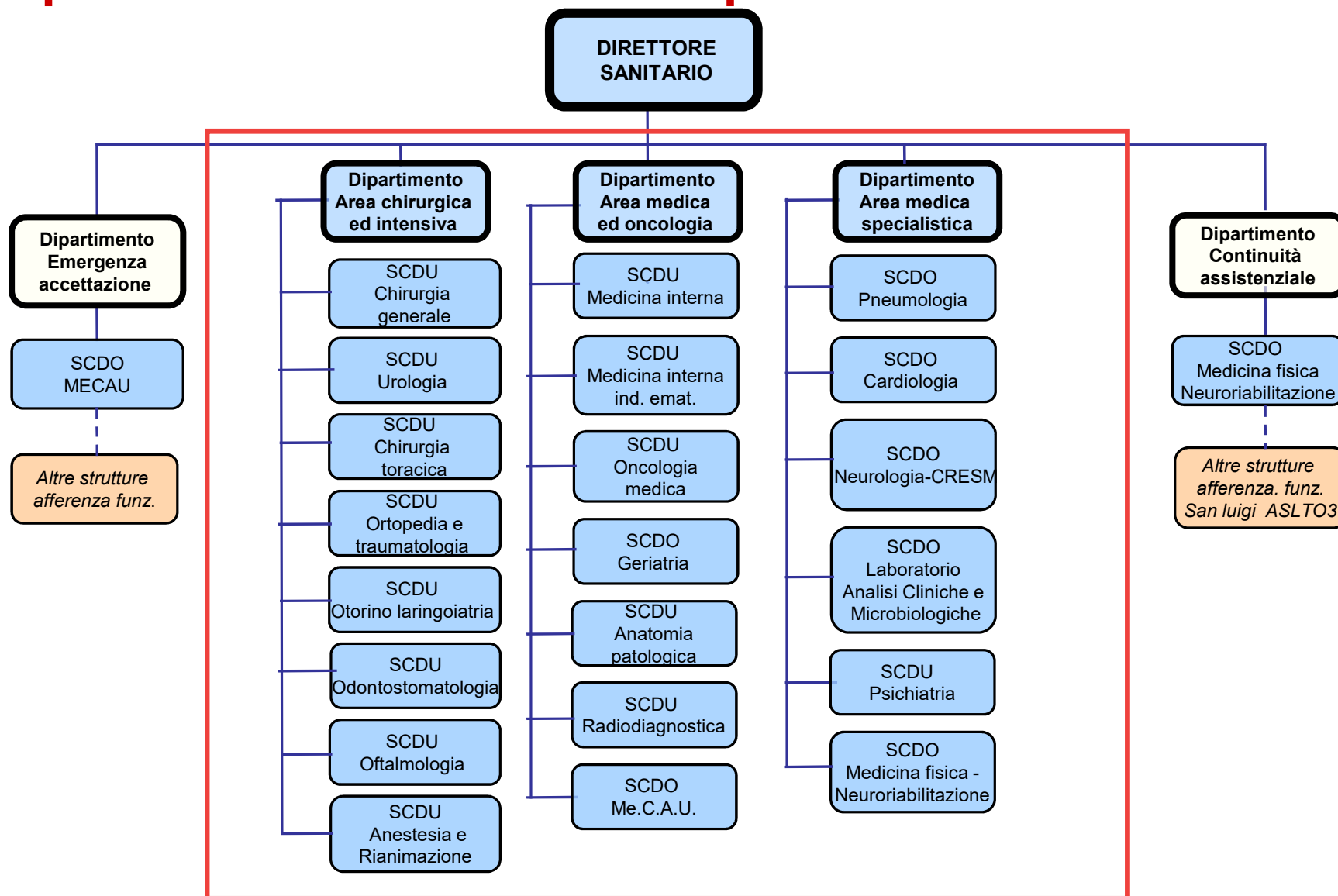
Line Direzione Sanitaria



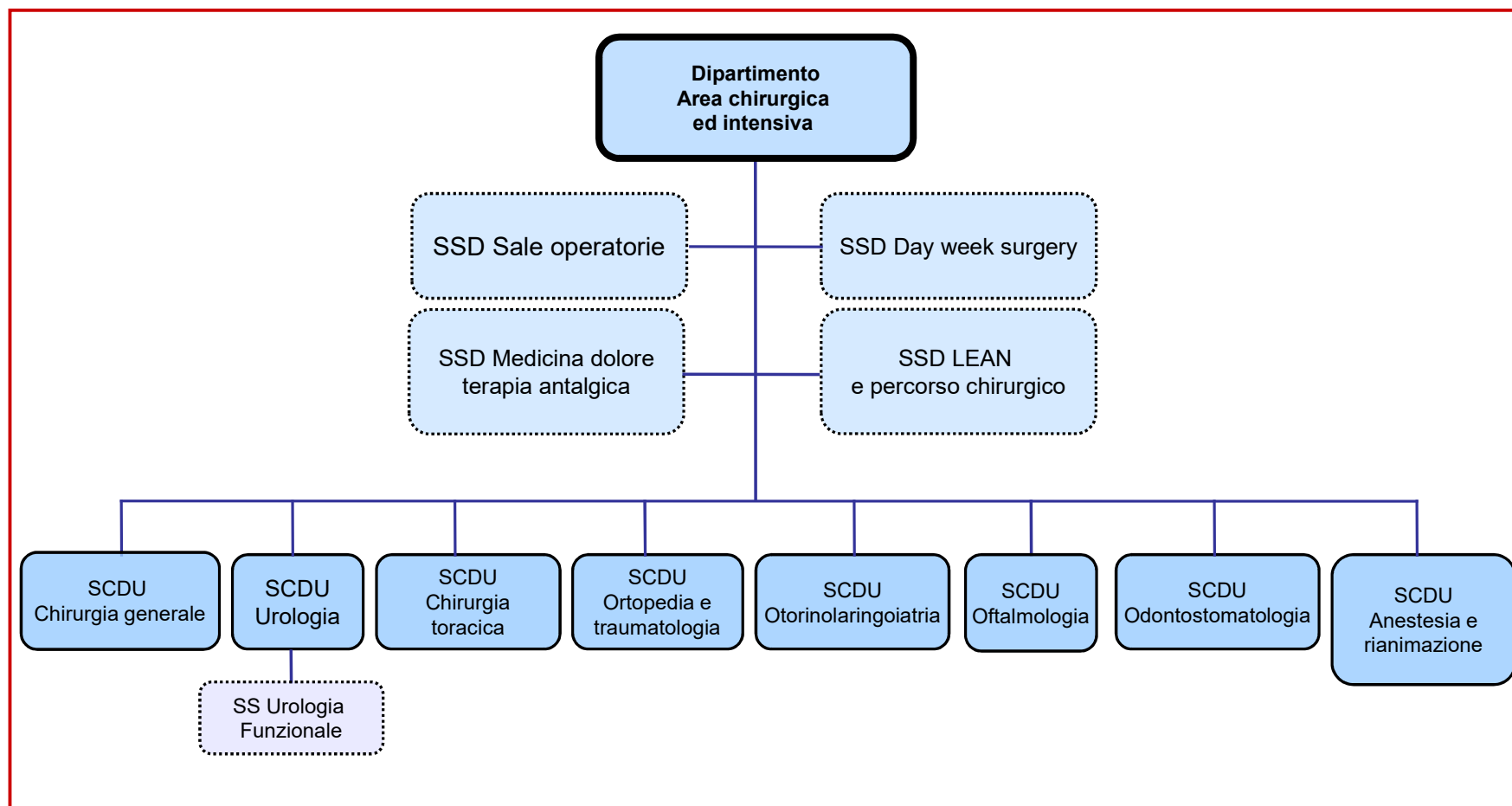
Dipartimenti



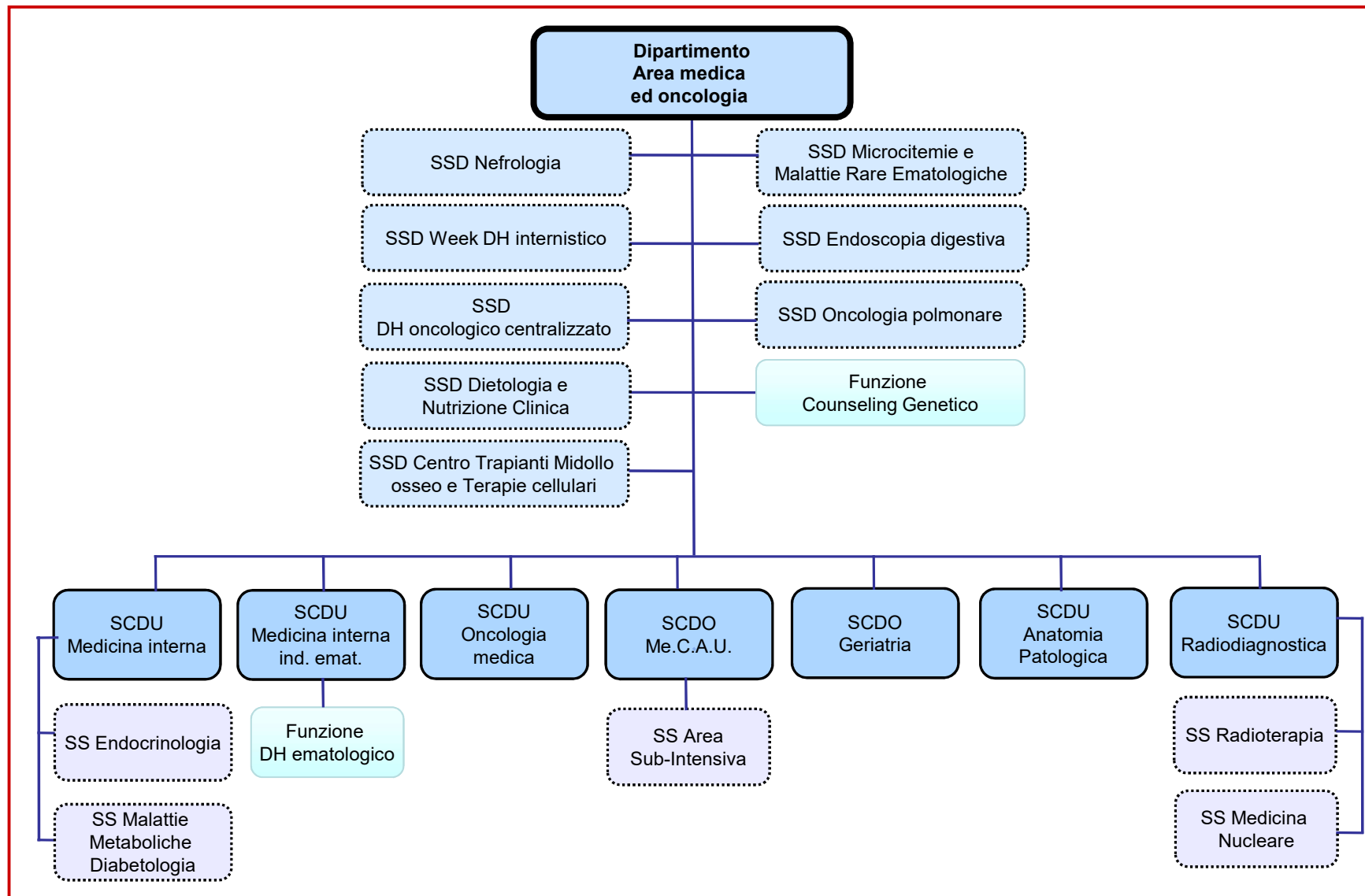
Dipartimenti e Strutture Complesse



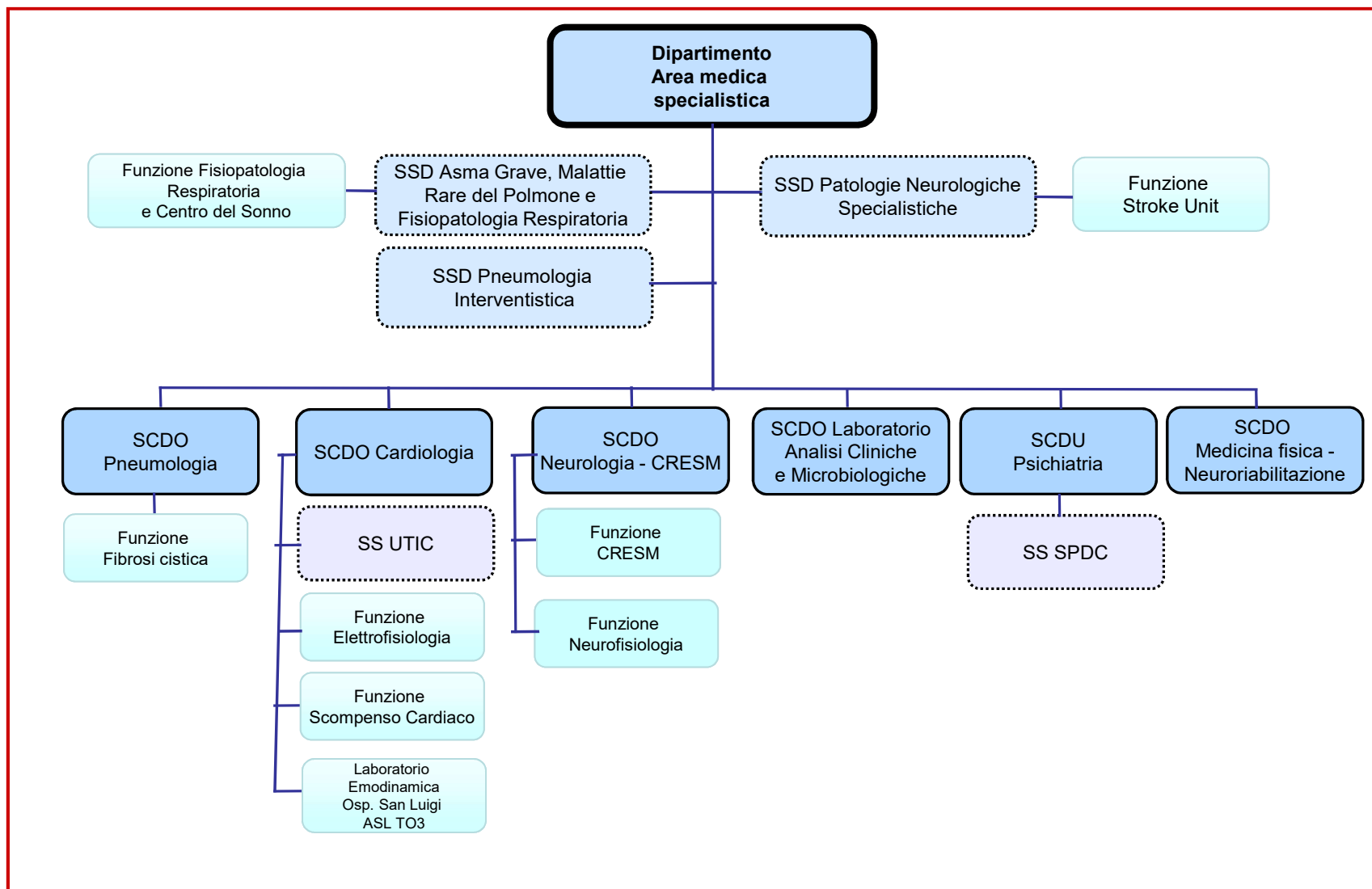
Dipartimento area chirurgica ed intensiva



Dipartimento area medica ed oncologia

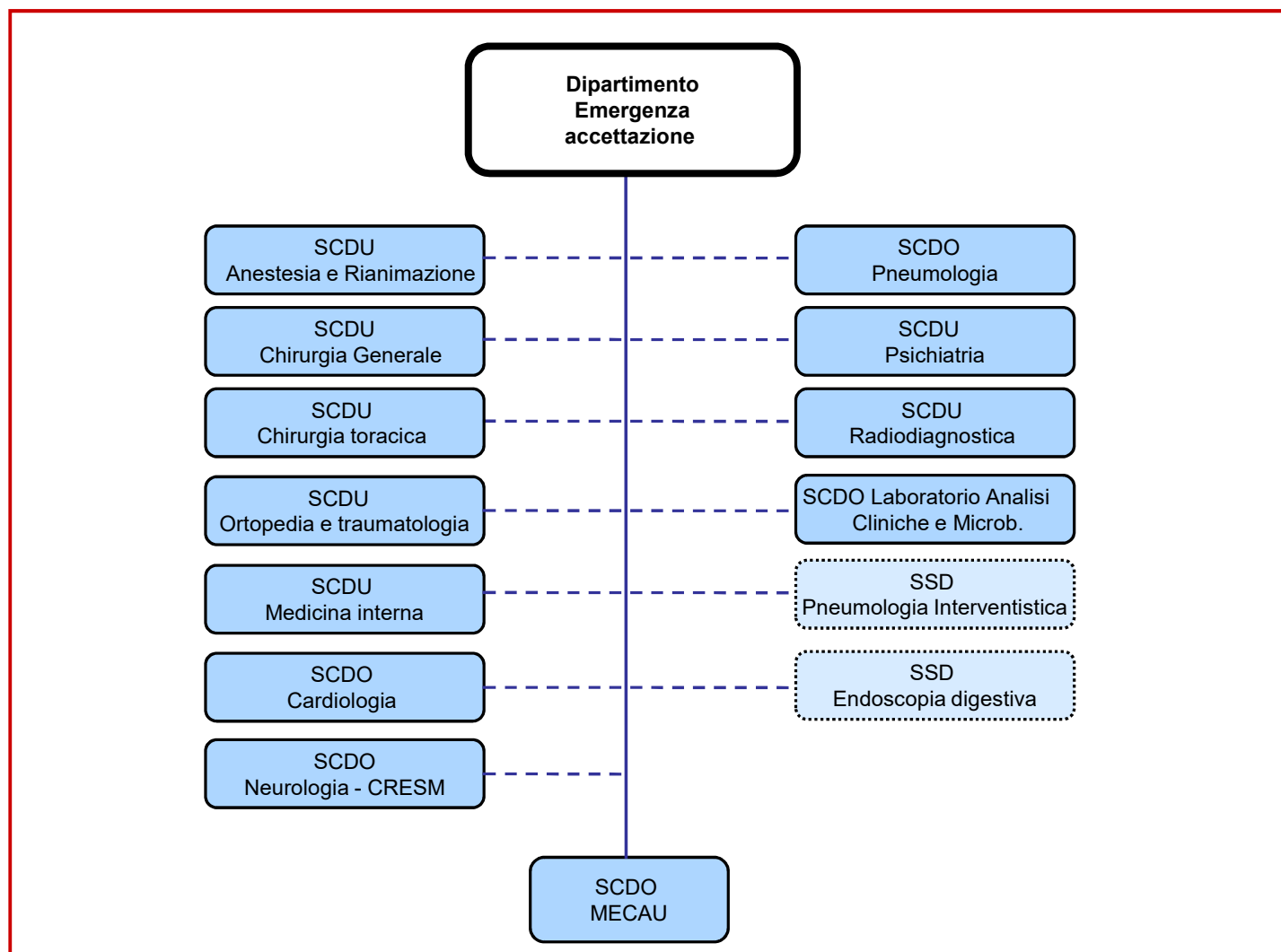


Dipartimento area medica specialistica

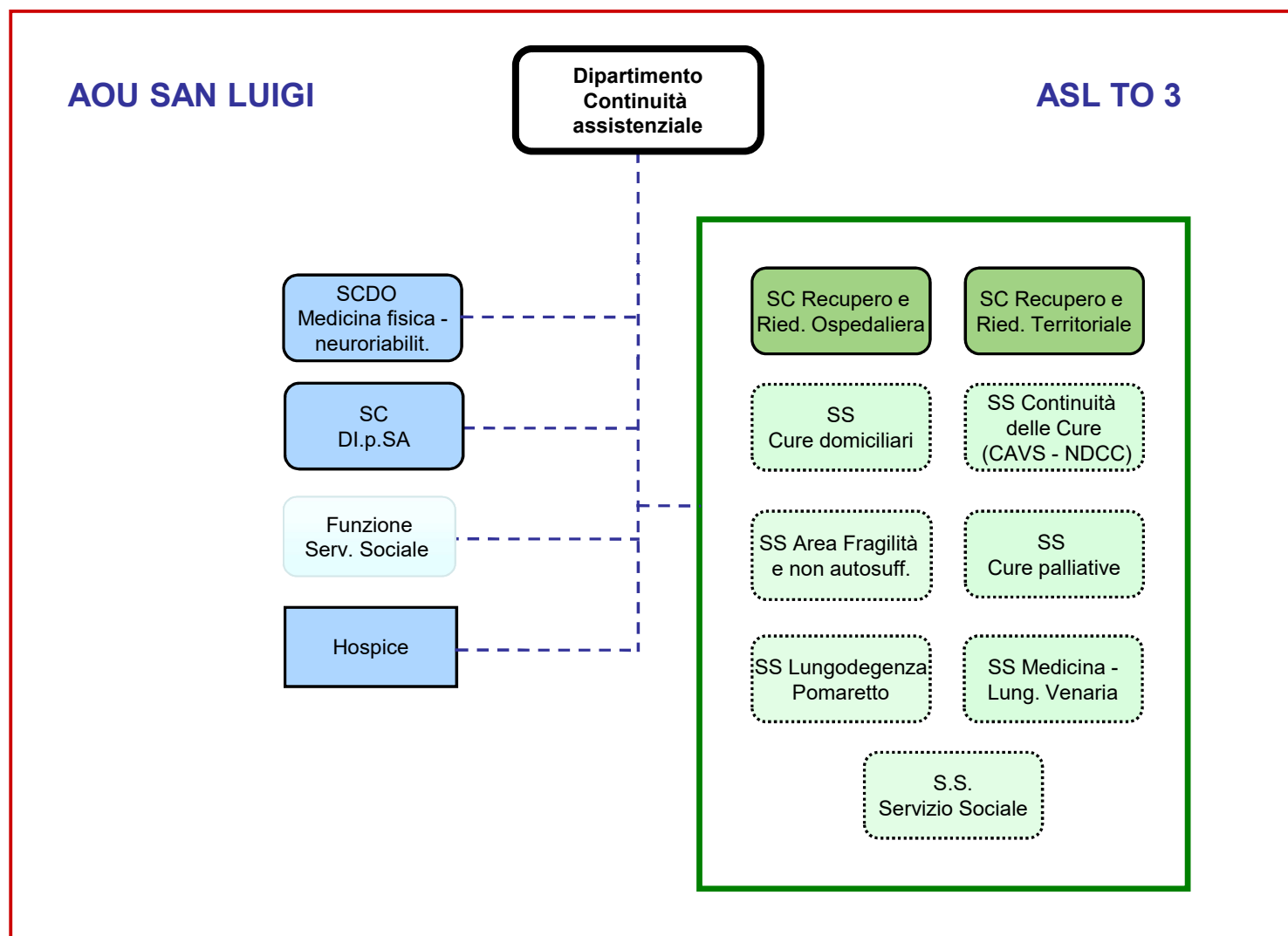


Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

Dipartimento emergenza accettazione

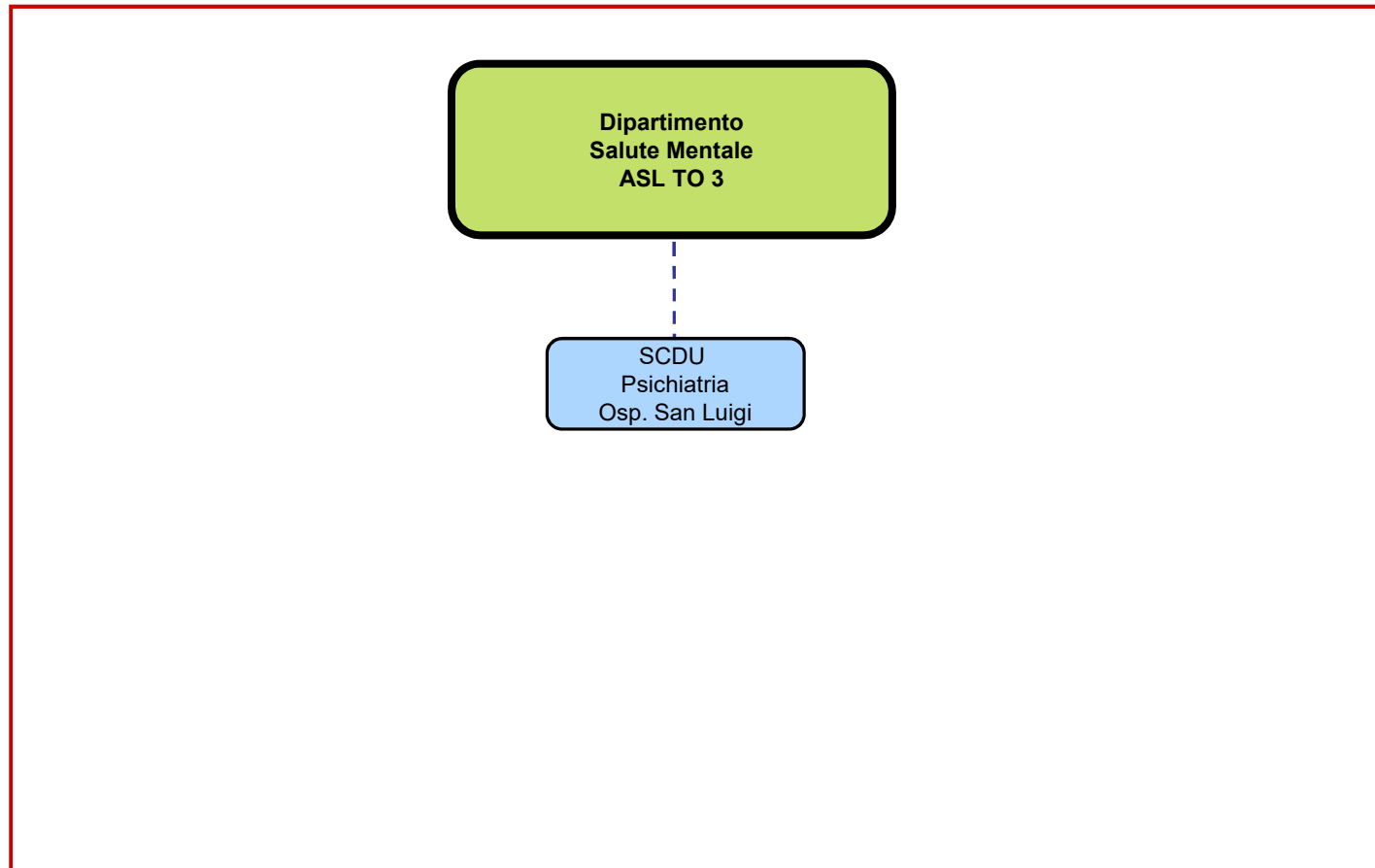


Dipartimento continuità assistenziale

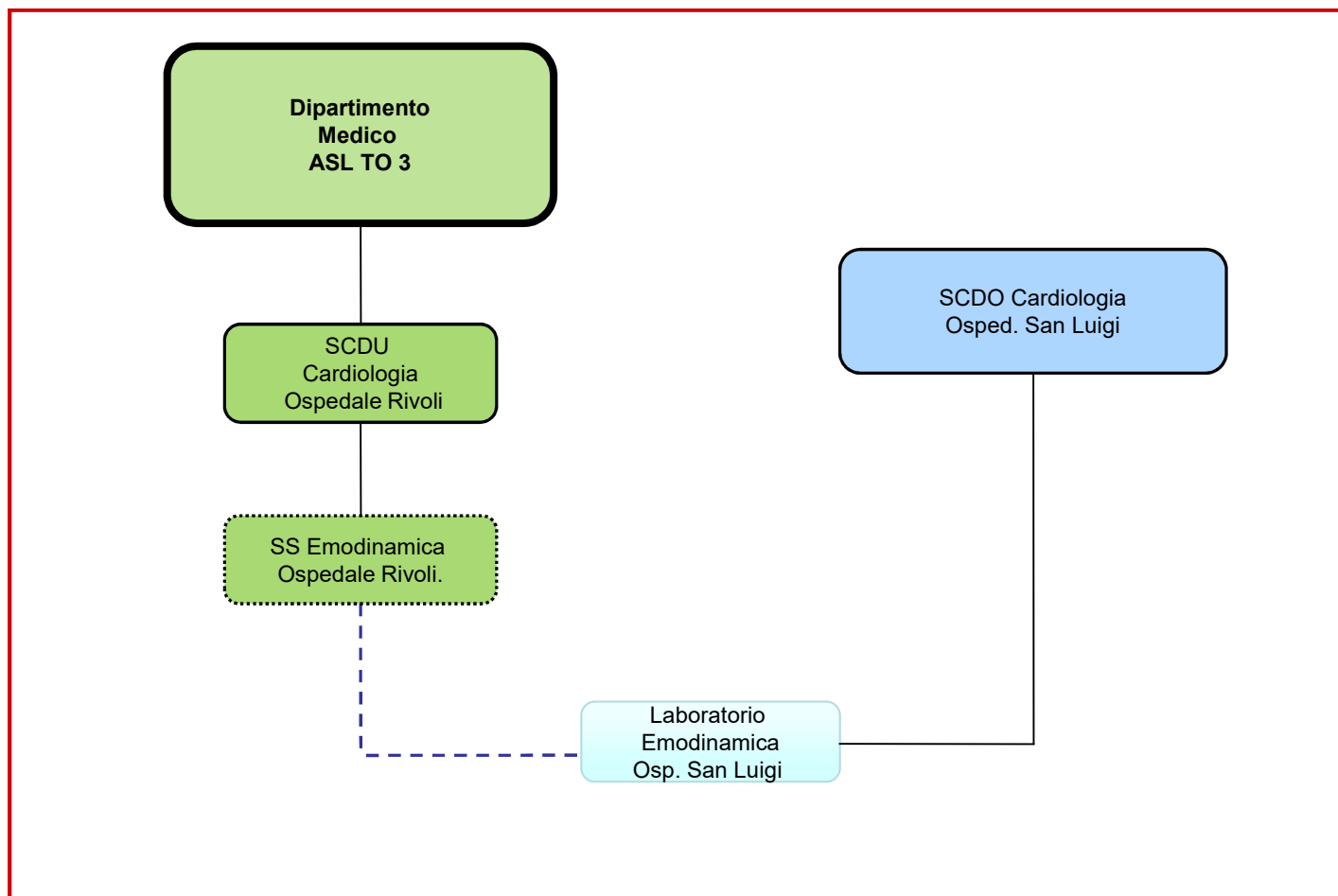


Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

DSM ASL TO 3 - Psichiatria



Emodinamica



**REGOLAMENTO RELATIVO ALLO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE
LAVORATIVA IN MODALITA' DI LAVORO A DISTANZA**

INDICE

Articolo 1 - Oggetto
Articolo 2 - Definizioni
Articolo 3 - Obiettivi
Articolo 4 - Destinatari
Articolo 5 - Procedure
Articolo 6 - Durata
Articolo 7 - Rapporto di lavoro
Articolo 8 - Modalità e luogo di svolgimento della prestazione lavorativa
Articolo 9 - Trattamento giuridico ed economico
Articolo 10 - Strumenti e sicurezza dei dati
Articolo 11 - Sicurezza sul lavoro
Articolo 12 - Obblighi di custodia e riservatezza
Articolo 13 - Valutazione della performance
Articolo 14 - Monitoraggio
Articolo 15 - Formazione
Articolo 16 - Allegati
Articolo 17 - Disposizioni finali
Articolo 18 - Normativa e Circolari

Articolo 1 - Oggetto

1. Il presente regolamento stabilisce le modalità operative relative allo svolgimento della prestazione lavorativa in lavoro a distanza da parte dei dipendenti dell'AOU San Luigi di Orbassano, nel rispetto della vigente normativa.
2. L'accesso al lavoro a distanza consentito nei modi e limiti previsti dal presente documento e nel rispetto delle procedure nello stesso indicate.
3. La prestazione può essere eseguita quando sussistono le seguenti condizioni:
 - a. lo svolgimento della prestazione lavorativa non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore dell'utenza;
 - b. possibilità di delocalizzare almeno in parte le attività assegnate al dipendente, senza che sia necessaria la sua costante presenza fisica nella sede di lavoro;
 - c. possibilità di utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
 - d. coerenza della prestazione lavorativa a distanza con le esigenze organizzative e funzionali della struttura alla quale il dipendente è assegnato;
 - e. adeguato livello di autonomia operativa ed organizzativa del lavoratore relativamente all'esecuzione della prestazione lavorativa;
 - f. possibilità di monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate rispetto agli obiettivi programmati.
4. Deve essere garantita un'adeguata rotazione del personale, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza.

E' comunque garantita, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, la possibilità di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

Articolo 2 - Definizioni

Ai fini del presente documento si intende per:

- a) Lavoro a distanza : una modalità flessibile di esecuzione del rapporto di lavoro connotata dallo svolgimento di parte dell'attività lavorativa all'esterno della sede di lavoro, entro i limiti di durata del tempo di lavoro giornaliero derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva nazionale e integrativa aziendale, con il supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione che consentano il collegamento con l'Azienda AOU San Luigi, nel rispetto delle norme in materia di sicurezza e di trattamento dei dati personali;
- b) strumenti di lavoro a distanza: dotazione tecnologica necessaria per l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro;
- c) sede di lavoro: la sede abituale di servizio del dipendente;

Articolo 3 - Obiettivi

Il lavoro a distanza, come strumento di innovazione organizzativa e di modernizzazione dei processi, risponde alle seguenti finalità:

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

Articolo 4 - Destinatari

Lo svolgimento della prestazione lavorativa a distanza può riguardare personale dipendente dell'AOU San Luigi, sia a tempo indeterminato – anche part-time/impegno ridotto/rapporto non esclusivo - che determinato, a condizione che la relativa attività rispetti quanto disposto dall' art. 1, comma 3, del presente documento

Sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili.

Articolo 5 - Procedure

a) Modalità di richiesta

L'accesso al lavoro a distanza avviene su base volontaria e consensuale.

Ciascuna Struttura procede alla raccolta delle relative candidature (redatte secondo il fac simile allegato n. 1 al presente Regolamento), valutate dal Responsabile sulla base della compatibilità dell'attività di servizio svolta dal richiedente con una prestazione a distanza che non comporti disagio alla funzionalità della struttura di afferenza ed alla qualità del servizio fornito dalla stessa.

Fermo restando il principio di rotazione dei lavoratori, in caso di presenza di un numero di candidature tale da compromettere la funzionalità e l'efficienza del servizio erogato dalla struttura, viene data precedenza a:

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

L'elenco dei dipendenti autorizzati dal relativo Dirigente Responsabile è trasmessa alla SC Risorse Umane, che acquisisce altresì l'autorizzazione del Direttore Amministrativo/Direttore Sanitario, per quanto di competenza.

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

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

b) Assegnazione / recesso

1. La SC Risorse Umane, dopo l'autorizzazione della Direzione, procede alla sottoscrizione con il dipendente di un apposito accordo, (redatto secondo il fac-simile all.to n.2 al presente regolamento). L'accordo deve pertanto contenere i seguenti elementi:

- a) durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro e delle giornate di lavoro svolgibili;
- c) modalità di recesso;
- d) ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- e) i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza;
- f) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- g) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza ricevuta dall'amministrazione.

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

3. Durante il periodo di svolgimento del lavoro a distanza l'Amministrazione, fornendo specifica motivazione, può interrompere la fruizione del medesimo, con un preavviso non inferiore a 15 gg.

Articolo 6 - Durata

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

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

Art. 7 - Rapporto di lavoro

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

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

Nel lavoro a distanza con vincolo di tempo il lavoratore è soggetto ai medesimi obblighi derivanti dallo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento al rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro. Sono altresì garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari e trattamento economico.

Articolo 8 - Modalità e luogo di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza

1. Nel rispetto di quanto previsto dal presente articolo, le modalità organizzative di svolgimento della prestazione sono definite nell'accordo individuale.

Il personale potrà svolgere la prestazione di norma in n. 1 giornata massimo a settimana, salvo casi eccezionali e motivati, autorizzati dal Dirigente e comunicati alla Direzione

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

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

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

2. Il lavoro a distanza dovrà essere gestito di norma, per giornate intere, fatta salva la fruibilità di ½ giornata di ferie, autorizzata dal Dirigente. Il dipendente deve comunicare al proprio Responsabile un recapito telefonico in modo da garantire la disponibilità e la contattabilità nel rispetto degli obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, qualora non sia necessaria la deviazione delle chiamate; il telefono personale dovrà essere utilizzato dal dipendente anche per effettuare chiamate in uscita verso l'esterno.

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

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

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

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

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

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

Sono fatti salvi, con riferimento alla Dirigenza Medica e Sanitaria, i casi di eventuali situazioni di emergenza che richiama in servizio il dirigente, con applicazione della disciplina di cui all'art. 95, comma 1) del CCNL Area Sanità del 23.01.2024-

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

L'orario di lavoro a distanza sarà articolato come la prestazione lavorativa svolta in presenza

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

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

6. Il lavoratore presterà la prestazione lavorativa presso il proprio domicilio nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza previsti dalla vigente normativa, anche con riguardo all'uso abituale dei supporti informatici ed alle prescrizioni in materia di protezione della rete e dei dati dell'AOU San Luigi, affinché non sia pregiudicata la riservatezza dei dati cui si dispone per ragioni d'ufficio.

Ciascun dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali dell'Amministrazione. Dovrà pertanto rispettare ed applicare correttamente le direttive impartite in dall'Amministrazione e in particolare dovrà prendersi cura della propria salute e sicurezza, in linea con le disposizioni di cui al D.lgs. 81/08 e s.m.i. (Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro), con rispetto delle indicazioni riportate nella ricevuta informativa scritta sui rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

L'Amministrazione fornisce la disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi ed ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, attraverso l'abilitazione alla connessione al proprio pc in ufficio tramite un software di collegamento remoto.

Il Servizio Prevenzione e Protezione acquisisce da ciascun dipendente che svolge la prestazione in modalità di lavoro a distanza una dichiarazione (su format predisposto dal detto servizio), attestante la presenza, presso il proprio domicilio, delle richieste condizioni di sicurezza; in caso di

individuazione di possibili situazione di rischio effettua la verifica, concordando preventivamente con il lavoratore i tempi e la modalità di accesso al domicilio del medesimo

7. Al lavoratore a distanza è garantita la pausa per il recupero psicofisico

Articolo 9 - Trattamento giuridico e economico

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

2. Sono altresì garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari.

3. Nelle giornate di lavoro a distanza non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive ed il dipendente non ha diritto all'erogazione del buono pasto.

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

Articolo 10 - Strumenti e sicurezza dei dati

1. Il dipendente, previo accordo con l'Amministrazione, si rende disponibile ad utilizzare i propri dispositivi (pc, telefono) e deve utilizzare tali apparecchiature in conformità con le istruzioni tecniche che gli saranno fornite dai SII e nel rispetto delle leggi e delle disposizioni impartite dall'Azienda. E' fatta salva la possibilità della messa a disposizione in futuro della detta strumentazione da parte dell'Amministrazione, la quale mette comunque a disposizione un numero di PC da destinare ai dipendenti che non possono dotarsi di strumenti personali.

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

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

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

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

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

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

Articolo 11 - Sicurezza sul lavoro

1. L'Amministrazione garantisce, ai sensi del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i., la salute e la sicurezza del lavoratore in coerenza con l'esercizio dell'attività di lavoro a distanza, a tal fine consegnando al singolo dipendente ed ai rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza un'informativa scritta (allegato n. 3) al presente Regolamento) con indicazione dei rischi generali e dei rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, fornendo indicazioni utili affinché il lavoratore possa operare una scelta consapevole dei luoghi in cui espletare l'attività lavorativa.

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

3. Nell'eventualità di un infortunio durante il lavoro il lavoratore dovrà inoltrare tempestiva e dettagliata segnalazione all'Amministrazione.

Art. 12 - Obblighi di custodia e riservatezza

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

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

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

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

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

Articolo 13 - Valutazione della performance

1. L'adozione di modalità di lavoro a distanza è oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale, con riferimento agli obiettivi annualmente assegnati dall'Amministrazione
2. I Direttori/Responsabili di struttura sono chiamati ad operare un monitoraggio mirato e costante, *in itinere* ed *ex post*, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'impatto del lavoro a distanza sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa e sui risultati attesi.

Articolo 14 - Monitoraggio

1. Il potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali dell'Azienda.
2. Il lavoratore deve accertarsi pertanto di trovarsi in luogo idoneo a garantire la ricezione e la risposta nonché nelle condizioni di poter operare.
3. Il Responsabile della struttura alla quale è assegnato il dipendente esegue un idoneo monitoraggio al fine di verificare costantemente i risultati conseguiti attraverso la prestazione lavorativa svolta.
4. La rendicontazione della prestazione a distanza da parte del dipendente è effettuata con la redazione, con cadenza mensile, di un report sull'attività svolta, da trasmettere al diretto Responsabile per le opportune verifiche.

Articolo 15 - Formazione

1. Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro a distanza nell'ambito delle attività del piano della formazione, potranno essere attuate specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.
2. L'Azienda garantisce ai dipendenti che svolgono il lavoro a distanza le stesse opportunità formative e di aggiornamento, finalizzate al mantenimento e allo sviluppo della professionalità, previste per tutti i dipendenti che svolgono mansioni analoghi.
3. Saranno inoltre previsti percorsi di formazione per il suddetto personale, anche con riferimento ai profili della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Articolo 16 - Allegati

Sono allegati al presente regolamento i seguenti documenti:

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

Articolo 17 - Disposizioni finali

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

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

3. Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento si applicano le disposizioni previste dalla normativa, dalla contrattazione collettiva vigente e dalla contrattazione aziendale.

Il presente regolamento, recepito nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2024 – 2026, entra in vigore dal giorno 01.02.2024.

Articolo 18 - Normativa e Circolari

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

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

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

- Linee Guida del Ministro per la Pubblica Amministrazione - Novembre 2021

- Art. 76 e s.s. CCNL Comparto Sanità del 02.11.2022

- Circolare Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29.12.2023

- Artt. 92 e seguenti CCNL Area Sanità del 23.01.2024

Al Direttore/Responsabile
Struttura di appartenenza

Oggetto: Richiesta di ammissione al lavoro a distanza

il /la sottoscritt _____

in servizio presso _____

profilo e categoria _____

CHIEDE

di accedere alla modalità lavorativa a distanza per n. 1 giorno alla settimana, con le modalità ed i contenuti che saranno dettagliati nel relativo accordo, da sottoscrivere ai sensi del vigente Regolamento Aziendale in materia.

Data.....

Il dipendente

.....

**ACCORDO INDIVIDUALE
PER LA PRESTAZIONE LAVORATIVA A DISTANZA**

TRA

l'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, rappresentata a tal fine dalla Dott.ssa Antonella Rinaudo,
Direttore della SC Risorse Umane

E

_____ (di seguito Dipendente)
C.F.: _____
nata a _____ () il _____
residente a _____ ()
cap _____ in via _____

PREMESSO CHE

- l'Azienda ha approvato, con deliberazione n. 36 del 31/01/2024, il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), che, nella sezione "Organizzazione del Lavoro Agile", comprende il Regolamento disciplinante la prestazione lavorativa a distanza;
- tra l'Amministrazione e il Dipendente è in essere un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato / determinato – tempo pieno /part-time;
- attualmente il Dipendente è inquadrato nel profilo di _____, ed è assegnato alla _____;
- il Dipendente è stato autorizzato dalla Direzione Aziendale e dal Direttore/Responsabile della struttura di afferenza allo svolgimento della prestazione lavorativa a distanza;
- il presente accordo rientra nell'ambito del rapporto di lavoro in essere e resta fermo il trattamento economico e normativo attualmente applicato;
- il Dipendente svolgerà la prestazione di lavoro secondo le modalità di seguito pattuite;
- l'impatto delle misure organizzative adottate sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa sarà valutato tenendo conto delle valutazioni/osservazioni dell'utenza

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

1) Modalità di esecuzione della prestazione lavorativa, tempi di lavoro, di riposo e di disconnessione;

Il Dipendente svolgerà la propria prestazione di lavoro a distanza, ai sensi e per gli effetti del vigente regolamento aziendale, fino ad un massimo di n. 2 giorni alla settimana, salvo casi eccezionali e motivati autorizzati dal Dirigente e comunicati alla Direzione Amministrativa/Sanitaria.

La programmazione della giornata lavorativa a distanza deve essere concordata preventivamente con il Responsabile della struttura di appartenenza, di norma su base settimanale/mensile, tenuto conto delle esigenze lavorative ed organizzative della struttura di appartenenza.

Il mancato utilizzo della giornata disponibile nella settimana da parte del lavoratore non comporterà la

differibilità della stessa in epoca successiva.

Per sopravvenute e documentate esigenze di servizio, può essere revocata da parte del Responsabile, l'approvazione della singola giornata di lavoro a distanza, con possibilità in tal caso per il dipendente di ricalendarizzare detta giornata, di norma nella medesima settimana o in quella immediatamente successiva.

Diversamente, laddove la giornata di lavoro a distanza non venga effettuata per iniziativa del dipendente, la stessa non potrà essere recuperata

Per sopravvenute esigenze di servizio il lavoratore può essere altresì richiamato in sede, con comunicazione almeno il giorno prima.

Il rientro in servizio non comporta il recupero delle giornate di lavoro non fruite

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

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

La prestazione di lavoro a distanza dovrà essere gestita, nell'ambito del debito orario dovuto per l'attività in presenza, di norma per giornate intere.

E' fatta salva la fruibilità di ½ giornata di ferie, autorizzata dal Dirigente;

Il lavoratore presterà la prestazione lavorativa presso il proprio domicilio, nel rispetto dei criteri di idoneità, sicurezza e riservatezza previsti dalla vigente normativa, anche con riguardo alle prescrizioni in materia di protezione della rete e dei dati dell'AOU San Luigi, affinché non sia pregiudicata la riservatezza dei dati cui si dispone per ragioni d'ufficio.

L'articolazione ed il debito orario della prestazione resa da distanza sono gli stessi della prestazione resa in presenza.

A tal fine il dipendente deve comunicare al proprio Responsabile un recapito telefonico in modo da garantire la disponibilità e la contattabilità nel rispetto del dovuto orario di lavoro, qualora non sia necessaria la deviazione delle chiamate; il telefono personale dovrà essere utilizzato dal dipendente anche per effettuare chiamate in uscita verso l'esterno.

Durante l'orario di lavoro il Dipendente dovrà assicurarsi di essere nelle condizioni (anche tecniche) di ricevere telefonate ed email e dovrà pertanto accertarsi di trovarsi in luogo idoneo a garantire la ricezione e la risposta.

Fatto salvo quanto previsto, per il personale dirigente, dall'art. 95 comma 1) del CCNL Area Sanità del 23.01.2024, il Dipendente è obbligato a rispettare le norme sui riposi previste dalla legge e dal contratto collettivo e, in particolare, ad effettuare almeno 11 ore consecutive al giorno ed almeno 24 ore consecutive ogni sette giorni (di regola coincidenti con la domenica,) di riposo e disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro. A tal fine al Dipendente è richiesto di rendere la propria prestazione lavorativa nell'arco temporale e nelle giornate previste per il servizio in presenza e nel rispetto del CCNL. Durante il Periodo di Riposo e di Disconnessione - salvo particolari esigenze organizzative e fermo, in ogni caso, il recupero dello stesso - non è richiesto al dipendente lo svolgimento della prestazione lavorativa e, quindi, la lettura delle email, la ricezione delle telefonate l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Amministrazione.

Nelle giornate con prestazione lavorativa a distanza non è riconosciuto il trattamento di trasferta ed è escluso il ricorso a prestazioni di lavoro straordinario, notturno o festivo o ad attività aggiuntive e/o lavoro supplementare (partecipazione a progetti che prevedono attività fuori orario di servizio).

Sono altresì garantiti tutti i diritti previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto

presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause, permessi orari.

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

Potrà essere richiesto al dipendente di partecipare a conference call o connettersi a riunioni via web.

Il dipendente, in giornata di lavoro a distanza, qualora per sopraggiunti ed imprevisi motivi personali si trovi nella condizione di impossibilità assoluta a rendere la prestazione di lavoro, deve darne tempestiva comunicazione al proprio Responsabile.

2) Trattamento giuridico ed economico;

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

Al lavoratore in modalità da remoto è riconosciuta la pausa di recupero psico fisico, con le stesse modalità svolte in presenza, ma non il diritto all'erogazione del buono pasto.

3) Modalità di recesso;

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

Durante il periodo di svolgimento del lavoro a distanza l'Amministrazione, fornendo specifica motivazione, può interrompere la fruizione del medesimo, con un preavviso non inferiore a 15 giorni.

4) Strumenti di lavoro e potere di controllo;

Al fine di rendere possibile lo svolgimento della prestazione lavorativa il Dipendente dovrà avere a disposizione un personal computer e un cellulare, da utilizzarsi nel totale rispetto delle regole fornite dai SII.

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

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

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

Gli strumenti di lavoro eventualmente affidati al dipendente dall'Amministrazione devono essere usati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività lavorativa e non per scopi personali o non connessi all'attività lavorativa. Essi devono essere custoditi con la massima cura e diligenza e nel rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Il dipendente deve adottare le necessarie precauzioni affinché terzi, anche se familiari, non possano accedere agli strumenti di lavoro e ai dati trattati.

Le modalità di effettuazione dei controlli da parte dell'Amministrazione sono definite nel rispetto del decreto legislativo n.196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 e delle leggi vigenti in materia e sono disciplinate dall'art. 14 del Regolamento disciplinante lo SW.

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

5) Valutazione della performance;

L'adozione di modalità di lavoro a distanza è oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale.

6) Luogo di lavoro e sicurezza;

Il dipendente svolge l'attività a distanza presso il proprio domicilio, che deve rispondere a requisiti di idoneità, sicurezza e riservatezza, anche riguardo all'uso abituale dei supporti informatici; gli stessi non devono mettere a rischio la salute del lavoratore, né la riservatezza delle informazioni e dei dati trattati e devono consentire il diligente adempimento della prestazione ed il puntuale perseguimento del risultato convenuto.

A tal fine si impegna a compilare e sottoscrivere, contestualmente alla sottoscrizione del presente accordo, una dichiarazione predisposta dal Servizio Prevenzione e Protezione, attestante la presenza, presso il proprio domicilio, delle richieste condizioni di sicurezza; prende altresì atto che, in caso di individuazione di possibili situazioni di rischio, il suddetto servizio effettuerà la relativa verifica, concordandone preventivamente i tempi.

Il dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali dell'Amministrazione. Dovrà pertanto rispettare ed applicare correttamente le direttive impartite in dall'Amministrazione e in particolare dovrà prendersi cura della propria salute e sicurezza, in linea con le disposizioni di cui al D.lgs 81/08 e s.m.i. (Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro). A tal fine il Dipendente riceve informativa scritta in merito ai rischi generali e specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro (All. 4 al Regolamento aziendale)

L'Amministrazione fornisce la disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi ed ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, attraverso l'abilitazione alla connessione al proprio pc in ufficio tramite un software di collegamento remoto.

7) Obblighi

Il Dipendente si impegna alla partecipazione ad iniziative di informazione/formazione eventualmente attivate dall'Amministrazione e riguardanti modalità operative del lavoro da remoto (procedura tecnica per la connessione da remoto), aspetti di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e dei rischi connessi all'utilizzo dei dispositivi tecnologici, misure di sicurezza anche comportamentale sul corretto utilizzo e sulla tutela delle informazioni, dei beni o materiali dell'Amministrazione, previsioni normative in materia di privacy e tutela dei dati personali

Il dipendente resta assoggettato agli obblighi di diligenza e fedeltà previsti dal Codice di Comportamento aziendale e segnatamente è tenuto a rispettare le norme in tema di incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi; il medesimo incorre inoltre nelle previste sanzioni in caso di falsa attestazione della presenza in servizio nonché di assenza priva di valida giustificazione.

8) Protezione e riservatezza dei dati

Durante lo svolgimento della propria prestazione lavorativa a distanza il Dipendente è tenuto alla più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni dell'Amministrazione in suo possesso e/o disponibili sul sistema informatico della stessa, e deve adottare tutte le precauzioni necessarie a garantire la salvaguardia e lo svolgimento delle attività in condizioni di sicurezza, custodendo con la massima cura e diligenza tutte le informazioni

Il dipendente si obbliga in particolare ad adoperarsi per evitare che persone non autorizzate accedano a dati e informazioni riservati.

Al dipendente è consegnata l'informativa sulla protezione dei dati personali in regime di lavoro a distanza (All. 4 al Regolamento aziendale)

9) Durata del presente accordo

Il presente accordo è a tempo determinato con effetto dal ___ / ___ /2025 e sino al 31/12/2025, con possibilità di eventuale rinnovo.

Il dipendente

Il Direttore
SC Risorse Umane

**INFORMATIVA SULLA SALUTE E SICUREZZA NEL LAVORO A DISTANZA AI SENSI
DELL'ART. 22, COMMA 1, L. 81/2017**

Al lavoratore in modalità di lavoro a distanza

Oggetto: *informativa sulla sicurezza dei lavoratori (art. 22, comma 1, della legge 22 maggio 2017 n. 81)*

AVVERTENZE GENERALI

Si informano i lavoratori degli obblighi e dei diritti previsti dalla legge del 22 maggio 2017 n. 81 ed al decreto legislativo del 9 aprile 2008 n. 81.

Sicurezza sul lavoro (art. 22 L. 81/2017)

1. Il datore di lavoro garantisce la salute e la sicurezza del lavoratore, che svolge la prestazione in modalità di lavoro a distanza, e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante per la sicurezza, con cadenza almeno annuale, un'informativa scritta, nella quale sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

2. Il lavoratore è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dal datore di lavoro per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione all'esterno dei locali aziendali.

Obblighi dei lavoratori (art. 20 D. Lgs. 81/2008)

1. Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni ai mezzi forniti dal datore di lavoro.

2. I lavoratori devono:

a) contribuire, insieme al datore di lavoro, ai dirigenti e ai preposti, all'adempimento degli obblighi previsti a tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

b) osservare le disposizioni e le istruzioni impartite dal datore di lavoro, dai dirigenti e dai preposti ai fini della protezione collettiva ed individuale;

e) utilizzare correttamente le attrezzature di lavoro, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto, nonché i dispositivi di sicurezza;

d) utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione messi a loro disposizione;

e) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere e) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie) segnalare immediatamente al datore di lavoro, al dirigente o al preposto le deficienze dei mezzi e dei dispositivi di cui alle lettere e) e d), nonché qualsiasi eventuale condizione di pericolo di cui vengano a conoscenza, adoperandosi direttamente, in caso di urgenza, nell'ambito delle proprie competenze e possibilità e fatto salvo l'obbligo di cui alla lettera f) per eliminare o ridurre le situazioni di pericolo grave e incombente, dandone notizia al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza;

f) non rimuovere o modificare senza autorizzazione i dispositivi di sicurezza o di segnalazione o di controllo;

g) non compiere di propria iniziativa operazioni o manovre che non sono di loro competenza ovvero che possono compromettere la sicurezza propria o di altri lavoratori;

h) partecipare ai programmi di formazione e di addestramento organizzati dal datore di lavoro;

i) sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal D. Lgs. 81/2008 o comunque disposti dal medico competente.

3. I lavoratori di aziende che svolgono attività in regime di appalto o subappalto, devono esporre apposita tessera di riconoscimento, corredata di fotografia, contenente le generalità del lavoratore e l'indicazione del datore di lavoro. Tale obbligo grava anche in capo ai lavoratori autonomi che esercitano direttamente la propria attività nel medesimo luogo di lavoro, i quali sono tenuti a provvedervi per proprio conto.

In attuazione di quanto disposto dalla normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro il datore di Lavoro ha provveduto ad attuare le misure generali di tutela di cui all'art 15 del T.U. sulla sicurezza; ha provveduto alla redazione del Documento di Valutazione di tutti i rischi presenti nella realtà lavorativa, ai sensi degli artt. 17 e 28 D. Lgs. 81/2008; ha provveduto alla formazione e informazione di tutti i lavoratori, ex artt. 36 e 37 del medesimo D. Lgs. 81/2008.

Pertanto, di seguito, si procede alla analitica informazione, con specifico riferimento alle modalità di lavoro a distanza

*** **

COMPORTAMENTI DI PREVENZIONE GENERALE RICHIESTI AL PRESTATORE DI LAVORO A DISTANZA

- Cooperare con diligenza all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione predisposte dal datore di lavoro (DL) per fronteggiare i rischi connessi all'esecuzione della prestazione in ambienti indoor e outdoor diversi da quelli di lavoro abituali.
- Non adottare condotte che possano generare rischi per la propria salute e sicurezza o per quella di terzi.
- Individuare, secondo le esigenze connesse alla prestazione stessa o dalla necessità del lavoratore di conciliare le esigenze di vita con quelle lavorative e adottando principi di ragionevolezza, i luoghi di lavoro per l'esecuzione della prestazione lavorativa a distanza rispettando le indicazioni previste dalla presente informativa.
- In ogni caso, evitare luoghi, ambienti, situazioni e circostanze da cui possa derivare un pericolo per la propria salute e sicurezza o per quella dei terzi.

Di seguito, le indicazioni che il lavoratore è tenuto ad osservare per prevenire i rischi per la salute e sicurezza legati allo svolgimento della prestazione in modalità di lavoro a distanza

*** **

CAPITOLO 1 INDICAZIONI RELATIVE AD AMBIENTI INDOOR PRIVATI

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti igienico-sanitari previsti per i locali privati in cui possono operare i lavoratori destinati a svolgere il lavoro a distanza. Raccomandazioni generali per i locali:

- le attività lavorative non possono essere svolte in locali tecnici o locali non abitabili (ad es. soffitte, seminterrati, rustici, box);
- adeguata disponibilità di servizi igienici e acqua potabile e presenza di impianti a norma (elettrico, termoidraulico, ecc.) adeguatamente mantenuti;
- le superfici interne delle pareti non devono presentare tracce di condensazione permanente (muffe);
- i locali, eccettuati quelli destinati a servizi igienici, disimpegni, corridoi, vani-scala e ripostigli debbono fruire di illuminazione naturale diretta, adeguata alla destinazione d'uso e, a tale scopo, devono avere una superficie finestrata idonea;
- i locali devono essere muniti di impianti di illuminazione artificiale, generale e localizzata, atti a garantire un adeguato comfort visivo agli occupanti.

Indicazioni per l'illuminazione naturale ed artificiale:

- si raccomanda, soprattutto nei mesi estivi, di schermare le finestre (ad es. con tendaggi, appropriato utilizzo delle tapparelle, ecc.) allo scopo di evitare l'abbagliamento e limitare l'esposizione diretta alle radiazioni solari;

- l'illuminazione generale e specifica (lampade da tavolo) deve essere tale da garantire un illuminamento sufficiente e un contrasto appropriato tra lo schermo e l'ambiente circostante.

- è importante collocare le lampade in modo tale da evitare abbagliamenti diretti e/o riflessi e la proiezione di ombre che ostacolano il compito visivo mentre si svolge l'attività lavorativa.

Indicazioni per l'aerazione naturale ed artificiale:

- è opportuno garantire il ricambio dell'aria naturale o con ventilazione meccanica;

- evitare di esporsi a correnti d'aria fastidiose che colpiscano una zona circoscritta del corpo (ad es. la nuca, le gambe, ecc.);

- gli eventuali impianti di condizionamento dell'aria devono essere a nonna e regolarmente mantenuti; i sistemi filtranti dell'impianto e i recipienti eventuali per la raccolta della condensa, vanno regolarmente ispezionati e puliti e, se necessario, sostituiti;

- evitare di regolare la temperatura a livelli troppo alti o troppo bassi (a seconda della stagione) rispetto alla temperatura esterna;

- evitare l'inalazione attiva e passiva del fumo di tabacco, soprattutto negli ambienti chiusi, in quanto molto pericolosa per la salute umana.

*** **

CAPITOLO 2

UTILIZZO SICURO DI ATTREZZATURE/DISPOSITIVI DI LAVORO

Di seguito vengono riportate le principali indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di attrezzature/dispositivi di lavoro.

Indicazioni generali:

- conservare in luoghi facilmente reperibili e consultabili il manuale/istruzioni per l'uso redatte dal fabbricante;

- leggere il manuale/istruzioni per l'uso prima dell'utilizzo dei dispositivi, seguire le indicazioni del costruttore/importatore e tenere a mente le informazioni riguardanti i principi di sicurezza;

- si raccomanda di utilizzare apparecchi elettrici integri, senza parti conduttrici in tensione accessibili (ad es. cavi di alimentazione con danni alla guaina isolante che rendano visibili conduttori interni), e di interromperne immediatamente l'utilizzo in caso di emissione di scintille, fumo e/o odore di bruciato, provvedendo a spegnere l'apparecchio e disconnettere la spina dalla presa elettrica di alimentazione (se connesse);

- verificare periodicamente che le attrezzature siano integre e correttamente funzionanti, compresi i cavi elettrici e la spina di alimentazione;

- non collegare tra loro dispositivi o accessori incompatibili;

- effettuare la ricarica elettrica da prese di alimentazione integre e attraverso i dispositivi. (cavi di collegamento/alimentatori) forniti in dotazione; _

- disporre i cavi di alimentazione in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;

- spegnere le attrezzature una volta terminati i lavori;

- controllare che tutte le attrezzature/dispositivi siano scollegate/i dall'impianto elettrico quando non utilizzati, specialmente per lunghi periodi;

- si raccomanda di collocare le attrezzature/dispositive in modo da favorire la loro ventilazione e raffreddamento (non coperti e con le griglie di aerazione non ostruite) e di astenersi dall'uso nel caso di un loro anormale riscaldamento;

- inserire le spine dei cavi di alimentazione delle attrezzature/dispositivi in prese compatibili (ad es.

spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine schuko in prese schuko). Utilizzare la presa solo se ben ancorata al muro e controllare che la spina sia completamente inserita nella presa a garanzia di un contatto certo ed ottimale;

- riporre le attrezzature in luogo sicuro, lontano da fonti di calore o di innesco, evitare di pigiare i cavi e di piegarli in corrispondenza delle giunzioni tra spina e cavo. e tra cavo. e connettore (la parte che serve per connettere l'attrezzatura al cavo di alimentazione);
- non effettuare operazioni di riparazione e manutenzione fai da te
- lo schermo dei dispositivi è realizzato in vetro/cristallo e può rompersi in caso di caduta o a seguito di un forte urto. In caso di rottura dello schermo, evitare di toccare le schegge di vetro e non tentare di rimuovere il vetro rotto dal dispositivo; il dispositivo non dovrà essere usato fino a quando non sarà stato riparato;
- le batterie/accumulatori non vanno gettati. nel fuoco (potrebbero esplodere), né smontati; tagliati, compressi, piegati, forati, danneggiati, manomessi, immersi o esposti all'acqua o altri liquidi;
- in caso di fuoriuscita di liquido dalle batterie/accumulatori, va evitato il contatto del liquido con la pelle o gli occhi; qualora si verificasse un contatto, la parte colpita va sciacquata immediatamente con abbondante acqua e va consultato un medico;
- segnalare tempestivamente al datore di lavoro. eventuali malfunzionamenti, tenendo le attrezzature/dispositivi spenti e scollegati dall'impianto elettrico;
- è opportuno fare periodicamente delle brevi pause per distogliere la vista dallo schermo e sgranchirsi le gambe;
- è bene cambiare spesso posizione durante il lavoro anche sfruttando le caratteristiche di estrema maneggevolezza di tablet e smartphone, tenendo presente la possibilità di alternare la posizione eretta con quella seduta;
- prima di iniziare a lavorare, orientare lo schermo verificando che la posizione rispetto alle fonti di luce naturale e artificiale sia tale da non creare riflessi fastidiosi (come ad es. nel caso in cui l'operatore sia posizionato con le spalle rivolte ad una finestra non adeguatamente schermata o sotto un punto luce a soffitto) o abbagliamenti (ad es. evitare di sedersi di fronte ad una finestra non adeguatamente schermata);
- in una situazione corretta lo schermo è posto perpendicolarmente rispetto alla finestra e ad una
- i notebook, tablet e smartphone hanno uno schermo con una superficie molto riflettente (schermi lucidi o glossy) per garantire una resa ottimale dei colori; tenere presente che l'utilizzo di tali schermi può causare affaticamento visivo e pertanto:
 - regolare la luminosità e il contrasto sullo schermo in modo ottimale;
 - durante la lettura, distogliere spesso lo sguardo dallo schermo per fissare oggetti lontani, così come si fa quando si lavora normalmente al computer fisso;
 - in tutti i casi in cui i caratteri sullo schermo del dispositivo mobile siano troppo piccoli, è importante ingrandire i caratteri a schermo e utilizzare la funzione zoom per non affaticare gli occhi; non lavorare mai al buio

Indicazioni per il lavoro con il notebook

In caso di attività che comportino la redazione o la revisione di lunghi testi, tabelle o simili è opportuno l'impiego del notebook con le seguenti raccomandazioni:

- sistemare il notebook su un idoneo supporto che consenta lo stabile posizionamento dell'attrezzatura e un comodo appoggio degli avambracci;
- il sedile di lavoro deve essere stabile e deve permettere una posizione comoda. In caso di lavoro prolungato, la seduta deve avere bordi smussati;
- è importante stare seduti con un comodo appoggio della zona lombare e su una seduta non rigida (eventualmente utilizzare dei cuscini poco spessi);
- durante il lavoro con il notebook, la schiena va mantenuta poggiata al sedile provvisto di supporto per la zona lombare, evitando di piegarla in avanti;
- mantenere gli avambracci, i polsi e le mani allineati durante l'uso della tastiera, evitando di piegare o angolare i polsi;
- è opportuno che gli avambracci siano appoggiati sul piano e non tenuti sospesi;
- utilizzare un piano di lavoro stabile, con una superficie a basso indice di riflessione, con altezza sufficiente per permettere l'alloggiamento e il movimento degli arti inferiori, in grado di consentire cambiamenti di posizione nonché l'ingresso del sedile e dei braccioli, se presenti, e permettere una disposizione comoda del dispositivo (notebook), dei documenti e del materiale accessorio;
- l'altezza del piano di lavoro e della seduta devono essere tali da consentire all'operatore in posizione seduta di avere gli angoli braccio/avambraccio e gamba/coscia ciascuno a circa 90°;
- la profondità del piano di lavoro deve essere tale da assicurare una adeguata distanza visiva dallo schermo;

- in base alla statura, e se necessario per mantenere un angolo di 90° tra gamba e coscia, creare un poggiapiedi con un oggetto di dimensioni opportune.

In caso di uso su mezzi di trasporto (treni/aerei/ navi) in qualità di passeggeri o in locali pubblici:

- è possibile lavorare in un locale pubblico o in viaggio solo ove le condizioni siano sufficientemente confortevoli ed ergonomiche, prestando particolare attenzione alla comodità della seduta, all'appoggio lombare e alla posizione delle braccia rispetto al tavolino di appoggio;
- evitare lavori prolungati nel caso l'altezza della seduta sia troppo bassa o alta rispetto al piano di appoggio del notebook;
- osservare le disposizioni impartite dal personale viaggiante (autisti, controllori, personale di volo, ecc.);
- nelle imbarcazioni il notebook è utilizzabile solo nei casi in cui sia possibile predisporre una idonea postazione di lavoro al chiuso e in assenza di rollio/beccheggio della nave;
- se fosse necessario ricaricare: e se esistono prese elettriche per la ricarica dei dispositivi mobili a disposizione dei clienti, verificare che la presa non sia danneggiata e che sia normalmente ancorata al suo supporto parete;
- non utilizzare il notebook su autobus/tram, metropolitane, taxi e in macchina anche se si è passeggeri.

Indicazioni per il lavoro con tablet smartphone

I tablet sono idonei prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli smartphone sono idonei essenzialmente alla gestione della posta elettronica e alla lettura di brevi documenti.

In caso di impiego di tablet e smartphone si raccomanda di:

- effettuare frequenti pause, limitando il tempo di digitazione continuata;
- evitare di utilizzare questi dispositivi per scrivere lunghi testi;
- evitare di utilizzare tali attrezzature mentre si cammina, salvo che per rispondere a chiamate vocali prediligendo l'utilizzo dell'auricolare;
- per prevenire l'affaticamento visivo, evitare attività prolungate di lettura sullo smartphone;
- effettuare periodicamente esercizi di allungamento dei muscoli della mano e del pollice (stretching).

Indicazioni per l'utilizzo sicuro dello smartphone come telefono cellulare

- È bene utilizzare l'auricolare durante le chiamate, evitando di tenere il volume su livelli elevati;
- spegnere il dispositivo nelle aree in cui è vietato l'uso di telefoni cellulari o quando può causare interferenze o situazioni di pericolo (in aereo, strutture sanitarie, luoghi a rischio di incendio/esplosione, ecc.);
- al fine di evitare potenziali interferenze con apparecchiature mediche impiantate seguire le indicazioni del medico competente e le specifiche indicazioni del produttore/importatore dell'apparecchiatura.

I dispositivi potrebbero interferire con gli apparecchi acustici. A tal fine:

- non tenere i dispositivi nel taschino;
- in caso di utilizzo posizionarli sull'orecchio opposto rispetto a quello su cui è installato l'apparecchio acustico;
- evitare di usare il dispositivo in caso di sospetta interferenza;

- un portatore di apparecchi acustici che usasse l'auricolare collegato al telefono/smartphone potrebbe avere difficoltà nell'udire i suoni dell'ambiente circostante. Non usare l'auricolare se questo può mettere a rischio la propria e l'altrui sicurezza.

Nel caso in cui ci si trovi all'interno di un veicolo:

- non tenere mai in mano il telefono cellulare/smartphone durante la guida: le mani devono essere sempre tenute libere per poter condurre il veicolo;
- durante la guida usare il telefono cellulare/smartphone esclusivamente con l'auricolare o in modalità viva voce;

- inviare e leggere i messaggi solo durante le fermate in area di sosta o di servizio o se si viaggia in qualità di passeggeri;
- non tenere o trasportare liquidi infiammabili o materiali esplosivi in prossimità del dispositivo, dei suoi componenti o dei accessori;
- non utilizzare il telefono cellulare smartphone nelle aree di distribuzione di carburante;
- non collocare il dispositivo nell'area di espansione dell'airbag.

*** **

CAPITOLO 3

INDICAZIONI RELATIVE A REQUISITI E CORRETTO UTILIZZO DI IMPIANTI ELETTRICI

Indicazioni relative ai requisiti e al corretto utilizzo di impianti elettrici, apparecchi/dispositivi elettrici utilizzatori, dispositivi di connessione elettrica temporanea.

Impianto elettrico

A) Requisiti:

- 1) i componenti dell'impianto elettrico utilizzato (prese, interruttori, ecc.) devono apparire privi di parti danneggiate;
- 2) le sue parti conduttrici in tensione non devono essere accessibili (ad es. a causa di scatole di derivazione prive di coperchio di chiusura o con coperchio danneggiato, di scatole per prese o interruttori prive di alcuni componenti, di canaline portacavi a vista prive di coperchi di chiusura o con coperchi danneggiati);
- 3) le parti dell'impianto devono risultare asciutte, pulite e non devono prodursi scintille, odori di bruciato e/o fumo;
- 4) nel caso di utilizzo della rete elettrica in locali privati, è necessario conoscere l'ubicazione del quadro elettrico e la funzione degli interruttori in esso contenuti per poter disconnettere la rete elettrica in caso di emergenza;

B) Indicazioni di corretto utilizzo:

- è buona norma che le zone antistanti i quadri elettrici, le prese e gli interruttori siano tenute sgombre e accessibili;
- evitare di accumulare o accostare materiali infiammabili (carta, stoffe, materiali sintetici di facile innesco, buste di plastica, ecc.) a ridosso dei componenti dell'impianto, e in particolare delle prese elettriche a parete, per evitare il rischio di incendio;
- è importante posizionare le lampade, specialmente quelle da tavolo, in modo tale che non vi sia contatto con materiali infiammabili.

Dispositivi di connessione elettrica temporanea

(prolunghe, adattatori, prese a ricettività multipla, avvolgicavo, ecc.).

A) Requisiti:

- i dispositivi di connessione elettrica temporanea devono essere dotati di informazioni (targhetta) indicanti almeno la tensione nominale (ad es. 220-240 Volt), la corrente nominale (ad es. 10 Ampere) e la potenza massima ammissibile (ad es. 1500 Watt);
- i dispositivi di connessione elettrica temporanea che si intende utilizzare, devono essere integri (la guaina del cavo, le prese e le spine non devono essere danneggiate), non avere parti conduttrici scoperte (a spina inserita), non devono emettere scintille, fumo e/o odore di bruciato durante il funzionamento.

B) Indicazioni di corretto utilizzo:

- l'utilizzo di dispositivi di connessione elettrica temporanea deve essere ridotto al minimo indispensabile e preferibilmente solo quando non siano disponibili punti di alimentazione più vicini e idonei;

- le prese e le spine degli apparecchi elettrici, dei dispositivi di connessione elettrica temporanea e dell'impianto elettrico devono essere compatibili tra loro (spine a poli allineati in prese a poli allineati, spine schuko con prese schuko) e, nel funzionamento, le spine devono essere inserite completamente nelle prese, in modo da evitare il danneggiamento delle prese e garantire un contatto certo;
- evitare di piegare, schiacciare, tirare prolunghe, spine, ecc.;
- disporre i cavi di alimentazione e/o le eventuali prolunghe con attenzione, in modo da minimizzare il pericolo di inciampo;
- verificare sempre che la Potenza ammissibile dei dispositivi di connessione elettrica temporanea (ad es. presa multipla con 1500 Watt) sia maggiore della somma delle potenze assorbite dagli apparecchi elettrici collegati (ad es. PC 300 Watt+ stampante 1000 Watt);
- fare attenzione a che i dispositivi di connessione elettrica temporanea non risultino particolarmente caldi durante il loro funzionamento;
- srotolare i cavi il più possibile o comunque disporli in modo tale da esporre la maggiore superficie libera per smaltire il calore prodotto durante il loro impiego.

*** **

CAPITOL0 4

INFORMATIVA RELATIVA AL RISCHIO INCENDI PER IL LAVORO A DISTANZA

Indicazioni generali:

- identificare il luogo di lavoro (indirizzo esatto) e avere a disposizione i principali numeri telefonici dei soccorsi nazionali e locali (VVF, Polizia, ospedali, ecc.);
- prestare attenzione ad apparecchi di cottura eriscaldamento dotati di resistenza elettrica a vista o a firma libera (alimentati a combustibili solidi, liquidi o gassosi) in quanto possibili focolai di incendio e di rischio ustione. Inoltre, tenere presente che questi ultimi necessitano di adeguati ricambi d'aria per l'eliminazione dei gas combusti;
- rispettare il divieto di fumo laddove presente
- non gettare mozziconi accesi nelle aree a verde all'esterno, nei vasi con piante e nei contenitori destinati ai rifiuti;
- non ostruire le vie di esodo e non bloccare la chiusura delle eventuali porte tagliafuoco.

Comportamento per principio di incendio:

- mantenere la calma;
- disattivare le utenze presenti (PC, termoconvettori, apparecchiature elettriche) staccandone anche le spine;
- avvertire i presenti all'interno dell'edificio o nelle zone circostanti outdoor, chiedere aiuto e, nel caso si valuti l'impossibilità di agire, chiamare i soccorsi telefonicamente (VVF, Polizia, ecc.), fornendo loro cognome, luogo dell'evento, situazione, affollamento, ecc.;
- se l'evento lo pennette, in attesa o meno dell'arrivo di aiuto o dei soccorsi, provare a spegnere l'incendio attraverso i mezzi di estinzione presenti (acqua, coperte, estintori, ecc.); - non utilizzare acqua per estinguere l'incendio su apparecchiature o parti di impianto elettrico o quantomeno prima di avere disattivato la tensione dal quadro elettrico;
- se non si riesce ad estinguere l'incendio, abbandonare il luogo dell'evento (chiudendole porte dietro di sé ma non a chiave) e aspettare all'esterno l'arrivo dei soccorsi per fornire indicazioni;
- se non è possibile abbandonare l'edificio, chiudersi all'interno di un'altra stanza tamponando la porta con panni umidi, se disponibili, per ostacolare la diffusione dei fumi all'interno; aprire la finestra e segnalare la propria presenza.

Nel caso si svolga lavoro agile in luogo pubblico o come ospiti in altro luogo di lavoro privato è importante:

- accertarsi dell'esistenza di divieti e limitazioni di esercizio imposti dalle strutture e rispettarli;
- prendere visione, soprattutto nel piano dove si è collocati, delle piantine particolareggiate a parete, della dislocazione dei mezzi antincendio, dei pulsanti di allarme, delle vie di esodo;
- visualizzare i numeri di emergenza interni che sono in genere riportati sulle piantine a parete (addetti lotta antincendio/emergenze/coordinatore per l'emergenza, ecc.);
- leggere attentamente le indicazioni scritte e quelle grafiche riportate in planimetria;

- rispettare il divieto di fumo;
- evitare di creare ingombri alla circolazione lungo le vie di esodo;
- segnalare al responsabile del luogo o ai lavoratori designati quali addetti ogni evento pericoloso, per persone e cose, rilevato nell'ambiente occupato.

*** **

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa al fine di indicare in quali dei diversi scenari lavorativi dovranno trovare applicazione le informazioni contenute nei cinque capitoli di cui sopra.

Scenario lavorativo	Attrezzatura utilizzabile	Capitoli da applicare				
		1	2	3	4	5
Lavoro a distanza in locali privati al chiuso	Smartphone Auricolare Tabi et Notebook		X	X	X	X

Con la sottoscrizione del presente documento, il lavoratore attesta di aver preso conoscenza in modo puntuale del contenuto del medesimo e il Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza di averne condiviso pienamente il contenuto-

Data __ / __ / ____

Firma del Datore di Lavoro

Firma del Lavoratore

LAVORO A DISTANZA

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA SICUREZZA NEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Lo svolgimento dell'attività lavorativa all'esterno della sede aziendale richiede da parte dei lavoratori la massima attenzione sui temi quali la riservatezza, nonché un comportamento corretto per proteggere anche l'operatività e la reputazione dell'Azienda.

Il lavoro in modalità a distanza non deve essere effettuato al di fuori di ambienti privati protetti ed il lavoratore deve predisporre una postazione di lavoro dedicata evitando che soggetti non autorizzati possano accedere, anche accidentalmente, alle informazioni e ai dati personali trattati.

Si forniscono, pertanto, le seguenti ulteriori istruzioni operative, ad integrazione di quelle già impartite in ordine al corretto trattamento dei dati nello svolgimento dell'attività lavorativa (documento reperibile sulla Intranet Aziendale – Sezione Comunicazioni Operative), al fine di garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio connesso al trattamento dei dati effettuato a distanza mediante l'utilizzo di dispositivi aziendali e/o personali (PC/Tablet/Smartphone, etc.).

PROTEGGERE IL DATO DA ACCESSI NON AUTORIZZATI

Misure da adottare durante le conversazioni tra il/la dipendente e gli altri interessati.

Al fine di evitare l'acquisizione di informazioni da parte di soggetti non autorizzati, le conversazioni telefoniche tra il/la dipendente e gli altri interessati devono essere effettuate in modo tale da proteggere sempre la confidenzialità delle stesse.

Come garantire la confidenzialità delle comunicazioni

- evitando di effettuare colloqui ad alta voce in presenza di soggetti non autorizzati a conoscere il contenuto della conversazione;
- accertandosi che il coniuge o eventuali parenti e conoscenti non siano portati, anche involontariamente, a conoscenza di informazioni e processi attinenti l'attività lavorativa;
- non utilizzando familiari o terzi per veicolare informazioni, anche se ritenute "banali", afferenti l'attività lavorativa;
- accertandosi, nel caso di conversazioni telefoniche instaurate a seguito di chiamate inoltrate o ricevute, che l'interlocutore sia effettivamente un collega/utente/fornitore legittimato e autorizzato a conoscere le informazioni oggetto della comunicazione.

PROTEGGERE IL DATO DA RISCHI DI DISTRUZIONE, PERDITA E ACCESSI NON CONSENTITI

Il Responsabile della Struttura deve adottare soluzioni organizzative idonee a ridurre il più possibile i rischi di distruzione, perdita e accessi non consentiti ai dati anche in ambiente privato eletto dal/dalla dipendente.

Misure da adottare durante il collegamento:

- per il trattamento di dati personali mediante l'ausilio di strumenti elettronici attenersi alle istruzioni fornite all'atto di nomina ad "autorizzato al trattamento dei dati", nonché alle Policy dell'Ente in materia di Privacy;
- nel caso di utilizzo di propri dispositivi (pc, connessione, telefono), attenersi alle istruzioni tecniche fornite dai SII e garantire che tali strumenti rispettino i requisiti di sicurezza;
- garantire l'aggiornamento dei meccanismi di sicurezza, nonché il monitoraggio del rispetto dei livelli minimi di sicurezza dei dispositivi personali;
- la documentazione inerente all'attività lavorativa dovrà risiedere esclusivamente sulle cartelle di rete;
- conservare la password di accesso con diligenza in modo che resti riservata, evitando sotto la responsabilità del/della dipendente, che altri ne vengano a conoscenza;
- non lasciare incustoditi ed accessibili a persone non autorizzate il computer ed altri eventuali strumenti in dotazione e/o utilizzati per l'espletamento delle prestazioni di lavoro a distanza (P.C., smartphone, ecc.);
- in caso di allontanamento anche temporaneo dalla postazione di lavoro, disconnettere la sessione di lavoro bloccando l'operatività del computer ("ctrl-alt-canc") e/o l'accesso allo smartphone (password di blocco schermo);
- non utilizzare dispositivi di memorizzazione esterna (come sopra riportato la documentazione inerente all'attività lavorativa dovrà risiedere esclusivamente sulle cartelle di rete, poiché tale modalità operativa è ritenuta adeguata a garantire che il trattamento è effettuato conformemente al regolamento), né sul dispositivo privato.

Misure da adottare nella gestione della documentazione cartacea:

- per quanto concerne l'utilizzo di documenti cartacei contenenti dati personali e prelevati dagli archivi dell'Ente, il trasferimento di dati personali all'esterno deve essere giustificato da necessità strettamente correlate all'esercizio dell'attività lavorativa, agli obblighi di legge o alla difesa degli interessi della società;
- la circolazione dei dati personali cartacei, in situazione di mobilità deve essere ridotta al minimo indispensabile e in tal caso il lavoratore deve prestare particolare attenzione nel trasporto - mediante mezzi pubblici o privati o anche a piedi- dei documenti contenenti dati personali da un locale all'altro, da uno stabile all'altro, da un luogo ad un altro;
- i documenti utilizzati devono essere raccolti in porta documenti riportanti l'identificazione dell'utilizzatore (nominativo e recapito telefonico), della Struttura di appartenenza e dell'Azienda. In particolare i documenti cartacei:
 - devono essere utilizzati solo per il tempo necessario allo svolgimento dei compiti assegnati e poi riportati negli archivi aziendali dedicati alla loro conservazione;
 - non devono essere lasciati incustoditi e deve essere ridotta al minimo la possibilità che terze persone possano avere accesso alle informazioni contenute nei documenti;
 - in caso di assenza, anche momentanea, dal luogo in cui si svolge la prestazione a distanza è necessario chiudere a chiave i locali che ospitano i dati ovvero riporli dentro un armadio/cassetto chiuso a chiave;

- i documenti non devono restare, senza ragione, applicati su supporti (lavagne o simili) che possono essere visionati da persone non autorizzate;
- i documenti devono essere resi illeggibili prima di essere cestinati, qualora siano destinati a divenire rifiuti (ad es. strappando più volte la carta in modo che i contenuti diventino non decifrabili/non ricostruibili).

Comportamenti da adottare in caso di violazione dei dati personali.

Nel caso di violazione di dati personali, vale a dire nel caso di incidenti di sicurezza del dato che comportano accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trattati, si rimanda a quanto previsto nella procedura aziendale per la gestione del Data Breach, disponibile sulla Intranet aziendale –Sezione Privacy.

Data

Firma del Dipendente

	CATEGORIA/PROFILO	Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
		TP	PT	totale
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENTE MEDICO SC	7		7
	DIRIGENTE MEDICO SS	21		21
	DIRIGENTE MEDICO	242	4	246
	DIRIGENTE ODONTOIATRA SC			0
	DIRIGENTE ODONTOIATRA SS			0
	DIRIGENTE ODONTOIATRA			0
	DIRIGENTE VETERINARIO SC			0
	DIRIGENTE VETERINARIO SS			0
	DIRIGENTE VETERINARIO			0
	DIRIGENTE – FARMACISTA SC	1		1
	DIRIGENTE – FARMACISTA SS			0
	DIRIGENTE - FARMACISTA	7		7
	DIRIGENTE - BIOLOGO SC			0
	DIRIGENTE - BIOLOGO SS			0
	DIRIGENTE - BIOLOGO	8		8
	DIRIGENTE – CHIMICO SC			0
	DIRIGENTE – CHIMICO SS			0
	DIRIGENTE – CHIMICO			0
	DIRIGENTE – PSICOLOGO SC			0
	DIRIGENTE – PSICOLOGO SS			0
	DIRIGENTE - PSICOLOGO	1		1
	DIRIGENTE – FISICO SC			0
	DIRIGENTE – FISICO SS			0
	DIRIGENTE – FISICO	3		3
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SC	1		1
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SS			0
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE			0
		291	4	295
DIRIGENZA PTA	DIRIGENTE AVVOCATO SC			0
	DIRIGENTE AVVOCATO SS			0
	DIRIGENTE AVVOCATO			0
	DIRIGENTE INGEGNERE SC	1		1
	DIRIGENTE INGEGNERE SS	1		1
	DIRIGENTE INGEGNERE	1		1
	DIRIGENTE ARCHITETTO SC			0
	DIRIGENTE ARCHITETTO SS			0
	DIRIGENTE ARCHITETTO			0
	DIRIGENTE ANALISTA SC			0
	DIRIGENTE ANALISTA SS	1		1
	DIRIGENTE ANALISTA	1		1
	DIRIGENTE SOCIOLOGO SC			0
	DIRIGENTE SOCIOLOGO SS			0
	DIRIGENTE SOCIOLOGO			0
	DIRIGENTE STATISTICO SC			0
	DIRIGENTE STATISTICO SS			0
	DIRIGENTE STATISTICO			0
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	3		3
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SS	4		4
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	3		3
		15	0	15

PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE			0
		INFERMIERE PEDIATRICO			0
		OSTETRICA			0
		DIETISTA			0
		ASSISTENTE SANITARIO			0
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA			0
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO			0
		TECNICO AUDIOMETRISTA			0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA			0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA			0
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA			0
		TEC. ORTOPEDICO			0
		FISIOTERAPISTA			0
		LOGOPEDISTA			0
		ORTOTTISTA			0
		EDUCATORE PROFESSIONALE			0
		OTTICO			0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE			0
		PODOLOGO			0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.			0
		ODONTOTECNICO			0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'			0
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA			0
		IGIENISTA DENTALE			0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE			0
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO			0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.			0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA			0
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE			0
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.			0
			0	0	0
		INFERMIERE	493	57	550
		INFERMIERE - Ex DS	30	1	31
		INFERMIERE PEDIATRICO	6		6
		INFERMIERE PEDIATRICO - Ex DS			0
		OSTETRICA			0
		OSTETRICA - Ex DS			0
		DIETISTA	4		4
		DIETISTA - Ex DS			0
		ASSISTENTE SANITARIO	1		1
		ASSISTENTE SANITARIO - Ex DS	1		1
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	39	1	40
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA - Ex DS			0
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	51	3	54
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO - Ex DS	1		1
		TECNICO AUDIOMETRISTA	2		2
		TECNICO AUDIOMETRISTA - Ex DS			0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA			0

PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TECNICO AUDIOPROTESISTA - Ex DS			0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA			0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA - Ex DS			0
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	2	1	3
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA - Ex DS			0
		TEC. ORTOPEDICO			0
		TEC. ORTOPEDICO - Ex DS			0
		FISIOTERAPISTA	17	3	20
		FISIOTERAPISTA - Ex DS			0
		LOGOPEDISTA	4		4
		LOGOPEDISTA - Ex DS			0
		ORTOTTISTA	1		1
		ORTOTTISTA - Ex DS			0
		EDUCATORE PROFESSIONALE			0
		EDUCATORE PROFESSIONALE - Ex DS			0
		OTTICO			0
		OTTICO - Ex DS			0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE			0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE - Ex DS			0
		PODOLOGO			0
		PODOLOGO - Ex DS			0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.			0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV. - Ex DS			0
		ODONTOTECNICO			0
		ODONTOTECNICO - Ex DS			0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'			0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA' - Ex DS			0
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA			0
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - Ex DS			0
		IGIENISTA DENTALE			0
		IGIENISTA DENTALE - Ex DS			0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE			0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE - Ex DS			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	3		3
		ASSISTENTE SOCIALE - Ex DS	1	0	1
		ASSISTENTE RELIGIOSO	2		2
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO - Ex DS			0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.			0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST. - Ex DS			0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA			0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA - Ex DS			0
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	13		13
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE - Ex DS	2		2
		RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	36	
	COLLAB. AMM.VO PROFESS. - Ex DS		17		17
			726	66	792

ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO SENIOR			0
		PUERICULTRICE SENIOR			0
		MASSIOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE SENIOR	3		3
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO Senior			0
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE DELL'INFORMAZIONE			0
		ASSISTENTE INFORMATICO			0
		OPERAT.TECN.SPECIALIZZATO SENIOR	9		9
		ASSISTENTE TECNICO	19		19
	RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	64	2	66
			95	2	97
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO			0
		MASSOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE			0
		PUERICULTRICE			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	211	2	213
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	22		22
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	17	2	19
			250	4	254
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO / OTA	14		14
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	24	4	28
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN.	28	3	31
		COMMESSE	2		2
			68	7	75
			1445,00	83,00	1528,00
			1528		

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
DIRIGENZA AREA SANITA'		DIRIGENTE MEDICO SC	7		7
		DIRIGENTE MEDICO SS	22		22
		DIRIGENTE MEDICO	246	3	249
		DIRIGENTE ODONTOIATRA SC			0
		DIRIGENTE ODONTOIATRA SS			0
		DIRIGENTE ODONTOIATRA			0
		DIRIGENTE VETERINARIO SC			0
		DIRIGENTE VETERINARIO SS			0
		DIRIGENTE VETERINARIO			0
		DIRIGENTE – FARMACISTA SC	1		1
		DIRIGENTE – FARMACISTA SS			0
		DIRIGENTE - FARMACISTA	7		7
		DIRIGENTE - BIOLOGO SC			0
		DIRIGENTE - BIOLOGO SS			0
		DIRIGENTE - BIOLOGO	9		9
		DIRIGENTE – CHIMICO SC			0
		DIRIGENTE – CHIMICO SS			0
		DIRIGENTE – CHIMICO			0
		DIRIGENTE – PSICOLOGO SC			0
		DIRIGENTE – PSICOLOGO SS			0
		DIRIGENTE - PSICOLOGO	2		2
		DIRIGENTE – FISICO SC			0
		DIRIGENTE – FISICO SS			0
		DIRIGENTE – FISICO	3		3
		DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SC	1		1
		DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SS			0
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE			0		
			298	3	301
DIRIGENZA PTA		DIRIGENTE AVVOCATO SC	0		0
		DIRIGENTE AVVOCATO SS	0		0
		DIRIGENTE AVVOCATO	0		0
		DIRIGENTE INGEGNERE SC	1		1
		DIRIGENTE INGEGNERE SS	1		1
		DIRIGENTE INGEGNERE	2		2
		DIRIGENTE ARCHITETTO SC	0		0
		DIRIGENTE ARCHITETTO SS	0		0
		DIRIGENTE ARCHITETTO	0		0
		DIRIGENTE ANALISTA SC	0		0
		DIRIGENTE ANALISTA SS	1		1
		DIRIGENTE ANALISTA	1		1
		DIRIGENTE SOCIOLOGO SC	0		0
		DIRIGENTE SOCIOLOGO SS	0		0
		DIRIGENTE SOCIOLOGO	0		0
		DIRIGENTE STATISTICO SC	0		0
		DIRIGENTE STATISTICO SS	0		0
		DIRIGENTE STATISTICO	0		0
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	3		3
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SS	4		4
		DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2		2
					15
		INFERMIERE	2		2
		INFERMIERE PEDIATRICO	0		0
		OSTETRICA	0		0
		DIETISTA	0		0
		ASSISTENTE SANITARIO	0		0
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	0		0
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	0		0

PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	<i>RUOLO SANITARIO</i>	TECNICO AUDIOMETRISTA	0		0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA	0		0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA	0		0
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	0		0
		TEC. ORTOPEDICO	0		0
		FISIOTERAPISTA	1		1
		LOGOPEDISTA	0		0
		ORTOTTISTA	0		0
		EDUCATORE PROFESSIONALE	0		0
		OTTICO	0		0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE	0		0
		PODOLOGO	0		0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	0		0
		ODONTOTECNICO	0		0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'	0		0
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0		0
		IGIENISTA DENTALE	0		0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE	0		0
	<i>RUOLO SOCIO-SANITARIO</i>	ASSISTENTE SOCIALE	0		0
	<i>RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE</i>	ASSISTENTE RELIGIOSO	0		0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.	0	0	0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA	0		0
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	1		1
	<i>RUOLO AMMINISTRATIVO</i>	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	1		1
			5	0	5
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	<i>RUOLO SANITARIO</i>	INFERMIERE	522	54	576
		INFERMIERE - Ex DS	13	1	14
		INFERMIERE PEDIATRICO	4		4
		INFERMIERE PEDIATRICO - Ex DS	0		0
		OSTETRICA	0		0
		OSTETRICA - Ex DS	0		0
		DIETISTA	4		4
		DIETISTA - Ex DS	0		0
		ASSISTENTE SANITARIO	0		0
		ASSISTENTE SANITARIO - Ex DS	0		0
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	43	1	44
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA - Ex DS	0		0
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	53	2	55
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO - Ex DS	0		0
		TECNICO AUDIOMETRISTA	2		2
		TECNICO AUDIOMETRISTA - Ex DS	0		0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA	0		0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA - Ex DS	0		0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA	0		0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA - Ex DS	0		0
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	2	1	3
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA - Ex DS	0		0
		TEC. ORTOPEDICO	0		0
		TEC. ORTOPEDICO - Ex DS	0		0
		FISIOTERAPISTA	16	4	20
		FISIOTERAPISTA - Ex DS	0		0
		LOGOPEDISTA	4		4
		LOGOPEDISTA - Ex DS	0		0
		ORTOTTISTA	1		1
		ORTOTTISTA - Ex DS	0		0
		EDUCATORE PROFESSIONALE	0		0

		EDUCATORE PROFESSIONALE - Ex DS	0		0
		OTTICO	0		0
		OTTICO - Ex DS	0		0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE	0		0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE - Ex DS	0		0
		PODOLOGO	0		0
		PODOLOGO - Ex DS	0		0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	0		0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV. - Ex DS	0		0
		ODONTOTECNICO	0		0
		ODONTOTECNICO - Ex DS	0		0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'	0		0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA' - Ex DS	0		0
		TEC. RIABILIZATIONE PSICHIATRICA	0		0
		TEC. RIABILIZATIONE PSICHIATRICA - Ex DS	0		0
		IGIENISTA DENTALE	0		0
		IGIENISTA DENTALE - Ex DS	0		0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE	0		0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE - Ex DS	0		0
		RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	3	
	ASSISTENTE SOCIALE - Ex DS		1		1
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	2		2
		ASSISTENTE RELIGIOSO - Ex DS	0		0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.	0		0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST. - Ex DS	0		0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA	0		0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA - Ex DS	0		0
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	13		13
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE - Ex DS	2		2
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	38		38
		COLLAB. AMM.VO PROFESS. - Ex DS	14		14
			737	63	800
ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO SENIOR	0		0
		PUERICULTRICE SENIOR	0		0
		MASSIOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE SENIOR	3		3
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO Senior	0		0
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE DELL'INFORMAZIONE	0		0
		ASSISTENTE INFORMATICO	1		1
		OPERAT.TECN.SPECIALIZZATO SENIOR	7		7
		ASSISTENTE TECNICO	18		18
RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	62	1	63	
			91	1	92
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO			0
		MASSOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE			0
		PUERICULTRICE			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	232	2	234
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	21		21
RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	20	2	22	
			273	4	277
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO / OTA	12		12
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	19	2	21
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN.	29	3	32
		COMMESSO	1		1
			61	5	66
			1480,00	76,00	1556,00
			1556		

	CATEGORIA/PROFILO	Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
		TP	PT	totale
DIRIGENZA AREA SANITA'	DIRIGENTE MEDICO SC	7		7
	DIRIGENTE MEDICO SS	22		22
	DIRIGENTE MEDICO	247	3	250
	DIRIGENTE ODONTOIATRA SC			0
	DIRIGENTE ODONTOIATRA SS			0
	DIRIGENTE ODONTOIATRA			0
	DIRIGENTE VETERINARIO SC			0
	DIRIGENTE VETERINARIO SS			0
	DIRIGENTE VETERINARIO			0
	DIRIGENTE – FARMACISTA SC	1		1
	DIRIGENTE – FARMACISTA SS			0
	DIRIGENTE - FARMACISTA	7		7
	DIRIGENTE - BIOLOGO SC			0
	DIRIGENTE - BIOLOGO SS			0
	DIRIGENTE - BIOLOGO	9		9
	DIRIGENTE – CHIMICO SC			0
	DIRIGENTE – CHIMICO SS			0
	DIRIGENTE – CHIMICO			0
	DIRIGENTE – PSICOLOGO SC			0
	DIRIGENTE – PSICOLOGO SS			0
	DIRIGENTE - PSICOLOGO	2		2
	DIRIGENTE – FISICO SC			0
	DIRIGENTE – FISICO SS			0
	DIRIGENTE – FISICO	4		4
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SC	1		1
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE SS			0
	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE			0
		300	3	303
DIRIGENZA PTA	DIRIGENTE AVVOCATO SC	0		0
	DIRIGENTE AVVOCATO SS	0		0
	DIRIGENTE AVVOCATO	0		0
	DIRIGENTE INGEGNERE SC	1		1
	DIRIGENTE INGEGNERE SS	1		1
	DIRIGENTE INGEGNERE	1		1
	DIRIGENTE ARCHITETTO SC	0		0
	DIRIGENTE ARCHITETTO SS	0		0
	DIRIGENTE ARCHITETTO	1		1
	DIRIGENTE ANALISTA SC	0		0
	DIRIGENTE ANALISTA SS	1		1
	DIRIGENTE ANALISTA	1		1
	DIRIGENTE SOCIOLOGO SC	0		0
	DIRIGENTE SOCIOLOGO SS	0		0
	DIRIGENTE SOCIOLOGO	0		0
	DIRIGENTE STATISTICO SC	0		0
	DIRIGENTE STATISTICO SS	0		0
	DIRIGENTE STATISTICO	0		0
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SC	3		3
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO SS	4		4
	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	2		2
		15	0	15

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	2		2
		INFERMIERE PEDIATRICO	0		0
		OSTETRICA	0		0
		DIETISTA	0		0
		ASSISTENTE SANITARIO	0		0
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	0		0
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	0		0
		TECNICO AUDIOMETRISTA	0		0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA	0		0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA	0		0
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	0		0
		TEC. ORTOPEDICO	0		0
		FISIOTERAPISTA	1		1
		LOGOPEDISTA	0		0
		ORTOTTISTA	0		0
		EDUCATORE PROFESSIONALE	0		0
		OTTICO	0		0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE	0		0
		PODOLOGO	0		0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	0		0
		ODONTOTECNICO	0		0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'	0		0
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0		0
		IGIENISTA DENTALE	0		0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE	0		0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	0		0
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	0		0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.	0		0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA	0		0
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	1		1
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	1		1
			5	0	5
		INFERMIERE	528	54	582
		INFERMIERE - Ex DS	11	1	12
		INFERMIERE PEDIATRICO	4		4
		INFERMIERE PEDIATRICO - Ex DS	0		0
		OSTETRICA	0		0
		OSTETRICA - Ex DS	0		0
		DIETISTA	4		4
		DIETISTA - Ex DS	0		0
		ASSISTENTE SANITARIO	0		0
		ASSISTENTE SANITARIO - Ex DS	0		0
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA	43	1	44
		TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA MEDICA - Ex DS	0		0
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO	52	3	55
		TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO - Ex DS	0		0
		TECNICO AUDIOMETRISTA	2		2
		TECNICO AUDIOMETRISTA - Ex DS	0		0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA	0		0
		TECNICO AUDIOPROTESISTA - Ex DS	0		0

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA	0		0
		TEC. FISIOPAT. CARDIOCIRC. E PERFUSIONISTA - Ex DS	0		0
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA	2	1	3
		TEC. NEUROFISIOPATOLOGIA - Ex DS	0		0
		TEC. ORTOPEDICO	0		0
		TEC. ORTOPEDICO - Ex DS	0		0
		FISIOTERAPISTA	16	4	20
		FISIOTERAPISTA - Ex DS	0		0
		LOGOPEDISTA	4		4
		LOGOPEDISTA - Ex DS	0		0
		ORTOTTISTA	1		1
		ORTOTTISTA - Ex DS	0		0
		EDUCATORE PROFESSIONALE	0		0
		EDUCATORE PROFESSIONALE - Ex DS	0		0
		OTTICO	0		0
		OTTICO - Ex DS	0		0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE	0		0
		TERAPISTA OCCUPAZIONALE - Ex DS	0		0
		PODOLOGO	0		0
		PODOLOGO - Ex DS	0		0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV.	0		0
		TEC. PREVENZIONE AMB. DI LAV. - Ex DS	0		0
		ODONTOTECNICO	0		0
		ODONTOTECNICO - Ex DS	0		0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA'	0		0
		TEC. NEUROPSICOMOTRICITA' - Ex DS	0		0
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	0		0
		TEC. RIABILITAZIONE PSICHIATRICA - Ex DS	0		0
		IGIENISTA DENTALE	0		0
		IGIENISTA DENTALE - Ex DS	0		0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE	0		0
		MASSAGGIATORE NON VEDENTE - Ex DS	0		0
		RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	3	
	ASSISTENTE SOCIALE - Ex DS		1		1
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	2		2
		ASSISTENTE RELIGIOSO - Ex DS	0		0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST.	0		0
		SPECIALISTA COMUNICAZIONE IST. - Ex DS	0		0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA	0		0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA - Ex DS	0		0
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	14		14
	COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE - Ex DS	2		2	
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	39		39
		COLLAB. AMM.VO PROFESS. - Ex DS	13		13
			741	64	805
ASSISTENTI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO SENIOR	0		0
		PUERICULTRICE SENIOR	0		0
		MASSIOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE SENIOR	3		3
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO Senior	0		0
		ASSISTENTE DELL'INFORMAZIONE	0		0

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	ASSISTENTE INFORMATICO	1		1
		OPERAT.TECN.SPECIALIZZATO SENIOR	7		7
		ASSISTENTE TECNICO	18		18
	RUOLO AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	62	1	63
			91	1	92
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO			0
		MASSOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE			0
		PUERICULTRICE			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	234	2	236
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	21		21
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	20	2	22
			275	4	279
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO / OTA	12		12
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	15	4	19
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN.	29	3	32
		COMMESSO	1		1
			57	7	64
			1484,00	79,00	1563,00
			1563		

ALL. 9 - PIANO FORMATIVO 2025

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD FORMATIVA	DURATA	NUM EDIZIO NI	PART PER EDIZ	PROF ECM	PROF NON ECM	RESP. SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA CARDIOVASCOLARE	FSC: MANOVRE INTERVENTISTICHE IN EMODINAMICA ED ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRE DURANTE E POST PROCEDURA	Sul Campo	5	4	3	INFERMIERE		CERRATO ENRICO	Ponso
	REPERIMENTO ACCESSI VASCOLARI PERIFERICI (MINIMIDLINE) CON SUPPORTO ECOGRAFICO	Sul Campo	4	5	3	INFERMIERE		FRACCALINI THOMAS	Ponso
AREA CLINICA INFERMIERISTICA	MOBILIZZAZIONE PRECOCE E AUSILI PER LA DIMISSIONE PROTETTA UNITA' DEDICATE ALLA FORMAZIONE DEGLI STUDENTI INFERMIERI (DEDICATED EDUCATION UNIT- DEU)	Residenziale	4	5	20	INFERMIERE	O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Ponso
	TITOLO DELL'INIZIATIVA FORMATIVA: APPLICARE LE BEST PRACTICE NELLA PRATICA QUOTIDIANA	Residenziale	12	3	0	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorro
	APPLICAZIONE SPERIMENTALE DEL MODELLO PRIMAY NURSING NEI CONTESTI ASSITENZIALI	Sul Campo	4	4	3	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorro
	MODELLO PRIMARY NURSING: IL FOCUS SULLA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE	Sul Campo	6	45	3	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorro
	MODELLO PRIMARY NURSING PER UN'ASSISTENZA PERSONALIZZATA	Residenziale	4	3	25	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorro
	AGGRESSIONE DEGLI OPERATORI: GESTIONE DEL RISCHIO	Residenziale	4	2	25	TUTTE LE PROFESSIONI		SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	RICONOSCERE E GESTIRE LO STRESS DERIVANTE DALL'ATTIVITA' LAVORATIVA COMPETENZE AVANZATE DEGLI INFERMIERI GUIDA DI TIROCINIO: LA RELAZIONE COME STRUMENTO PEDAGOGICO	Residenziale	4	10	30	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	PATANE' CRISTINA	Ponso
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	LA FUNZIONE DI GUIDA DI TIROCINIO PER GLI STUDENTI INFERMIERI- UN'OPORTUNITA' DI SVILUPPO DELLA FORMAZIONE E DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE	Residenziale	14	3	32	INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		SIMIONATO LAURA	Ponso
	BENVENUTI IN TIROCINIO: IL PERCORSO DI FORMAZIONE PER PROGETTARE L'ACCOGLIENZA DEGLI STUDENTI	Residenziale	7	6	30	INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		SIMIONATO LAURA	Montorro
	QUALE GENERE DI ASSISTENZA FORNISCI?	FAD	4	3	50	INFERMIERE		SIMIONATO LAURA	Montorro
	LA VALUTAZIONE FORMATIVA E CERTIFICATIVA DEGLI STUDENTI INFERMIERI IN TIROCINIO	Residenziale	7	1	120	INFERMIERE		SIMIONATO LAURA	Ponso
	MINDFULNESS BASE	FAD	4	3	50	INFERMIERE		SIMIONATO LAURA	Ponso
	LA GESTIONE DEL CLIMA ORGANIZZATIVO NEI SERVIZI DI SUPPORTO E AMMINISTRATIVI	Residenziale	24	2	20	TUTTE LE PROFESSIONI		MARMO CHIARA	Montorro
		Residenziale	21	4	25		TUTTE LE PROFESSIONI	DA IDENTIFICARE	Ponso

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD FORMATIVA	DURATA	NUM EDIZIO NI	PART PER EDIZ	PROF ECM	PROF NON ECM	RESP. SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	FORMAZIONE ESPERIENZIALE/RELAZIONALE CON L'ARTE DELLO SHIATSU	Residenziale	20	2	20	TUTTE LE PROFESSIONI		BELLINI GIANPIERO	Montorro
	BENESSERE PSICOLOGICO TRA OPERATORI SANITARI - MINDFULNESS AVANZATO	Residenziale	14	2	20	TUTTE LE PROFESSIONI		MARMO CHIARA	Montorro
	TEAM BUILDING E UMANIZZAZIONE DELLE CURE	Residenziale	35	2	15	TUTTE LE PROFESSIONI		DA IDENTIFICARE	Montorro
	L'OSS NELL'AFFIANCAMENTO DELLO STUDENTE OSS: FUNZIONI E RESPONSABILITÀ.	Residenziale	8	2	20		O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Montorro
AREA EMERGENZA ED URGENZA	ICTUS ISCHEMICO: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE	Sul Campo	10	2	3	TUTTE LE PROFESSIONI		CLERICO MARINELLA	Ponso
	ALS - ADVANCED LIFE SUPPORT	Residenziale	18	3	18	MEDICO INFERMIERE		PENSO ROBERTO	Montorro
	P-BLSD PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION	Residenziale	8	2	12	MEDICO INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		PENSO ROBERTO	Montorro
	BLSD - BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION	Residenziale	5	14	24	TUTTE LE PROFESSIONI	PROFILO ATIPICO RUOLO SANITARIO	PENSO ROBERTO	Montorro
	ILS - IMMEDIATE LIFE SUPPORT	Residenziale	7	4	15	MEDICO INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		PENSO ROBERTO	Montorro
	BLSD LAICO	Residenziale	5	2	15		TUTTE LE PROFESSIONI	PENSO ROBERTO	Montorro
	IL PROGETTO P.R.I.M.A: PIANO REGIONALE INTEGRATO DI MONITORAGGIO E ALLERTAMENTO	Blended	5	12	20	MEDICO INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		FINIGUERRA IVANA	Montorro
	DONAZIONE DI ORGANI: UN'OPPORTUNITÀ NEL TUO REPARTO	Residenziale	8	1	15	MEDICO INFERMIERE		BERRUTO FRANCESCO	Montorro
AREA ETICA E DEONTOLOGICA	DONAZIONE E PRELIEVO DI CORNEE	Residenziale	5	1	18	MEDICO INFERMIERE		BERRUTO FRANCESCO	Montorro
	DONARE, PERCHÈ?	Residenziale	5	1	25	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	BERRUTO FRANCESCO	Montorro
	I MODELLI DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA: LA PERCEZIONE DEL PAZIENTE E LA VALORIZZAZIONE DELL'INFERMIERE	Residenziale	60	15	4	INFERMIERE	O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Montorro
AREA FARMACEUTICA	LA FARMACO E DISPOSITIVO VIGILANZA: DALLA TEORIA ALLA PRATICA QUOTIDIANA	Residenziale	5	4	25	MEDICO INFERMIERE FARMACISTA		NADA CINZIA	Ponso

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD FORMATIVA	DURATA	NUM EDIZIO NI	PART PER EDIZ	PROF ECM	PROF NON ECM	RESP. SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA GESTIONALE/MANAGE MENT ECONOMICO FINANZIARIA	APPLICARE IL LEAN MANAGEMENT NEI SERVIZI DI SUPPORTO E AMMINISTRATIVI	Blended	35	5	25		TUTTE LE PROFESSIONI	DA IDENTIFICARE	Ponso
	SANITA' DIGITALE E TELEMEDICINA	Residenziale	21	5	25	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	DA IDENTIFICARE	Ponso
	APPLICARE IL LEAN MANAGEMENT NELLA GESTIONE DELLA SALA OPERATORIA	Residenziale	35	2	25	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	DA IDENTIFICARE	Ponso
	FORMAZIONE NEOASSUNTI SENSIBILIZZAZIONE ALLA METODOLOGIA LEAN NELLA REVISIONE DEI PROCESSI ORGANIZZATIVI	FAD	5	4	50	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	DA IDENTIFICARE	Ponso
	APPLICARE IL LEAN MANAGEMENT NELLA GESTIONE DEL LABORATORIO ANALISI	FAD	4	3	50	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	PRESUTTI MICHELE	Montorro
	LEADERSHIP EFFICACE: INNOVAZIONE E SVILUPPO	Residenziale	35	1	25	TUTTE LE PROFESSIONI		DA IDENTIFICARE	Ponso
		Residenziale	4	4	25	TUTTE LE PROFESSIONI		FINIGUERRA IVANA	Montorro
AREA GIURIDICO - NORMATIVA	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	FAD	5	3	50	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	DICUIA ANNALISA	Montorro
AREA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	RISCHIO INFETTIVO E ANTIMICROBICO RESISTENZA PER IL PERSONALE NEO ASSUNTO	FAD	4	4	60	TUTTE LE PROFESSIONI	OTA, O.S.S	DE SIMONE ADRIANO	Ponso
	AGGIORNAMENTO PROTOCOLLO PREVENZIONE INFEZIONI VIE URINARIE (IVU)	Sul Campo	12	1	15	MEDICI INFERMIERI		DE SIMONE ADRIANO	Montorro
	PREVENIRE LE INFEZIONI ATTRAVERSO L'IGIENE DELLE MANI E IL CORRETTO USO DEI GUANTI	FAD	4	4	50	TUTTE LE PROFESSIONI	ASSISTENTE RELIGIOSO,AUSILI ARIO SPECIALIZZATO,O PERATORE SOCIO- SANITARIO,OPERA TORE TECNICO ADDETTO ASSISTENZA (OTA)	DE SIMONE ADRIANO	Ponso
	LA FIGURA DELL'OSS, QUALE CONTRIBUTO NELLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA	Residenziale	4	4	50		OTA, O.S.S	DE SIMONE ADRIANO	Ponso
	LA FORMAZIONE PER I REFERENTI DELLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	Residenziale	4	4	32	TUTTE LE PROFESSIONI		DE SIMONE ADRIANO	Montorro
	ELABORAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLE POLMONITI DA VENTILAZIONE ASSISTITA (VAP)	Sul Campo	12	1	15	MEDICI INFERMIERI		DE SIMONE ADRIANO	Montorro
	PNNR, M6 - C2 - 2.2 - CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO MODULO B + C	Residenziale	7	10	40	MEDICI INFERMIERI	O.S.S.	DE SIMONE ADRIANO	Montorro

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD FORMATIVA	DURATA	NUM EDIZIO NI	PART PER EDIZ	PROF ECM	PROF NON ECM	RESP. SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA INFORMATICA	RAFFORZAMENTO DELLE COMPETENZE DIGITALI	Blended	11	22	15	MEDICI		DA IDENTIFICARE	Ponso
	TELEMEDICINA E INNOVAZIONE DIGITALE IN SANITA' - MODELLI ED ESPERIENZE APPLICATIVE	FAD	12	3	50	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	PRESUTTI MICHELE	Montorro
AREA METODOLOGICA	LE REVISIONI SISTEMATICHE E LE METANALISI: UNA GUIDA ALLA LETTURA	FAD	4	2	50	TUTTE LE PROFESSIONI		BIDOGGIA FABIO	Ponso
	INTRODUZIONE ALLA RICERCA BIBLIOGRAFICA SULLE BANCHE DATI ELETTRONICHE (PUBMED CINAHL E EMBASE)	Blended	8	2	20	TUTTE LE PROFESSIONI		BIDOGGIA FABIO	Ponso
	STRATEGIE NELLA GESTIONE DELLO STUDENTE CON DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO	FAD	4	3	55	INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		SIMIONATO LAURA	Montorro
	PROMUOVERE E SOSTENERE L'ADERENZA TERAPEUTICA	Residenziale	7	3	25	TUTTE LE PROFESSIONI		DA IDENTIFICARE	Ponso
	L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE NEL PERCORSO CHIRURGICO: DAL PRE RICOVERO ALLA DIMISSIONE	Residenziale	8	2	25	INFERMIERE	O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	AREA ONCOLOGICA TRIAL CLINICI	Sul Campo	6	5	3	MEDICI INFERMIERI		NOVELLO SILVIA	Montorro
	AREA PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ASSISTENZA E CURA	Residenziale	4	4	10	INFERMIERE	O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Ponso
AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT	EVENTI AVVERSI: COME RICONOSCERLI, SEGNALARLI E PREVENIRLI	Residenziale	8	3	30	MEDICI INFERMIERI	O.S.S.	BO MARCO	Montorro
	PREVENIRE E GESTIRE LA CONTENZIONE IN OSPEDALE	Residenziale	8	3	30	MEDICI INFERMIERI	O.S.S.	BO MARCO	Montorro
	PREVENIRE E GESTIRE LE CADUTE: VALUTAZIONE MULTIFATTORIALE E PIANI DI ASSISTENZA PERSONALIZZATI	Residenziale	8	2	30	MEDICI INFERMIERI	O.S.S.	BO MARCO	Ponso
	LA SICUREZZA IN CHIRURGIA: MANUALE MINISTERIALE E CHECKLIST	Residenziale	8	2	30	MEDICI INFERMIERI	O.S.S.	BO MARCO	Ponso
	IL BENDAGGIO NELLE PATOLOGIE VASCOLARI DEGLI ARTI INFERIORI.	Residenziale	8	2	10	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorro
	LA VALUTAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE, CORSO PER OPERATORI SANITARI	Blended	17	4	15		O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	PILLOLE DI FORMAZIONE PER O.S.S.	Residenziale	8	2	20		O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE. FORMAZIONE DEL TUTOR	Blended	34	2	20	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorro
AREA RIABILITAZIONE	UPDATE IN RIABILITAZIONE 2025	Sul Campo	10	4	10	MEDICI INFERMIERI FISIOTERAPISTA LOGOPEDISTA MASSIOISIOTERAPISTA	O.S.S.	DAL FIOR SABRINA MARIA	Ponso

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD FORMATIVA	DURATA	NUM EDIZIO NI	PART PER EDIZ	PROF ECM	PROF NON ECM	RESP. SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	L'INCENDIO IN MEDICINA NUCLEARE: ASPETTI DI RADIOPROTEZIONE PER GLI OPERATORI DELLA SQUADRA DI PRIMO INTERVENTO	Residenziale	2	2	10	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	AGGIORNAMENTO CORSO DI FORMAZIONE SULL'USO DELL'AUTORESPIRATORE PER GLI ADDETTI DELL'EMERGENZA	Residenziale	4	4	10	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE AZIENDALE ALL'USO DEGLI ESTINTORI	Residenziale	1	20	10	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	FORMAZIONE PER ADDETTI ALLE EMERGENZE LIVELLO 3 TRE AI SENSI DEL D.M. 29 DEL 2021 - RISCHIO INCENDIO ELEVATO 16 ORE	Residenziale	16	5	10	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	FORMAZIONE PER I DIRIGENTI AI SENSI DELL'ART. 37 DEL DLGS. 81/2008 ED ACCORDO STATO REGIONI DEL 21/11/2011 E S.M.I.	Residenziale	16	4	10		RETTORE AMMINISTRAT IVO,DIRETTO RE DEI SERVIZI SOCIALI,DIRE TTORE GENERALE,DI RIGENTE AMMINISTRAT	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	IL RISCHIO IN RISONANZA MAGNETICA ED IL REGOLAMENTO DI SICUREZZA	Residenziale	2	4	10	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	AGGIORNAMENTO PER ADDETTO ANTINCENDIO IN ATTIVITA' DI LIVELLO 3 AI SENSI DEL D.M. 29 DEL 2021 RISCHIO INCENDIO ELEVATO 8 ORE	Residenziale	8	4	30	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	FORMAZIONE DEL PERSONALE ADDETTI ANTINCENDIO E LAVORATORI COINVOLTI PER ATTIVITA'ORDINARIE E MANUTENTIVA E DI TUTTI I LAVORATORI AZIENDALI PER GLI SCENARI DI INCENDIO PREVISTI NEL PIANO DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE	Residenziale	4	20	10	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	CORRETTA MANIPOLAZIONE DEI MANUFATTI CONTENENTI AMIANTO	Residenziale	2	2	10		TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	AGGIORNAMENTO PER I DIRIGENTI AI SENSI DELL'ART. 37 D. LGS 81/08 E ACCORDO STATO REGIONI DEL 21/11/2011 E S.M.I.	Residenziale	6	1	20	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	D. LGS 101/20 - CORSO DI FORMAZIONE IN RADIOPROTEZIONE - "LAVORATORI"	FAD	4	2	50	TUTTE LE PROFESSIONI	O.S.S.	TREVISIOL EDOARDO	Ponso

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD FORMATIVA	DURATA	NUM EDIZIO NI	PART PER EDIZ	PROF ECM	PROF NON ECM	RESP. SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	AGGIORNAMENTO IN MATERIA DI RADIOPROTEZIONE PER DIRIGENTI E PREPOSTI ALLA LUCE DEL RECENTE D. LGS 101/2020	Residenziale	4	2	15	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	81371A FORMAZIONE GENERALE ALLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 DEL D. LGS 81/08) - SETTORE ATECO 2007 Q 86	FAD	4	6	5050	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	LEGGE 81: LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO NELL'IMPIEGO CLINICO DEI LASER - AGGIORNAMENTO	FAD	7	2	50	MEDICO ODONTOIATRA FISIOTERAPISTA INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO	O.S.S.	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	DEI DPI E SULLA PROCEDURA DI VESTIZIONE E SVESTIZIONE NELL'IPOTESI DI UN CASO SOSPETTO/PROBABILE DI COVID 19	FAD	2	6	50	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	81371B FORMAZIONE SPECIFICA ALLA SALUTE E ALLA SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 D. LGS 81/08) - MODULO PER MANSIONI A RISCHIO ALTO IN AREA SANITARIA - SETTORE ATECO 2007 Q 86	FAD	12	6	50	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	CORSO PER PREPOSTI DELLA SICUREZZA	Residenziale	8	2	25	DIETISTA INFERMIERE TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO -	ASSISTENTE TECNICO,OPE RATORE TECNICO,OPE RATORE TECNICO SPECIAL. TO	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	81371B FORMAZIONE SPECIFICA ALLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 DEL D. LGS 81/08) - MODULO PER MANSIONI A RISCHIO BASSO - SETTORE ATECO 2007 Q 86	FAD	6	2	50	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE SULLA SICUREZZA (ART. 37, D. LGS 81/08 - SETTORE ATECO 2007 Q/86)	FAD	6	6	50	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI	Residenziale	4	6	15	INFERMIERE	OPERATORE SOCIO- SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	AGGIORNAMENTO - RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA (R.L.S.) (DECRETO LEGISLATIVO COORDINATO 81/2008 E 106/2009 ART. 37, COMMI 10, 11 E ART 47)	Residenziale	8	1	8	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD FORMATIVA	DURATA	NUM EDIZIO NI	PART PER EDIZ	PROF ECM	PROF NON ECM	RESP. SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA SPECIALITA' CHIRURGICHE	EVIDENCE BASED MEDICINE IN CHIRURGIA TORACICA	Sul Campo	38	1	10	TUTTE LE PROFESSIONI		SOBRERO SIMONA	Montorro
	CASI CLINICI IN CHIRURGIA TORACICA	Sul Campo	46	1	10	TUTTE LE PROFESSIONI		LEO FRANCESCO	Montorro
	ALLA SCOPERTA DEL TIMO	Residenziale	8	1	50	TUTTE LE PROFESSIONI		LEO FRANCESCO	Montorro
	IPERIDROSI PRIMARIA IDIOPATICA: DAI TRATTAMENTI CONSERVATIVI ALLA CHIRURGIA	Residenziale	4	1	40	TUTTE LE PROFESSIONI		LEO FRANCESCO	Montorro
	IL DRENAGGIO PLEURICO	Residenziale	12	3	20	MEDICO INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		LEO FRANCESCO	Montorro
	GESTIONE CHIRURGICA DEL PRELIEVO D'ORGANI E TESSUTI MUSCOLOSCHIELETRICI : DALL'ARRIVO IN SALA FINO ALLA DIMISSIONE	Blended	4	3	20		OPERATORE SOCIO SANITARIO	DININNO EUGENIA	Ponso
	RETRAINING ALLESTIMENTO SALA OPERATORIA:POSIZIONE INTERVENTO PRESIDI E TECNOLOGIE	Blended	4	3	20		OPERATORE SOCIO SANITARIO	MANNA ROSANNA	Ponso
	GESTIONE DELL'EMERGENZA IN SALA OPERATORIA: DEFINIZIONE DEI RUOLI E COMPETENZE	Blended	4	3	20	INFERMIERE	OPERATORE SOCIO SANITARIO	MARCHISIO ELISA	Ponso
	LA PERSONA AFFETTA DA MALATTIA RENALE CRONICA AVANZATA E POLIPATOLOGIE: LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE NELLA COMPLESSITA'	Residenziale	7	2	25	MEDICO INFERMIERE		MASSARA CARLO MARIA LORENZO	Ponso
AREA SPECIALITA' MEDICHE	SICUREZZA TRASFUSIONALE	FAD	5	3	30	MEDICO INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		NAPOLI FRANCA	Montorro
	TERAPIE EXTRACORPOREE: DALL'AFERESI ALL'EMODIALISI, TRATTAMENTI INNOVATIVI E DI SEMPRE MAGGIOR IMPIEGO	Residenziale	8	2	25	MEDICO INFERMIERE		NAPOLI FRANCA	Montorro
	DAL DOLORE NON ONCOLOGICO ALLE CURE PALLIATIVE	Residenziale	7	2	25	BIOLOGO INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO		CANZONERI LUCA	Ponso
	GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE	Residenziale	6	2	20	MEDICI INFERMIERE	O.S.S.	TINIVELLA MARCO	Ponso
	CORSO TEORICO PRATICO PER INFERMIERI SU OZONOTERAPIA E MESOTERAPIA NELLA MEDICINA DEL DOLORE	Sul Campo	16	2	3	INFERMIERE		CANZONERI LUCA	Ponso
	DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELLA NUTRIZIONE OSPEDALIERA	Residenziale	5	4	15	MEDICI INFERMIERE	O.S.S.	TINIVELLA MARCO	Ponso
	RICERCA ED IDENTIFICAZIONE ANTICORPI , AUTO-ANTICORPI E RELATIVI PROBLEMI SIEROLOGICI.	Sul Campo	4	5	3	MEDICI INFERMIERI		NAPOLI FRANCA	Montorro

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD FORMATIVA	DURATA	NUM EDIZIO NI	PART PER EDIZ	PROF ECM	PROF NON ECM	RESP. SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA SPECIALITA' MEDICHE	REVISIONE DOCUMENTALE PROCEDURE INTERNE E VALUTAZIONE CRITICITA' OPERATIVA	Sul Campo	20	4	3	MEDICI INFERMIERI		NAPOLI FRANCA	Montorro
	LA CEFALEA CRONICA PRIMARIA E LE DIAGNOSI DIFFERENZIALI: PERCORSO FORMATIVO IN SIMULAZIONE	Sul Campo	10	3	3	TUTTE LE PROFESSIONI		CLERICO MARINELLA	Ponso
	FSC: INCANNULAMENTO ARTERIA RADIALE, GESTIONE INFERMIERISTICA	Sul Campo	6	5	3	INFERMIERE		TANTILLO SANDRA	Ponso
AREA TRASVERSALE	PERCORSI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALI: ANALISI DEI DATI E IDENTIFICAZIONE D'INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO	Residenziale	60	1	6	INFERMIERE	O.S.S., ASSISTENTI SOCIALI, AMMINISTRAT IVI	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	"PRENDERSI CURA" LE COMPETENZE AVANZATE NELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE.	Residenziale	4	4	25	INFERMIERE	O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	VIOLENZA DI GENERE: VALUTAZIONE CLINICA, VALUTAZIONE DEL RISCHIO E GESTIONE.	Residenziale	8	2	25	TUTTE LE PROFESSIONI	COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE O.S.S	FINIGUERRA IVANA	Montorro
	IL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE: DAL REPARTO ALLA CENTRALE	Residenziale	4	3	25	INFERMIERE	O.S.S.	FINIGUERRA IVANA	Ponso
AREA DIPENDENZE	L'ISOLA DELLE DIPENDENZE: COME LE NUOVE ABITUDINI CAMBIANO LA CURA	Residenziale	7	1	120	INFERMIERE		SIMIONATO LAURA	Ponso



Struttura Affari Generali Relazione di Pubblicazione

Delibera N. 55 del 31/01/2025

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' ED ORGANIZZAZIONE (PIAO) - TRIENNIO 2025/2027.

La su estesa deliberazione viene oggi pubblicata all'Albo Pretorio per quindici giorni consecutivi sul sito informatico dell'AOU San Luigi Gonzaga.

03/02/2025

Sottoscritta dal funzionario incaricato
(BERTOLO FULVIA)