



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 41 del 30/01/2026

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) - TRIENNIO 2026/2028

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_2365085.pdf.p7m

A516AADF9B0FDFB6FA7D5D77D6B2A7D595BB27D58E56CA9C86202085575C306EA2954D8D0D31760EE8503C926DA98320ABCD3BD6CB5592D91C7595F4365829D3

- All 1 - Piano della Performance 2026.pdf.p7m

CE874E5040DF8AC051F349A5553492D195A3E917CE3742AA01F4A3466E6F7986AE3AE5AA1204913341687690CA4D7D5A1C996BC4D38C179FCDB4D3B5FFF33680

- All 2 - Mappatura dei processi, dei rischi e delle misure.pdf.p7m

10C593C8ADE91E2F4A9A01F65DA05BE47C82E32B1A6414DEF42CCC9F1F26D7FAF264E5F43C6291114E3CEB97DCD18B359D3AB8B6BB60DF5FB7F050D34EE59A06

- All 7 - Piano Formativo 2026.pdf.p7m

228B733776D2CB140FD3BB26C465DC1B9C0E312F25AB99F7CECD2EC61A3C7D5856CEDE10D0ABE49370A7280849D76E11A61FDC4E73AE42A910C39621860882D5

- All 4 - Struttura Organizzativa.pdf.p7m

BFF7E7BA6625B104CA8BA3019492447FF76046488EC0C21227A2E4265892A33D3B58C4E38903D663279430

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



AE6C6E2FD098A82E41A2CC6EA6107873004AD33078

- All 5 - Organizzazione del lavoro a distanza.pdf.p7m

4D33FB4E1A75E731FD7E4EA08A87F23B95270270BF926A4525D094D3D34E1FAA4E19B354727AED1CA8F8A
F061485425815434FA4E25440847CBD77135233761B

- All 6 - Dotazioni Organiche 2024 - 2026.pdf.p7m

B5FB3F2896D49CCB820E001A57791D05661B640CF7BF1FF53588A0EA94DE13D30D468D38CF1E1329BABF1
069464D38D10FE29B2A2E4095B58ED01D0B798DD5B5

- PIAO 2026-2028 def.pdf.p7m

435674D44053108C5E43A4412DB29E3DB3DBB9D63F862E4F84992BC51BB136ABCB5BA3EDAD0C22CA668E
D7E10AD389A1A9501F91ACB3418F89EE5190A8BE1870

- All 3 - Obblighi di pubblicazione.pdf.p7m

F2D7E0516B8819E4A8BDD3C81A5CBB2EEE25A294FA40BEAA3EFD04EFAAAF169A0E168FDF2E8A3A3832395
A7DE1BD51E9FD5AF0B9264A8E40A2BF70013D670C72

Sistema Sanitario Regionale del Piemonte



OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) - TRIENNIO 2026/2028

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 all'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 summenzionati 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;
- l'art. 64 del CCNL Personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 27.10.2025;
- la deliberazione n. 619 del 19/12/2025 con la quale è stato approvato il Piano della Performance anno 2026;

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;
- 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;
- gli artt. 46, 47 e 48 del CCNL Personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 27.10.2025;
- la deliberazione n. 450 del 02/10/2025 relativa all'approvazione del Piano Formativo 2026;

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 linee guida di indirizzo regionale per la predisposizione dei PTFP delle ASR;
- la D.G.R. n. 3-1490 dell'11/08/2025 con la quale la Regione Piemonte ha approvato il Piano triennale del fabbisogno di personale 2024-2026 ed il tetto di spesa anni 2025 e 2026;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, triennio 2025 - 2027, trasmesso in data 30/09/2025 ed 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;

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 DPCM del 23/09/2021 e la direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/12/2023;
- gli artt. 92 e s.s. del CCNL dell'Area Sanità, sottoscritto in data 23/01/2024;
- gli artt. 28 e s.s. del CCNL Personale del Comparto Sanità, sottoscritto in data 27.10.2025;
- la nota prot. n. 802 del 23/01/2026, con la quale è stato comunicato alle OO.SS. Comparto Sanità che nella sezione relativa al lavoro a distanza del PIAO sarà inserita la precisazione che per i dipendenti con contratto part-time verticale, le giornate autorizzabili di lavoro a distanza saranno riproporzionate, come avviene per altri istituti contrattuali.

- vista altresì la deliberazione n. 55 del 31/01/2025, relativa all'adozione del summenzionato Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), triennio 2025/2027;

- dato atto di aver trasmesso copia del PIAO 2026/2028 all'OIV in data 28/01/2026;

- ritenuto pertanto, alla luce del disposto del summenzionato D.L. n. 80/21, di approvare l'allegato Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), relativo al triennio 2026/2028;

- 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 2026/2028, 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 - 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 (31/01/2026) per l'approvazione del PIAO 2026/2028.

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 2026/2028:

- All. 1 - Obiettivi 2026*
- All. 2 - Mappatura dei processi, dei rischi e delle misure*
- All. 3 - Obblighi di pubblicazione*
- All. 4 - Struttura Organizzativa*
- All. 5 - Organizzazione lavoro a distanza*
- All. 6 - Dotazione Organica 2024-2026*
- All. 7 - Piano Formativo 2026*

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026 - 2028



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	13
2.1.8 - Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente	14
2.1.9 - Attenzione agli esiti delle cure	14
2.1.10 - Sicurezza del paziente	15
2.1.11 - Contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza.....	16
2.1.12 - Promozione e comunicazione	17
2.2.1 - L'Albero della Performance.....	17
2.2.2 - Il ciclo della Performance	19
Area gestione spese.....	19
Area organizzativa.....	20
Area qualità clinica ed assistenziale	20
Area della comunicazione.....	21
2.2.3 - Gli obiettivi strategici ed operativi.....	22
2.2.4 - La misurazione e valutazione della Performance.....	23
2.3.1 - Rischi corruttivi e trasparenza.....	23
2.3.2 - Parte Generale	24
L'Organo di indirizzo politico:.....	25
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ()	25
I Dirigenti e i Responsabili delle unità organizzative:	26
L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	26
I Referenti e la struttura di supporto	26
I dipendenti	28
L'Ufficio per il Procedimenti Disciplinari (UPD)	28

2.3.3 - Analisi del Contesto	29
<i>Il contesto esterno</i>	29
<i>Contesto interno</i>	29
2.3.4 - Gestione del rischio	33
<i>Procedimento di approvazione della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO</i>	33
<i>Mappatura dei processi e identificazione dei rischi</i>	34
<i>Valutazione (analisi e ponderazione) dei rischi</i>	35
<i>Trattamento dei rischi</i>	37
<i>Monitoraggio dei Processi e delle Misure</i>	37
<i>Misure obbligatorie</i>	40
<i>Trasparenza</i>	40
<i>Codice di comportamento</i>	40
<i>Rotazione del personale</i>	41
<i>Rotazione ordinaria</i>	42
<i>Rotazione straordinaria</i>	43
<i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse</i>	43
<i>Incarichi d’ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali</i>	45
<i>Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali</i>	45
<i>Attività successive alla cessazione del servizio</i>	46
<i>Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di delitti contro la Pubblica Amministrazione</i>	46
<i>Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)</i>	47
<i>Whistleblower e denunce anonime</i>	47
<i>Tutela della riservatezza</i>	47
<i>Divieto di discriminazione</i>	47
<i>Sottrazione della denuncia al diritto di accesso</i>	48
<i>Formazione del personale</i>	50
<i>Patti di integrità negli affidamenti</i>	50
<i>Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile</i>	50
<i>Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo</i>	51
2.3.5 - Coordinamento con il Piano della Performance	52
2.3.6 - Programmazione dell’attuazione della Trasparenza	53
<i>Obiettivi strategici in materia di Trasparenza</i>	53

<i>Strutture e dirigenti coinvolti.....</i>	<i>54</i>
<i>Coinvolgimento degli stakeholder</i>	<i>55</i>
<i>Responsabili della trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati.....</i>	<i>55</i>
<i>Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi</i>	<i>56</i>
<i>Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza</i>	<i>57</i>
<i>Misure per assicurare l'efficacia dell'Accesso Civico</i>	<i>58</i>
<i>Dati ulteriori.....</i>	<i>59</i>
<i>Sezione 3: Organizzazione e capitale umano.....</i>	<i>60</i>
3.1 - Struttura organizzativa	60
3.2 - Organizzazione del lavoro agile.....	60
3.3 - Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) 2024-2026	61
3.4 - Formazione del personale	62
<i>Formazione interna.....</i>	<i>62</i>
<i>Formazione esterna</i>	<i>62</i>
3.5 - Risorse finanziarie.....	63
<i>Formazione interna:</i>	<i>63</i>
<i>Formazione esterna:</i>	<i>63</i>
<i>Sezione 4: Monitoraggio</i>	<i>64</i>

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 2025 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 2025 per il monitoraggio e il governo delle liste di attesa saranno ulteriormente implementate nel triennio 2026-28 e prevedono tra le altre azioni:

- Prosecuzione nell'utilizzo del sistema di monitoraggio sperimentato negli anni precedenti 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 iniziata nell'anno 2025, dell'intera offerta ambulatoriale finalizzata a individuare spazi di ulteriore efficientamento.

Particolare attenzione verrà posta all'ambito dell'appropriatezza prescrittiva, con azioni progetti comuni e coordinate con le altre Aziende dell'Area Omogenea (ASL TO3 e AO Mauriziano)

Analogo livello di monitoraggio è adottato per le liste di attesa degli interventi chirurgici, sviluppato all'interno della ridefinizione del Percorso Chirurgico attuata negli anni precedenti, cui si assocerà il nuovo regolamento delle Sale Operatorie.

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 nel biennio precedente 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 2026-2028 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.

Previo rilascio del 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 2026-2028 l'AOU San Luigi Gonzaga si pone l'obiettivo di garantire una corretta alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in modo da 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 informativi regionali consolidati. L'AOU San Luigi Gonzaga si impegna inoltre a garantire un adeguato monitoraggio e verifica interna 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, l'aumento del numero dei pazienti in attesa di ricovero nei reparti di degenza. 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.

Con Deliberazione del Direttore Generale n° 180 del 04/04/ 2025 è stato 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 di garantire interventi incisivi sul fenomeno del sovraffollamento e del boarding, definendo 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. Definisce inoltre gli indicatori da misurare per monitorare e analizzare il fenomeno, al fine di adottare azioni correttive.

Le modalità di intervento previste per la riduzione del boarding in P.S. sono in primis di tipo pro-attivo all'interno del P:S e prevedono una velocizzazione delle consulenze specialistiche e prestazioni diagnostiche, percorsi alternativi al ricovero quali l'invio presso strutture territoriali direttamente dal DEA, percorsi *fast track* con presa in carico dei pazienti dalle strutture specialistiche, rinforzo del personale di turno in PS sia medico (terza presenza in OBI) che infermieristico con l'introduzione di nuovi modelli organizzativi quale la presa in carico in triage di un infermiere di riferimento.

Gli interventi pro-attivi all'interno dei reparti sono invece finalizzati a velocizzare i tempi di ricovero e quindi a liberare nel più breve tempo possibile i posti letto per accogliere i pazienti in boarding in DEA. A tal fine è stata inaugurata l'area di pre-dimissione. Un piccolo polmone di 12 posti letto a conduzione infermieristica in cui possono essere ricoverati pazienti stabilizzati già dimissibili che non trovano la disponibilità di presa in carico dalle strutture territoriali o dalla stessa famiglia per difficoltà del *care giver* o l'attesa di alcuni presidi necessari.

Per far fronte all'ulteriore incidenza di afflusso di pazienti al pronto soccorso nel periodo invernale con aumento delle patologie da raffreddamento è stata redatta una nota integrativa al piano boarding per favorire il ricovero dal DEA nei reparti e nell'area di pre-dimissioni definendo nuovi criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti in questa area (Nota prot. N°19666 del 27.11.2025)

Nel triennio 2026-2028 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. Fondamentale sarà 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, dal 2024, è stata avviata una costante 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.

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, di varie articolazioni della

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.

A partire dal 2024 l'Azienda ha avviato una revisione della composizione e dell'impianto organizzativo della Commissione, con il coinvolgimento della SS Pianificazione Strategica e Governance, al fine di 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; tale revisione sarà pienamente recepita a seguito dell'approvazione del nuovo atto aziendale.

Nel corso del 2025 la Commissione TBDM è stata convocata n. 2 volte e ha preso in carico e vagliato 14 richieste di introduzione di tecnologie, di cui 11 approvate e avviate all'acquisizione in corso d'anno.

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 ed 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 2026-2028 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 degli interventi di PTCA e di riduzione della frattura del femore.

Nel triennio 2026-28, 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 condotte negli anni attività di analisi a priori del rischio e safety walkaround. I sistemi di identificazione del rischio hanno consentito di adottare azioni correttive mirate a 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 2025 si è assistito a un consolidamento del flusso di segnalazione di eventi avversi e di episodi di aggressione a danno del personale sanitario, che consente di garantire una stabile 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 2026-28 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, Internazionali e Regionali 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 Sorveglianza e Controllo delle ICA"*.

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, negli ultimi anni l'AOU San Luigi Gonzaga ha incrementato le proprie vie di comunicazione verso l'esterno tramite l'apertura di pagine social (Facebook, Instagram e LinkedIn) che si affiancano 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.

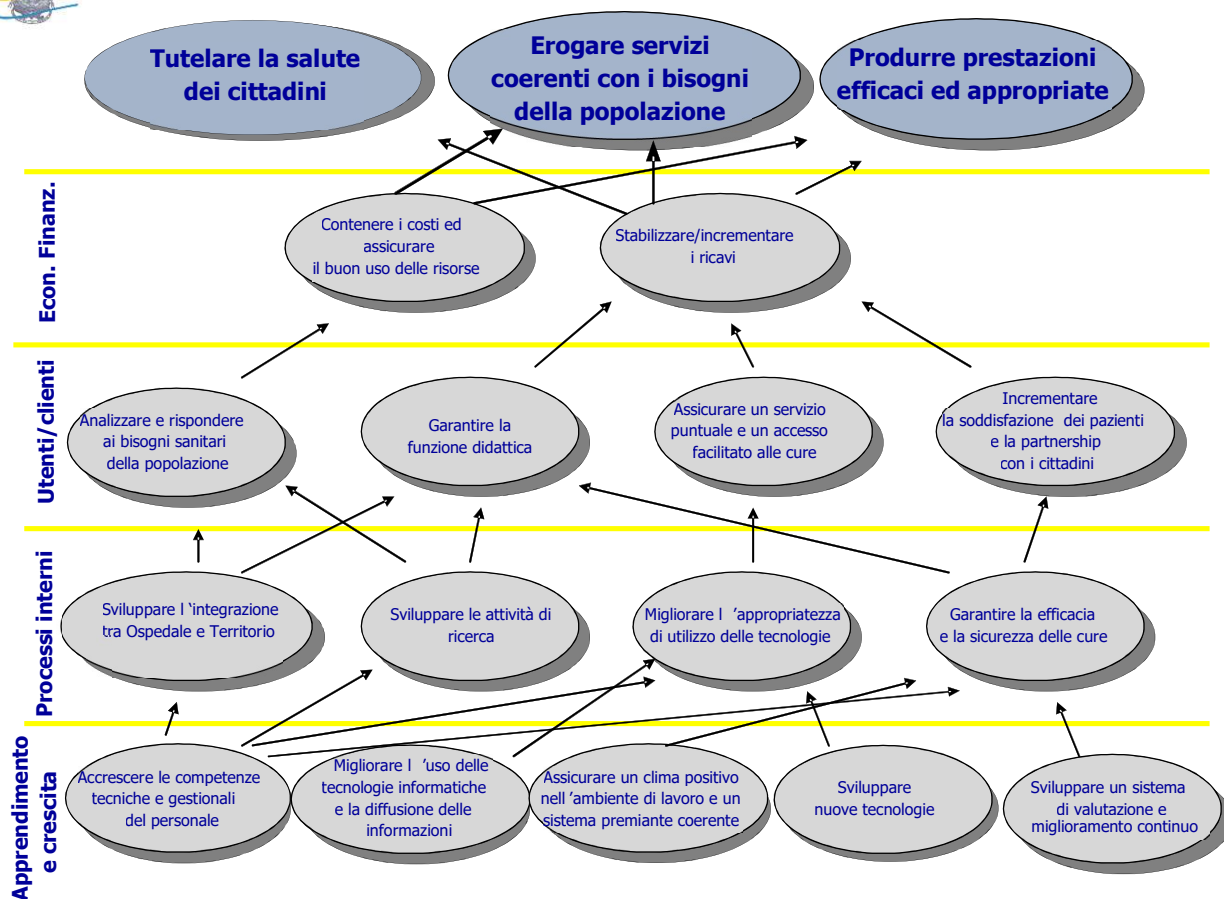
L'albero della Performance, di seguito riportato, rappresenta una mappa logica che vuole evidenziare i legami tra mission, aree strategiche, obiettivi generali e obiettivi specifici dell'AOU San Luigi permettendo una chiara visualizzazione di come gli obiettivi, declinati a vari livelli e di natura diversa, 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:

- a) 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;
- b) verifica e validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- c) collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse, con integrazione con il ciclo di bilancio;
- d) monitoraggio in corso di esercizio tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi ed attivazione degli eventuali interventi correttivi;
- e) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale e correlata distribuzione degli incentivi;
- f) rendicontazione dei risultati agli stakeholders;

La Direzione Aziendale, 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 anche per il triennio 2026-2028 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 agli anni precedenti.

Tale ultima area di intervento appare ormai acquisita dai prescrittori interni negli ultimi anni e pertanto non rientra più a partire dall'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 è stato spostato al 2026, all'interno del Progetto di Transizione Digitale, lo specifico modulo di gestione e tracciabilità dei consumi di Sala Operatoria inizialmente previsto per il 2025.

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 2026-2028 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 perfezionarsi 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 2026-2028 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 2026-2028 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.

Area strategica	Obiettivo strategico triennale	Obiettivo aziendale annuale
<i>Area organizzativa</i>	Ottimizzazione servizi	• Monitoraggio e pulizia liste • Monitoraggio agende di prenotazione • Realizzazione interventi LEAN • Monitoraggio PNGLA • Schede budget • Amministrazione trasparente
<i>Area qualità clinica ed assistenziale</i>	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

<i>Area gestione spesa</i>	Razionalizzazione delle risorse	• Efficiente gestione dei budget economici assegnati
	Gestione spesa	• Incremento performance e contenimento spesa • Misurazione e Monitoraggio andamento economico
<i>Area comunicazione</i>	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 riportanti gli obiettivi 2026, 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'AOU San Luigi Gonzaga 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, 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 Gonzaga 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 sostituisce, in ottemperanza a quanto previsto dal D.L. 9 giugno 2021, n. 80 "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*", 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 Gonzaga, 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, 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;

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

- cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione.

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 richiedere le informazioni ed i 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 conto inoltre 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 - *in ultimo* - con deliberazione n. 366 del 18.07.2025 alla nomina dei "Referenti per la prevenzione della corruzione" e della "Struttura di supporto" al RPCT.

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	Dr.ssa Di Cuia
Collaboratore	Dr.ssa Bertolo
Collaboratore	Dr.ssa Bertello
Collaboratore	Dr. Canova

Struttura	Referente
S.C. DIPSA	Dr.ssa Vacchelli
S.C. Farmacia	Dr.ssa Marino
S.C. Risorse Umane	Dr.ssa Ceddia
S.C. Tecnico e Tecnologie	Dr.ssa Belousova
S.C. Provveditorato - Economato	Dr.ssa Di Matteo
S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Dr. Rustico
S.S. Controllo di Gestione	Dr.ssa Fiore
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-2025>

ANAC:

<https://www.anticorruzione.it/-/relazione.annuale.2025>

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, tossicologica 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 2025**, che sono indicati nelle tabelle che seguono:

<i>Attività (Gennaio - Novembre 2025)</i>	Numero ricoveri ordinari	44.438
	Giornate degenza	103.498
	Numero DH/DS	6.011
	Numero prestazioni ambulatoriali per esterni	1.081.521
	Numero accessi PS	44.438

<i>Amministrazione</i>	Numero fatture attive (2025)	1325
	Numero fatture passive (anno 2025)	18.323
	Numero atti deliberativi	675
	Numero determinazioni dirigenziali	729

Area contrattuale	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	Totale in servizio al 31/12/2025
Medici	244	16	260
Dirigenza Sanitaria	22	1	23
Dirigenza Prof.le / Tecnica / Amm.va	10		10
Comparto	1195	12	1207
Totale in servizio al 31/12/2024	1471	29	1500

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 economato e 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 della propria struttura ospedaliera.

Il modello organizzativo aziendale è riportato nell'Allegato 4, 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, nonché in ultimo con l'All. n. 3 al PNA 2022, approvato con deliberazione n. 7 del 17/01/2022 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.

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.

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 essere oggetto di rivalutazione generale, nell'arco del triennio di riferimento.

Valutazione (analisi e ponderazione) dei rischi

Alla prima fase di mappatura dei processi aziendali ed identificazione dei rischi correlati 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 nel medesimo Allegato 2 alla presente Sezione, nella specifica colonna nella quale è valorizzato il livello di valutazione del rischio (espresso in valore qualitativo).

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 2026 dal PIAO 2025-2027), 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

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 2 alla presente Sezione, sono riportate, altresì, le colonne delle misure di prevenzione così suddivise

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

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.

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.

Come sopra evidenziato, nell'Allegato 2 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. 2) 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.

Alcuni 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 PTPC; questa relazione deve contenere una serie di indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione con riguardo ai seguenti ambiti: gestione rischi, formazione, codice aziendale di comportamento, altre iniziative; la Relazione è trasmessa alla Direzione aziendale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ed è pubblicata sul sito web aziendale, 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 PTPC. 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 2025, il RPCT ha effettuato le seguenti azioni:

- redazione della Relazione annuale secondo il modello messo a disposizione dall'ANAC, trasmissione della stessa al Direttore Generale, all'OIV e relativa pubblicazione sul sito web, Sezione "Amministrazione Trasparente";
- monitoraggio relativamente alla mappatura dei rischi inserito nel Piano (Relazioni dei Direttori / Responsabili delle strutture e audit specifici);
- 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. 192 del 7.05.25;
- diffusione delle nuove prassi istituite da ANAC relativamente alla Trasparenza con deliberazione 495/24 del 25.09.24: nuovi schemi tipo e validazione della qualità del dato;
- promozione di formazione specifica rivolta ai dipendenti, svolta a luglio 2025, sulle nuove modalità di pubblicazione richieste da ANAC, di cui il RPCT è stato responsabile scientifico;
- assistenza agli uffici sulle nuove modalità di pubblicazione e relativo adeguamento della struttura del portale Casa di Vetro, che permette l'adempimento degli obblighi;
- assistenza ai referenti PNRR sull'attività di controllo formale delle DSAN (dichiarazioni sostitutive di atto notorio) in ordine all'assenza di conflitto di interesse;
- coordinamento di alcune professionalità (collaboratore Settore Legale/collaboratore ICT/assistente Ingegneria Clinica) per l'attività di controllo sostanziale (di secondo livello richiesto dalla Regione con nota 15745/2025) sulle DSAN in ordine all'assenza di conflitto di interesse;
- partecipazione a qualsivoglia tavolo di condivisione proposto dalla Regione Piemonte/dal Gruppo degli RPCT delle ASR sugli argomenti di interesse del RPCT (giornata dell'integrità del 15.04.25 organizzata da ReAct e giornata della Trasparenza del 18.09.25 organizzata dal Settore Anticorruzione della Regione Piemonte;
- su richiesta dell'OIV aziendale, svolgimento di approfondimenti e redazione dei relativi pareri su alcuni temi dibattuti, quali la pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali degli Organi amministrativi di vertice, nonché sulla sussistenza dell'obbligo per i dirigenti (esclusivamente non sanitari) di rilasciare una dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità/inconferibilità.

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;
- ulteriore implementazione della Sezione Amministrazione Trasparente su Casa di Vetro in relazione ai nuovi schemi tipo predisposti da ANAC per ogni singola sottosezione.

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 - 2025) 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 nelle "misure" previste per gli specifici processi indicati nell'All. 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. 523 del 17/11/2025, che ha sostituito il precedente, 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.

Considerato, tuttavia, che con deliberazione n. 713/20, ANAC ha stabilito *che gli incarichi svolti nell'ambito degli enti del SSN - non riconducibili a ruoli della dirigenza sanitaria- sono sottoposti ai limiti e alle preclusioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di cui D.Lgs 39/13*, nel corso dell'anno 2025, sono state richieste le relative dichiarazioni ai dirigenti ATP.

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 Legge 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 con la quale viene assunto l'impegno di non incorrere nel divieto di pantouflage di cui all'art. 53 comma 16 ter D.Lgs 165/01 e art. 21 D.Lgs 39/13

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, introducendo l'art. 35 bis al D.Lgs 165/01, 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 (vedi anche art. 93, comma 5 D.Lgs 36/2023).

La S.C. 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'inculpato, 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

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", con incarico di durata triennale, 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”, ricalcandone pertanto adempimenti, compiti e responsabilità.

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

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'All. 3 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”*, è stato stabilito un ulteriore elemento e relativo contenuto:

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

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.

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.

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>.

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 3 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/trasmmissione dei dati e della informazione nonché loro pubblicazione, anche con assegnazione di specifico obiettivo aziendale.

In particolare, con la deliberazione 495/24, ANAC ha diffuso i nuovi schemi di pubblicazione, ai sensi dell'art. 48 D.Lgs 33/13 (che sono divenuti obbligatori a partire da novembre 2025), nonché ha introdotto la attestazione di validazione della qualità del dato da parte del responsabile della pubblicazione.

In tale ambito, è stata quindi organizzata specifica formazione ai dipendenti sulle nuove modalità di pubblicazione richieste da ANAC, di cui il RPCT era individuato come Responsabile scientifico. In particolare, le nuove schede (obbligatorie) di pubblicazione richieste da ANAC ai sensi dell'art. 48 del D.lgs 33/13, riguardano le sottosezioni della Sezione di Amministrazione Trasparente:

- a) “dati sui pagamenti”
- b) “Organizzazione”
- c) “Controlli e rilievi dell'Amministrazione”

Si è quindi provveduto in autonomia ad adeguare l'applicativo “*Casa di Vetro*” e a supportare le strutture responsabili della pubblicazione in quelle sottosezioni, in modo che le richieste di ANAC potessero essere adempiute nei termini prescritti (entro novembre 2025).

Nella stessa deliberazione, ANAC richiede –prima della pubblicazione del dato- l'attestazione della qualità del pubblicando dato secondo criteri specifici forniti dall'Autorità in un'apposita check list.

Il RPCT si è occupato di sensibilizzare i dirigenti in ordine alla obbligatorietà di tale attestazione e ha fornito un modulo, che permetta di provvedere a tale “validazione” (così definita da ANAC).

In aggiunta ed in alternativa, considerato l'elevato numero di dati da pubblicare, il RPCT, ha chiesto ad ADS, la ditta che gestisce l'applicativo, di studiare un sistema che consenta, nel flusso di adozione di un atto da pubblicare, di inserire anche l'adempimento della validazione, nonché di permettere di procedere alla predetta validazione direttamente dall'applicativo “*Casa di Vetro*” per quelle pubblicazioni che non richiedono l'adozione di un atto.

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".

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 predispose un programma operativo per ottemperare alle prescrizioni che eventualmente risultassero non ancora attuate.

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

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

sull'amministrazione" - "Organismi Indipendenti di Valutazione" - "Atti degli Organismi Indipendenti di Valutazione".

In particolare l'Organismo Indipendente di Valutazione, oltre a formulare annualmente generalmente entro il mese di dicembre/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. 4*) 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 del Lavoro a distanza con apposito regolamento.

A seguito della sottoscrizione del CCNL Comparto Sanità del 02/11/2022 e della 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 regolamento disciplinante il lavoro a distanza, recepito con il PIAO 2023-25 ed aggiornato con PIAO 2025 - 2027.

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.

Il summenzionato Regolamento, in ultimo aggiornato rispetto alla mutata normativa del CCNL Comparto Sanità sottoscritto in data 27/10/2025, è allegato al presente documento quale parte integrante e sostanziale (*all. 5*).

3.3 - Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) 2024-2026

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 ed al costante monitoraggio dei tetti di spesa.

Il Piano 2024-2026, approvato con DGR 3-1490 dell'11/08/2025, è stato redatto sulla base dei seguenti criteri:

- coerenza con l'Atto Aziendale vigente;
- rispetto dei vincoli finanziari nazionali e regionali.

Lo stesso ha previsto, per l'anno 2026, ad invarianza del tetto di spesa degli anni precedenti, alcune implementazioni strettamente necessarie a dare risposte a bisogni urgenti, sia in ambito clinico-assistenziale che gestionale.

Le Dotazioni Organiche 2024 - 2025 - 2026 sono allegate (*all. 6*) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano

Si evidenzia che il Piano 2025-2027, trasmesso in data 30/09/2025 ed ancora in attesa di approvazione, come da indicazioni regionali, ha previsto:

- per l'anno 2026, ad invarianza del tetto di spesa degli anni precedenti, alcune variazioni correlate a bisogni assistenziali;
- per l'anno 2027, ad invarianza del tetto di spesa, il medesimo fabbisogno del 2026.

.

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. 450 del 02/10/2025.

Formazione interna

Il Piano Formativo 2026 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 2026.

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 2026 è allegato (*all. 7*) 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.

3.5 - Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie destinate alla formazione interna ed esterna per l'anno 2026 sono pari ad Euro **246.500,00**, come di seguito ripartite:

Formazione interna:

Euro **203.500,00** ripartiti come di seguito riportato:

- ✓ Euro 147.000,00 - budget aziendale;
- ✓ Euro 38.000,00 - fondo per la formazione in materia di salute e sicurezza;
- ✓ Euro 18.500,00 - fondo regionale indistinto per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Formazione esterna:

Euro **43.000,00** 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 5.000,00 - 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.

n° art org	n° struttU ra	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	1	APP-1	APPROPRIATEZZA	1) Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nei SPDC 2) Implementazione di protocolli operativi standard per la gestione dei pazienti in stato di agitazione in accordo con le direttive regionali	1) Report di mappatura as is 2) Monitoraggio Protocolli approvati e adottati	1) presenza report 2) presenza di almeno 2 report	1) 10 2) 10		Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	2	SIC_SO-1	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	30	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	3	SIC_SO-3	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Revisione procedura prevenzione e gestione cadute dei pazienti	Pubblicazione revisione sul portale intranet entro il 31/12/2026	SI	30	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
1	1-1	Staff Direzione Generale	Risk Management	4	SIC_SO-4	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	rispetto degli obiettivi regionali in tema di Risk Management	report	SI	20		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 31.12.2026 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-2	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-4	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-5	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 31.12.2026 (riferito ai dati 01/01/26 - 30/09/26)	SI	25	valenza documentale	Area Gestione Spesa
1	1-2	Staff Direzione Generale	S.S. Controllo di Gestione	9	MON-6	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-7	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-19	APPROPRIATEZZA	Monitoraggio annuale 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-65	APPROPRIATEZZA	Coordinamento gruppo di lavoro per la realizzazione del PanFlu Aziendale	Evidenza documentale presenza PANFLU con implementazione e attivazione di tutte le aree previste entro il 31 marzo 2026	SI	40		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 2025 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	10	valenza documentale	Area qualità clinica ed assistenziale
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-2	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Monitoraggio procedura per la Gestione delle Aggressioni in Ospedale e monitoraggio applicazione	almeno 3 report annuali	SI	30		Area Organizzativa
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	16	SIC_SO-5	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Aggiornamento DVR strutturale con pubblicazione entro il 31 dicembre 2026	pubblicazione sulla cartella DVR entro il 31/12/2026	SI	60		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
1	1-5	Staff Direzione Generale	Servizio Prevenzione e Protezione	17	TRASP-1	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-9	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-15	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Piano obiettivi 2026	Definizione e presentazione alla Direzione Generale entro il 15/11/2026 della proposta iniziale per gli obiettivi 2027	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	20	EF_ORG-17	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Proposta alla Direzione Strategica di un piano di sviluppo delle linee produttive aziendali (entro 30/04/2026)	evidenza documentale	SI	25		Area Organizzativa
1	1-6	Staff Direzione Generale	SS Pianificazione strategica e Governance	21	MON-3	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 aziendale e sul sito intranet, delle aree dedicate alla comunicazione	Publicazioni effettuate nei tempi richiesti- concordati con la Direzione/publicazioni 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-2	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-3	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	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO NELL'AREA DELLA COMUNICAZIONE: Proposta per Procedura di Coordinamento contenuti multimediali da diffondere attraverso i canali comunicativi aziendali - siti e pagine social	Presentazione della proposta	prestanzone entro il 31/03/2026	25		Area Comunicazione
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	26	EF_ORG-4	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Ricognizione degli spazi interni utili all'esercizio della Libera Professione con il supporto della SS SAAS	Mappa aggiornata degli spazi interni e report di utilizzo Annuale	si	20		Area Organizzativa
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	27	GP-1	GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO	Elaborazione del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero entro il 30/06/2026	evidenza documentale	si	20		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	28	EF_ORG-12	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio e Revisione delle Agende delle Prestazioni Ambulatoriali in funzione del miglioramento della saturazione degli slot	n° di Agende con saturazione posti ≥ 85% / n° totale Agende	≥ 85 %	15	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	29	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
2	2-2	Line Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	30	FSE-1	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%	15		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	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	31	DIP-31	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	15	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	32	APP-6	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	33	EF_COST-1	EFFICIENTAMENTO COSTI	Allineamento del numero delle confezioni dispensate rilevabili dai Registri di monitoraggio AIFA rispetto a quelle rilevabili dai flussi regionali per l'anno 2025 dei: 1) farmaci utilizzati per le indicazioni innovative a Registro di monitoraggio AIFA 2) farmaci a Registro di monitoraggio AIFA con MEA attivo e con tutte le indicazioni rimborsate sottoposte a registro 3) farmaci per indicazioni innovative condizionate a Registro di monitoraggio AIFA e antibiotici di cui alla Legge di Bilancio 2025	1) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F) 2) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO) 3) Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e CO)	1)100% 2) 100% 3) 100%	1) 5 2) 5 3) 4		Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	34	EF_COST-2	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	35	EF_COST-50	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	36	EF_COST-51	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio contenimento spesa farmaci	N° Audit focalizzati sul contenimento della spesa farmacologica per le prime 10 strutture altopendenti	≥ 5	20		Area Gestione Spesa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	37	EF_COST-52	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	38	EF_ORG-14	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio transizione al nuovo AMCO	evidenza documentale	SI	16	Relazione del responsabile S.S. ICT	Area Organizzativa
2	2-3	Line Direzione Sanitaria	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera	39	EF_ORG-19	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	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	40	APP-2	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 Ospediera e Governo ICA	41	APP-3	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 Ospediera e Governo ICA	42	APP-20	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 Ospediera e Governo ICA	43	ICA-1	ICA	Programmazione e coordinamento corsi ICA	verbali incontri e relazione	SI	20		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-4	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA	44	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 Ospediera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	45	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 a attraverso produzione di verbali	Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-5	Line Direzione Sanitaria	S.S. Igiene Ospediera e Governo ICA - PERSONALE INFERMIERISTICO AFFERENTE ALLA S.S.	46	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	47	APP-4	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	15		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	48	APP-23	APPROPRIATEZZA	Promozione e partecipazione al progetto: "Estensione Patient Blood Management (PBM) a pazienti chirurgici/oncologici	Numero di pazienti candidabili valutati anno 2026 per avvio a percorso PBM/ numero di pazienti con interventi in elezione candidabili al percorso PBM anno 2026	≥ 2%	25		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	49	APP-64	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Organizzazione Corso Fad Annuale Sulla Sicurezza Trasfusionale	Erogazione corso entro il 31/12/2026	evidenza di erogazione	10		Area qualità clinica ed assistenziale
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	50	EF_COST-49	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	≥ del dato 2025	20		Area Gestione Spesa
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	51	EF_COST-62	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	10	Al netto dei dispositivi correlati alle procedure aferetiche di cui il Servizio è unico erogatore o effettuate in regime di urgenza/ciclo L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
2	2-6	Line Direzione Sanitaria	S.S. Servizio Trasfusionale	52	PROD-34	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	20	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	53	COM-4	AREA COMUNICAZIONE	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO NELL'AREA DELLA COMUNICAZIONE: Migliorare il percorso dei pazienti che accedono in Ospedale attraverso l'aggiornamento della cartellonista che identifica i Locali e/o le Strutture.	Numero di cartelli aggiornati/ Numero di cartelli aggiornati previsti dal cronoprogramma condiviso con la Direzione.	100%	25		Area Comunicazione
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	54	EF_ORG-7	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Gestione reclami, nel rispetto della tempistica prevista.	n° casi gestiti entro i tempi previsti / totale casi gestiti	100%	50		Area Comunicazione

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
2	2-7	Line Direzione Sanitaria	U.R.P.	55	TRASP-2	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	25		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	56	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	15		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	56-a	DIP-1	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Sviluppo di almeno 1 protocollo clinico standardizzato all'interno del Dipartimento	n° protocolli	1	15		Area Organizzativa
4	4-1	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento - Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	57	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	58	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	15		Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	58-a	DIP-2	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Sviluppo di almeno 1 protocollo clinico standardizzato all'interno del Dipartimento	n° protocolli	1	15		Area Organizzativa
4	4-2	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	59	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	60	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	15		Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	60-a	DIP-3	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Sviluppo di almeno 1 protocollo clinico standardizzato all'interno del Dipartimento	n° protocolli	1	15		Area Organizzativa
4	4-3	Direttori di Dipartimento	Direttore Dipartimento – Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	61	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
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	62	APP-7	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 pazienti dimessi dal reparto	≤1,5%	10	non si considerano le riammissioni per nuova patologia non correlata eziologicamente al precedente periodo di degenza in Anestesia	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	63	APP-24	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%	15		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	64	APP-27	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA : Monitoraggio del consumo di Sugammadex (la variazione del consumo deve tenere conto dell'eventuale incremento o riduzione del numero totale di interventi chirurgici del 2026 rispetto al 2025)	consumo Sugammadex 2026 / consumo Sugammadex 2025	<90%	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	65	EF_COST-3	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025	A) spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025	A) ≤ 96% B) ≤ 90%	A) 10 B) 15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	66	EF_COST-15	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	Nella produzione viene considerata la quota parte del ribaltamento della SDO in caso di dimissione da altro reparto. 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	67	EF_ORG-13	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio procedura di attivazione infermiere MET	almeno 3 report annuali	SI	10		Area Organizzativa
6	6-1	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione	68	DIP-20	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	69	APP-28	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione relativa alla Prima Visita Chirurgica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Chirurgica rispetto stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	70	CM-1	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	71	EF_COST-16	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	72	EF_COST-53	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	73	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	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

n° art org	n° struttU ra	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	74	DIP-21	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	75	OB-REG 1	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare		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	76	PROD-2	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-2	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Generale	77	CH-1	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	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	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	78	APP-29	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva molecole antibiotiche in rapporto alle linee guida del gruppo di lavoro PIDUN versione 1 04 del 4 nov 2021.	Report con analisi appropriatezza prescrittiva molecole antibiotiche con identificazione scostamenti, interventi correttivi e analisi post-intervento	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	79	CM-2	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	80	EF_COST-17	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	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	81	EF_COST-54	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa

n° art org	n° struttU ra	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	82	DIP-22	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	83	OB-REG 2	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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	84	PROD-3	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-3	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Chirurgia Toracica	85	CH-2	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025))	> 1	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	86	APP-30	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione relativa alle prestazioni odontostomatologiche	Report con analisi appropriatezza prescrittiva relativa alle prestazioni odontostomatologiche stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	87	CM-3	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	15		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	88	EF_COST-18	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	89	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	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
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	90	DIP-23	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	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	91	OB-REG 3	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	92	PROD-4	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-4	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Odontostomatologia	93	CH-3	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025))	> 1	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	94	APP-31	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Analisi appropriatezza prescrittiva relativa alla Prima Visita Oftalmologica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Oftalmologica stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	95	CM-4	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	14		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	96	EF_COST-19	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	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	97	CUP-3	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	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	98	DIP-24	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-5	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Oftalmologia	99	OB-REG 4	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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° struttU ra	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	100	AMB-1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 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	101	PROD-5	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	102	APP-25	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%	15		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	103	APP-32	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione relativa alla Prima Visita Ortopedica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Ortopedica rispetto stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	104	CM-5	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	105	EF_COST-20	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	18	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	106	EF_COST-55	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	13	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	107	DIP-25	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	108	AMB-2	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	8	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	109	PROD-6	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	7	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-6	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Ortopedia e Traumatologia	110	CH-4	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	12	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	111	APP-33	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata erogativa in ambito di week surgery	n° pz assorbiti in reparti diversi da Week Surgery /totale n° pz ricoverati in week surgery	< al dato 2025	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	112	CM-6	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) x 100	≥ 100%	12		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	113	EF_COST-21	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	23	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	114	CUP-4	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	115	DIP-26	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-7	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	116	OB-REG 5	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare		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	117	AMB-3	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	14	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	118	PROD-7	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	9	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	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	119	CH-5	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	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	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	120	APP-34	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva nella profilassi antibiotica per procedure urologiche endoscopiche e percutanee	(Spesa totale per antibiotici utilizzati per la profilassi perioperatoria nel 2026 / Spesa totale 2025) × 100	≤ 95%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	121	CM-7	CASE MIX	Aumento complessità dell'attività chirurgica.	(Peso medio DRG chirurgico 2026/ Peso medio DRG chirurgico 2025) × 100	≥ 100%	10	il dato 2025 verrà standardizzato sul dato dell'ultimo quadrimestre 2025 come riferimento per il confronto.	Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	122	EF_COST-22	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	18	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	123	EF_COST-56	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) × 100	≤ 90%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	124	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	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	125	DIP-27	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	10	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	126	AMB-4	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	12	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	127	PROD-8	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	7	il dato 2025 verrà standardizzato sul dato dell'ultimo quadrimestre 2025 come riferimento per il confronto. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
6	6-8	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.C.D.U. Urologia	128	CH-6	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	12	il dato 2025 verrà standardizzato sul dato dell'ultimo quadrimestre 2025 come riferimento per il confronto. 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	129	APP-35	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Analisi e valutazione sottoutilizzo spazi della Week Surgery	Report con analisi interventi previsti come Week Surgery e non erogati in Week Surgery con individuazione interventi correttivi	evidenza report entro 30/06/20226	25		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	130	EF_ORG-6	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 2026	≥ 85%	50		Area Organizzativa
6	6-9	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Day Week Surgery	131	EF_ORG-8	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Identificazione e valutazione indicatori di Monitoraggio Utilizzo e Funzionamento della Week Surgery	report almeno 3 report annuali	evidenza documentale	25		Area Organizzativa
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	132	APP-36	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Progetto per il monitoraggio del consumo dell'anestetico gassoso desflurane e definizione di una politica di utilizzo consapevole	Report con analisi e monitoraggio del consumo dell'anestetico gassoso con identificazione e proposta interventi correttivi	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	133	EF_ORG-2	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	attuazione percorsi interni	attuazione dei percorsi Lean applicati al Percorso Chirurgico	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	134	EF_ORG-10	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Lean blocchi operatori	Identificazione, monitoraggio e discussione con gli operatori del Blocco Operatorio di almeno 1 nuovo indicatore evidenziato nel percorso Lean	evidenza documentale	40		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
6	6-10	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. LEAN e Percorso Chirurgico	135	DIP-28	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	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 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	136	APP-37	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Creazione di procedura per l'appropriata indicazione al posizionamento di accesso venoso preventivo nella procedura ambulatoriale denominata peridurale antalgica	N° volte di utilizzo di accesso venoso preventivo nella peridurale antalgica / N° totale procedure di accesso venoso preventivo nella peridurale antalgica *	<10%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	137	EF_COST-23	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	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	138	EF_COST-57	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	25	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE. Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	139	EF_ORG-16	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisposizione e rispetto turnistica anestesiológica presso CLOSER	report	Evidenza documentale turnistica	20		Area Organizzativa
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	140	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	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
6	6-11	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Medicina del Dolore e Terapia Antalgica	142	PROD-9	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	143	APP-26	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

n° art org	n° struttU ra	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	144	EF_COST-58	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	145	EF_ORG-5	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	efficientamento dell'utilizzo delle sale operatorie rispetto al 2025	Incremento sedute di sala operatoria registrate secondo indicazione della Direzione Strategica mediante la predisposizione di progetti specifici	evidenza documentale	20	relazione validata da DMPO	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	146	DIP-30	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
6	6-12	Dipartimento strutturale di area chirurgica ed intensiva	S.S.D. Sale Operatorie	147	CH-7	RICOVERI CHIRURGICI	Aumento produzione per ogni Classe 1,2 e 3 rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	(Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2026 / Ricoveri Classe 1,2 e 3 anno 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	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	148	APP-50	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione appropriatezza prescrittiva esami endoscopici	Report con analisi appropriatezza prescrittiva di EGDscopia e Colonscopia con individuazione criticità e proposta di interventi correttivi	Presenza del report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	149	EF_COST-35	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	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	150	CUP-14	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	151	DIP-10	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	152	OB-REG 9	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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° struttU ra	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	153	AMB-8	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	20	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	154	PROD-20	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa
7	7-13	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Endoscopia Digestiva	155	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%	10		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	156	APP-13	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	157	APP-51	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA Appropriata prescrizione antibiotico terapia nei pazienti cronici	Report con individuazione appropriatezza prescrittiva antibiotico terapia nei pazienti con Drepanocitosi e individuazione elementi di criticità e interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	158	EF_COST-10	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	20	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	159	EF_COST-36	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	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	160	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	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	7-14	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Microcitemie e Malattie Rare Ematologiche	161	PROD-21	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	162	APP-14	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	30		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	163	APP-17	APPROPRIATEZZA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	N° viste telemedicina 2026	≥ 150	14	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	164	APP-52	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Ottimizzazione dei tempi di infusione di Ertapenem nel trattamento delle pielonefriti acute da germi "difficili" in Day Hospital per migliorare l'efficacia del trattamento e ridurre il rischio di eventuale antibioticoresistenza	n° casi con tempi di infusione Ertapenem non inferiori a 60 minuti / n° casi di infusione Ertapenem (periodo 2° semestre)	≥ 85%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	165	EF_COST-37	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
7	7-15	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Nefrologia	166	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	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	167	DIP-11	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	168	PROD-22	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	169	APP-15	APPROPRIATEZZA	Mantenimento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	>= del dato 2025	35		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	170	APP-53	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Rafforzamento percorso GIC per i pazienti oncologici	N ° visite GIC 2026 / N° visite GIC 2025 * 100	> 100%	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	171	EF_COST-11	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	14	- L'OBIETTIVO E' COMUNE CON LA S.C.D.U. ONCOLOGIA MEDICA E IL RAGGIUNGIMENTO VIENE VALUTATO NEL COMPLESSO DELLE DUE STRUTTURE (COMPRESI I COSTI ADDEBITATI AL DH ONCOLOGICO CENTRALIZZATO) - L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	172	EF_COST-38	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	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	173	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	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	7-16	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Oncologia Polmonare	174	AMB-9	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	8	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	175	PROD-23	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	176	APP-18	APPROPRIATEZZA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	N° viste telemedicina 2026	≥ 50	30	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	177	APP-22	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 2026 / N° pazienti arruolati 2025 B) n° incontri l'anno	A) >1 B) almeno 3	20		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	178	APP-54	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Attivazione di un ambulatorio congiunto medico-infermieristica settimanale "reuma-nursing" per la valutazione multidimensionale del paziente con artrite reumatoide.	n° visite congiunte al mese	> 5	15		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-17	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Week Day Hospital Internistico	179	EF_COST-39	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	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	180	PROD-24	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	181	APP-39	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione appropriatezza prescrittiva prestazioni di Medicina Nucleare secondo linee guida nazionali e PSDTA	numero di richieste appropriate / numero totale di richieste ricevute	≥ 90%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-2	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	Medicina Nucleare	182	EF_COST-24	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	50	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	183	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	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	184	PROD-10	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	185	APP-40	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione del reparto relativa all'esame Rx Torace nei pazienti con Polmonite e/o Insufficienza Respiratoria	(n° Rx Torace richiesti per pz con Polmonite e/o Insufficienza Respiratoria riportata in SDO anno 2026 / n° Rx Torace richiesti per pz con Polmonite e/o Insufficienza Respiratoria riportata in SDO anno 2025) *100	≤ 70%	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	186	EF_COST-5	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	187	EF_COST-25	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	30	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	188	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	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	189	OB-REG 6	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	190	PROD-11	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa
7	7-3	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Geriatria	191	BOARD-3	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	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
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	192	APP-9	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	193	APP-41	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione del dosaggio della Procalcitonina nei pazienti ricoverati presso il reparto di Medicina d'Urgenza/Subintensiva	1) Numero medio di dosaggi di PCT per paziente ricoverato 2) Percentuale di PCT ripetute entro 24 ore	1) -5% rispetto dato 2025 2) -5% rispetto dato 2025	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	194	EF_COST-4	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) e Dispositivi Medici rispetto al 2025	A) spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025 B) spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025	A) ≤ 96% B) ≤ 90%	A) 5 B) 5	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE 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	195	EF_COST-26	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	12	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	196	EF_ORG-11	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	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	197	PROD-1	PRODUZIONE	Incremento del valore dell'indice di Rotazione	Indice rotazione 2026	> del dato 2025	13		Area Organizzativa
7	7-4	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.O. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	198	BOARD-1	TEMPO DI BOARDING	Contenimento proporzione ricoveri da P.S.	ricoveri ospedalieri da PS 2026/totale accessi PS 2026	≤ al dato 2025	20		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	199	APP-42	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Revisione dei modelli di refertazione standardizzata di neoplasie solide sottoposte a chirurgia sulla base della integrazione di proposte formulate da enti regionali/nazionali (es Rete Oncologica Regionale / AIOM / ESMO) e modelli proposti dall'International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR) 2a edizione 2025 (https://www.iccr-cancer.org/datasets/published-datasets/); tipologie di neoplasie oggetto di monitoraggio: neoplasie operate della mammella, del polmone, del colon-retto, dello stomaco, della prostata, della vescica, del rene, della tiroide, del surrene.	referti formulati secondo modelli di standardizzazione / totale referti formulati	75% dei referti al 30 giugno 2026 95% entro il 30 novembre 2026	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	200	EF_COST-27	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	35	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

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	201	EF_COST-59	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	20	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	202	PROD-12	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	15	al netto delle variazioni di codifica del nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni (produzione = Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-5	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Anatomia Patologica	203	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%	25		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	204	APP-43	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Impiego della profilassi antitrombotica con EBPM nei pazienti ricoverati presso la SCDU Medicina Interna secondo il Padua Prediction Score.	n° dei pazienti reclutabili trattati con adesione al Padua Prediction Score / n° pazienti reclutabili trattati	>80%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	205	EF_COST-6	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	206	EF_COST-28	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	18	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	207	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	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	208	DIP-4	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	209	OB-REG 7	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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° struttura	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	210	AMB-5	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	10	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	211	PROD-13	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	7	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-6	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna	212	BOARD-4	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	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
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	213	APP-44	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione tempestività erogazione visite CAS	richieste di visite CAS erogate entro 5 giorni da richiesta / totale richieste di visite CAS ricevute	≥90%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	214	EF_COST-7	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	215	EF_COST-29	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	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	216	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	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	217	DIP-5	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	218	OB-REG 8	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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° struttU ra	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	219	PROD-14	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-7	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Medicina Interna indirizzo Ematologico	220	BOARD-5	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	A) ≤ 6 ore B ≤ 85%	18	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	221	APP-45	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Rafforzamento percorso GIC per i pazienti oncologici	N ° visite GIC genito-urinario e gastroenterico 2026 / N° visite GIC genito-urinario e gastroenterico 2025 * 100	> 100%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	222	EF_COST-8	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	15	L'OBIETTIVO E' COMUNE CON LA S.S.D. ONCOLOGIA POLMONARE E IL RAGGIUNGIMENTO VIENE VALUTATO NEL COMPLESSO DELLE DUE STRUTTURE (COMPRESI I COSTI ADDEBITATI AL DH ONCOLOGICO CENTRALIZZATO) Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-8	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Oncologia Medica	223	EF_COST-30	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	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	224	DIP-6	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	225	AMB-6	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025) *	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	15	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	226	PROD-15	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	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	227	BOARD-6	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	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	228	APP-5	APPROPRIATEZZA	Audit di appropriatezza prescrittiva da parte dei reparti aziendali esami degli accertamenti radiodiagnostici	Organizzazione di almeno 4 audit/focus group con reparti aziendali 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	229	APP-46	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza prescrittiva diagnostica radiologica	Report con individuazione di un esame radiologico/procedura con frequente prescrizione inappropriata per ogni Diagnostica (RT-radiologia tradizionale, US-ecografia, TC, RM e DEA) e messa in atto di adeguati correttivi	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	230	EF_COST-9	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	14	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	231	EF_COST-31	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	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	232	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	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	233	DIP-7	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-9	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.C.D.U. Radiodiagnostica	234	AMB-7	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 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	235	PROD-16	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	236	APP-11	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità di telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	20		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	237	APP-16	APPROPRIATEZZA	Incremento prestazioni erogate in modalità telemedicina	(N° viste telemedicina 2026 / N° viste telemedicina 2025) x 100	>100%	14	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	238	APP-47	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: incremento dello screening del piede diabetico, nella popolazione di pazienti che affersce alla S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia (cod 98.39.3 , 89.58.9 , 89.65.4)	numero di prestazioni eseguite nel 2026 / numero di prestazioni eseguite nel 2025x100	>100%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-10	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Malattie Metaboliche Diabetologia	239	EF_COST-32	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	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	240	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	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	241	DIP-8	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	242	PROD-17	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	243	APP-48	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Aderenza alle Linee Guida della erogazione di esami radiologici di stadiazione o ristadiatione	n° esami radiologici di stadiazione o ristadiatione aderenti alle Linee Guida / n° totale esami radiologici di stadiazione o ristadiatione richiesti (valutati in un trimestre) *100	>95%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	244	EF_COST-33	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	50	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	245	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	20	riferito alle prestazioni di/visita radioterapica 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° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
7	7-11	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S. Radioterapia	246	PROD-18	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	25	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	247	APP-12	APPROPRIATEZZA	Incremento delle visite in modalità telemedicina (visite di controllo)	N° visite telemedicina 2026	> del dato 2025	40		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	248	APP-49	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Adozione dello Screening della Malnutrizione per tutti i Pazienti ricoverati in uno/due Reparto/i di Degenza "pilota"	Formazione Personale del/dei Reparto/i "pilota" da parte della SSD Dietetica e report riportante il numero di screening compilati correlati al numero di consulenze eseguite prevista	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	249	EF_COST-34	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	30	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	250	DIP-9	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
7	7-12	Dipartimento strutturale di area medica e oncologia	S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica	251	PROD-19	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	15	al netto delle variazioni di codifica del nuovo Nomenclatore e al netto delle Convenzioni (produzione = Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	252	APP-55	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata follow up paziente dimesso con Scoperto cardiaco	n° pz dimessi con DRG 127 con visita cardiologica a 6 settimane anno 2026 / n° totale pazienti dimessi con DRG 127 anno 2026	≥ 70%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	253	EF_COST-40	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	22	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	254	EF_COST-60	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	255	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	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

n° art org	n° struttU ra	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	256	DIP-12	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	257	AMB-10	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	10	il grado di raggiungimento viene valutato proporzionalmente sulle singole prestazioni PNGLA	Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	258	PROD-25	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-1	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Cardiologia	259	BOARD-7	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	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	260	APP-56	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Costruzione di profili di analisi per la richiesta degli esami "ex novo" secondo linee guida, al fine di ottenere una maggior appropriatezza prescrittiva	Procedura di definizione profili di analisi per la richiesta degli esami "ex novo" secondo linee guida o secondo la validazione di esperti presenti in azienda entro il 30 giugno 2026	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	261	EF_COST-41	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	28	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	262	EF_COST-61	EFFICIENTAMENTO COSTI	razionalizzazione spesa Dispositivi Medici rispetto al 2025	(spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2026 / spesa Dispositivi Medici del flusso RDM 2025) x 100	≤ 90%	10	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	263	EF_ORG-3	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	attuazione riorganizzazione della gestione settore microbiologia	evidenza documentale	SI	30		Area Organizzativa
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	264	EF_ORG-18	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Riprogettazione e monitoraggio 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	report finale dicembre 2026	SI	15		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
8	8-2	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Laboratorio Analisi Cliniche e Microbiologiche	265	PROD-26	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	12	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	266	APP-10	APPROPRIATEZZA	Definizione di procedura interna per la presa in carico del paziente ricoverato presso altre strutture dell'ospedale	evidenza documentale entro 30 settembre 2026	SI	20		Area Organizzativa
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	267	APP-57	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Miglioramento appropriatezza prescrittiva da parte dei reparti di presa in carico dei pazienti ricoverati	Realizzazione per almeno 6 reparti di ricovero di incontri audit informativi e formativi in merito agli obiettivi di presa in carico riabilitativa in corso di ricovero ospedaliero, condivisi con coordinatore delle professioni sanitarie riabilitative.	evidenza documentale	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-3	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Medicina Fisica Neuroriabilitazione	268	EF_COST-42	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	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	269	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) da riferirsi a 1 'visita fisiatrica e vista di controllo	≥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	270	DIP-13	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026 * richiesta di consulenza da parte dei reparti è esclusivamente la "presa in carico riabilitativa"	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	271	AMB-11	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 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	272	PROD-27	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	273	APP-58	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Definizione di un percorso di appropriatezza del ricorso a terapia con Immunoglobuline vs Plasmaferesi nelle patologie neurologiche	Definizione procedura appropriatezza del ricorso a terapia con Immunoglobuline vs Plasmaferesi nelle patologie neurologiche	presenza procedura	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	274	EF_COST-12	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	18	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	275	EF_COST-43	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	20	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	276	DIP-14	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	277	OB-REG 10	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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	278	AMB-12	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 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	279	PROD-28	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-4	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Neurologia . CRESM	280	BOARD-8	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	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	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	281	APP-59	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriatezza temptica follow up pazientidimessi condiagnosi di Bronchite cronica riacutizzata (PNE)	N° pazienti dimessi con diagnosi 491.2 con esecuzione di visita di controllo entro 6 settimane / N° totale pazienti dimessi con diagnosi 491.2	≥80%	5		Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	282	EF_COST-13	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	16	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	283	EF_COST-44	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	284	DIP-15	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	285	OB-REG 11	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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	286	AMB-13	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 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	287	PROD-29	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-5	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.O. Pneumologia	288	BOARD-9	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	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	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	289	APP-60	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione aderenza alle indicazioni AIFA per la congruità prescrittiva dei farmaci antipsicotici Long Acting	Report con analisi degli scostamenti dalle indicazioni AIFA nella prescrizione dei farmaci antipsicotici Long Acting e identificazione interventi correttivi	report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	290	EF_COST-45	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	sono compresi i costi del personale; al netto di eventuali costi straordinari motivati	Area Gestione Spesa

n° art org	n° struttU ra	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	291	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	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
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	292	DIP-16	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	293	PROD-30	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	8	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	294	BOARD-10	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	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	8-6	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.C.D.U. Psichiatria	295	TRASP-3	TRASPARENZA	1) Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nei SPDC 2) Implementazione di protocolli operativi standard per la gestione dei pazienti in stato di agitazione in accordo con le direttive regionali	1) Report di mappatura as is 2) Monitoraggio Protocolli approvati e adottati	1) presenza report 2) presenza di almeno 2 report	1) 8 2) 7		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	296	APP-61	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Appropriata prescrizione relativa alla Prima Visita Neurologica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Neurologica rispetto stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza Report	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	297	EF_COST-14	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficientamento della spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) rispetto al 2025	spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2026 / spesa consumo ospedaliero Farmaci (compreso File F) 2025	≤ 96%	15	L'OBIETTIVO VERRA' RIVALUTATO E RIDISCUSSO DOPO IL PRIMO SEMESTRE PER EVENTUALE RIMODULAZIONE Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target	Area Gestione Spesa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	298	EF_COST-46	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	21	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	299	DIP-17	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	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	300	OB-REG 12	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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	301	AMB-14	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 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	302	PROD-31	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	9	Nella valutazione del livello di raggiungimento si farà riferimento al valore assoluto di produzione rispetto al valore target (produzione = Flusso SDO+ Flusso C + Flusso C5)	Area Organizzativa
8	8-7	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Patologie Neurologiche Specialistiche	303	BOARD-11	TEMPO DI BOARDING	rispetto del Tempo di Boarding previsto per DEA I livello (se nel 2025 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025)	A) ora ricovero in reparto- ora decisione ricovero B) se nel 2026 il dato è > di 6 ore il target è riduzione di almeno il 15% del dato 2025 : tempo boarding 2026 / tempo boarding 2025	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	304	APP-62	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Valutazione dell'appropriatezza dell'uso della NORA (Non Operating Room Anesthesia) in Pneumologia Interventistica	1. Numero di sedute di NORA disponibili occupate sul totale 2. Numero di sedute di NORA utilizzate occupate con procedure complesse (ebus, tbn, tlb, broncoscopie operative)	> 80%	5		Area qualità clinica ed assistenziale
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	305	EF_COST-47	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	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	306	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	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	307	DIP-18	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	l'obiettivo è comune a tutte le strutture del Dipartimento ma viene valutato il dato della singola struttura	Area Organizzativa
8	8-8	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	S.S.D. Pneumologia Interventistica	308	OB-REG 13	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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° struttU ra	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	309	AMB-15	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	20	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	310	PROD-32	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa
8	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	311	APP-63	APPROPRIATEZZA	PROPOSTA DA PARTE DELLA STRUTTURA DI UN OBIETTIVO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA O EROGATIVA: Analisi appropriatezza prescrittiva relativa alla Prima Visita Pneumologica rispetto ai codici di priorità	Report con analisi appropriatezza prescrittiva Prima Visita Pneumologica stratificata per codice di priorità e tipologia prescrittore con identificazione criticità e proposta interventi correttivi	presenza report	5		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	312	EF_COST-48	EFFICIENTAMENTO COSTI	Miglioramento del rapporto Produzione/Costi rispetto al 2025	Produzione 2026/Costi 2026	> del dato 2025	25	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	313	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	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	314	DIP-19	OBIETTIVO A VALENZA DIPARTIMENTALE	Miglioramento dei tempi medi di risposta nelle prestazioni e consulenze a pazienti ricoverati rispetto al 2025	tempi medi (ore) di risposta nelle prestazioni ai e consulenze pazienti ricoverati anno 2026	≤ 2 giorni (se superiore allora < al dato 2025)	10	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	315	OB-REG 14	OBIETTIVO REGIONALE	Questo obiettivo verrà identificato e discusso a seguito della DGR di assegnazione alle Aziende Sanitarie degli obiettivi regionali anno 2026	da identificare	da identificare	10	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	8-9	Dipartimento strutturale di area medica e specialistica	SSD Asma Grave, Malattie Rare del Polmone e Fisiopatologia Respiratoria	316	AMB-16	PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Recupero e aumento produzione per ogni prestazione PNGLA rispetto al 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	prestazioni PNGLA 2026 / prestazioni PNGLA 2025 (o 2019 se superiore al dato 2025)	> 1	20	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	317	PROD-33	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	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 C5)	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
10	10-1	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI - SCDO Neurologia – CRESM	318	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	n° incontri l'anno	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	319	PROD-35	PRODUZIONE	Mantenimento del valore della produzione rispetto al 2025	produzione 2026 / produzione 2025	≥1	50	collaborazione al raggiungimento dell'obiettivo assegnato alla SCDO Neurologia – CRESM	Area qualità clinica ed assistenziale
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	320	CIRC_1	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	321	MON-8	MONITORAGGIO	Monitoraggio contenzioso aziendale e gestioni sinistri	A) rendicontazione trimestrale B) differenza tra spesa 2026 e valore accontonato nel fondo rischio C) inserimento sinistri in SIMES entro 30 gg dalla richiesta di risarcimento con completa compilazione di campi e aggiornamento semestrale "importo riservato"	SI	30	ripartizione peso: A) 15 B) 15	Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	322	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 adempimenti da parte del Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, riportante esito di almeno un audit di verifica	SI	10	ripartizione peso: A) 10 B) 10 C) 10	Area Organizzativa
3	3-8	Line Direzione Amministrativa	S.S. Affari Generali e Legali	323	SIC_SO-6	SICUREZZA E SORVEGLIANZA	Attività del Comitato di gestione sinistri realizzata in conformità alle indicazioni regionali	Report annuale	SI	30		Area Organizzativa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	324	MON-9	MONITORAGGIO	Monitoraggio dell'appropriatezza della procedura di rettifica dei contributi c/esercizio per investimenti	N° prospetti trimestrali di ricognizione degli investimenti finanziati da rettifiche di contributi in c/esercizio e eventuali atti autorizzativi necessari	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	325	EF_COST-63	EFFICIENTAMENTO COSTI	Procedure strutturate per il monitoraggio e il recupero delle somme dovute	N° prospetti trimestrali sull'andamento delle attività di recupero, con evidenza separata sul recupero delle quote svalutate	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	326	EF_ORG-20	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	Verrà tenuto conto delle eventuali criticità legate all'implementazione del nuovo applicativo AMCO	Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	327	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	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	328	EF_COST-64	EFFICIENTAMENTO COSTI	Azioni giuridiche finalizzate a interrompere tempestivamente i termini di prescrizione delle partite creditorie	N° report con scadenziario aggiornato semestralmente delle partite di credito aperte	2	10		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	329	EF_COST-65	EFFICIENTAMENTO COSTI	Analisi del fondo svalutazione crediti con adeguata valutazione del rischio	Produzione prosetto di riepilogo annuale con le movimentazioni contabili del Fondo Svalutazione Crediti	1	15		Area Gestione Spesa
3	3-1	Line Direzione Amministrativa	S.C. Gestione Economico Finanziaria	330	MON-10	MONITORAGGIO	Predisposizione di report trimestrali e annuali che dettano lo stato dei trasferimenti finanziari e dei crediti residui	Redazione trimestrale di report di monitoraggio trimestrali e annuali	4	15		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	331	EF_COST-66	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	332	EF_COST-67	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

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	333	EF_COST-68	EFFICIENTAMENTO COSTI	rinegoziazioni contrattuali e/o gli aggiornamenti adottati ove emerga una differenza significativa dei prezzi unitari rispetto ai prezzi di riferimento ANAC	N° Report di annuale sintesi	1	10		Area Gestione Spesa
3	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	334	EF_ORG-21	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	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	335	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	3-2	Line Direzione Amministrativa	S.C. Provveditorato-Economato	336	EF_COST-69	EFFICIENTAMENTO COSTI	Monitoraggio dei contratti per supportare i processi decisionali, stimare i fabbisogni, verificare le modalità di acquisto, e monitorare le scadenze e proroghe contrattuali.	N° Report di sintesi trimestrale	4	10		Area Gestione Spesa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	337	EF_COST-70	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	30		Area Gestione Spesa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	338	EF_ORG-22	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione processo di digitalizzazione Fascicolo Personale Dipendente	Progettazione processo di digitalizzazione Fascicolo Personale Dipendente in funzione del passaggio al nuovo applicativo previsto per il 2027	evidenza documentale	15		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	339	EF_ORG-23	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN	coerenza tra dati OSSERVATORIO e dati OPESSAN	1	15		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	340	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 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	341	EF_COST-71	EFFICIENTAMENTO COSTI	monitoraggio continuo del Piano triennale dei fabbisogni del personale	n° Report trimestrale sull'andamento delle teste e spese del personale aziendale rispetto alle previsioni	4	15		Area Gestione Spesa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	342	EF_ORG-24	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Monitoraggio percorso di umanizzazione.	Report annuale delle iniziative condotte per governance aziendale sul personale soggetto a inidoneità e limitazioni lavorative	1	5		Area Organizzativa
3	3-3	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane	343	EF_ORG-25	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Predisporre bandi di concorso, avvisi pubblici e avvisi di mobilità, assicurando la pubblicazione nei canali ufficiali e il rispetto delle direttive regionali	N° Report bimestrale per la Direzione Strategica sullo stato di avanzamento delle procedure concorsuali	6	10		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	344	EF_ORG-26	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	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	345	FORM-1	FORMAZIONE	Attivazione Piano formativo 2026	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	346	FORM-2	FORMAZIONE	Monitoraggio formazione ICA	Numero formati sul totale delle persone da formare (moduli A+B+C+D)	100% del Target atteso al 30/06/2026	30		Area Organizzativa
3	3-4	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CENTRO DI FORMAZIONE AZIENDALE	347	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
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	348	EF_ORG-27	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	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
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	349	FORM-3	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	350	FORM-4	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con DIPSA di progetti organizzativi/informativi.	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	351	FORM-5	FORMAZIONE	Incremento numero tirocinanti presso le degenze e i servizi dell'AOU S. Luigi	(N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2026 - N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2025) / N° studenti tirocinanti presso AOU S. Luigi anno 2025	≥ 10%	40	Relativo alle specialità presenti in Azienda Si applica a : Coordinatore/tutor	Area Organizzativa
3	3-5	Line Direzione Amministrativa	S.C. Risorse Umane - CORSI LAUREA PROFESSIONI SANITARIE	352	SORV-1	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	1	40	Si applica a : Amministrativi	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	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	353	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	20	Si applica a : Amministrativi	Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	354	EF_COST-72	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	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	355	EF_COST-73	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	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	356	ED-1	INTERVENTI EDILIZIA	Realizzazione interventi di edilizia sanitaria : A: CUP 22000230001 B: CUP 22000260001 C: CUP 22000280001 D: CUP 22000240001 E: CUP 22000250001 F: CUP 22000270001	A-B-C-: affidamento servizi entro 31/12/2026 D-E-F-: approvazione FTE ed esecutivo entro 31/12/2026	1	25	il raggiungimento del peso sarà misurato in percentuale sul raggiungimento totale dei 6 sub-obiettivi	Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	357	EF_COST-74	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficienza energetica. A- installazione misuratori consumo energia elettrica per sale operatorie B- installazione misuratori consumo energia elettrica per radiologia	presenza misuratori	SI	10		Area Gestione Spesa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	358	ED-2	INTERVENTI EDILIZIA	Conclusione lavori ampliamento del DEA (Arcuri)	Presentazione alla Direzione Strategica di Report trimestrale sullo stato avanzamento lavori progetto stralcio a seguito della conclusione dello stato di consistenza lavori d ditta esecutrice uscente	SI	15		Area Organizzativa
3	3-7	Line Direzione Amministrativa	S.C. Tecnico e Tecnologie	359	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	10		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	360	EF_COST-75	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	361	EF_ORG-28	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	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	362	EF_ORG-29	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione dei servizi di sanità digitale	N° Report trimestrale di avanzamento degli interventi	4	15		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	363	EF_ORG-30	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Implementazione delle Postazioni di Lavoro per la Telemedicina	N° Relazioni trimestrale sulle postazioni di lavoro che sono state rese operative per il personale sanitario	4	15		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	364	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	SI	20		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	365	MON-11	MONITORAGGIO	Coerenza delle trasmissioni rispetto ai disciplinari dei flussi: verifica che le modalità attuali di compilazione dei campi siano coerenti rispetto al disciplinare	N° report trimestrale di sintesi	4	15		Area Organizzativa
3	3-9	Line Direzione Amministrativa	S.S. ICT	366	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	5		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	367	EF_COST-76	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

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	368	EF_COST-77	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	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	369	MON-12	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	370	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	25		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	371	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	10		Area Organizzativa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	372	EF_COST-78	EFFICIENTAMENTO COSTI	Efficienza operativa delle apparecchiature. Monitorare i principali indicatori in particolare sale operatorie e radiologia quali ad esempio giorni di fermo macchina, tempi di intervento/ ripristino	report trimestrale	4	7		Area Gestione Spesa
3	3-10	Line Direzione Amministrativa	S.S. Ingegneria Clinica	373	EF_COST-79	EFFICIENTAMENTO COSTI	Formazione e utilizzo corretto delle apparecchiature in fase di collaudo. Monitorare l' avvenuta formazione al personale sanitario utilizzatore in fase di collaudo.	report annuale	1	8		Area Gestione Spesa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	374	EF_ORG-31	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	15		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	375	EF_ORG-32	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Rispettare la tempistica della liquidazione fatture	n° fatture liquidate entro 45 giorni dalla ricezione / n° totale fatture	1	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	376	CUP-24	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
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	377	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	5		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	378	EF_ORG-33	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	supporto alla DMPO per la ricognizione degli spazi interni utili all'esercizio della Libera Professione	Mapa aggiornata degli spazi interni e report di utilizzo Annuale	SI	20		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	379	MON-13	MONITORAGGIO	Verifica del rispetto dei limiti derivanti dal piano dei volumi di attività stabiliti dall'Azienda, l'Azienda deve declinare budget individuali da attribuire ai singoli dirigenti e relativi volumi di erogazione, che devono essere inferiore al piano annuale delle prestazioni erogate in attività istituzionale, sia ambulatoriale che ricovero.	N° Report di monitoraggio trimestrale dei volumi di attività e confronto con l'attività svolta in regime istituzionale	4	20		Area Organizzativa
3	3-11	Line Direzione Amministrativa	S.S. SAAS	380	MON-14	MONITORAGGIO	Monitoraggio delle Agende libero professionali e adozione di strumenti idonei degli orari di lavoro dedicati.	N° Report trimestrale di monitoraggio delle agende e orari di lavoro	4	20		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
9	9-1	DIPARTIMENTI UNIVERSITARI	PERSONALE AMMINISTRATIVO E TECNICO AFFERENTE AI DIPARTIMENTI UNIVERSITARI- Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche / Dipartimento di Oncologia	381	SIC_SO-7	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	382	SORV-2	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
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	383	EF_ORG-34	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione e sua descrizione	presenza di relazione	SI	Anestesia rianimazione : 40 Ambulatorio Proctologia : 40 Centrale di sterilizzazione, : 40 Chirurgia Generale, : 40 Chirurgia Toracica, : 40 D.H. Urologia, : 40 Ortopedia, : 40 Prericovero, : 50 Sala Operatoria : 40 Terapia Antalgica , : 40 Urologia : 40 Week Surgery, : 50	si applica a : Tutte le strutture	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	384	EF_ORG-35	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	25	si applica a : Sala Operatoria 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 rispetto al valore target	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	385	EF_ORG-36	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%	25	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	386	APP-8	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	Chirurgia Generale, : 10 Chirurgia Toracica, : 10 Ortopedia, : 10 Urologia : 10	si applica a : Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Ortopedia, 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	387	EF_ORG-37	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	≥90%	50	si applica a : Anestesia e Rianimazione	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	388	EF_ORG-38	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N° piani standard assistenziali	2	Chirurgia Generale, : 40 Chirurgia Toracica, : 40 Ortopedia, : 40 Urologia : 40 Week Surgery, : 40	si applica a : Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Ortopedia, Urologia, Week Surgery	Monitoraggio dell' applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing

n° art org	n° struttU ra	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	389	MON_SUP-1	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	Anestesia rianimazione : 10 Ambulatorio Proctologia : 10 Centrale di sterilizzazione, : 10 Chirurgia Generale, : 10 Chirurgia Toracica, : 10 D.H. Urologia, : 10 Ortopedia, : 10 Prericovero, : 50 Sala Operatoria : 10 Terapia Antalgica , : 10 Urologia : 10 Week Surgery, : 10	si applica a : Anestesia rianimazione, Ambulatorio Proctologia, Centrale di sterilizzazione, Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, D.H. Urologia, Ortopedia, Prericovero, Sala Operatoria, Terapia Antalgica, Urologia , Week Surgery	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	390	AMB-17	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%	Ambulatorio Proctologia : 50 D.H. Urologia, : 50 Terapia Antalgica , : 50	si applica a : Ambulatorio Proctologia, D.H. Urologia, Terapia Antalgica ,	Area Organizzativa
5	5-1	DIPSA	Coordinatori sanitari , Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Chirurgica ed Intensiva	391	SIC_SO-8	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	392	APP-66	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	Geriatría, : 20 Med. Interna a indirizzo ematologico, : 20 Med. Urgenza, : 20 Medicina Interna, : 20 Oncologia Medica : 20 Pronto Soccorso : 30	si applica a : Geriatría, Med. Interna a indirizzo ematologico, Med. Urgenza, Medicina Interna, Oncologia Medica, Pronto Soccorso	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	393	EF_ORG-39	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Adozione dello Screening della Malnutrizione per tutti i Pazienti ricoverati in uno/due Reparto/i di Degenza "pilota"	Formazione Personale del/dei Reparto/i "pilota" da parte della SSD Dietetica e report riportante il numero di screening compilati correlati al numero di consulenze eseguite prevista	evidenza documentale	50	si applica a : Nutrizione clinica e Dietologa	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	394	EF_ORG-40	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	≥90%	30	si applica a : DH Internistico, Microcitemie	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	395	EF_ORG-41	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N° piani standard assistenziali	2	Geriatría, : 20 Med. Interna a indirizzo ematologico, : 20 Med. Urgenza, : 20 Medicina Interna, : 20 Nefrologia, : 30 Oncologia Medica : 20	si applica a : Geriatría, Med. Interna a indirizzo ematologico, Med. Urgenza, Medicina Interna, Nefrologia, Oncologia Medica	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	396	EF_ORG-42	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Revisione dell'organizzazione dei percorsi di archiviazione blocchetti e vetrini come da LG ministeriali.	(tempo medio di recupero dei materiali anno 2026 -tempo medio di recupero dei materiali anno 2023) /tempo medio di recupero dei materiali anno 2023	<20%	30	si applica a : Anatomia Patologica	Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	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	397	MON_SUP-2	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavano e del Servizio Trasporti Interni	Report mensile di attestazione con evidenza delle non conformità, entro il giorno 5 del mese successivo.	12 report/anno	Amb. Diabetologia, : 30 Anatomia Patologica : 30 DH Ematologia : 30 DH Internistico , : 30 DH Oncologia Medica, : 30 Endoscopia Digestiva, : 30 Farmacia, : 50 Geriatría, : 30 Med. Interna a indirizzo ematologico, : 30 Med. Urgenza, : 30 Medicina Interna, : 30 Medicina Preventiva : 50 Microcitomie : 30 Nefrologia, : 30 Oncologia Medica : 30 Pronto Soccorso : 30 Radiologia, : 30	si applica a : Amb. Diabetologia, Anatomia Patologica, DH Ematologia , DH Internistico , DH Oncologia Medica, Endoscopia Digestiva, Farmacia, Geriatría, Med. Interna a indirizzo ematologico, Med. Urgenza, Medicina Interna, Medicina Preventiva, Microcitomie , Nefrologia, Oncologia Medica , Pronto Soccorso, Radiologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	398	EF_ORG-43	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione e sua descrizione	presenza di relazione	SI	Amb. Diabetologia, : 40 Anatomia Patologica : 40 DH Ematologia : 40 DH Internistico , : 20 DH Oncologia Medica, : 40 Endoscopia Digestiva, : 40 Farmacia, : 50 Geriatría, : 30 Med. Interna a indirizzo ematologico, : 30 Med. Urgenza, : 30 Medicina Interna, : 30 Medicina Preventiva : 50 Microcitomie : 20 Nefrologia, : 40 Nutrizione clinica e Dietologia : 25 Oncologia Medica : 30 Radiologia, : 40	si applica a : Tutte le strutture con eccezione del PS	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	399	AMB-18	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%	Amb. Diabetologia, : 30 DH Ematologia : 30 DH Internistico , : 20 DH Oncologia Medica, : 30 Endoscopia Digestiva, : 30 Microcitomie : 20 Nutrizione clinica e Dietologia : 25 Radiologia, : 30	si applica a : Amb. Diabetologia, DH Ematologia, DH Internistico , DH Oncologia Medica, Endoscopia Digestiva, Microcitomie, Nutrizione clinica e Dietologia, Radiologia	Area Organizzativa
5	5-2	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica ed Oncologia	400	EF_ORG-44	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Attivazione di un percorso successivo al Triage iniziale (post-Triage)	n° pazienti con codice priorità Azzurro e Arancione con attivazione Post-Triage 2026/ n° totale pazienti con accesso a PS con codice priorità Azzurro e Arancione 2026	≥ 50%	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	401	APP-67	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	40	si applica a : Servizio Trasfusionale	Area qualità clinica ed assistenziale

n° art org	n° struttU ra	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	402	EF_ORG-45	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%	Amb e DH MFNR, : 35 Amb FPR, : 35 Amb. Cardio : 35 Amb. Neurologia, : 25 Emodinamica : 50 Lab.Analisi : 35	si applica a : Amb e DH MFNR, Amb FPR, Amb. Cardio, Amb. Neurologia, Emodinamica, Lab.Analisi	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	403	APP-38	APPROPRIATEZZA	Corretta segnalazione al NOCC dei casi di competenza, in collaborazione con componente medica (per setting e documentazione)	Segnalazioni corrette / totale segnalazioni	≥90%	Cardiologia, : 20 MFNR, : 20 Neurologia : 20 Pneumologia, : 20 Psichiatria, : 20	si applica a : Cardiologia, MFNR, Neurologia, Pneumologia, Psichiatria,	Area Organizzativa
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	404	EF_ORG-46	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%	30	si applica a : Ambulatorio Neurologia	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	405	EF_ORG-47	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione del modello assistenziale personalizzato Primary Nursing	N° piani standard assistenziali	2	Cardiologia, : 20 MFNR, : 20 Neurologia : 20 Pneumologia, : 20 Psichiatria, : 20	si applica a : Cardiologia, MFNR, Neurologia, Pneumologia, Psichiatria,	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	406	EF_ORG-48	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno della propria Struttura di assegnazione e sua descrizione	presenza di relazione	SI	Amb e DH MFNR, : 35 Amb FPR, : 35 Amb. Cardio : 35 Amb. Neurologia, : 25 Cardiologia, : 40 Lab.Analisi : 35 MFNR, : 40 Neurologia : 40 Pneumologia, : 40 Psichiatria, : 40 Trasfusionale : 40	si applica a : Tutte le strutture con eccezione di Emodinamica	Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-3	DIPSA	Coordinatori Sanitari, Professionisti sanitari e Personale di supporto all'assistenza - Dipartimento Area Medica Specialistica	407	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	Amb e DH MFNR, : 30 Amb FPR, : 30 Amb. Cardio : 30 Amb. Neurologia, : 20 Cardiologia, : 20 Emodinamica : 50 Lab.Analisi : 30 MFNR, : 20 Neurologia : 20 Pneumologia, : 20 Psichiatria, : 20 Trasfusionale : 20	si applica a : Amb e DH MFNR, Amb FPR, Amb. Cardio, Amb. Neurologia, Cardiologia, Emodinamica, Lab.Analisi , MFNR, Neurologia, Pneumologia, Psichiatria, Trasfusionale	Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	408	EF_ORG-49	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Miglioramento rispetto al 2025 dello START-TIME TARDINESS e degli interventi in OVER TIME	A - START-TIME TARDINESS 2026 / START-TIME TARDINESS 2025 B- n° interventi in OVER TIME 2026 / n° interventi in OVER TIME 2025	A < 1 B < 1	15		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	409	MON_SUP-4	MONITORAGGIO ATTIVITA' DI SUPPORTO	Supervisione del monitoraggio periodico delle attività di pulizia reparto/struttura, del Servizio Lavanolo e del Servizio Trasporti Interni	Attestazione mensile	12	20		Area Organizzativa
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	410	EF_ORG-50	EFFICIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	Coordinamento dei progetti 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	411	FORM-6	FORMAZIONE	Elaborazione in integrazione con Coordinatori/tutor di S.C. Risorse Umane-Corsi Laurea Professioni Sanitarie di progetti organizzativi/formativi.	N° progetti elaborati	3	10		Area Organizzativa

n° art org	n° struttU ra	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUTTURA	n° progr. ob.	COD OB	MACRO OBIETTIVO	OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	PESO	NOTE	Albero della performance - pilastro
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	412	GP-2	GOVERNANCE PERCORSO DI RICOVERO	Elaborazione del Progetto di Governance del Percorso di Ricovero entro il 30/06/2026	evidenza documentale	si	10		Area qualità clinica ed assistenziale
5	5-4	DIPSA	Direttore e Coordinatori SC DIPSA titolari di incarico di funzione	413	MON-15	MONITORAGGIO	Monitoraggio applicazione modello LEAN con identificazione di un processo lavorativo all'interno delle Strutture di riferimento	presenza di relazione	SI	25		Area qualità clinica ed assistenziale
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)	414	MON_SUP-5	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)	415	SIC_SO-9	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
10	10-2	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	416	APP-68	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
10	10-2	SPECIALISTI AMBULATORIALI	SPECIALISTI AMBULATORIALI – SCDU Psichiatria - Specialista Psicologia Clinica	417	APP-69	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

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
01 ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE	1	Reclutamento per concorso pubblico	Indizione del concorso	Condizionamento delle scelte organizzative relativamente alla copertura dei posti per favorire conoscenti/parenti.	Responsabile S.C. Risorse Umane	ASL o ASO in caso di procedure congiunte	BASSO	Non sussistono condizionamenti delle scelte organizzative in quanto vi deve essere coerenza tra i concorsi banditi ed il piano dei fabbisogni	Definizione annuale del fabbisogno e relativo monitoraggio	Definizione annuale del fabbisogno e relativo monitoraggio	coerenza tra concorsi banditi e piano dei fabbisogni
	2	Reclutamento per concorso pubblico	Ammissione candidati e nomina Commissione esaminatrice	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	Responsabile S.C. Risorse Umane	ASL o ASO in caso di procedure congiunte	MEDIO/BASSO	Possibili criticità afferenti alla composizione della Commissione, monitorati da controlli interni. In ogni caso viene data evidenza sul sito della Trasparenza	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	Evidenza pubblicazione su sito Trasparenza
	3	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	Responsabile S.C. Risorse Umane	ASL o ASO in caso di procedure congiunte	BASSO	Applicazione rigorosa della normativa nazionale e regionale	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.	Evidenza pubblicazione su sito della Trasparenza- assenza di contestazioni
	4	Reclutamento per concorso pubblico	Comunicazione e pubblicazione dei dati	Mancata o non corretta pubblicazione dei risultati.	Responsabile S.C. Risorse Umane	ASL o ASO in caso di procedure congiunte	BASSO	Non esistono criticità. Viene sempre data evidenza della pubblicazione	Pubblicazione degli esiti delle procedure in Amministrazione Trasparente	Pubblicazione degli esiti delle procedure in Amministrazione Trasparente	Evidenza pubblicazione su sito Trasparenza- assenza di contestazioni
	5	Reclutamento del personale attraverso collocamento legge n. 68/99	Selezione del personale tenendo in considerazione l'eventuale convenzione con l'Agenzia Piemonte Lavoro ovvero indizione concorso pubblico o chiamata numerica dall'Agenzia Piemonte Lavoro	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	Responsabile S.C. Risorse Umane		BASSO	Reclutamento con chiamata numerica nel pieno rispetto della normativa che prevede la percentuale di computo, unitamente alla coerenza tra tra assunzioni e piano dei fabbisogni	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.	Coerenza tra assunzioni e piano dei fabbisogni
	6	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	Responsabile S.C. Risorse Umane		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	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	Pubblicazione avvisi delle procedure su Amministrazione trasparente
	7	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	Responsabile S.C. Risorse Umane		BASSO	La procedura di selezione avviene attraverso criteri predeterminati e in piena osservanza delle regole procedurali	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	Pubblicazione esiti delle procedure concluse su amministrazione trasparente
	8	Conferimento di altri incarichi dirigenziali e incarichi di funzione	Proposte di conferimento	Adozione di procedure non trasparenti nel conferimento di incarichi dirigenziali/posizioni organizzative	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori di Struttura Complessa	MEDIO/ BASSO	La procedura adottata rispetta pienamente i principi di trasparenza in osservanza delle disposizione regolamentari, contrattuali e nazionali	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.	Assenza di reclami / contestazioni. Evidenza pubblicazione bandi incarichi su intranet aziendale
	9	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	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori di Struttura Complessa	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	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	Attestazione coerenza tra profilo definito e CV del titolare di incarico

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
C A R I C H I E N O M I N E	10	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	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori di Struttura Complessa	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.	Applicazione della normativa vigente e del Regolamento aziendale. Pubblicazione di avvisi ed esiti relativi agli incarichi emanati in conformità anche alle disposizioni Regionali	Applicazione della normativa vigente e del Regolamento aziendale. Pubblicazione di avvisi ed esiti relativi agli incarichi in Amministrazione Trasparente	Evidenza della pubblicazione dei dati
	11	Differenziali economici di Professionalità (D.E.P.)	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.	Responsabile S.C. Risorse Umane	Collegio Sindacale	BASSO	Svolgimento previo Accordo Sindacale e certificazione Collegio Sindacale Presenza di criteri predeterminati con apposito Regolamento	Applicazione della normativa vigente e del Regolamento aziendale. Pubblicazione di avvisi ed esiti	Applicazione della normativa vigente e del Regolamento aziendale. Pubblicazione di avvisi ed esiti relativi agli incarichi in Amministrazione Trasparente	Evidenza della pubblicazione dei dati
	12	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.	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale	BASSO	Assenza di condizionamenti delle scelte organizzative che si attengono al piano dei fabbisogni in relazione agli assetti determinati dall’Atto Aziendale	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	Coerenza tra piano del fabbisogno e atto aziendale
	13	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	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale	BASSO	Predeterminazione nel bando dei criteri di valutazione che sono imparziali ed oggettivi	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	Evidenza pubblicazione bando in Amministrazione trasparente
	14	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	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale	MEDIO/BASSO	Possibili criticità nella individuazione della Commissione esaminatrice	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	Evidenza pubblicazione in Amministrazione Trasparente

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
02 INC	15	Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (Area sanitaria)	Pubblicazione dei dati	Mancata o non corretta pubblicazione dei risultati.	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori di S.C. di altre ASL/ASO e Direzione Aziendale	BASSO	Evidenza pubblicazione in amministrazione trasparente	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	Evidenza della pubblicazione in Amministrazione trasparente
	16	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	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttore/Responsabile struttura richiedente	MEDIO BASSO	Evidenza indizione avviso mediante pubblicazione su Amministrazione Trasparente Presenza controlli a campione su autocertificazione dei requisiti	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"	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"	1) Elenco dichiarazione sostitutive non veritiere e relativi provvedimenti 2) report (eventuale) relativo alle mancate attivazioni in carenza dei requisiti richiesti dall'avviso 3) evidenza pubblicazione avvisi
	17	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	Responsabile S.C. Risorse Umane		BASSO	Presenza controlli a campione su requisiti autocertificati	1) Controlli a campione (un controllo ogni quattro incarichi assegnati) su autocertificazione docenti esterni 2) Acquisizione e pubblicazione CV docenti incaricati	1) Controlli a campione (un controllo ogni quattro incarichi assegnati) su autocertificazione docenti esterni 2) Acquisizione e pubblicazione CV docenti incaricati	Elenco dichiarazione sostitutive non veritiere e relativi provvedimenti Evidenza pubblicazioni in Amministrazione trasparente
	18	Docenza corsi di laurea professioni sanitarie	Conferimento incarichi di collaborazione alla didattica	Conferimento incarichi di collaboratori alla didattica in carenza dei requisiti autocertificati	Responsabile S.C. Risorse Umane	Consigli dei Corsi di Laurea	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	Controlli a campione (n. 10/anno) su autocertificazione collaboratori alla didattica	Controlli a campione (n. 10/anno) su autocertificazione collaboratori alla didattica	Elenco dichiarazione sostitutive non veritiere e relativi provvedimenti
	19	Conferimento di incarichi di collaborazione-convenzioni passive	Valutazione richiesta effettuata dal Responsabile della Struttura	Assenza di adeguata motivazione della richiesta	Responsabile SC Direzione Sanitario Presidio / Responsabile S.S. A.A.A.S.		BASSO	Basso in quanto trattasi di procedure che vedono come controparte professionalità non presenti in Azienda ed appartenenti ad altri Enti Pubblici	Verifica richiesta sulla base di determinati criteri	Verifica richiesta sulla base di criteri definiti	Evidenza criteri sulla base della check-list definita
	20	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	Responsabile SC Direzione Sanitario Presidio/ Responsabile S.S. A.A.A.S.		BASSO	Basso in quanto trattasi di procedure che vedono come controparte professionalità non presenti in Azienda ed appartenenti ad altri Enti Pubblici	Verifica professionalità assenza e/o carenza del personale richiesto in Azienda	Definizione criteri per l'individuazione delle Strutture	Evidenza criteri sulla base della check-list definita
	21	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	Responsabile SC Direzione Sanitario Presidio / Responsabile S.S. A.A.A.S.		BASSO	Basso in quanto trattasi di procedure che vedono come controparte professionalità non presenti in Azienda ed appartenenti ad altri Enti Pubblici	Definizione criteri per invio richieste	Definizione criteri per l'individuazione delle Strutture	Evidenza criteri sulla base della check-list definita

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
	22	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	Responsabile S.C. Provveditorato - Economato	Tutte le strutture aziendali interessate/coinvolt e nel processo	BASSO	La standardizzazione della procedura è diffusa in tutta l'Azienda	Congrua 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	Evidenza della motivazione per ogni gara da parte della Struttura richiedente
	23	Programmazione	Programmazione acquisti di importo inferiore a 5.000 euro	Priorità nella programmazione degli acquisti che derivi da interessi particolari	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	S.C. Provveditorato- Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	BASSO	Concertazione con la Funzione Approvvigionamenti di croonoprogramma degli acquisti	Concertazione con la Funzione Approvvigionamenti di croonoprogramma degli acquisti	Consolidamento della procedura alla luce del recente Regolamento aziendale	Audit a campione sulla documentazione conservata agli atti
	24	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	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	S.C. Provveditorato- Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	BASSO	Definizione concertata con i diversi professionisti corredata di motivazioni esplicite a supporto della richiesta e commissioni interne (PTO e DM)	Definizione concertata con i diversi professionisti	Consolidamento della procedura alla luce del recente Regolamento aziendale	Audit a campione sulla documentazione conservata agli atti
	25	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	Responsabile S.C. Tecnico e Tecnologie	Direzione Aziendale	BASSO	Procedure collegiali e condivise in ogni fase con la Direzione Generale	Programmazione lavori	Monitoraggio e quantificazione procedure non concorrenziali Creazione scadenziario aggiornato	Corrispondenza fra le procedure realizzate rispetto alla programmazione effettuata
	26	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	Responsabile S.C. Provveditorato - Economato	Direzione Aziendale Responsabile Acquisizioni dell'Area Interaziendale di Coordinamento	MEDIO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	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	Analisi e confronto del valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali rispetto a quelle ordinarie
	27	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	Responsabili: S.C. Tecnico e Tecnologie; S.S. Ingegneria Clinica; S.S. ICT		MEDIO	Livello di rischio determinato dalla possibilità di effettuare consultazioni anche informali	Divulgazione a tutto il personale coinvolto nella fase di progettazione della gara delle corrette norme di comportamento	Evidenza dell'informativa per il personale addetto	Riscontro dell'informativa

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
	28	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	Responsabili: S.C. Tecnico e Tecnologie; S.S. Ingegneria Clinica; S.S. ICT		BASSO	Meccanismi di controllo adeguati	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	Numero di ricorsi per motivazioni afferenti il regolare procedimento di gara
	29	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 defizione 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	Responsabile S.C. Provveditorato - Economato	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	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	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	Ritardi procedurali attribuibili a imprecisa definizione dei capitolati tecnici, misurabili attraverso i giorni di proroga termine offerte concessi
	30	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	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. Di.P.Sa.	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	BASSO	La standardizzazione della procedura è diffusa in tutta l'Azienda	Rotazione del personale / Formazione	Rotazione del personale sulla base di specifiche competenze - Formazione	Numero di gare rapportate al personale in servizio
	31	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	Responsabili: S.C. Tecnico e Tecnologie; S.S. Ingegneria Clinica; S.S. ICT	Tutte le strutture aziendali coinvolte/interessat e al processo	MEDIO	Rischio non trascurabile relativo alla predisposizione dei documenti di gara, pur in presenza di meccanismi di controllo	Rotazione del personale / Formazione	Rotazione del personale sulla base di specifiche competenze - Formazione	Unità di personale in servizio impegnato in ogni procedura di gara
	32	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	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. Di.P.Sa.	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	BASSO	La standardizzazione della procedura è diffusa in tutta l'Azienda	Rotazione del personale / Formazione	Rotazione del personale sulla base di specifiche competenze - Formazione	Numero di gare anno valutato ad ogni operatore sul numero di gare assegnate
	33	Valutazione offerta	Valutazione delle offerte e verifica delle anomalie	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	S.C. Provveditorato-Economato Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	BASSO	Comparazione dei prezzi e scelta prezzo più vantaggioso	Comparazione dei prezzi e scelta prezzo più vantaggioso	Consolidamento della procedura alla luce del recente Regolamento aziendale	Audit a campione sulla documentazione conservata agli atti

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
03 CONTRATTI PUBBLICI	34	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	Responsabili: S.C. Tecnico e Tecnologie; S.S. Ingegneria Clinica; S.S. ICT		MEDIO	La fase di valutazione è di regola collegiale e prevede la scrupolosa applicazione delle normative	Espletamente 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)	numero di accesso agli atti e numero di ricorsi pervenuti nelle procedure effettuate
	35	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	Responsabile S.C. Provveditorato - Economato	Per gli acquisti inferiori a 40.000: I dirigenti sono autorizzati a procedere direttamente ad acquisti per le fasce di importo stabilite per le singole strutture dall'art. 14 del Regolamento approvato con delibera n. 346/2025	MEDIO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	Espletamente delle procedure secondo le vigenti norme, nella massima trasparenza e pubblicità	Acquisizione preventiva curricula vitae dei Commissari Acquisizione preventiva dichiarazioni incompatibilità dei Commissari e degli altri soggetti coinvolti nella fase di affidamento e di esecuzione Pubblicazione dei curricula vitae dei Commissari nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale	Numero di curricula vitae pubblicati
	36	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	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	S.C. G.E.A. Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	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	Definizione concertata con i diversi professionisti corredata di motivazioni esplicitate a supporto della richiesta	Consolidamento della procedura alla luce del recente Regolamento aziendale	Audit a campione sulla documentazione conservata agli atti
	37	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	Responsabili: S.C. Tecnico e Tecnologie; S.S. Ingegneria Clinica; S.S. ICT		BASSO	Le attività di verifica dei requisiti prevedono la scrupolosa applicazione delle normative	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	Aggiornamento in tempo reale della documentazione necessaria per la verifica del possesso dei requisiti di aggiudicazione

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
	38	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	Responsabile S.C. Provveditorato - Economato	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	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	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	Numero di ricorsi per motivazioni afferenti il regolare procedimento di gara
	39	Esecuzione e rendicontazione	Il direttore dei lavori/il direttore dell'esecuzione del contratot 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	Responsabili: S.C. Tecnico e Tecnologie; S.S. Ingegneria Clinica; S.S. ICT	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	L'attività di controllo per questa fase comporta azioni difficilmente proceduralizzabili	Verifica degli adempimenti	Nomina espressa del Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) ai sensi dell'allegato II.14 del D.Lgs 36/2023	Corretta attuazione dei cronoprogrammi
	40	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	Responsabile S.C. Provveditorato - Economato	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	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	Verifica degli adempimenti	Nomina espressa del Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) ai sensi dell'allegato II.14 del D.Lgs 36/2023	Numero di penali applicate nel corso di un anno
	41	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	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera		BASSO	Procedura di contenzioso e eventuale applicazione delle sanzioni	Procedura di applicazione delle sanzioni	Consolidamento della procedura	Riepiloghi di contestazione fornitori

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
	42	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	Responsabili: S.C. Tecnico e Tecnologie; S.S. Ingegneria Clinica; S.S. ICT	Tutte le strutture aziendali coinvolte/interessate al processo	BASSO	Le procedure di rendicontazione prevedono controlli certi e rigorosi	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	Unità di personale in servizio impegnato nelle attività di controllo dei contratti in essere
04 PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	43	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	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori/Responsabili SC / SS dell'Azienda	BASSO	Presenza di interessi economici poco rilevanti/Presenza di controlli su rotazione dipendenti	Monitoraggio annuale partecipazioni ad eventi formativi esterni con oneri aziendali	Monitoraggio annuale partecipazioni ad eventi formativi esterni con oneri aziendali	Report di monitoraggio annuale su rotazione dipendenti
	44	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	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	Tutti i singoli professionisti sanitari	BASSO	La prestazione è effettuata entro 30 gg dalla ricezione della richiesta. Il controllo è l'eventuale segnalazione di reclamo/non conformità	Evasione quotidiana delle richieste e/o ordinativi, numerazione sequenziale in arrivo delle ricette magistrali	Consolidamento della procedura	Monitoraggio dei tempi di rilascio delle preparazioni magistrali
	45	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	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. Di.P.Sa.	Direttori e Coordinatori delle varie strutture sanitarie	BASSO	Presenza di Linee Guida/Procedure/Protocolli per l'erogazione delle prestazioni	Controlli	controlli periodici su liste d'attesa	presenza di segnalazioni di richieste di pagamenti o di accettazione impropria di regali, compensi riportato su tutte le segnalazioni URP
05 PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	46	Erogazione vantaggi economici	Elaborazione stipendi	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici allo scopo di favorire particolari dipendenti	Responsabile Responsabile S.S. Gestione Economica e Relazioni Sindacali		BASSO	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	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	report semestrale
	47	Erogazione vantaggi economici	indennità, straordinario e incentivi	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici allo scopo di favorire particolari dipendenti	Responsabile Responsabile S.S. Gestione Economica e Relazioni Sindacali		BASSO	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	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	report semestrale
	48	Rimborsi spese	Concessione rimborsi spese a dipendenti, docenti	Concessioni di rimborsi spese sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	Responsabile S.C. Risorse Umane	SC G.E.F.	BASSO	Controlli periodici	Mantenimento monitoraggio annuale rimborsi spese	Monitoraggio annuale rimborsi spese	Report monitoraggio annuale

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
SE DEL PATRIMONIO	49	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	Responsabile S.C. G.E.F	Direzione Generale/Collegio Sindacale	ALTO	Il bilancio rappresenta il principale strumento di conoscenza dell'andamento economico dell'azienda	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	Tipologia formazione/approfondimento delle tematiche contabili
	50	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	Responsabile S.C. G.E.F	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo	MEDIO	L'importanza dell'argomento è stato più volte sottolineato dal Ministero e dall'UE	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)	Verifica della pubblicazione sul sito internet aziendale della periodicità con cui vengono effettuati i pagamenti / controlli a campione
	51	Ciclo attivo	Verifica della riscossione delle prestazioni	Omessa effettuazione dei solleciti	Responsabile S.C. G.E.F	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo	MEDIO	Il coinvolgimento di aspetti fiscali e legali particolarmente complicati	Predisposizione di sistema informatico	Verifica periodica delle irregolarità	Numero di solleciti attuati
	52	Ciclo passivo	Emissione mandati di pagamento	Emissione di mandati di pagamento privi di verifica preventiva o pagamenti indebiti	Responsabile S.C. G.E.F	Tutte le strutture amministrative e tecniche coinvolte nel processo	MEDIO	Coinvolgimento di aspetti fiscali e legali particolarmente complicati	Predisposizione sistema informatico con firma elettronica	Verifica periodica delle irregolarità	Controlli propedeutici al pagamento
	53	Recupero crediti	Disposizione solleciti	Impossibilità di poter procedere al recupero di importi irrilevanti	Responsabile S.C. G.E.F	S.S. Assistenza Giuridica	MEDIO	La riscossione dei crediti costituisce specifico obbligo onde non incorrere in danno patrimoniale	Verifica dei ritardi	Implementazione sulla tempestività delle rilevazioni	Numero solleciti effettuati
	54	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	Responsabile S.S. Affari Generali e Legali	S.C. G.E.F. / S.S. A.A.A.S.	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione vincolante per l'Azienda.	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione al corso FAD “Prevenzione della corruzione e trasparenza della P.A.”	Invio di tutti gli atti di messa in mora nei confronti dei soggetti morosi 100%	Attivazione procedura di recupero crediti verso tutti i morosi
	55	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	Responsabile S.S. A.A.A.S	S.C. G.E.F. / S.S. Assistenza Giuridica	BASSO	Procedura informatica regionale con inserimento di campi obbligatori e controlli con base dati regionale e nazionale	Implementazione procedura informatica	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione ad eventuali nuove attività formative in tema di etica e legalità	Numero partecipanti alle attività di formazione
	56	Procedure di codificazione e pagamento delle prestazioni sanitarie	Flussi regionali	Codifiche errate Mancate registrazione di prestazioni Registrazione di prestazioni non effettuate	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio		BASSO	Procedura informatica regionale con inserimento di campi obbligatori e controlli con base dati regionale e nazionale	Monitoraggio errori	Monitoraggio errori	Numero anomalie
	57	Gestione Cassa Economale	Garantire la disponibilità per le spese economiche	Errata e/o infedele contabilizzazione delle spese in economia e gestione della cassa economale in maniera non trasparente e verificabile	Responsabile S.C. Provveditorato - Economato	S.C. G.E.F.	MEDIO BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	Rendicontazione spese effettuate tramite delibera ad hoc	Verifica congruità spese con il regolamento aziendale in funzione della loro significatività	Rilevazioni anomalie tra disposizioni regolamentari e spese in economia
	58	Gestione magazzini	Gestione e coordinamento magazzini aziendali	Gestione infedele dei magazzini aziendali in modo da impedire una corretta valorizzazione in bilancio	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	S.C. G.E.F.	BASSO	Esiste un riepilogo informatico movimentazione magazzini, e le schede di non conformità /segnalzioni vengono ricevute e censite	Procedura di gestione informatizzata	modulo segnalazione non conformità	Riepilogo informatico movimentazione magazzini, numero schede di non conformità ricevute

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
06 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEI RENDIMENTI	59	Gestione magazzini	Valorizzazione delle giacenze alle date previste (TECNICO)	Gestione infedele dei magazzini aziendali dedicati in modo da impedire una corretta valorizzazione in bilancio	Responsabile S.C. Tecnico e Tecnologie	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera- Ielo / S.C. Provveditorato-Economato - Amprino / Responsabile S.C. Tecnico e Tecnologie / S.C. Lab.Analisi / Tutte le Strutture Sanitarie / S.C. G.E.F.	BASSO	Le tipologie di materiale e le scorte presenti riducono notevolmente il rischio di utilizzo non appropriato	Corsi di formazione, anche rivolti ai responsabili dei magazzini di reparto	Verifica dello skill e addestramento sull'applicativo contabile; redazione procedure di magazzino	Verifica della correttezza degli scarichi da magazzino con presenza del/i documenti e/o della procedura informatica
	60	Gestione magazzini	Valorizzazione delle giacenze alle date previste (PROVVEDITORATO)	Gestione infedele dei magazzini aziendali dedicati in modo da impedire una corretta valorizzazione in bilancio	Responsabile S.C. Tecnico e Tecnologie	S.C.D.O. Farmacia Ospedaliera- Ielo / S.C. Provveditorato-Economato - Amprino / Responsabile S.C. Tecnico e Tecnologie / S.C. Lab.Analisi / Tutte le Strutture Sanitarie / S.C. G.E.F.	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione aziendale	Corsi di formazione, anche rivolti ai responsabili dei magazzini di reparto	Verifica dello skill e addestramento sull'applicativo contabile; redazione procedure di magazzino	Verifica della correttezza degli scarichi da magazzino con presenza del/i documenti e/o della procedura informatica
	61	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	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	S.C. G.E.F.	BASSO	Esiste un documento riepilogativo fatture liquidate, l'attività è svolta da responsabili del procedimento non coinvolti negli acquisti	Consolidamento procedura di gestione informatizzata	Intensificazione controlli più accurati su AIC e RDM	N° fatture liquidate dalla SC Farmacia (estratto da applicativo contabile)
	62	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	Responsabile S.C. Provveditorato-Economato	S.C. G.E.F.	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente normativa aziendale	Istituzione Ufficio con più funzionari dedicati	Consolidamento procedura dematerializzata	Documento riepilogativo fatture liquidate
	63	Pagamento fornitori	Pagamento fornitori (fase della liquidazione)	Cagionata alterazione dell'ordine di arrivo e tempistica di liquidazione . Monitoraggio reclami/solleciti rispetto agli adempimenti di competenza	Responsabile S.C. Risorse Umane	S.C. G.E.F.	BASSO	Monitoraggio liquidazione nel rispetto dell’ordine di arrivo delle fatture	Mantenimento monitoraggio rispetto ordine d'arrivo e tempistica di liquidazione Monitoraggio reclami/solleciti rispetto agli adempimenti di competenza	Mantenimento monitoraggio rispetto ordine d'arrivo e tempistica di liquidazione Monitoraggio reclami/solleciti rispetto agli adempimenti di competenza	Evidenza del monitoraggio e dell'effettuato riscontro motivato rispetto ad eventuali reclami/solleciti.

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
	64	Gestione parco automezzi	Utilizzo delle vetture di servizio	Indebito utilizzo di bene pubblico	Responsabile S.C. Provveditorato-Economato	Servizio Autisti / Personale coninvolto	BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione aziendale	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	Numero verifiche e controlli a campione effettuati
07 AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	65	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	Responsabile S.S. Affari Generali e Legali		BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione vincolante per l'Azienda.	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione al corso FAD "Prevenzione della corruzione e trasparenza della P.A."	Rotazione dei professionisti	a) Applicazione del Regolamento aziendale b) Evidenza della rotazione salvo casi specifici
	66	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.	Responsabile S.S. Affari Generali e Legali		BASSO	La valutazione del livello di esposizione del rischio è data in considerazione della vigente regolamentazione vincolante per l'Azienda.	Partecipazione ad attività di formazione/aggiornamento dedicate Partecipazione al corso FAD "Prevenzione della corruzione e trasparenza della P.A."	Definizione transattiva su avallo della Direzione Generale per ogni proposta	Ulteriore avallo o avallo preventivo del CGS o del Collegio Sindacale
08 CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	67	Attività del Servizio Ispettivo	Estrazione della categoria e sorteggio soggetti da verificare	Manipolazione	Servizio Ispettivo	S.C. Risorse Umane	BASSO	Necessità di garantire riservatezza e imparzialità	Applicazione del Regolamento aziendale	Controlli a campione	Numero controlli pari al numero degli estratti
	68	Attività del Servizio Ispettivo	Convocazione	Omessa convocazione	Servizio Ispettivo		BASSO	Necessità di non interferire con le normali attività istituzionali	Controllo tempestività azione amministrativa	Controlli a campione	Numero convocazioni = al numero di conferme ricezione convocazioni
	69	Attività del Servizio Ispettivo	Audizione dei soggetti estratti e Verbalizzazione dichiarazioni rese	Omessa/infedele verbalizzazione delle dichiarazioni rese	Servizio Ispettivo		MEDIO	Garanzia di capillarità e analisi delle informazioni	Informazione/Formazione dei dipendenti in quanto soggetti al sorteggio Formazione del personale addetto all'attività di verbalizzazione	a) Controlli a campione sulla verbalizzazione	Numero audizioni = numero soggetti estratti
	70	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	Analisi della veridicità su situazioni tra loro diverse	Controllo tempestività azione amministrativa	Controlli a campione	Numero verifiche = numero di dichiarazioni rese
	71	Attività del Servizio Ispettivo	Eventuale trasmissione atti alla Direzione aziendale per invio all'autorità competente	Omessa/infedele trasmissione degli atti	Servizio Ispettivo		BASSO	Delicatezza dell'argomento nell'istruttoria delle pratiche	Controllo tempestività azione amministrativa	Controlli a campione	Numero trasmissioni = numero di conferme ricezione da Direzione Aziendale
	72	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	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	Tutti i singoli prescrittori / Tutti i professionisti sanitari	BASSO	Presenza di verbali di AUDIT biennali presso i servizi	Presenza di verbali di AUDIT presso i servizi	Presenza di verbali di AUDIT presso i servizi	Numero di AUDIT effettuati nel biennio (almeno il 50% delle strutture ogni 2 anni)

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
09 ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	73	Libera Professione	Autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale	Produzione false dichiarazioni ai fini del rilascio dell'autorizzazione	Responsabile SC Direzione Sanitario Presidio / Responsabile S.S. A.A.A.S.		BASSO	Esistenza procedura riduce il rischio	Controlli sulla base di quanto disposto dalla Procedura aziendale sulla LP	Controlli a campione	Numero 2 controlli all'anno, uno per semestre, su un campione del 10%
	74	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	Responsabile SC Direzione Sanitario Presidio / Responsabile S.S. A.A.A.S.		MEDIO	Esistenza procedura riduce il rischio	Controlli sulla base di quanto disposto dalla Procedura aziendale sulla LP	Controlli a campione	Numero 2 controlli all'anno, uno per semestre, su un campione del 10%
	75	Libera Professione	Rilevazione volumi di attività	Scostamento dei volumi di attività	Responsabile SC Direzione Sanitario Presidio / Responsabile S.S. A.A.A.S.		BASSO	Esistenza procedura riduce il rischio	Monitoraggio volumi prestazioni	Controlli a campione	Numero 2 controlli all'anno, uno per semestre, di un campione di 5 Strutture/Specialità
	76	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	Responsabile SC Direzione Sanitario Presidio / Responsabile S.S. A.A.A.S.		BASSO	Esistenza procedura riduce il rischio	Controlli sulla base di quanto disposto dalla Procedura aziendale sulla LP	Controlli a campione	Numero 2 controlli all'anno, uno per semestre, su un campione del 10%
	77	Liste di attesa	Gestione Agende CUP/SovraCup	Omesso utilizzo delle Agende informatizzate	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio	tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	MEDIO	Utilizzo del sistema regionale di prenotazione	Centralizzazione delle agende sul sistema informatico aziendale	Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti Controlli a campione	Numero controlli
	78	Liste di attesa	Pubblicazione tempi di attesa (Prestazioni ambulatoriali)	Omessa e/o errata pubblicazione delle liste di attesa	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	MEDIO	Elaborazione tramite sistema informatizzato	Pubblicazione dei tempi di attesa sul sito internet aziendale	Monitoraggio liste di attesa ambulatoriali	Evidenza pubblicazione dati
	79	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)	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio	Tutte le strutture sanitarie aziendali interessate/coinvolt e nel processo	MEDIO	Esistenza procedura riduce il rischio	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	Numero controlli
10 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONE E SPONSORIZZAZIONI	80	Sperimentazioni cliniche	Ricezione documentazione (almeno sinossi, lettera intenti)	Documentazione incompleta o errata Mancata corrispondenza con requisiti normativi	Ufficio istruttorie studi clinici	Direzione Sanitaria di Presidio, sperimentatore	BASSO	La correttezza della documentazione è essenziale per il rilascio dell'autorizzazione	Controllo documentazione ricevuta Verifica requisiti minimi	Checklist standardizzata Follow-up con sperimentatore per documenti mancanti	Numero autorizzazioni rilasciate senza rilievi / Numero totale richieste
	81	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)	Responsabile S.C. Farmacia Ospedaliera	Tutti i singoli prescrittori / Tutti i professionisti sanitari	BASSO	Evasione quotidiana delle richieste e/o ordinativi, numerazione sequenziale in arrivo delle ricette magistrali	Entro 30 gg dalla ricezione della richiesta	Utilizzo di un unico applicativo informatico	Numero di dispensazioni di file F / reclami ricevuti

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
11 ATTIVITA' CORRELATE AL DECESSO IN OSPEDALE	82	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 onoranze di pomepe funebri in cambio di quota sugli utili	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. Di.P.Sa.	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	Consegna ai familiari dell'informativa riguardante il divieto di segnalare ai parenti specifiche inerenti agenzie di onoranze funebri	presenza di foglio informativo in reparto	controllo periodico presenza foglio informativo nei reparti
	83	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	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. Di.P.Sa.	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	Analisi periodica (frequenza semestrale con rilevazione degli interventi delle diverse imprese funebri	Analisi periodica (frequenza semestrale con rilevazione degli interventi delle diverse imprese funebri	Analisi report della ditta appaltatrice
	84	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	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. Di.P.Sa.	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	controlli in merito alla tenuta salma, condizioni igieniche, e ambientali e del personale	Presenza nel Capitolato dell’appalto e nel Regolamento di Polizia mortuaria	Controlli mensili sulla ditta a campione sul personale
	85	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	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. Di.P.Sa.	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	Formazione in materia di prevenzione della corruzione dei nuovi operatori della Ditta	Formazione in materia di prevenzione della corruzione dei nuovi operatori	Evidenza della formazione
	86	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	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	Inserimento nel Capitolato dell’appalto e nel regolamento di polizia mortuaria	Inserimento nel Capitolato dell’appalto e nel regolamento di polizia mortuaria	Presenza di una attestazione sul servizio reso
	87	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	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	Pubblicazione sul sito istituzionale del Capitolato e del Regolamento di Polizia Mortuaria	Pubblicazione sul sito istituzionale del Capitolato e del Regolamento di Polizia Mortuaria	Presenza su sito aziendale (intranet/internet)
	88	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	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. Di.P.Sa.	Tutte le strutture sanitarie di degenza	ALTO	La Tipologia dell'attività con le imprese aumenta il rischio	Controlli a campione sugli operatori delle camere mortuarie	Controlli a campione sugli operatori delle camere mortuarie	Mensilmente la Direzione Sanitaria/ DIPSA effettua un controllo casuale- in una giornata lavorativa- volta al rispetto delle indicazioni del capitolato.

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
12 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	89	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	Responsabile S.C. Risorse Umane	Direttori di Struttura Complessa	BASSO	Applicazione della normativa nazionale e contrattuale Verifica costante sulle dichiarazioni sostitutive.Report esiti certificazioni Legge 104	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.	Report verifiche a campione sulle dichiarazioni sostitutive e sugli esiti delle verifiche L. 104/92.
	90	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	Responsabile S.C. Risorse Umane		BASSO	Effettuazione verifiche secondo le modalità interne del sistema regionale ECM	Verifiche secondo le modalità interne del sistema regionale ECM	Verifiche secondo le modalità interne del sistema regionale ECM	Somministrazione di appositi questionari su conflitti di interesse e Relazione su eventuali criticità ed interventi.
	91	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 in riferimento ai tempi previsti dalla normativa	Dirigente della Struttura interessata alla segnalazione	BASSO	Presenza di un regolamento aziendale che disciplina analiticamente le fasi del procedimento	Controllo tempestività azione amministrativa	Attività di controllo	Numero richieste = numero procedimenti avviati
	92	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Istruttoria/Contestazione e Convocazione	Mancato avvio/invio nei termini di legge: - contestazione - convocazione - documentazione Accesso Atti	UPD		BASSO	Presenza di un regolamento aziendale che disciplina analiticamente le fasi del procedimento	Controllo tempestività azione amministrativa	Attività costante di controllo	Assenza di contestazioni
	93	Attività Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)	Istruttoria/ Contestazione e Convocazione	Mancata Contestazione nei termini di legge	UPD		BASSO	Presenza di un regolamento aziendale che disciplina analiticamente le fasi del procedimento	Controllo tempestività azione amministrativa	Attività costante di controllo	Assenza di contestazione atti di convocazione
	94	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	Presenza di un regolamento aziendale che disciplina analiticamente le fasi del procedimento	a) Controllo tempestività azione amministrativa b) Controlli a campione da parte dell'UPD	a) Attività costante di controllo b) Controlli a campione periodici	a) Numero procedimenti conclusi nei termini = numero procedimenti avviati b) coerenza tra sanzioni erogate e applicate

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
13. RELAZIONI CON IL PUBBLICO	95	Informazione all'utenza	Attività di informazione sui servizi erogati e sulle strutture di erogazione	Diffusione di informazioni non veritiere o riservate	Responsabili: S.C. Direzione Sanitaria di Presidio; S.C. Di.P.Sa; DA - DS; S.C. Provveditorato-Economato	Servizi Portineria-Sorveglianza e Centralino, URP, Punti di informazione sanitari e amministrativi	BASSO	Le informazioni sono rese pubbliche	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	Numero dipendenti formati
	96	Gestione sito web istituzionale	Pubblicazione di informazioni di carattere generale	Diffusione di informazioni non veritiere o riservate	Ufficio Stampa-DS / DA	Tutte le strutture aziendali richiedenti la pubblicazione	BASSO	Le informazioni sono rese pubbliche	Verifica sulla qualità dei dati pubblicati.	Verifica sulla qualità dei dati pubblicati.	Valutazione pubblicazioni
	97	Gestione sito intranet aziendale	Produzione / pubblicazione sul sito istituzionale di materiale informativo / operativo	Produzione / pubblicazione di informazioni non veritiere / documentazione non adeguata	Referente URP-DS / DA	Tutte le strutture aziendali richiedenti la pubblicazione	BASSO	Le informazioni sono rese pubbliche	Verifica sulla qualità dei dati pubblicati.	Verifica sulla qualità dei dati pubblicati.	Valutazione pubblicazioni
	98	Gestione reclami utenti	Ricezione del reclamo	Mancata o alterata registrazione del reclamo	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio- Referente URP		BASSO	Utilizzo di procedura informatizzata	Verifica rapporto reclami ricevuti / procedimenti attivati.	Verifica rapporto reclami ricevuti / procedimenti attivati.	Report reclami
	99	Gestione reclami utenti	Trasmissione del reclamo alla/e struttura/e di competenza	Mancata o alterata trasmissione del reclamo alla/e struttura/e di competenza	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio- Referente URP		BASSO	Utilizzo di procedura informatizzata	Verifica rapporto reclami ricevuti / reclami trasmessi alla/e struttura/e di competenza.	Verifica rapporto reclami ricevuti / reclami trasmessi alla/e struttura/e di competenza.	Report reclami/riscontri
	100	Gestione reclami utenti	Riscontro del reclamo	Mancato o alterato riscontro del reclamo all'utente	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio- Referente URP	Tutte le strutture oggetto del reclamo	BASSO	Utilizzo di procedura informatizzata	Verifica rapporto reclami ricevuti / riscontri effettuati.	Verifica rapporto reclami ricevuti / riscontri effettuati.	Report reclami/riscontri
	101	Gestione Sala Convegni Aziendale	Concessione della Sala Convegni	Concessione della Sala Convegni non trasparente	Responsabile S.C. Direzione Sanitaria Presidio- Referente URP	Direzione Generale, Gestione Economico-Finanziaria	BASSO	Regolamento aziendale stabilisce soggetti e modalità di concessione	Verifica della corretta applicazione delle disposizioni regolamentari.	Verifica della corretta applicazione delle disposizioni regolamentari.	Valutazione richieste

AREA	N.	PROCESSO	ATTIVITA' / FASI DEL PROCESSO	POSSIBILI EVENTI RISCHIOSI	RESPONSABILE DEL PROCESSO	ALTRI SOGGETTI COINVOLTI	VALUTAZIONE RISCHIO	MOTIVAZIONE (a cura della Struttura)	MISURE IN ATTO	MISURE DA ATTUARE	INDICATORI PER MONITORAGGIO E CONTROLLO
14 GESTIONE RISCHI DEI LAVORATORI DIPENDENTI	102	Sorveglianza sanitaria	Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Rilascio di idoneità con limitazioni non conformi alla realtà dei fatti	Responsabile S.S. Medico Competente		BASSO	Il processo decisionale è suffragato da documentazione sanitaria	Informatizzazione della cartella sanitaria di rischio	Inserimento nella cartella informatizzata documentazione sanitaria più significativa ed archiviazione cartacea documentazione rimanente	Delivery report periodico dal software gestionale Canopo
	103	Sorveglianza sanitaria	Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Mancata effettuazione o alterazione controlli etilometrici	Responsabile S.S. Medico Competente		BASSO	Il processo decisionale è suffragato da documentazione sanitaria	Informatizzazione della cartella sanitaria di rischio	Inserimento nella cartella informatizzata di tutte le rilevazioni	Delivery report periodico dal software gestionale Canopo
	104	Sorveglianza sanitaria	Aggiornamento cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria	Mancato aggiornamento della cartella sanitaria di alcuni lavoratori	Responsabile S.S. Medico Competente		BASSO	Il processo decisionale è suffragato da documentazione sanitaria	Informatizzazione della cartella sanitaria di rischio	Record linkage tra anagrafica dei lavoratori e il database Irisweb gestito dalla S.C. Amministrazione del Personale	Delivery report periodico dal software gestionale Canopo
	105	Sorveglianza sanitaria	Tenuta del registro lavoratori esposti a rischi chimici	Mancato aggiornamento registro chimici	Responsabile S.S. Medico Competente	Prevenzione e Protezione	BASSO	il processo decisionale è suffragato da documentazione sanitaria	Tenuta del registro lavoratori esposti a rischi chimici	Aggiornamento registro INAIL presso sito web	Aggiornamento periodico del registro chimici
	106	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	Referente Servizio Prevenzione e Protezione	Datore di lavoro, Dirigenti, Preposti, Lavoratori	BASSO	Le valutazioni sono all'interno dell'Azienda e tutte tracciabili	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	Verballi di riunioni, documenti parziali o definitivi di gruppi di lavoro, valutazioni del rischio o aggiornamenti

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura 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	
		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, nonchè 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	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	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	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	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			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.	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), 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	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		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.		
		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. e), d.lgs. n. 33/2013	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		sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019		
	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		sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019		
	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).		sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019		
	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 nonchè 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.	
		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)	Ogni struttura conferente 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	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
	Articolazione degli uffici	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)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
		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)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
	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)	Ogni struttura conferente per la propria competenza
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
		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
		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
				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
		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
		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
		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).	sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019
		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	sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019
		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	sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019
		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
		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
		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

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli 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)	<i>Per ciascun titolare di incarico:</i>		
		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.C. Risorse Umane
		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.C. Risorse Umane
		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.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. e) 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)	S.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. f) 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.C. Risorse Umane
		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). Sospeso, in attesa di adozione di regolamento specifico ex art. 1, c. 7 DL 162/2019, ad oggi non ancora emanato	sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019
		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)		sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019
		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)]		sentenza Corte Costituzionale n. 20 del 21.02.2019
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	L'obbligo sussiste solo per la Dirigenza APT (Delibera ANAC 713/20)	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	S.C. Risorse Umane
		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.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale	S.C. Risorse Umane
		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	S.C. Risorse Umane
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
	Dirigenti cessati	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	S.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	S.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	S.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	S.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. e), 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	S.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	S.C. Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, 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	Obbligo non applicabile all'A.O.U.
		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)]		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 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)	S.C. Risorse Umane

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
	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)	S.C. Risorse Umane
		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)	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
		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)	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
		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)	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane
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)	S.C. Risorse Umane
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	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane
	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)	S.C. Risorse Umane
				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)	S.C. Risorse Umane
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Risorse Umane
	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.lg.s 97/2016	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	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati	
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	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)	L'A.O.U. non ha istituito, non vigila e non finanzia nessuno ente pubblico	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	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	
				3) durata dell'impegno	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	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	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	
				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)	L'A.O.U. non ha istituito, non vigila e non finanzia nessuno ente pubblico	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	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	
				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)	L'A.O.U. non ha istituito, non vigila e non finanzia nessuno ente pubblico	
		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)	L'A.O.U. non ha istituito, non vigila e non finanzia nessuno ente pubblico	
		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)	L'A.O.U. non ha istituito, non vigila e non finanzia nessuno ente pubblico	
		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)	L'A.O.U. non ha istituito, non vigila e non finanzia nessuno ente pubblico	
		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)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società
					Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società
			Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società
	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	3) durata dell'impegno				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	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)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	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)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)		Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	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)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	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)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società	
	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)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società		
		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)	L'A.O.U. non ha partecipazioni in società		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati	
		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	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)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				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)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				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)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				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)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	L'A.O.U. non ha controllo di alcun ente privato	
				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
	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 dlgs 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. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	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	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:			
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		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	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
	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	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
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	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	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	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’automattizzazione delle proprie Attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	SC Provveditorato-Economato / SC Tecnico e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT / SC Farmacia Ospedaliera
		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 deii documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	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	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
<i>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:</i>						
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	SC Provveditorato-Economato / SC Tecnico e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT / SC Farmacia Ospedaliera
		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: 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	
		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 prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.		SC Provveditorato-Economato / SC Tecnico e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT / SC Farmacia Ospedaliera
		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	
		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	
	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

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	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
				<i>Per ciascun atto:</i>		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
				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
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013				
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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
		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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
		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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
		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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
	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.
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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
	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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
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	S.C. Risorse Umane
				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	S.C. Risorse Umane
				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)	S.C. Risorse Umane
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione Economico Finanziaria

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
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
	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
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	S.S. Affari Generali e Legali
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	S.S. Affari Generali e Legali
	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)	S.S. Controllo di Gestione
	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)	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio
	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 e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT
	Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
		Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
		Indicatore di tempestività dei pagamenti	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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	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)	S.C. Gestione Economico Finanziaria
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 e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT
	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 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 e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		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 e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT
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	Struttura 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 / SC Tecnico e Tecnologie/ SS Ingegneria Clinica / SS ICT
		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 / SC Tecnico e Tecnologie/ SS Ingegneria Clinica / SS ICT
		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 / SC Tecnico e Tecnologie/ SS Ingegneria Clinica / SS ICT
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

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile della elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati
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 e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT
		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 e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT
		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 e Tecnologie / SS Ingegneria Clinica / SS ICT
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



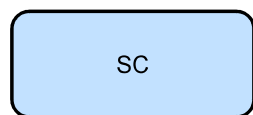
Rappresentazione e Legenda



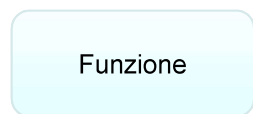
Dipartimento Strutturale



Dipartimento Funzionale

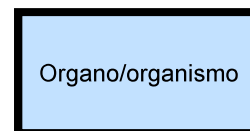


Struttura Complessa



Funzione

(non concorre alla determinazione del numero delle strutture)



Organo/organismo



Struttura Semplice Dipartimentale

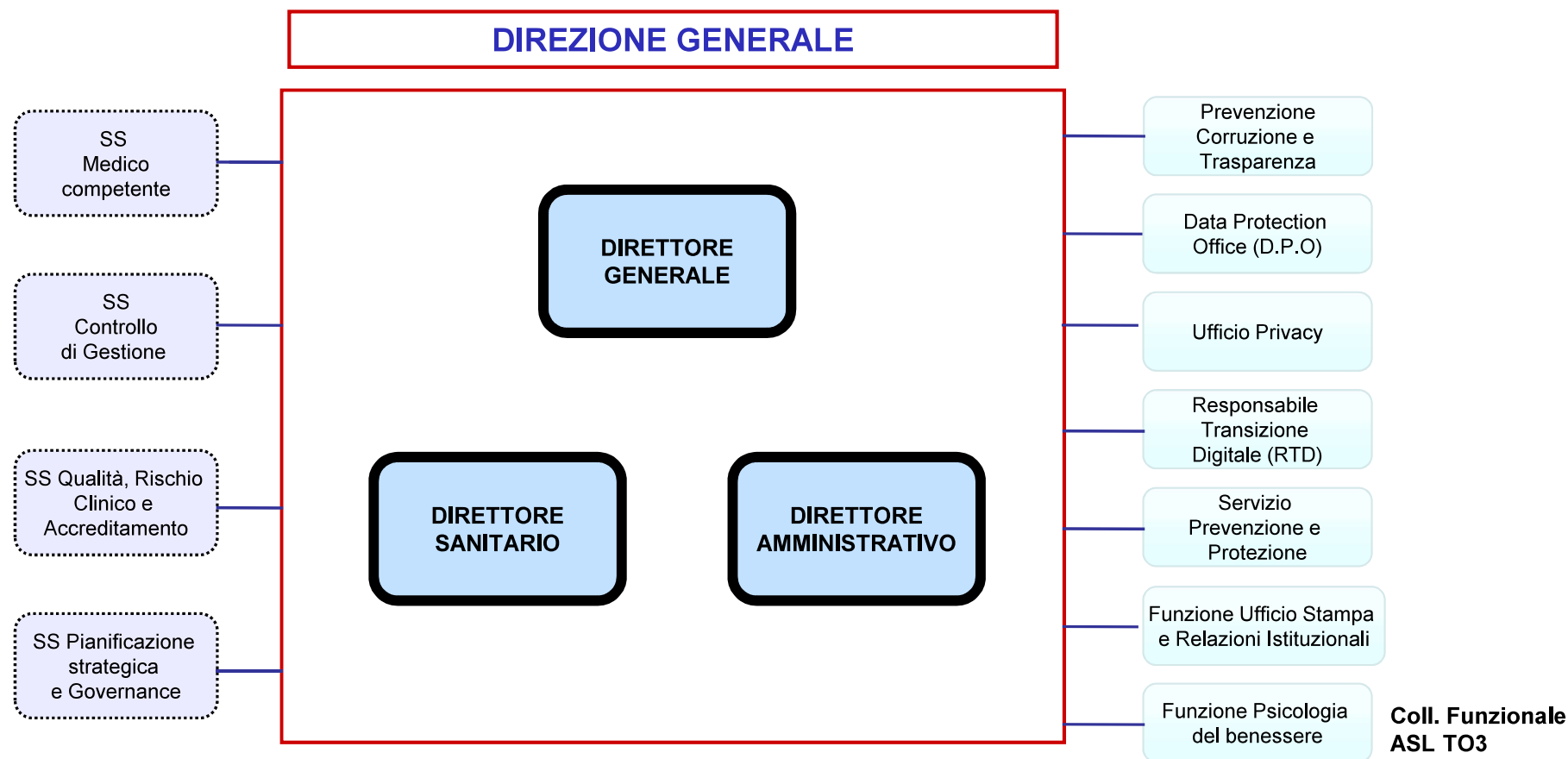


Struttura Semplice

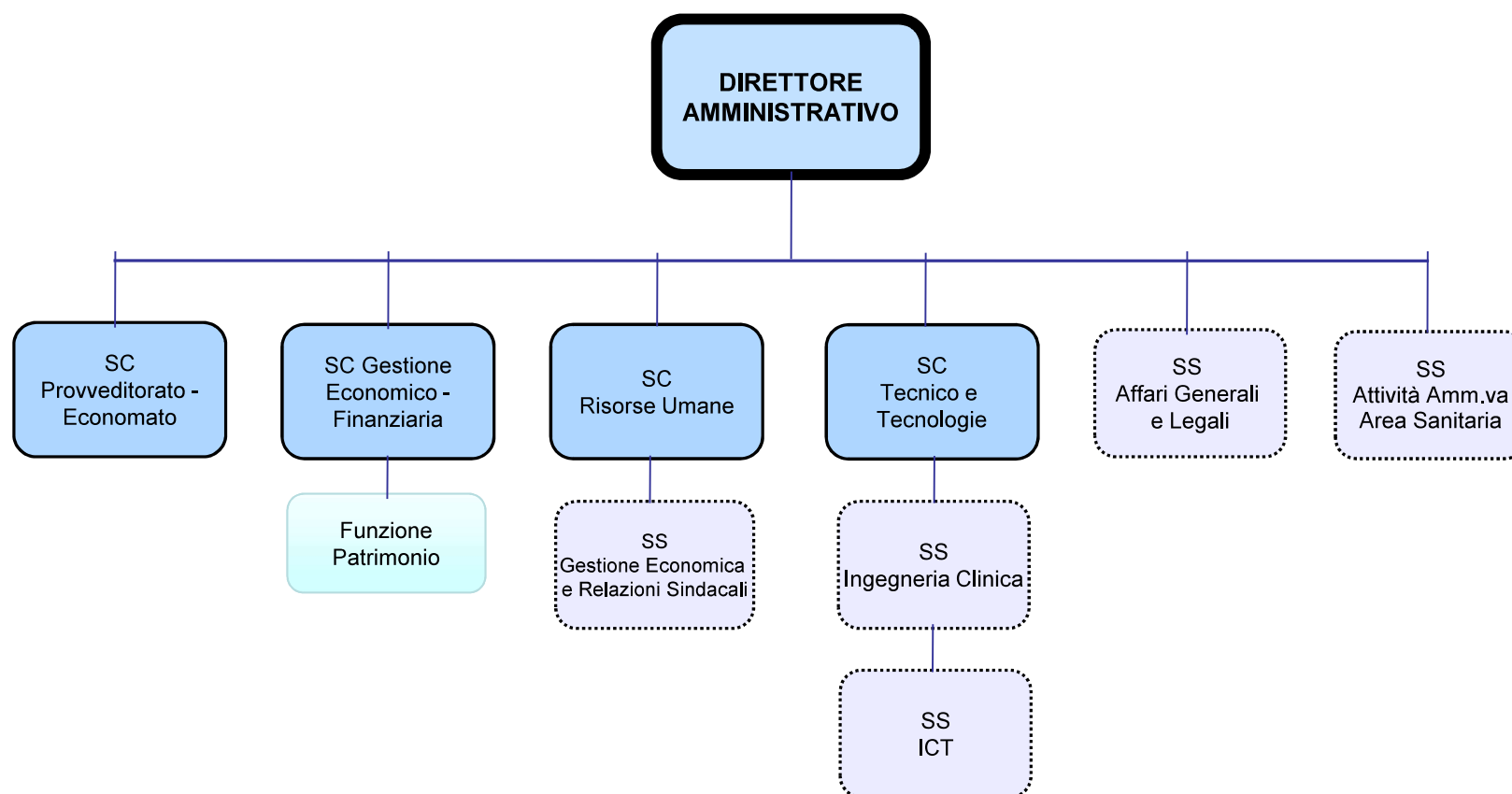
Organigramma aziendale



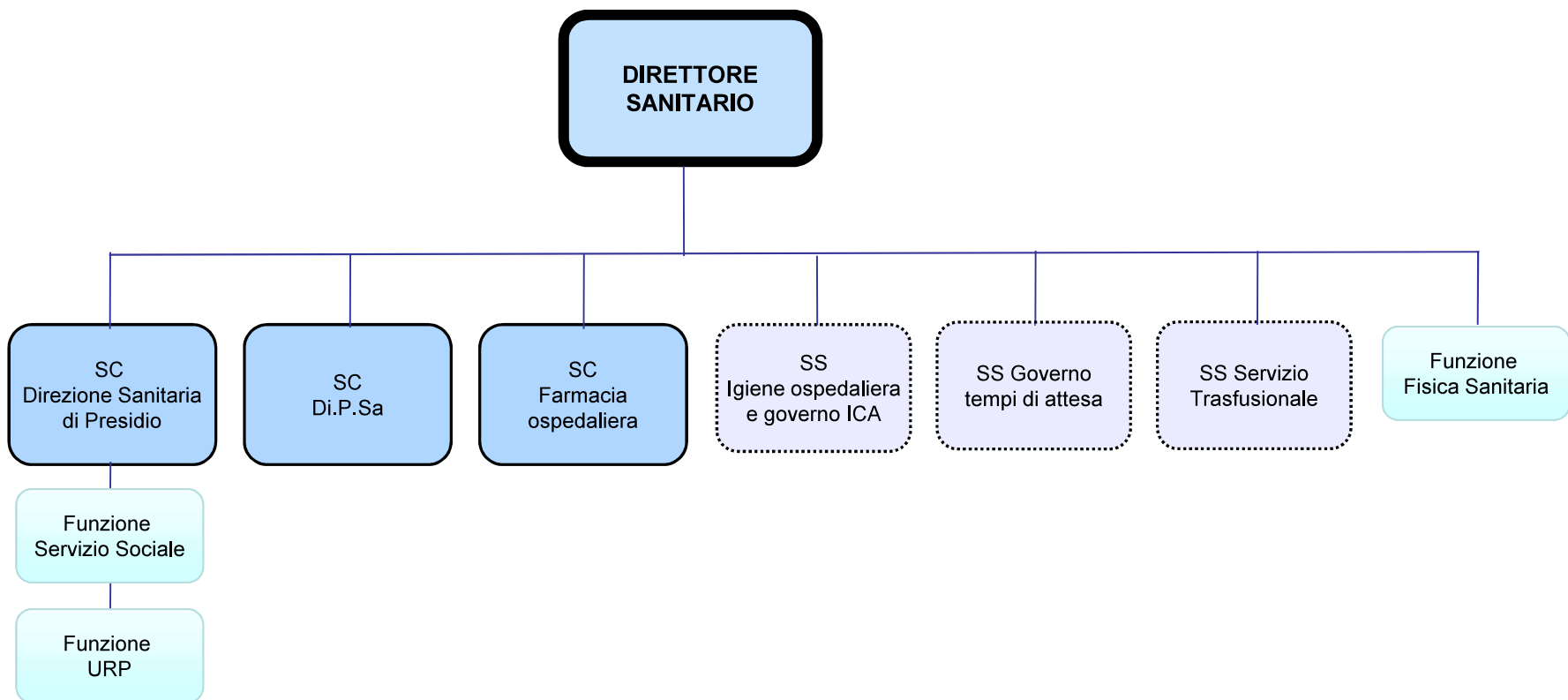
Staff Direzione Generale



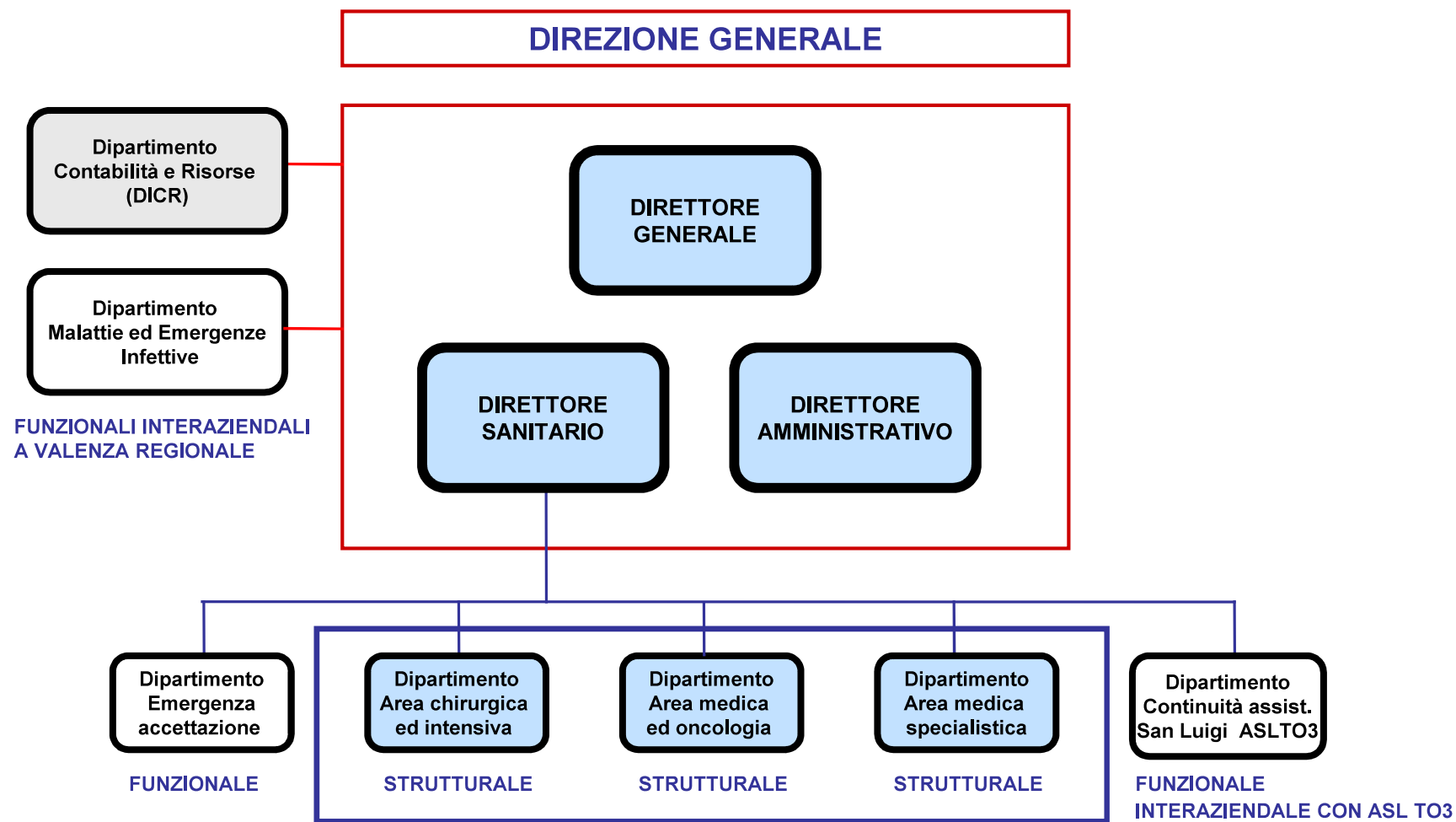
Line Direzione Amministrativa



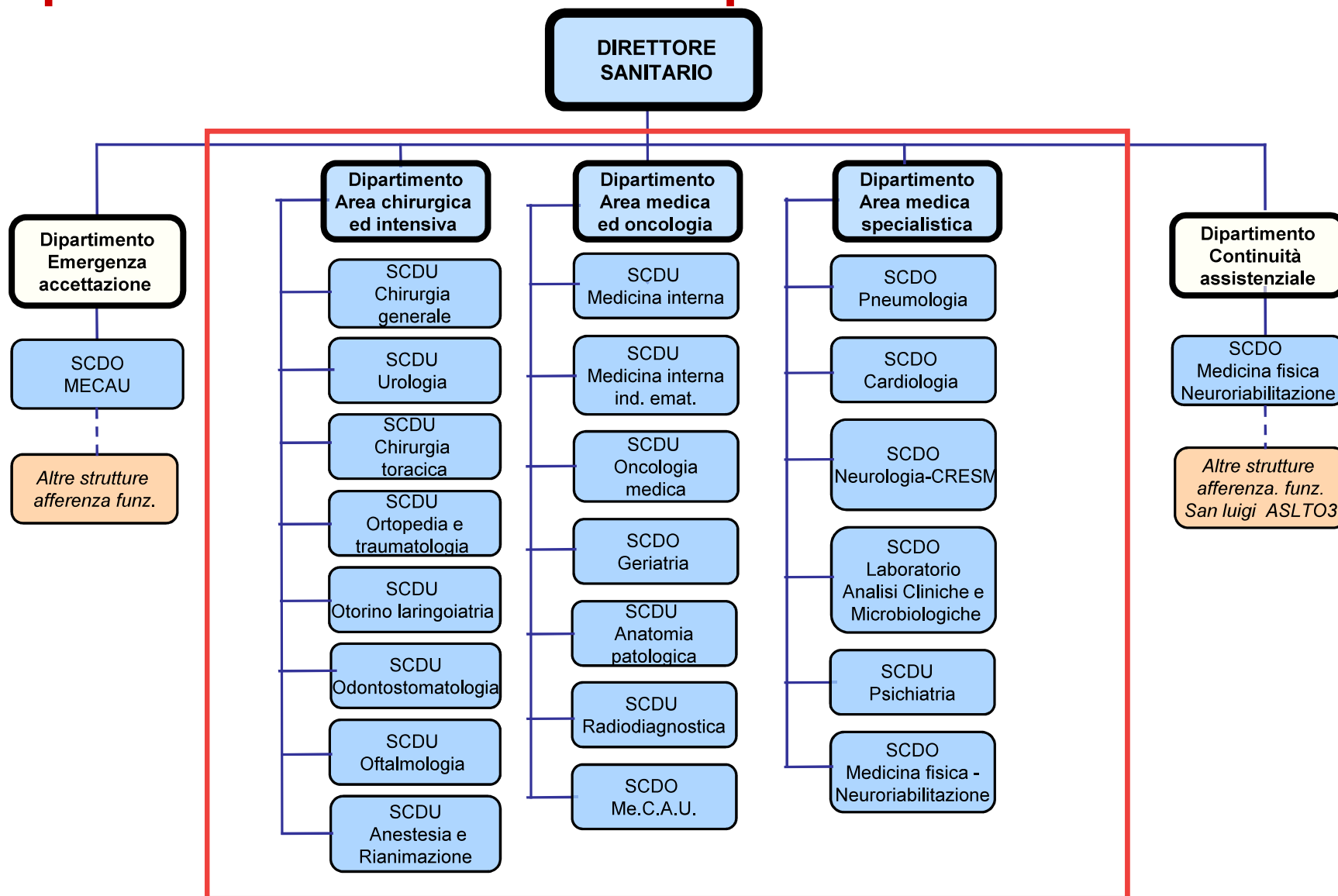
Line Direzione Sanitaria



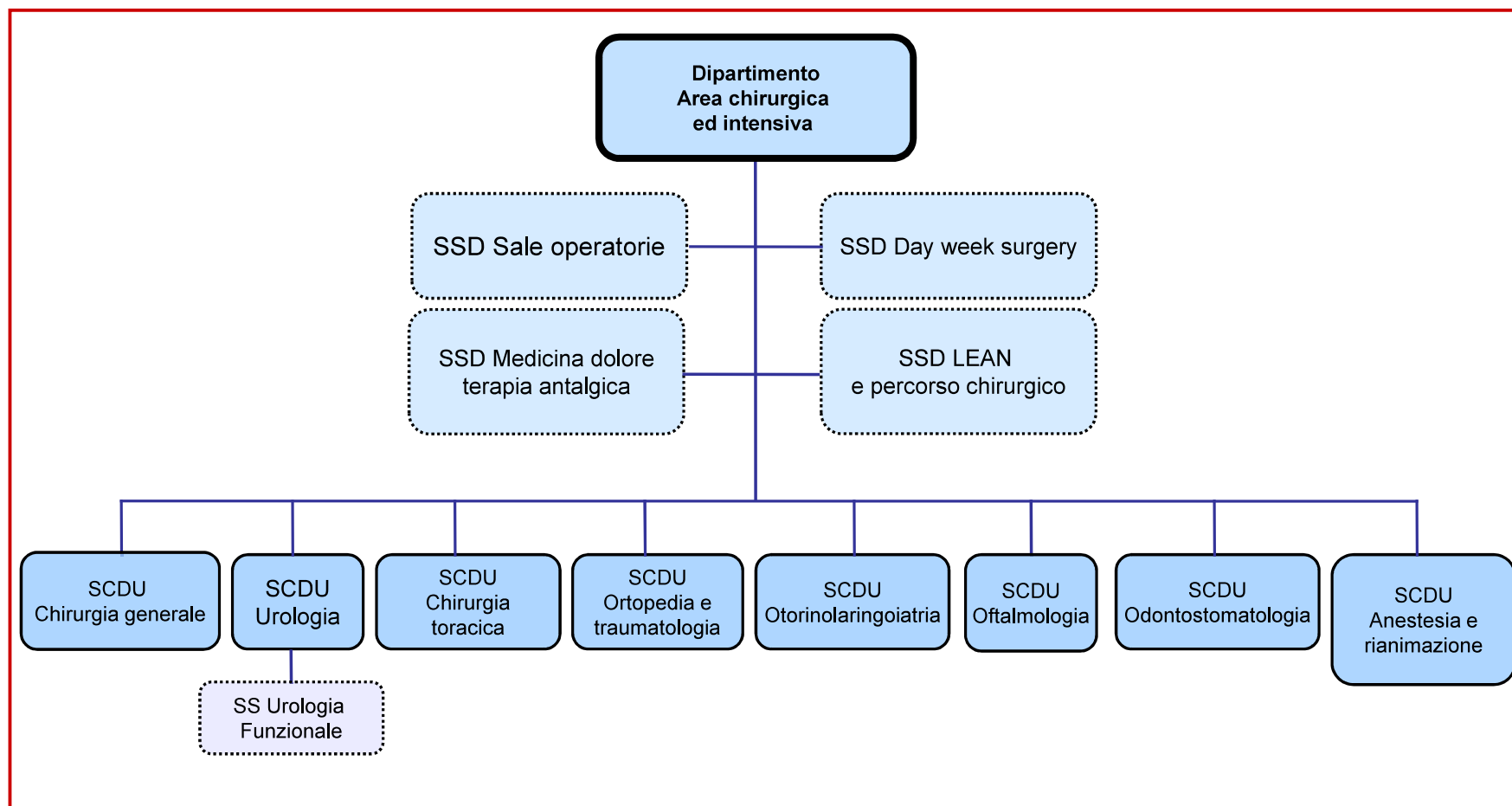
Dipartimenti



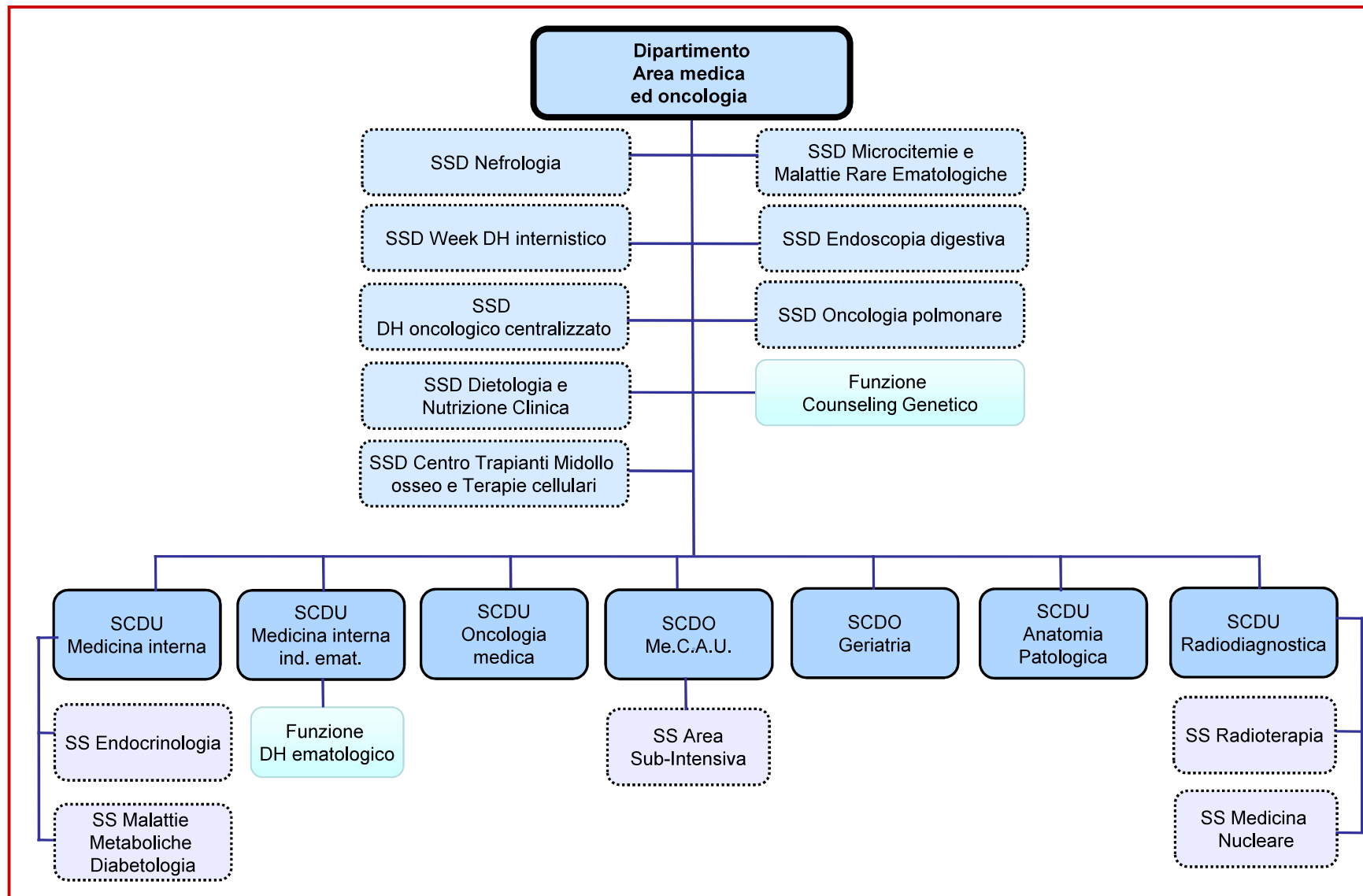
Dipartimenti e Strutture Complesse



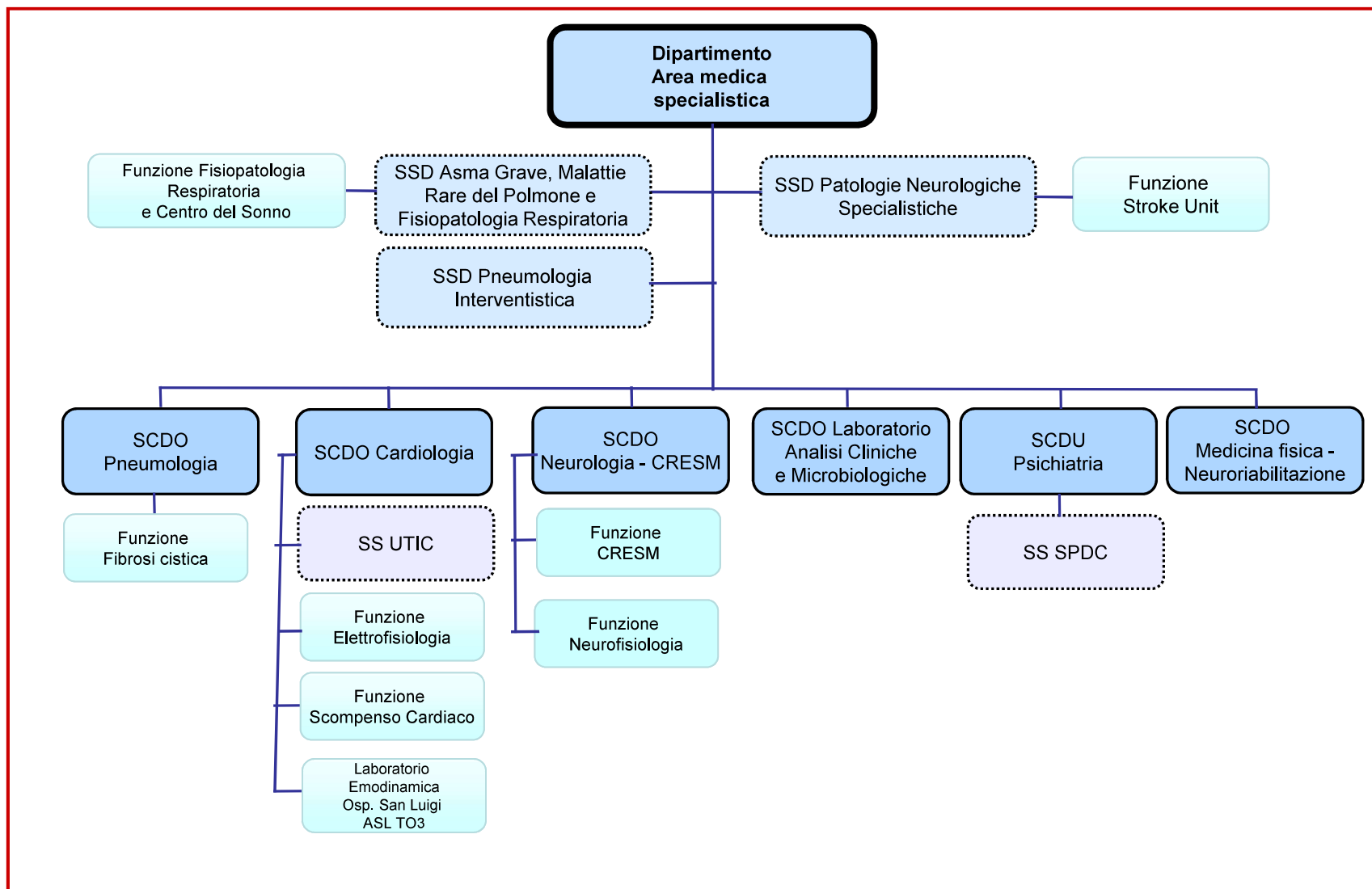
Dipartimento area chirurgica ed intensiva



Dipartimento area medica ed oncologia

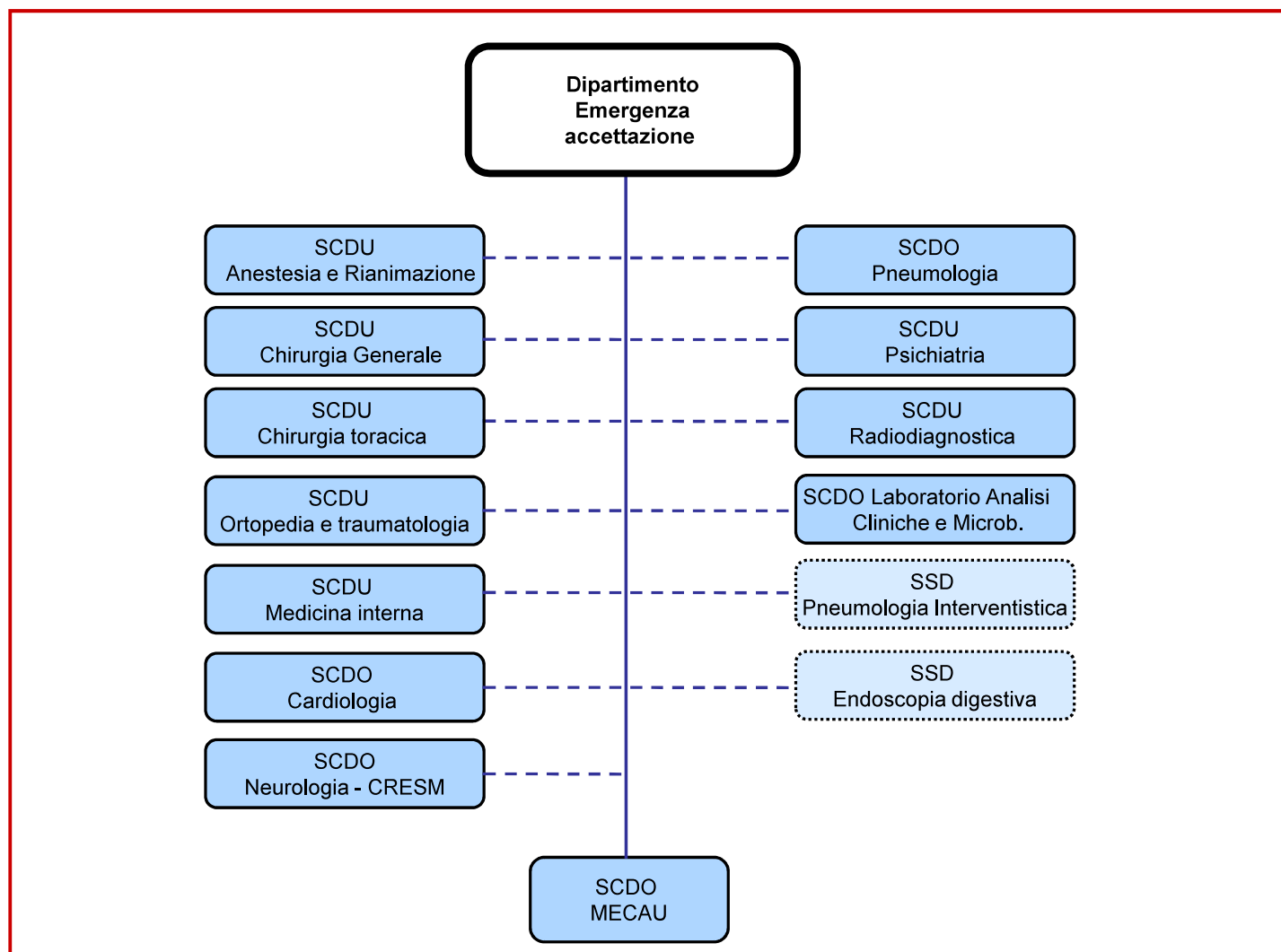


Dipartimento area medica specialistica

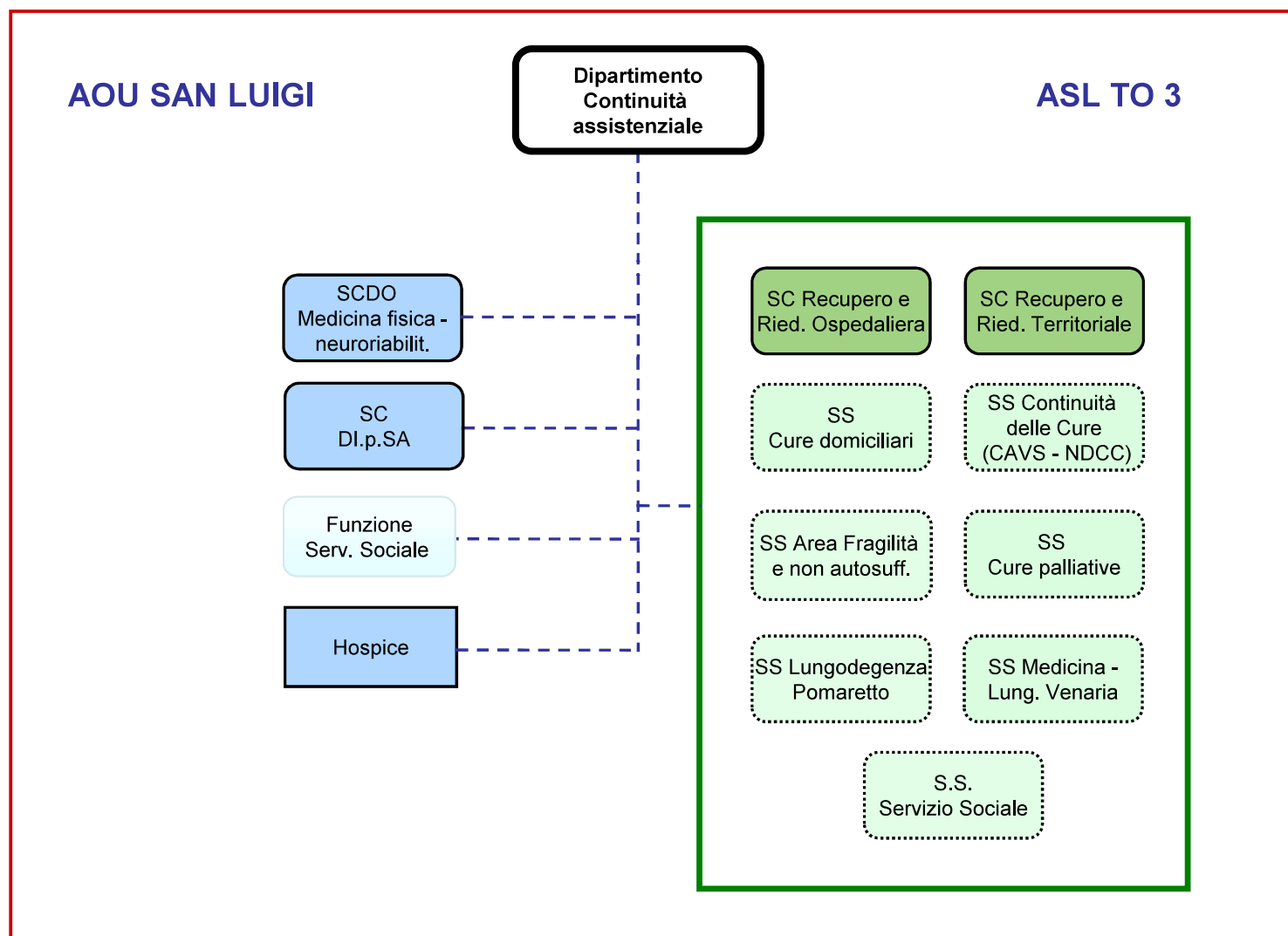


Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

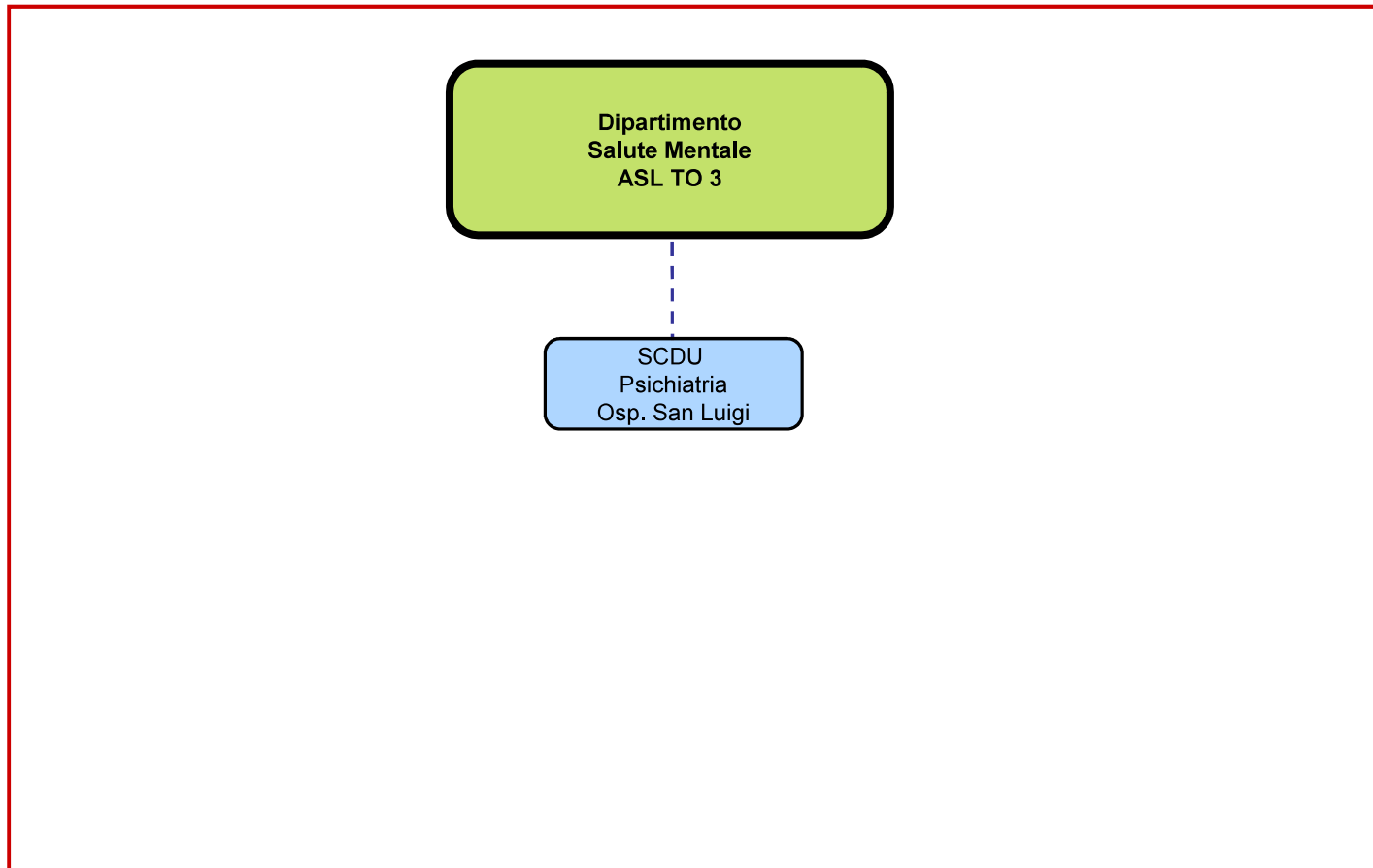
Dipartimento emergenza accettazione



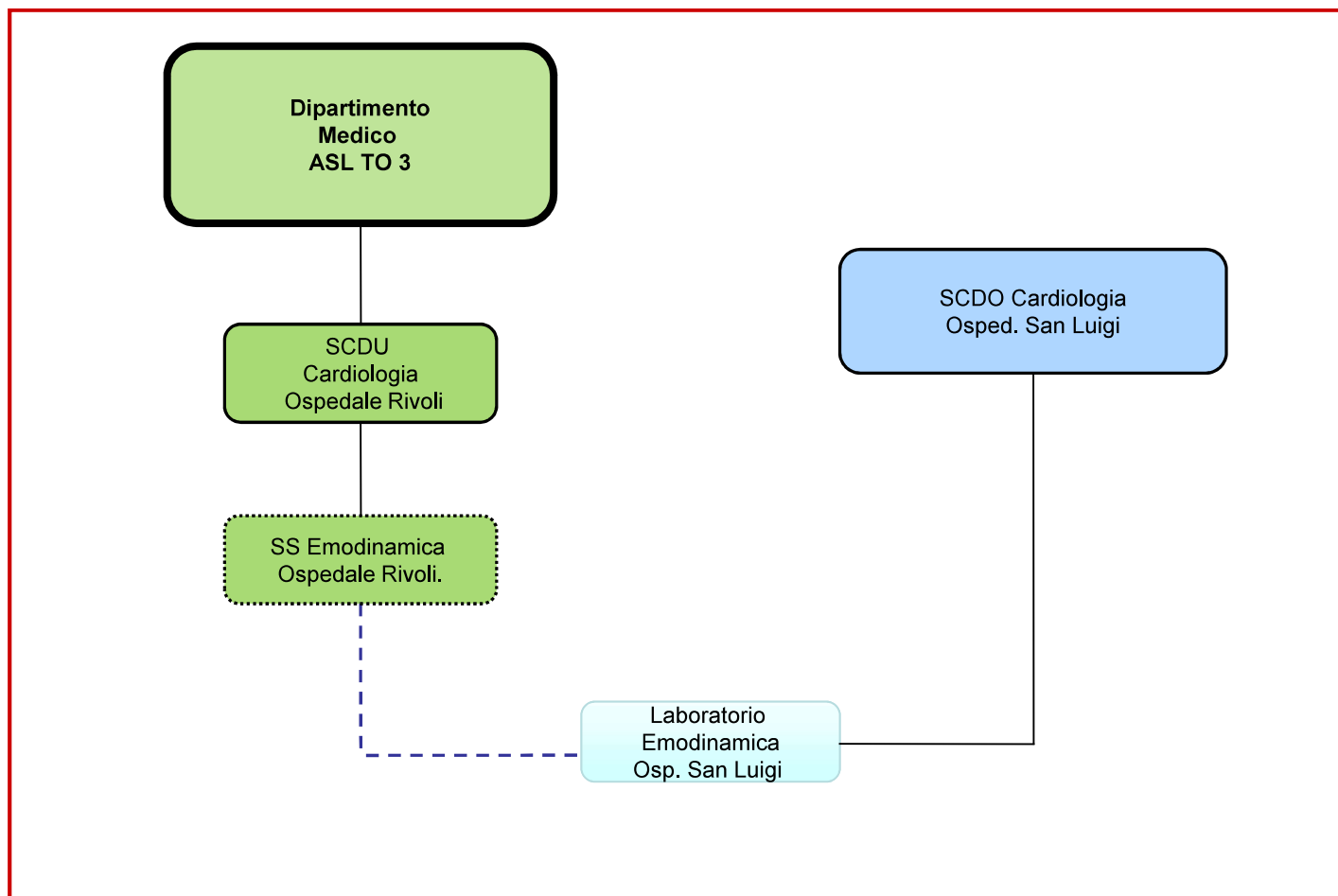
Dipartimento continuità assistenziale



DSM ASL TO 3 - Psichiatria



Emodinamica



**Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga di Orbassano**

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



Sommario

1. Oggetto.....	3
2. Definizioni	3
3. Obiettivi.....	4
4. Destinatari	4
5. Procedure.....	4
a) Modalità di richiesta.....	4
b) Assegnazione e recesso	5
c) Durata e rinnovo.....	6
6. Rapporto di lavoro.....	6
7. Modalità e luogo di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza	6
8. Trattamento giuridico e economico	8
9. Strumenti e sicurezza dei dati	8
10. Sicurezza sul lavoro.....	9
11. Obblighi di custodia e riservatezza	9
13. Valutazione della performance	10
14. Monitoraggio	10
15. Formazione.....	10
16. Allegati.....	11
17. Disposizioni finali.....	11
18. Normativa e Circolari	11

1. Oggetto

Il presente regolamento stabilisce le modalità operative relative allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità di lavoro a distanza da parte dei dipendenti dell'AOU San Luigi di Orbassano, nel rispetto della vigente normativa.

L'accesso al lavoro a distanza è consentito nei modi e limiti previsti dal presente documento e nel rispetto delle procedure nello stesso indicate.

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.

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 il *lavoro a distanza*, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

2. Definizioni

Per "***lavoro a distanza***" si intende 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.

Per "***strumenti di lavoro a distanza***" si intende la dotazione tecnologica necessaria per l'esecuzione della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro.

Per "***sede di lavoro***" si intende la sede abituale di servizio del dipendente.

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.

4. Destinatari

Lo svolgimento del *lavoro a distanza* può riguardare il personale dipendente dell'AOU San Luigi Gonzaga, 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 documento¹.

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

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, valutate dal Responsabile sulla base della compatibilità dell'attività di servizio svolta dal dipendente con la prestazione di *lavoro 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:

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

¹ Per i dipendenti con contratto part time verticale o ad impegno ridotto, le giornate autorizzabili di lavoro a distanza saranno riproporzionate

I nominativi dei dipendenti autorizzati dal relativo Dirigente Responsabile sono trasmessi 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 in modalità di lavoro a distanza, per quanto applicabile, e l'obbligo di garantire gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza, l'Amministrazione faciliterà l'accesso al lavoro a distanza ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.²

b) Assegnazione e recesso

La SC Risorse Umane, dopo l'autorizzazione della Direzione, procede alla sottoscrizione con il dipendente di un apposito accordo (*All. I*) ed al relativo inserimento della comunicazione obbligatoria sul portale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

L'accordo deve contenere i seguenti elementi:

- a) durata, 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.

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;
- 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 gg.

² *Ex art 28 c. 3 CCNL Comparto Sanità del 27/10/2025, in particolare, per i lavoratori che documentino particolari esigenze di salute o che assistano familiari con disabilità in situazione di gravità ai sensi della legge n. 104/1992 o che godano dei benefici previsti dal d.lgs. n. 151/2001 a sostegno della genitorialità e per le altre casistiche individuate in sede di contrattazione integrativa, con l'accordo individuale è possibile estendere il numero di giorni di attività resa in modalità agile rispetto a quelle previste per il restante personale.*

c) Durata e rinnovo

Il personale autorizzato potrà svolgere lavoro a distanza, di norma, per un giorno a settimana, fatti salvi casi eccezionali e motivati e accordi sindacali di maggior favore per il dipendente, autorizzati dal Dirigente e comunicati alla S.C. Risorse Umane ed al Direttore Amministrativo/Sanitario.

Per i dipendenti con contratto part time verticale o ad impegno ridotto, le giornate autorizzabili di lavoro a distanza saranno riproporzionate.

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.

Al termine della prestazione prestata in modalità 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.

Precedentemente alla scadenza degli accordi, la S.C. Risorse Umane contatterà i Dirigenti Responsabili per verificare la persistenza delle condizioni necessarie al rinnovo degli accordi.

6. Rapporto di lavoro

La sottoscrizione dell'accordo per il *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 deve consentire il mantenimento del medesimo livello qualitativo e 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.

7. Modalità e luogo di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza

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

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

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 della giornata di lavoro a distanza non fruita.

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 garantire la disponibilità e la contattabilità nel rispetto degli obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario

di lavoro mediante la deviazione delle chiamate sul telefono personale; lo stesso dovrà essere utilizzato anche per effettuare chiamate in uscita verso l'esterno.

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

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 ed 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 richiamino 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.

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.

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 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.

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

8. Trattamento giuridico e economico

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.

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.

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.

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

9. Strumenti e sicurezza dei dati

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.

L'Amministrazione mette a disposizione un numero di PC da destinare ai dipendenti che non possano 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.

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 (*All. 2 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.

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).

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

10. Sicurezza sul lavoro

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 (*All. 2*) 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.

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.

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

11. Obblighi di custodia e riservatezza

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.

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.

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.

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.

13. 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, con riferimento agli obiettivi annualmente assegnati dall'Amministrazione

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.

14. Monitoraggio

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.

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

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.

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.

15. Formazione

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.

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.

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

16. Allegati

Sono allegati al presente regolamento i seguenti documenti:

- Accordo individuale (*All. 1*);
- Informativa sulla sicurezza (*All. 2*);
- Istruzione per il trattamento dati personali (*All. 3*).

17. Disposizioni finali

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

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

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) 2026 – 2028, entra in vigore dal giorno 01.02.2026.

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. 28 e s.s. CCNL Comparto Sanità del 27.10.2025
- Circolare Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29.12.2023
- Artt. 92 e seguenti CCNL Area Sanità del 23.01.2024

**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. ____ del _____, 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 ed 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 anche 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 a distanza sono gli stessi della prestazione resa in presenza.

Il dipendente deve garantire la disponibilità e la contattabilità nel rispetto degli obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro mediante la deviazione delle chiamate sul telefono personale; lo stesso dovrà essere utilizzato 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 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 call o connettersi a riunioni via web.

Il dipendente, in giornata di lavoro a distanza, qualora si ritrovi per sopraggiunti ed imprevisti motivi personali nella condizione di impossibilità assoluta a rendere la prestazione di lavoro, dovrà 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.

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.

L'Amministrazione può, fornendo specifica motivazione, interrompere la fruizione del lavoro a distanza, con un preavviso non inferiore a 15 giorni.

4) Strumenti di lavoro e potere di controllo

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.

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

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. 13 del Regolamento relativo lavoro a distanza.

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

Lo svolgimento del 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 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. 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. 2).

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. 3)

9) Durata del presente accordo e rinnovo

Il presente accordo è a tempo determinato con effetto dal ___ / ___ /2026 e sino al 31/12/2026, con possibilità di eventuale rinnovo.

Il presente accordo è rinnovabile, verificata con i Dirigenti Responsabili la persistenza delle condizioni necessarie alla continuazione della modalità di lavoro a distanza.

Letto, approvato e sottoscritto in Orbassano in data _____

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 e 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;
 - c) 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
 - 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 norma 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.

*** **

CAPITOL0 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 a 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 anomalo 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 poggiatesta 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 ideati prevalentemente alla gestione della posta elettronica e della documentazione, mentre gli smartphone sono ideati 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 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.

*** **

CAPITOLO 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 ed riscaldamento 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 combustibili;
- 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 Tablet 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	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

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
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	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	0
		SPECIALISTA RAPP. MEDIA - GIORNALISTA	0		0
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE	1		1
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	1		1
			5	0	5

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	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

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
		TEC. RIABILIZAZIONE PSICHIATRICA	0		0
		TEC. RIABILIZAZIONE 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		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

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
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	1		1
		301	3	304

CATEGORIA/PROFILO			Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
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	1		1
			14	0	14

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	1		1
		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	1		1
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	1		1
			3	0	3

		CATEGORIA/PROFILO	Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	541	54	595
		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
		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

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	3		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	16		16
		COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE - Ex DS	2		2
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	37		37
		COLLAB. AMM.VO PROFESS. - Ex DS	13		13
			754	64	818

		CATEGORIA/PROFILO	Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
			TP	PT	totale
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	67	1	68
			96	1	97
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO			0
		MASSOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE			0
		PUERICULTRICE			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	240	2	242
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	21		21
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	18	2	20
			279	4	283
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO / OTA	12		12
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	15	4	19
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN.	28	3	31
		COMMESSO	1		1
			56	7	63
			1503,00	79,00	1582,00
			1582		

	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	1		1
			301	3	304

	CATEGORIA/PROFILO	Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
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	1		1
		14	0	14

		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
CATEGORIA/PROFILO				
PERSONALE DI ELEVATA QUALIFICAZIONE	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	1	1
		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	1	1
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	1	1
			3	0
				3

		CATEGORIA/PROFILO	Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE	541	54	595
		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
		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		

CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
RUOLO SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	3		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	16		16
	COLLAB. TECNICO PROFESSIONALE - Ex DS	2		2
RUOLO AMMINISTRATIVO	COLLAB. AMM.VO PROFESS.	37		37
	COLLAB. AMM.VO PROFESS. - Ex DS	13		13
		754	64	818

	CATEGORIA/PROFILO		Dotazione Organica (personale dipendente ORDINARIO)		
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	67	1	68	
			96	1	97
OPERATORI	RUOLO SANITARIO	INFERMIERE GENERICO E PSICHIATRICO			0
		MASSOFISIOTERAPISTA - MASSAGGIATORE			0
		PUERICULTRICE			0
	RUOLO SOCIO-SANITARIO	OPERATORE SOCIO SANITARIO	240	2	242
	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	21		21
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN. SENIOR	18	2	20
			279	4	283
PERSONALE DI SUPPORTO	RUOLO TECNICO E PROFESSIONALE	OPERATORE TECNICO / OTA	12		12
		AUSILIARIO SPECIALIZZATO	15	4	19
	RUOLO AMMINISTRATIVO	COADIUTORE AMMIN.	28	3	31
		COMMESSO	1		1
			56	7	63
			1503,00	79,00	1582,00
			1582		

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD. FORMATIVA	DURATA	N. EDIZIONI	PART. PER EDIZ	PROF. ECM	PROF. NON ECM	RESP SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	CORSO RISCHIO LEGIONELLOSI E ASPERGILLOSI	Residenziale	3.0	2.0	0.0		PERSONALE DELLA STRUTTURA SC TECNICO E TEC.	da definire	Ponso
	RISCHIO INFETTIVO E ANTIMICROBICO RESISTENZA PER IL PERSONALE NEO ASSUNTO	FAD	4.0	4.0	60.0	TUTTE LE PROFESSIONI	OPERATORE TECNICO ADDETTO ASSISTENZA (OTA), OPERATORE SOCIO-SANITARIO	DE SIMONE ADRIANO	Ponso
	PREVENIRE LE INFEZIONI ATTRAVERSO L'IGIENE DELLE MANI E IL CORRETTO USO DEI GUANTI	FAD	4.0	4.0	50.0	TUTTE LE PROFESSIONI	ASSISTENTE RELIGIOSO, AUSILIARIO SPECIALIZZATO, OPERATORE SOCIO-SANITARIO, OPERATORE TECNICO ADDETTO ASSISTENZA (OTA)	DE SIMONE ADRIANO	Ponso
	MONITORAGGIO DELL'ADERENZA ALL'IGIENE DELLE MANI	Sul Campo	12.0	1.0	15.0	MEDICO, INFERMIERE		DE SIMONE ADRIANO	Ponso
	LA FORMAZIONE PER I REFERENTI DELLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	Residenziale	4.0	4.0	32.0	MEDICO, INFERMIERE, FISIOTERAPISTA, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA		DE SIMONE ADRIANO	Ponso
	LA FIGURA DELL'OSS, QUALE CONTRIBUTO NELLA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA	Residenziale	4.0	4.0	50.0		OPERATORE SOCIO-SANITARIO, OPERATORE TECNICO ADDETTO ASSISTENZA (OTA)	DE SIMONE ADRIANO	Ponso
AREA IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PNNR, M6 - C2 - 2.2 - CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO - MODULO B + C	Residenziale	0.0	5.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI		DE SIMONE ADRIANO	Montorrotto
AREA GIURIDICO - NORMATIVA	FORMAZIONE SPECIFICA E AGGIORNAMENTO IN MATERIA DI CONTRATTUALISTICA PUBBLICA	FAD	40.0	2.0	0.0		PERSONALE DELLA STRUTTURA SC TECNICO E TEC.	da definire	Ponso
	GDPR- CORSO SULLA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO	FAD	7.0	3.0	50.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	MELCHIONNE PATRIZIA	Montorrotto
	PILLOLE DI PRIVACY	Residenziale	5.0	2.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	MELCHIONNE PATRIZIA	Montorrotto
	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	FAD	5.0	3.0	50.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	DI CUI ANNA LISA	Montorrotto
	PERMESSI, CONGEDI E DIRITTI A TUTELA DELLA DISABILITÀ	Residenziale	7.0	2.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	RINAUDO ANTONELLA	Montorrotto
AREA ETICA E DEONTOLOGICA	DONAZIONE E PRELIEVO DI CORNEE	Residenziale	5.0	2.0	18.0	MEDICO, INFERMIERE		BERRUTO FRANCESCO	Ponso
AREA ETICA E DEONTOLOGICA	DELIRIUM: APPROCCIO CLINICO-ASSISTENZIALE – UN PERCORSO CONDIVISO	Residenziale	8.0	2.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI	OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Ponso
	STRATEGIE NELLA GESTIONE DELLO STUDENTE CON DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO	FAD	4.0	4.0	55.0	INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO		SIMONATO LAURA	Ponso
	DONAZIONE DI ORGANI: UN'OPPORTUNITÀ NEL TUO REPARTO	Residenziale	8.0	2.0	15.0	MEDICO, INFERMIERE		BERRUTO FRANCESCO	Montorrotto

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD. FORMATIVA	DURATA	N. EDIZIONI	PART. PER EDIZ	PROF. ECM	PROF. NON ECM	RESP SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA ETICA E DEONTOLOGICA	IL PERCORSO DI CURA: LA PERCEZIONE DEL PAZIENTE E LA VALORIZZAZIONE DEL PROFESSIONISTA SANITARIO	Residenziale	8.0	1.0	0.0	DIETISTA, ASSISTENTE SANITARIO, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO, LOGOPEDISTA, TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA		FINIGUERRA IVANA	Ponso
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	TECNICHE AVANZATE DI CARDIO RISONANZA MAGNETICA: DAL PROTOCOLLO ALLA PRATICA	Sul Campo	8.0	10.0	0.0	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA		da definire	Ponso
	TC PER STROKE: DALLA SALA TC ALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE CON VIZ.AI	Sul Campo	8.0	10.0	0.0	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA		da definire	Ponso
AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT	PREVENIRE E GESTIRE LE CADUTE E IN OSPEDALE: VALUTAZIONE MULTIFATTORIALE E PIANI DI ASSISTENZA PERSONALIZZATI	Residenziale	8.0	2.0	30.0	MEDICO, INFERMIERE, FISIOTERAPISTA, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, ASSISTENTE SANITARIO, DIETISTA, LOGOPEDISTA		BO MARCO	Montorrio
AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT	PREVENIRE L' ALLONTANAMENTO DEI PAZIENTI RICOVERATI	Residenziale	8.0	2.0	0.0	INFERMIERE, FISIOTERAPISTA, DIETISTA, ASSISTENTE SANITARIO, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, LOGOPEDISTA		BO MARCO	Montorrio
	EVENTI AVVERSI: COME RICONOSCERLI, SEGNALARLI E PREVENIRLI	Residenziale	8.0	2.0	30.0	TUTTE LE PROFESSIONI		BO MARCO	Montorrio
AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT	LA SICUREZZA IN CHIRURGIA: MANUALE MINISTERIALE E CHECKLIST	Residenziale	8.0	2.0	30.0	MEDICO, INFERMIERE		BO MARCO	Montorrio
	VIOLENZA DI GENERE: VALUTAZIONE CLINICA, VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI GESTIONE	Residenziale	8.0	2.0	0.0	INFERMIERE, MEDICO, INFERMIERE PEDIATRICO	COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE, OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Montorrio
	GESTIONE DEI SISTEMI DI OSSIGENAZIONE AD ALTO FLUSSO	Residenziale	7.0	6.0	0.0	INFERMIERE, MEDICO		da definire	Ponso
	SIM-FORCE	Blended	10.0	6.0	10.0	MEDICO, INFERMIERE, OSS		ODETTO LORENZO	Ponso
AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT	FSC: GESTIONE INFERMIERISTICA DEL CONTROLLO IN REMOTO DEI LOOP RECORDER	Sul Campo	6.0	3.0	0.0	INFERMIERE		VARALDA GIOVANNI	Ponso
	DOLORE: DALLA COMPLESSITA' ALLA CURA	Residenziale	7.0	2.0	0.0	MEDICO, INFERMIERE, FISIOTERAPISTA		CANZONERI LUCA	Montorrio
	LA BRONCOSCOPIA D'URGENZA IN UN REPARTO DI DEGENZA	Residenziale	4.0	3.0	38.0	TUTTE LE PROFESSIONI		PERBONI ALBERTO	Ponso

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD. FORMATIVA	DURATA	N. EDIZIONI	PART. PER EDIZ	PROF. ECM	PROF. NON ECM	RESP SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA SPECIALITA' MEDICHE	GIORNATE DELL'EMOSTASI E TROMBOSI	Residenziale	21.0	1.0	30.0	MEDICO,FARMACISTA, INFERMIERE		MOROTTI ALESSANDRO	Montorrotto
	AGGIORNAMENTO SU DIAGNOSI E TERAPIA DELLE EMOGLOBINOPATIE	Residenziale	8.0	1.0	50.0	MEDICO,INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO,OSTETRICA/O,BIOLOGO, TSLB		MANDRILE GIORGIA	Ponso
	SICUREZZA TRASFUSIONALE	FAD	5.0	3.0	30.0	MEDICO,INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO		NAPOLI FRANCA	Montorrotto
	LE INFEZIONI ACUTE E CRONICHE DELL'APPARATO RESPIRATORIO NEL PAZIENTE CON FIBROSI CISTICA	Sul Campo	165.0	1.0	3.0	MEDICO		PERBONI ALBERTO	Montorrotto
	FSC: INCANNULAMENTO ARTERIA RADIALE, GESTIONE INFERMIERISTICA	Sul Campo	6.0	5.0	3.0	INFERMIERE		TANTILLO SANDRA	Ponso
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	CORSO PES/PAV/PEI	Residenziale	16.0	2.0	0.0		PERSONALE DELLA STRUTTURA SC TECNICO E TEC.	da definire	Ponso
	FORMAZIONE PER ADDETTI ALLE EMERGENZE LIVELLO 3 AI SENSI DEL D.M. 29 DEL 2021 - RISCHIO INCENDIO ELEVATO 16 ORE	Residenziale	16.0	5.0	24.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	OPPORTUNITA' DI MIGLIORAMENTO PER LA SICUREZZA SUL LAVORO: NEAR MISS-MANCATI INCIDENTI, COSA SONO, RICONOSCERLI, SEGNALARLI E ANALIZZARLI, UNO STRUMENTO DI PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI.	Residenziale	4.0	2.0	25.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	AGGIORNAMENTO PER DIRIGENTI AI SENSI DELL' ART 37 DLGS. 81/2008 ED ACCORDO STATO REGIONI 24/05/2025 E S.M.I.	Residenziale	6.0	2.0	25.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	AGGIORNAMENTO PER PREPOSTI AI SENSI DELL' ART 37 DEL DLGS. 81/2008 ED ACCORDO STATO REGIONI 24/05/2025 E S.M.I.	Residenziale	6.0	2.0	25.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	FORMAZIONE PER PREPOSTI AI SENSI DELL'ART 37 DEL DLGS. 81/2008 ED ACCORDO STATO REGIONI 24/05/2025 E S.M.I.	Residenziale	16.0	2.0	25.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	L'INCENDIO IN MEDICINA NUCLEARE: ASPETTI DI RADIOPROTEZIONE PER GLI OPERATORI DELLA SQUADRA DI PRIMO INTERVENTO	Residenziale	2.0	2.0	20.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	IL RISCHIO IN RISONANZA MAGNETICA ED IL REGOLAMENTO DI SICUREZZA	Residenziale	2.0	3.0	15.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	TREVISIOL EDOARDO	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	12.0	2.0	15.0	MEDICO	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD. FORMATIVA	DURATA	N. EDIZIONI	PART. PER EDIZ	PROF. ECM	PROF. NON ECM	RESP SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	FORMAZIONE ED ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE AZIENDALE ALL'USO DEGLI ESTINTORI	Residenziale	2.0	12.0	15.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	CORRETTA MANIPOLAZIONE DEI MANUFATTI CONTENENTI AMIANTO	Residenziale	2.0	2.0	10.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	AGGIORNAMENTO PER ADDETTO ANTINCENDIO IN ATTIVITA' DI LIVELLO 3 AI SENSI DEL D.M. 29 DEL 2021 RISCHIO INCENDIO ELEVATO 8 ORE	Residenziale	8.0	5.0	25.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	LA SORVEGLIANZA SANITARIA AL SAN LUIGI: ATTIVITÀ E PROSPETTIVE FUTURE	Residenziale	7.0	2.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI	AUSILIARIO SPECIALIZZATO, OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Ponso
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI	Residenziale	4.0	6.0	20.0	TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA, INFERMIERE	OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Montorrotto
	D. LGS 101/20 - CORSO DI FORMAZIONE IN RADIOPROTEZIONE - "LAVORATORI"	FAD	4.0	2.0	50.0	TUTTE LE PROFESSIONI	OPERATORE SOCIO-SANITARIO	TREVISIOL EDOARDO	Ponso
	LEGGE 81: LA SICUREZZA E LA GESTIONE DEL RISCHIO NELL'IMPIEGO CLINICO DEI LASER - AGGIORNAMENTO	FAD	7.0	2.0	50.0	MEDICO, ODONTOLATRA, FISIOTERAPISTA, INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO	OPERATORE SOCIO-SANITARIO, INFERMIERE GENERICO	TREVISIOL EDOARDO	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	12.0	6.0	50.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	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	6.0	2.0	50.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	da definire	Ponso
AREA SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	81371A FORMAZIONE GENERALE ALLA SALUTE E SICUREZZA PER I LAVORATORI (ART. 37 DEL D. LGS 81/08) - SETTORE ATECO 2007 Q 86	FAD	4.0	6.0	50.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	CORSO PER DATORE DI LAVORO E DELEGATI	Residenziale	5.0	1.0	15.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	da definire	Ponso
	AGGIORNAMENTO QUINQUENNALE SULLA SICUREZZA ART.37 D.LGS. 81/08	FAD	6.0	6.0	5.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	RICONOSCERE E GESTIRE LO STRESS DERIVANTE DALL'ATTIVITA' LAVORATIVA	Residenziale	4.0	5.0	25.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SGUAZZOTTI ERICA	Ponso
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	AGGRESSIONE DEGLI OPERATORI: GESTIONE DEL RISCHIO	Residenziale	4.0	2.0	25.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	SPOLETTI FEDERICO	Ponso
	L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE NEL PERCORSO CHIRURGICO: DAL PRE RICOVERO ALLA DIMISSIONE	Residenziale	16.0	2.0	0.0	MEDICO, INFERMIERE, TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Montorrotto

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD. FORMATIVA	DURATA	N. EDIZIONI	PART. PER EDIZ	PROF. ECM	PROF. NON ECM	RESP SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	L'INFERMIERE REFERENTE DI SALA OPERATORIA: COMPETENZE, LEADERSHIP E STRUMENTI OPERATIVI	Residenziale	8.0	2.0	0.0	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Ponso
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	OSS AFFIANCATORE DELLO STUDENTE OSS: FUNZIONI E RESPONSABILITÀ	Residenziale	8.0	2.0	0.0		OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Montorrotto
	MINDFULNESS BASE	Residenziale	24.0	2.0	20.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	PERUZZO LUCA	Montorrotto
	FORMAZIONE ESPERIENZIALE/RELAZIONALE CON L'ARTE DELLO SHIATSU	Residenziale	20.0	2.0	20.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	da definire	Montorrotto
	TEAM BUILDING	Residenziale	35.0	1.0	0.0	MEDICO	TUTTE LE PROFESSIONI	da definire	Montorrotto
	BENESSERE PSICOLOGICO TRA OPERATORI SANITARI - MINDFULNESS AVANZATO	Residenziale	14.0	2.0	20.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	da definire	Montorrotto
	LA FUNZIONE DI GUIDA DI TIROCINIO PER GLI STUDENTI INFERMIERI: UN'OCCASIONE DI SVILUPPO DELLA FORMAZIONE E DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE	Residenziale	7.0	5.0	31.0	INFERMIERE,INFERMIERE PEDIATRICO		SIMIONATO LAURA	Montorrotto
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	COMPETENZE AVANZATE DEGLI INFERMIERI GUIDA DI TIROCINIO: LA RELAZIONE COME STRUMENTO PEDAGOGICO	Residenziale	14.0	4.0	31.0	INFERMIERE,INFERMIERE PEDIATRICO		SIMIONATO LAURA	Montorrotto
AREA ONCOLOGICA	GESTIONE DELLE COMPLICANZE E REVISIONE DELL'UTILIZZO DELLE BUONE PRATICHE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO CON DEVICE.	Sul Campo	6.0	4.0	3.0	INFERMIERE		NOVELLO SILVIA	Ponso
	GIC INTERAZIENDALE TUMORI TESTA - COLLO	Sul Campo	30.0	1.0	9.0	MEDICO,PSICOLOGO, INFERMIERE		NOVELLO SILVIA	Ponso
	GIC ONCOLOGICO TORACO-POLMONARE	Sul Campo	30.0	1.0	8.0	MEDICO,INFERMIERE, PSICOLOGO		NOVELLO SILVIA	Ponso
	GIC NEOPLASIE GENITO-URINARIE	Sul Campo	30.0	1.0	8.0	MEDICO,PSICOLOGO, INFERMIERE		NOVELLO SILVIA	Ponso
	GIC NEOPLASIE GASTROENTERICHE E TUMORI EPATICI	Sul Campo	30.0	1.0	0.0	MEDICO,INFERMIERE, PSICOLOGO		NOVELLO SILVIA	Ponso
	GIC TUMORI NEUROENDOCRINI E TUMORI RARI	Sul Campo	30.0	1.0	9.0	MEDICO,INFERMIERE, PSICOLOGO		NOVELLO SILVIA	Ponso
AREA METODOLOGICA	LA VENTILAZIONE NON INVASIVA IN PNEUMOLOGIA: DIVERSI APPROCCI	Residenziale	4.0	3.0	32.0	MEDICO,INFERMIERE		PERBONI ALBERTO	Ponso
	"L'ARTE DELL'ECOGUIDA: ACCESSI VASCOLARI SICURI ED EFFICACI" NELLA GRAVI CEREBBROLESIONI ACQUISITE	Sul Campo	6.0	3.0	3.0	INFERMIERE		FERRANTE LUISA	Ponso
AREA METODOLOGICA	IL BENDAGGIO NELLE PATOLOGIE VASCOLARI DEGLI ARTI INFERIORI	Residenziale	8.0	2.0	0.0	MEDICO,INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorrotto
	LA VALUTAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE, CORSO PER OPERATORI SANITARI	Blended	8.0	4.0	0.0	MEDICO,FARMACISTA, INFERMIERE	OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Montorrotto
	DAL CASO CLINICO ALLA RIFLESSIONE: IL DEBRIEFING COME STRUMENTO NEL PRIMARY NURSING	Sul Campo	4.0	25.0	0.0	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorrotto

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD. FORMATIVA	DURATA	N. EDIZIONI	PART. PER EDIZ	PROF. ECM	PROF. NON ECM	RESP SCIENTIFICO	PROGETTISTA
AREA METODOLOGICA	APPLICAZIONE DEL MODELLO PRIMARY NURSING NEI CONTESTI ASSISTENZIALI	Sul Campo	4.0	20.0	0.0	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorrito
	ECOGRAFIA INFERMIERISTICA: UNO STRUMENTO PER L'ASSISTENZA	Residenziale	8.0	3.0	0.0	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Ponso
	ESITI SENSIBILI DELL' ASSISTENZA: DALLA RACCOLTA DATI ALL' ANALISI PER LA QUALITÀ DELLE CURE	Sul Campo	20.0	1.0	0.0	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorrito
	ESA: INDICATORI PER LA VALUTAZIONE E LA SICUREZZA DELL' ASSISTENZA INFERMIERISTICA	Residenziale	4.0	3.0	0.0	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorrito
	FSC: MANOVRE INTERVENTISTICHE IN EMODINAMICA ED ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRE DURANTE E POST PROCEDURA	Sul Campo	5.0	4.0	1.0	INFERMIERE, TSRM		CERRATO ENRICO	Ponso
AREA METODOLOGICA	PROMUOVERE E SOSTENERE L'ADERENZA TERAPEUTICA	Residenziale	7.0	1.0	0.0	MEDICO,INFERMIERE		da definire	Montorrito
	IL FACILITATORE NELLA SUPERVISIONE E NEL DEBRIEFING DURANTE LA SIMULAZIONE COMPETITIVA TRA STUDENTI INFERMIERI	Sul Campo	7.0	2.0	16.0	INFERMIERE,INFERMIERE PEDIATRICO		SIMIONATO LAURA	Ponso
AREA SPECIALITA' CHIRURGICHE	IL DRENAGGIO PLEURICO	Residenziale	12.0	3.0	20.0	MEDICO,INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO		LEO FRANCESCO	Montorrito
	CHIRURGIA TORACICA MININVASIVA	Residenziale	8.0	1.0	50.0	MEDICO,INFERMIERE, FISIOTERAPISTA		VAISITTI FEDERICO	Montorrito
	IL TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE. FORMAZIONE DEL TUTOR	Blended	34.0	2.0	0.0	MEDICO,INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorrito
AREA GESTIONALE/MANAGEMENT ORGANIZZATIVA	LEADERSHIP EFFICACE: INNOVAZIONE E SVILUPPO	Residenziale	8.0	1.0	0.0	INFERMIERE,TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO,TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA,DIETISTA, FISIOTERAPISTA		FINIGUERRA IVANA	Montorrito
	MODELLO PRIMARY NURSING PER UN' ASSISTENZA PERSONALIZZATA	Residenziale	4.0	2.0	0.0	INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorrito
AREA GESTIONALE/MANAGEMENT ORGANIZZATIVA	TEAM BUILDING E COLLABORAZIONE DMPO E DIPSA: STRATEGIE PER COSTRUIRE UNA SQUADRA DI SUCCESSO	Residenziale	7.0	1.0	0.0	INFERMIERE,MEDICO		FINIGUERRA IVANA	Ponso
	SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE DELLA LEAN ORGANIZATION NEI PROCESSI CLINICI E AMMINISTRATIVI	Residenziale	25.0	1.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	da definire	Ponso
	SUPPORTO ALLO SVILUPPO DEL PROGETTO REGIONALE DI OSPEDALE VIRTUALE	Residenziale	20.0	1.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI		da definire	Montorrito
	FORMAZIONE NEOASSUNTI	FAD	5.0	1.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	da definire	Ponso
	SVILUPPO DELL'USO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE	Residenziale	20.0	1.0	0.0	TUTTE LE PROFESSIONI	TUTTE LE PROFESSIONI	da definire	Montorrito

AREA TEMATICA	TITOLO	MOD. FORMATIVA	DURATA	N. EDIZIONI	PART. PER EDIZ	PROF. ECM	PROF. NON ECM	RESP SCIENTIFICO	PROGETTISTA
	FORMAZIONE DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO NEOASSUNTO E NON PER UTILIZZO APPLICATIVI PRISMA E SFERA (PROTOCOLLO E DELIBERE)	Residenziale	8.0	2.0	0.0			da definire	Ponso
AREA GESTIONALE/MANAGEMENT ECONOMICO FINANZIARIA	PERCORSI DI CONSULENZA DEI PROFESSIONISTI SANITARI: STANDARDIZZAZIONE E MIGLIORAMENTO	Sul Campo	16.0	1.0	0.0	FISIOTERAPISTA,DIETISTA,INFERMIERE, LOGOPEDISTA		FINIGUERRA IVANA	Montorrotto
AREA GESTIONALE/MANAGEMENT ECONOMICO FINANZIARIA	SERVICE DESIGN	Residenziale	8.0	1.0	0.0	MEDICO	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE, INGEGNERE, DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	da definire	Montorrotto
AREA RIABILITAZIONE	MOBILIZZAZIONE PRECOCE E AUSILI PER LA DIMISSIONE PROTETTA	Residenziale	4.0	5.0	0.0	MEDICO,INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Ponso
	DISALLETAMENTO PRECOCE E AUSILI PER LA DIMISSIONE PROTETTA	Residenziale	4.0	4.0	0.0	INFERMIERE	OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Ponso
	UPDATE IN FISIOTERAPIA E LOGOPEDIA	Residenziale	6.0	2.0	10.0	LOGOPEDISTA, FISIOTERAPISTA, MEDICI		ROSSINO ELENA	Ponso
AREA CURE PRIMARIE E CURE DOMICILIARI	PRENDERSI CURA... LE COMPETENZE AVANZATE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	Residenziale	8.0	2.0	0.0	MEDICO,INFERMIERE		FINIGUERRA IVANA	Montorrotto
	PILLOLE DI FORMAZIONE PER O.S.S.	Residenziale	8.0	2.0	0.0		OPERATORE SOCIO-SANITARIO	FINIGUERRA IVANA	Montorrotto
AREA FARMACEUTICA E TOSSICOLOGICA	CORSO DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE OSPEDALIERO ADDETTO ALL'UTILIZZO E ALLA MANIPOLAZIONE DEI GAS MEDICINALI, PURI E TECNICI	Residenziale	5.0	4.0	0.0	FARMACISTA,MEDICO,BIOLOGO,INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO,TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO,TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA		IELO DANIELA	Montorrotto
AREA FARMACEUTICA E TOSSICOLOGICA	LA FARMACO E DISPOSITIVO VIGILANZA: DALLA TEORIA ALLA PRATICA QUOTIDIANA	Residenziale	5.0	4.0	0.0	FARMACISTA,MEDICO,BIOLOGO,INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO,TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO,TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA		NADA CINZIA	Montorrotto
AREA EMERGENZA ED URGENZA	DIALISI IN TERAPIA INTENSIVA: FORMAZIONE, SIMULAZIONE E TEAMWORKING DELL'EQUIPE NEFRO-RIA	Blended	0.0	7.0	8.0	MEDICO,INFERMIERE		MASSARA CARLO MARIA LORENZO	Ponso
	A*REACT - ASSESSMENT CRASH CART AND TEAM (CORSO EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA BRACCIO AFFERENTE)	Residenziale	7.0	8.0	0.0	MEDICO,INFERMIERE,INFERMIERE PEDIATRICO,TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA		PENSO ROBERTO	Montorrotto

<i>AREA TEMATICA</i>	<i>TITOLO</i>	<i>MOD. FORMATIV A</i>	<i>DURATA</i>	<i>N. EDIZIONI</i>	<i>PART. PER EDIZ</i>	<i>PROF. ECM</i>	<i>PROF. NON ECM</i>	<i>RESP SCIENTIFICO</i>	<i>PROGETTISTA</i>
AREA EMERGENZA ED URGENZA	ECHOES - STANDARDIZZAZIONE E DIFFUSIONE DELL' APPROCCIO ULTRASONOGRAFICO IN AMBITO INTENSIVISTICO E DI EMERGENZA	Blended	24.0	1.0	6.0	MEDICO, INFERMIERE		RUSSO ROBERTO	Montorrotto
	A*REALS - CORSO CON DIDATTICA IN SIMULAZIONE AD ALTA FEDELTA' - SUPPORTO VITALE AVANZATO NEL PAZIENTE MEDICO CHIRURGICO E TRAUMATIZZATO	Residenziale	8.0	8.0	0.0	MEDICO,INFERMIERE		ODETTO LORENZO	Montorrotto
	ILS - IMMEDIATE LIFE SUPPORT	Residenziale	7.0	4.0	15.0	MEDICO,INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO		PENSO ROBERTO	Montorrotto
AREA EMERGENZA ED URGENZA	ALS - ADVANCED LIFE SUPPORT	Residenziale	18.0	3.0	18.0	MEDICO,INFERMIERE		PENSO ROBERTO	Montorrotto
	BLSD - BASIC LIFE SUPPORT DEFIBRILLATION	Residenziale	5.0	14.0	24.0	TUTTE LE PROFESSIONI	PROFILO ATIPICO RUOLO SANITARIO	PENSO ROBERTO	Montorrotto
	BLSD LAICO	Residenziale	5.0	2.0	0.0		TUTTE LE PROFESSIONI	PENSO ROBERTO	Montorrotto
	GESTIONE MEDICA DELL'EMERGENZA/URGENZA IN RADIOLOGIA	Residenziale	4.0	5.0	5.0	MEDICO, TSLB, INFERMIERE, OSS		VELTRI ANDREA	Montorrotto



Struttura Affari Generali
Relazione di Pubblicazione

Delibera N. 41 del 30/01/2026

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) - TRIENNIO 2026/2028

La su estesa deliberazione viene oggi pubblicata all'Albo Pretorio per quindici giorni consecutivi sul sito informatico dell'AOU San Luigi Gonzaga.

30/01/2026

Sottoscritta dal funzionario incaricato
(BERTOLO FULVIA)