
SEDE LEGALE

Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)

P.IVA 01810260024

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Mario Sano'

(nominato con D.G.R. n. 19 - 649 del 23 Dicembre 2024)

L'anno 2026, il giorno 23 del mese di Gennaio, presso l'Azienda Sanitaria Locale BI con sede legale in Ponderano (BI) - Via dei Ponderanesi n. 2

ha assunto la seguente deliberazione:

Deliberazione n. 16 del 23/01/2026

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2026-2028 - AGGIORNAMENTO 2026.

Deliberazione n. 16 del 23/01/2026

SEDE LEGALE

Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)

P.IVA 01810260024

**OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2026-2028 - AGGIORNAMENTO 2026.**

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta congiunta del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza, assegnata al n. 17 della SS AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI:

PREMESSO

- che l'art. 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto l'adozione - da parte delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2 del D.Lgs. 165/2001 con più di cinquanta dipendenti - del Piano Integrato di attività e organizzazione (PIAO), documento unico di programmazione e governance denominato Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO) in sostituzione dei piani aziendali, quali il Piano della Performance, il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, il Piano delle Azioni Positive, il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, piani che le amministrazioni erano tenute a predisporre singolarmente;
- che il Dipartimento della Funzione Pubblica con D.M. del 30/06/2022 n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" all'art. 7 Redazione del Piano integrato di attività e organizzazione, ha sancito la durata triennale del PIAO che viene adottato entro il 31 gennaio e viene aggiornato annualmente entro la predetta data;
- che il PIAO è predisposto esclusivamente in formato digitale ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sul sito istituzionale di ciascuna amministrazione;

CONSIDERATO pertanto di procedere all'approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 (PIAO) dell'ASL BI aggiornamento 2026, frutto della collaborazione, attraverso il Gruppo di lavoro dedicato, delle Strutture SC Personale, SS Logistica e Acquisti, SC Tecnico, SS Tecnico Patrimoniale, SS Ingegneria Clinica, SS Contabilità, SS Formazione, URP e Comunicazione, SS Controllo di Gestione, SC Distretto, Dipartimento di Prevenzione, Direzione Sanitaria di Presidio, SC NPI Neuropsichiatria Infantile, SS Sistemi Informativi, SC FDA, SC DiPSa, del Responsabile della Trasparenza, del Responsabile per l'Antiriciclaggio e del Responsabile Prevenzione della Corruzione;

PRECISATO che potranno essere effettuate nel corso del 2026 eventuali modifiche e integrazioni che si renderanno opportune e funzionali in base anche ad adeguamenti normativi e gestionali;

PRESO ATTO dei pareri conformi del Direttore Amministrativo, Dr. Paolo GARAVANA e del Direttore Sanitario, Dr. Alessandro GIRARDI, ai sensi del D.Lg.vo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

DELIBERA:

Deliberazione n. 16 del 23/01/2026

SEDE LEGALE

Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)

P.IVA 01810260024

- 1) di approvare, per quanto sopra esposto e qui da intendersi integralmente richiamato, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 dell'ASL BI (PIAO) aggiornamento 2026, sulla base del testo allegato in parte integrante al presente provvedimento e comprensivo di relativi allegati;
- 2) di dare atto che si provvederà alle eventuali modifiche e integrazioni che si reputeranno funzionali del PIAO in base ad adeguamenti normativi e gestionali anche nel corso del 2026;
- 3) di pubblicare sul sito aziendale dell'ASL BI - sezione "Amministrazione Trasparente" il presente Piano a cura del Responsabile Prevenzione della Corruzione - RPC dell'ASL BI e del Responsabile della Trasparenza – RT dell'ASL BI;
- 4) di dare atto che la presente deliberazione deve essere trasmessa al Collegio Sindacale, all'OIV e, in osservanza dell'obbligo per tutti i soggetti coinvolti di presa visione e conoscenza del Piano di cui in oggetto, ai Referenti aziendali, in qualità di Dirigenti Responsabili di Struttura, mediante l'invio di una mail con dominio @aslbi.piemonte.it per informare dell'avvenuta redazione, approvazione e dell'obbligo di prenderne visione relativamente ai connessi adempimenti previsti dal Piano medesimo;
- 5) di dare atto che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 dell'ASL BI aggiornamento 2026 deve essere altresì inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica per la pubblicazione sul relativo portale;
- 6) di dare mandato alla SS Affari Generali, Legali e Istituzionali di provvedere a tutti gli adempimenti consequenziali descritti nei suddetti punti;

Con parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Altresì, considerata la necessità di adozione del Piano in oggetto entro il termine suindicato

DELIBERA:

di autorizzare e dichiarare l'immediata esecutività della presente deliberazione, prevista dall'art. 3 della L.R. n. 31 del 30.6.1992, sussistendo la condizione di cui all'art. 134 del Decreto Legislativo n. 267 del 18.8.2000.

SEDE LEGALE

Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI)

P.IVA 01810260024

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 16 del 23/01/2026

Per approvazione

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Mario Sano'

*Dalla nostra storia,
costruiamo insieme il futuro*



AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI BIELLA



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026/2028

SOMMARIO

INTRODUZIONE	3
COSTRUZIONE DEL PIAO	3
GRUPPO DI SUPPORTO	4
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA	5
Sedi aziendali	5
Società partecipate da ASL BI	5
Direzione strategica.....	6
Responsabili.....	6
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	7
SOTTOSEZIONE 2.1 VALORE PUBBLICO	7
Analisi del contesto interno - esterno.....	8
Stakeholder dell'ASL BI	8
Analisi di contesto esterno - Dati socio demografici.....	9
Obiettivi di Valore Pubblico e indicatori	13
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	14
SOTTOSEZIONE 2.2. PERFORMANCE	14
La Performance dell'azienda sanitaria	14
Dimensioni di performance	14
Obiettivi Strategici.....	16
Gli indicatori	18
Misurazione degli obiettivi strategici.....	18
Pari opportunità ed equilibrio di genere	19
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	20
SOTTOSEZIONE 2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	20
Introduzione – Parte generale	20
Strategia e obiettivi di prevenzione della corruzione	20
Struttura della sottosezione rischi corruttivi.....	27
Attività di risk management – mappatura dei processi	27
Trasparenza	28
Monitoraggio.....	30
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	31
Introduzione – Parte generale	31
SOTTOSEZIONE 3.1 ANALISI DI CONTESTO INTERNO - STRUTTURA ORGANIZZATIVA	31
Linee Strategiche per l'organizzazione Introduzione – Parte generale	31
Organigramma	33
Livelli di responsabilità organizzativa	35
SOTTOSEZIONE 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	37
Misure organizzative	37
Regolamento applicativo.....	39
Sistemi di misurazione delle performance.....	40
Risultati e Obiettivi.....	40
SOTTOSEZIONE 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	41
Rappresentazione e consistenza del personale al 31.12.2025.....	41
PTFP 2024-2025 e personale per profilo professionale.....	42
Linee strategiche per il reclutamento del personale	43
SOTTOSEZIONE 3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	44
Priorità strategiche e operative in termini di riqualificazione o potenziamento.	45
Risorse interne ed esterne disponibili e/o 'attivabili' ai fini delle strategie formative.....	52

Misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione vita-lavoro). .. 55

SEZIONE 4 MONITORAGGIO 57

Presentazione	57
Monitoraggio della performance	57
Monitoraggio trasparenza e rischi corruttivi.....	58
Monitoraggio organizzazione e capitale umano.....	58
Dati Agenas relativi all'anno 2024: Performance e risultati di salute	59
Performance	59
Risultati di salute (PNE)	59
Monitoraggio della qualità percepita.....	59
Monitoraggio formazione	61
Stato di attuazione delle misure PNRR	62

Allegato 1 Macro Aree Obiettivi ASL BI

Allegato 2 Obiettivi di Valore Pubblico

Allegato 3 Piano delle azioni positive (PAP)

Allegato 4 Sistema di Gestione del rischio – Risk Management

Allegato 5 Mappatura dei processi e rischi

Allegato 6 Misure di prevenzione generali e specifiche

Allegato 7 PIAO 2026-28_ Elenco Obblighi di pubblicazione_agg.29.12.25

Allegato 8 Consistenza del personale al 31.12.2025

INTRODUZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale di Biella – ASL BI, ha adottato il suo primo PIAO nel giugno 2022, con Deliberazione n. 308 del 28/06/2022, come strumento a supporto dell'attuazione del PNRR, in particolare della Missione 6 Salute. Quel primo documento ricostruiva con lo scopo di integrare i principali piani approvati dall'Azienda.

Il PIAO non deve essere quello che, a livello internazionale, viene definito un semplice “layer of bureaucracy”, cioè un altro adempimento formale che si limita a riunire documenti già esistenti cambiandone solo la veste. Al contrario, il PIAO vuole essere uno strumento vivo, dinamico e strategico: un piano capace di offrire all'amministrazione una visione chiara e di lungo periodo, costruita attraverso obiettivi condivisi e azioni coordinate.

Grazie a questo approccio integrato, il PIAO consente di analizzare l'organizzazione da più prospettive — performance, prevenzione della corruzione, crescita del valore pubblico — trasformando la programmazione in una leva concreta di miglioramento e innovazione.

In questa nuova versione il piano viene rivisto e punta a conseguire:

Visione integrale: si propone di analizzare non solo i temi previsti dalla normativa, coordinandoli in modo coerente, ma anche gli aspetti non esplicitamente richiesti che contribuiscono alla creazione di valore pubblico.

Funzionalità operativa: il documento mette al centro gli obiettivi operativi che ogni area dell'ente si impegna a realizzare.

Immediatezza di lettura: il documento è progettato per essere chiaro e snello, facilmente comprensibile anche dai non addetti ai lavori, con rimandi pratici e approfondimenti dettagliati disponibili in appendice

Valore pratico: il piano si propone come una guida concreta e uno strumento operativo, utile sia ai dipendenti, sia ai cittadini che desiderano interagire con un'Azienda aperta al confronto e al dialogo.

COSTRUZIONE DEL PIAO

Per la stesura del PIAO 2026-28, l'Azienda ha creato uno spazio di lavoro rinnovando il gruppo di supporto permanente al Responsabile della Prevenzione e Corruzione e del Responsabile della Trasparenza con il Responsabile per l'Antiriciclaggio, con la volontà di rafforzare la collaborazione tra le strutture che elaboravano autonomi piani, favorendo con questo approccio riflessioni condivise, attività comuni e momenti di confronto operativi per creare un documento unico, basato su un approccio programmatico capace di:

Definire il concetto di Valore Pubblico

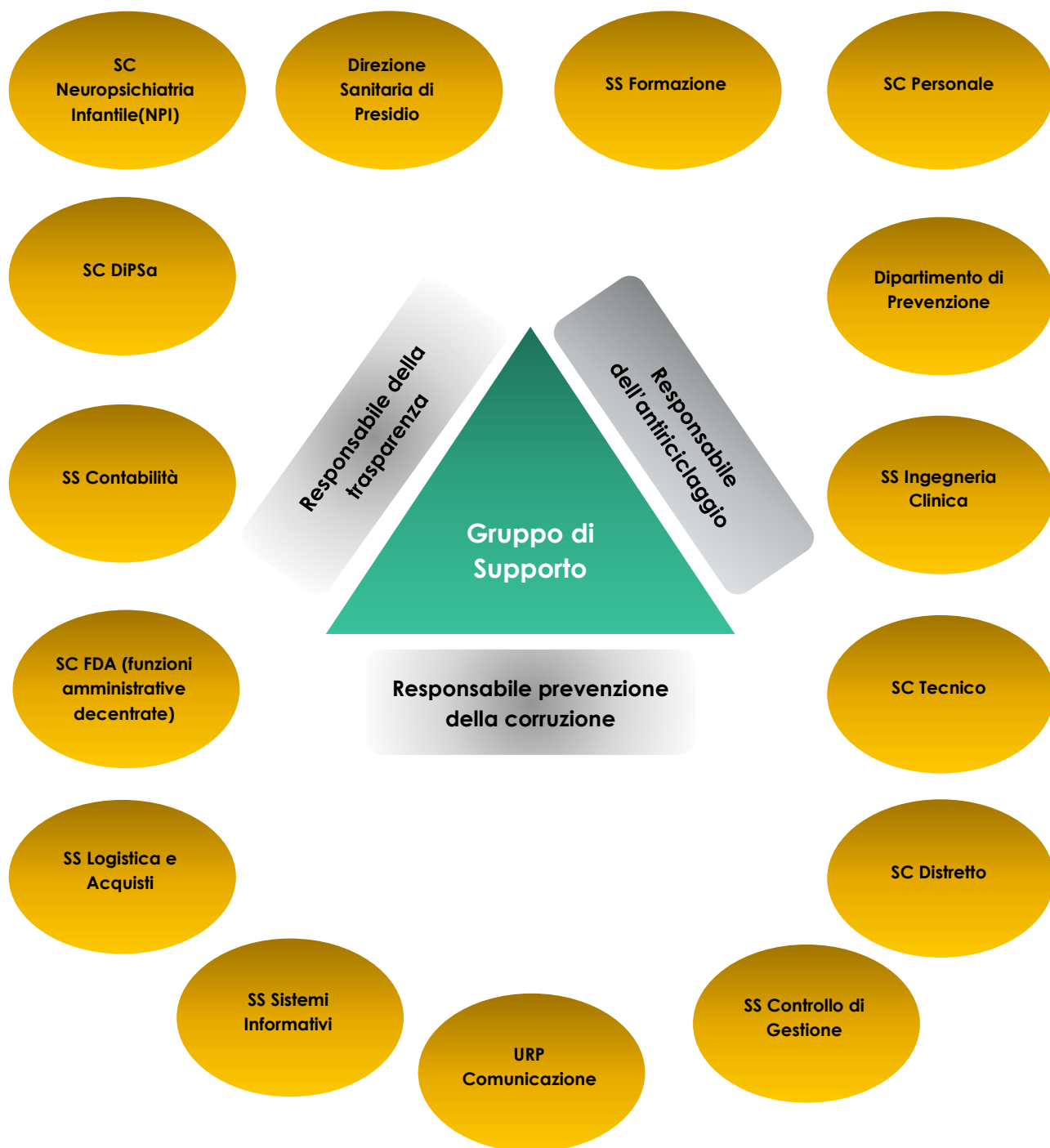
Individuare gli obiettivi strategici

Comprendere le dinamiche interne e il contesto esterno

Promuovere con azioni concrete il benessere dei cittadini e del territorio

GRUPPO DI SUPPORTO

Riavviato con deliberazione n. 63 del 26/02/2025 il progetto coinvolge attivamente sia strutture amministrative che sanitarie:



Il progetto dell'attuale piano è stato sviluppato con il supporto formativo del Centro di ricerca Re.Act., i cui esperti in prevenzione della corruzione e trasparenza hanno guidato il gruppo di supporto nell'assumere piena consapevolezza del proprio ruolo, favorendo l'adozione di un metodo di lavoro condiviso e una visione comune per l'analisi e la progettazione delle azioni strategiche.

SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

L'ASL di Biella è un'azienda del Servizio Sanitario Regionale del Piemonte. Si occupa della promozione della salute dei cittadini del territorio biellese e offre cure mediche, assistenza ospedaliera e domiciliare, prevenzione (vaccini, controlli, salute pubblica) e servizi di emergenza.

Ente	ASL BI
Anno di nascita	L'Azienda Sanitaria Locale di Biella, istituita dal 1° gennaio 1995 e denominata ASL BI, dal 1° gennaio 2008
Sede legale	Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (Biella)
Codice fiscale	01810260024
Partita IVA	01810260024
Telefono (centralino)	+39 015 15151
Email (protocollo)	Pec: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it
Email URP	urp@aslbi.piemonte.it
Sito internet	https://aslbi.piemonte.it/
Sito amministrazione trasparente	https://trasparenza.aslbi.piemonte.it/
Codice IPA	asl_bi

SEDI AZIENDALI

Ospedale degli Infermi	Presidio Ospedaliero di Ponderano – via dei Ponderanesi n. 2 (Biella)
Dipartimento di Prevenzione	Via Don Luigi Sturzo n. 20 – 13900 Biella
SERD	Via Lorenzo Delleani n. 22 - 13900 Biella
Centro Salute Mentale	Strada Campagné 7/A - 13900 Biella
Distretto e Poliambulatorio di Cossato	Via Pietro Maffei n. 59 – 13836 Cossato (Biella)
Altre sedi territoriali, ambulatoriali e infermieristiche	Valdilana, Vigliano biellese, Brusnengo, Mongrando, Andorno, Cavaglià, fraz. Ponzone Valdilana - (Biella)

SOCIETÀ PARTECIPATE DA ASL BI

Consorzio per il Sistema Informativo – (CSI)	https://www.csipiemonte.it/it
--	---

DIREZIONE STRATEGICA

Direttore Generale	Dr. Mario Sanò
Direttore Amministrativo	Dr. Paolo Garavana
Direttore Sanitario	Dr. Alessandro Girardi

RESPONSABILI

Responsabile della prevenzione e della corruzione (RPC)	Dr.ssa Attilia Squillario
Responsabile della trasparenza (RT)	Dr.ssa Margherita Borello
Responsabile Antiriciclaggio Gestore UIF	Dr.ssa Marisa Bioletto

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE 2.1 VALORE PUBBLICO

Un'azienda genera valore pubblico quando, nel contesto territoriale e sociale in cui opera, grazie alle scelte e alle politiche di servizio che adotta, è in grado di migliorare la qualità della vita e di accrescere il benessere economico, sociale e ambientale della comunità di riferimento, degli utenti e degli stakeholder. Il Valore Pubblico indica la direzione per trasformare la missione aziendale in azioni che migliorano la vita delle persone. Lo schema semplifica come la mission aziendale, orientata alla promozione e tutela della salute fisico-psichica, traduca gli obiettivi strategici individuati da mandato istituzionale in Valore Pubblico per la comunità.

MISSION ASL BI "PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE"				
MACRO AREE STRATEGICHE				
SVILUPPO, INNOVAZIONE, PERSONALE	RICERCA, FORMAZIONE, UNIVERSITA'	SOSTENIBILITA', WELFARE, PARI OPPORTUNITA', ETS	TERRITORIO	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA
OBIETTIVI AZIENDALI				
Attuazione misure PNRR	Sperimentazioni e ricerca clinica	Mobilità Sostenibile	Assistenza domiciliare dei pazienti	Gestione del Sistema di prevenzione della corruzione
Grandi tecnologie	Formazione	Valorizzazione e ottimizzazione degli ambienti di cura	Medicina di prossimità	Formazione
Digitalizzazione Ospedale Territorio	Università	Welfare aziendale	Infermiere di Famiglia e Comunità IFeC (PNRR e DM 77/2022). Potenziare l'assistenza territoriale.	Partecipazione condivisa
Gestione liste e recupero tempi di attesa		Pari opportunità	Potenziamento dei Distretti	Mappatura dei processi a rischio
Valorizzazione del personale		Umanizzazione della Sanità	Telemedicina	Integrità e trasparenza

Valore Pubblico		
Qualità della vita	Benessere economico	Benessere sociale e ambientale
ESPRESSO DAL BENESSERE SANITARIO DI EFFICACIA DELLE CURE, DI PREVENZIONE, DI TEMPESTIVITÀ DELLE RISPOSTE E RISPETTO DEGLI STANDARD ASSISTENZIALI	GENERAZIONE DI UN IMPATTO POSITIVO SULL'ECONOMIA LOCALE, ATTRAVERSO LA GESTIONE EFFICIENTE DELLE RISORSE DISPONIBILI, LA CREAZIONE DI INDOTTO ATTRAVERSO INTERVENTI SUL TERRITORIO E RIQUALIFICAZIONE URBANA.	CONTRIBUTO ALL'INCLUSIONE SOCIALE E ALLA QUALITÀ DELLA VITA PER LE FASCE PIÙ FRAGILI DELLA POPOLAZIONE, ANZIANI E PERSONE CON DISABILITÀ. AZIONI ORIENTATE ALLA SOSTENIBILITÀ E AL RISPETTO DELL'AMBIENTE NEL CONTESTO DELL'ATTIVITÀ AZIENDALE

Gli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi dell'ASL BI sono individuati e stabiliti dalla Regione Piemonte, che definisce le priorità di salute pubblica, le linee strategiche e i risultati attesi per il sistema sanitario. Le ASL devono quindi programmare le proprie attività e organizzare i servizi per raggiungere questi obiettivi regionali.

L'ASL BI declina la propria missione di tutela e promozione della salute attraverso cinque pilastri strategici (**macro aree – obiettivi ASL BI - All.1**):

1. Sviluppo, Innovazione e Personale
2. Ricerca, Formazione e Università
3. Sostenibilità, Welfare, Pari Opportunità ed ETS
4. Territorio
5. Anticorruzione e Trasparenza

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO - ESTERNO

L'analisi del contesto interno ed esterno dell'Azienda viene svolta per comprendere appieno la realtà operativa dell'Ente, definita sia dalla sua struttura organizzativa sia dalle condizioni socio-economiche della comunità di riferimento. Attraverso l'analisi è possibile individuare le azioni più adeguate al raggiungimento degli obiettivi strategici e per definire gli indicatori in grado di misurare il livello di conseguimento degli obiettivi di Valore Pubblico. Si ricorda che il Valore Pubblico è un fattore multidimensionale, che non si limita a misurare la performance aziendale, ma comprende anche dimensioni socio-ambientali, sviluppo economico, benessere della comunità e prevenzione della corruzione. I dati utilizzati per l'analisi del contesto esterno si basano sul V Rapporto Annuale 2025 dell'Osservatorio Territoriale del Biellese, realizzato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Biella in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, e composto da ASL Biella e ad altri stakeholder locali. La metodologia di indagine con gli stakeholder si fonda sugli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals, SDGs) definiti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che hanno costituito il riferimento per l'individuazione degli Obiettivi di Valore Pubblico e per la selezione degli indicatori di misurazione adottati dall'ASL BI nel presente piano. L'indagine è sintetizzata per focus esaminato con evidenza delle criticità e delle prospettive sul medio lungo periodo.

STAKEHOLDER DELL'ASL BI

Gli stakeholder dell'ASL BI sono numerosi e diversificati, considerando l'ampiezza delle attività svolte e la varietà degli interlocutori. Una prima ricognizione consente di delineare un quadro articolato in:



ANALISI DI CONTESTO ESTERNO - DATI SOCIO DEMOGRAFICI

Popolazione residente e stranieri

La popolazione della Provincia di Biella è diminuita del 4%, passando da 175.341 abitanti nel 2019 a 168.257 nel 2025, con una prevalenza femminile ancora marcata ma in lieve calo (48,5% uomini, 51,5% donne). Gli stranieri residenti, dopo una flessione tra il 2019 e il 2021, sono aumentati da 9.871 a 11.596 nello stesso periodo esaminato, registrando una crescita del 17,5%, nettamente superiore alle medie regionale e nazionale

Criticità	Prospettive
Pressione crescente sui servizi sociali e pubblici Rischio di conflitti culturali e percezione di insicurezza Mutamento rapido dell'identità sociale e perdita di coesione Aumento del disagio abitativo e della povertà migratoria	Rinnovamento demografico Sviluppo economico e occupazionale Rigenerazione dei territori fragili Arricchimento culturale e sociale Rafforzamento dei servizi

Natalità, indice di vecchiaia e tasso di dipendenza delle persone anziane

Il calo della natalità, ormai strutturale nel territorio biellese, risulta più marcato rispetto alla media nazionale e regionale. Inoltre, l'indice di anzianità, tra i più elevati della regione, fa di Biella un territorio in cui la pressione sui servizi sociali, sanitari e sociosanitari locali è destinata ad aumentare significativamente anche in futuro.

Criticità	Prospettive
Maggiore pressione sui servizi socio-sanitari Significativo impatto finanziario su famiglie e strutture assistenziali Aumento di fragilità, dipendenze Aumento solitudine, disagio psicologico e suicidi Perdita di identità e impoverimento culturale Riduzione opportunità lavorative e fuga dal territorio Problematiche socio-sanitarie in persone anziane	Innovazione nei servizi socio-sanitari e sviluppo Introduzione di tecnologie digitali (telemedicina, app di monitoraggio per anziani) Servizi integrati e personalizzati per ridurre costi e aumentare efficacia Sviluppo di modelli di assistenza comunitaria Promozione di reti di supporto tra vicini, associazioni e volontari Iniziative di co-housing per anziani o famiglie multi-generazionali Formazione e nuove competenze professionali

Viabilità e mercato immobiliare

I collegamenti autostradali, pur lambendo la provincia di Biella, non raggiungono direttamente il capoluogo, mentre le principali linee ferroviarie, richiedono cambi e tempi di percorrenza tali da non rendere il treno un mezzo alternativo a rapidi spostamenti. Persistono criticità nella viabilità locale, dovute sia alla vetustà di alcune infrastrutture sia all'aumento del traffico; per l'asse verso Ghemme, si attende l'avvio dei lavori sulla Pedemontana. L'aeroporto di Cerrione ha oggi una funzione esclusivamente turistica. Il mercato immobiliare presenta una certa dinamicità, soprattutto grazie ai prezzi contenuti degli immobili rispetto al panorama regionale e nazionale.

Criticità	Prospettive
Accessibilità limitata del capoluogo Trasporti ferroviari Viabilità locale Aeroporto solo uso turistico Effetti sociali ed economici del mercato immobiliare incerti	Progetti infrastrutturali avviati Mercato immobiliare dinamico recupero del patrimonio immobiliare

Popolazione scolastica e Università

La popolazione scolastica biellese mostra un calo progressivo, accompagnato però da un aumento della quota di alunni con cittadinanza straniera. Questa tendenza si inverte nella scuola secondaria di secondo grado, confermando la presenza di una popolazione straniera giovane sul territorio. Nella provincia di Biella, i licei sembrano attrarre maggiormente rispetto ai percorsi professionalizzanti. Sarebbe utile approfondire se tale scelta rifletta la volontà di proseguire gli studi universitari oppure la perdita di attrattività di alcune professioni legate a un mercato del lavoro inefficiente, dove l'università appare talvolta come un ripiego temporaneo. Il contesto provinciale, con il percorso universitario avviato da Città Studi, offre una varietà di corsi. Tra i più apprezzati figurano Economia aziendale, Scienze dell'amministrazione, Servizio sociale, Infermieristica, Scienze della formazione e Cultural Heritage.

Criticità	Prospettive
Calo progressivo della popolazione scolastica: può comportare riduzione di risorse e opportunità formative Scarsa attrattività dei percorsi professionalizzanti che riflette un mercato del lavoro locale inefficiente e poco valorizzato Università percepita come ripiego	Predilezione per i licei e studi universitari: possibilità di rafforzare percorsi di eccellenza e orientamento verso l'istruzione superiore Offerta universitaria locale diversificata (Città Studi) Potenziale integrazione scuola-lavoro: rafforzare i percorsi professionalizzanti con legami concreti con il mercato del lavoro locale potrebbe migliorare occupabilità e capacità di trattenere e attrarre i giovani) Collegamento Università Ospedale

Occupazione e disoccupazione, inattività (NEET)

La provincia di Biella registra un tasso di disoccupazione del 3,4%, inferiore al 6,6% della media nazionale. Anche il tasso di disoccupazione giovanile, dopo fluttuazioni nel quinquennio 2019-2024, mostra un miglioramento, attestandosi al 12,8% rispetto al 20,3% nazionale. La quota di giovani NEET (che non studiano né lavorano), disponibile solo per il 2023, evidenzia forti divari di genere: il tasso maschile raggiunge il 17,3%, mentre quello femminile si attesta al 6%.

Criticità	Prospettive
Disoccupazione giovanile ancora significativa Alto tasso di NEET maschile: inefficienza del mercato locale del lavoro e carenza di percorsi formativi attrattivi	NEET: possibili interventi mirati, orientamento, formazione tecnica e percorsi professionalizzanti, per ridurre il divario e aumentare l'occupabilità. Integrazione tra istruzione e mercato del lavoro: sfruttare la vicinanza di percorsi universitari o tecnici per creare collegamenti scuola-lavoro e stage, aumentando l'inclusione dei giovani

Imprese, attività e turismo

I dati offrono una lettura speculare rispetto ai trend scolastici e migratori. La provincia di Biella registra un graduale calo delle imprese artigiane, mentre il settore delle costruzioni rimane il più rilevante, con una significativa presenza di imprenditori stranieri. In generale, le imprese straniere si concentrano in settori ad alta intensità di manodopera e con bassi requisiti di capitale iniziale. La componente imprenditoriale straniera è in costante crescita e dimostra una buona capacità di resilienza sul mercato. L'offerta turistica è in crescita costante, passando da 54 strutture nel 2020 a 412 del 2024 e rappresentata da case vacanze, B&B confermando un modello di una ospitalità diffusa e flessibile.

Criticità	Prospettive
Calo delle imprese tradizionali dell'artigianato locale perdite di conoscenza e competenze	Promuovere settori a maggiore valore aggiunto tramite start-up, incubatori e collaborazione università-imprese; facilitare accesso a finanziamenti e programmi di innovazione; rafforzare formazione, riqualificazione e

Concentrazione del tessuto imprenditoriale in settori a bassa intensità di capitale, limitazione all'innovazione e la diversificazione economica. Dipendenza da settori ad alta intensità di manodopera vulnerabili a crisi occupazionali o cicliche nel settore edile e manifatturiero – Basso livello di scolarizzazione La rapida crescita delle strutture turistiche richiede un adeguamento dei servizi pubblici e dei trasporti	percorsi scuola-lavoro per rendere la forza lavoro flessibile e attrarre giovani; incentivare investimenti in settori stabili o tecnologicamente avanzati per ridurre vulnerabilità cicliche. Crescita di turismo diffuso e nuove opportunità occupazionali
---	--

Violenza di genere e imprenditoria femminile

I dati rilevabili per la Provincia di Biella se da un lato restituiscono un numero di denunce di violenza inferiore al contesto regionale dall'altro rappresentano solo una parte del fenomeno che resta ancora sommerso per timori psicologici e sociali. Nello stesso periodo analizzato si registra un calo dell'imprenditoria femminile in particolare nel settore agricolo e del commercio all'ingrosso mentre aumenta quello delle attività professionali, tecniche e scientifiche.

Criticità	Prospettive
Casi di violenza sommersi Vulnerabilità delle donne nei settori tradizionali La riduzione delle imprese femminili può rappresentare possibili disparità in comparti chiave che riflettono ostacoli strutturali (burocratici, culturali o finanziari) che limitano la permanenza o l'avvio di nuove attività	Sviluppo di servizi di prevenzione e supporto Promozione di politiche attive (programmi di mentoring, formazione avanzata, microcredito e reti professionali) possono sostenere l'imprenditorialità femminile

Fonti rinnovabili, consumo e inquinamento ambientale, tasso veicolare e mobilità

In Provincia di Biella nel complesso si registra un incremento della diffusione di fonti rinnovabili con impianti a pannelli fotovoltaici. Sia in termini di potenza che numero di impianti installati crescono anche l'eolico, il geotermico e l'idrico. Si evidenzia una riduzione dei consumi idrici (da 125 a 119 lt giorno/abitante) contro i 150 lt/abitante a livello regionale. E' cresciuta la raccolta differenziata in media pari al 70% dei rifiuti prodotti. Il tasso veicolare cresce ancora pari a 79 auto ogni 100 abitanti che rendono Biella la provincia con la più alta incidenza veicolare di tutto il Piemonte. L'estensione delle piste pedonali e ciclabili presente è rimasta sostanzialmente invariata segnalando un arresto degli investimenti di tutto il sistema di mobilità sostenibile.

Criticità	Prospettive
Crescente tasso di motorizzazione e inquinamento da polveri sottili Stagnazione degli investimenti e programmi della mobilità sostenibile Crescita degli investimenti in fonti rinnovabili e contestuale rischio di consumo del suolo	Espansione delle energie rinnovabili e investimenti, filiere locali, comunità energetiche e risparmi a lungo termine Sviluppo di una mobilità sostenibile integrata

Assistenza sanitaria

Il focus riguarda i dati provenienti dai servizi sanitari attivi sul territorio. Nel biennio 2023-2024 si osserva un aumento degli assistiti dai servizi di salute mentale, così come un incremento degli accessi al Centro Informazione Salute Immigrati (Centro ISI). L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e l'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP) mantengono invece un volume stabile di casi seguiti.

Gli interventi ADI a valenza socio-assistenziale, erogati prevalentemente dal SSN tramite l'ASL rispetto ai consorzi territoriali (CISSABO per il Biellese orientale e IRIS per il Biellese occidentale, escluso il Comune di Biella), registrano un aumento degli assistiti over 65 e, più in generale, di utenti anziani con elevati bisogni assistenziali.

Criticità	Prospettive
Aumento della domanda di salute mentale Invecchiamento della popolazione e aumento dei bisogni assistenziali e rischio di cronicizzazione della domanda Crescente pressione sui servizi	Pianificazione anticipata della domanda futura Innovazione nei servizi domiciliari (IFeC, COT, CdC e OdC)

Criminalità organizzata

La presenza di cosche malavitose nel Biellese è nota da tempo, sebbene non si registrino episodi di particolare gravità. L'attuale fragilità economica e sociale del Paese — che coinvolge anche il Piemonte — contribuisce però ad aumentare la vulnerabilità del territorio alle infiltrazioni criminali. Le organizzazioni tendono a mantenere profili bassi, integrandosi nel tessuto socio-economico attraverso soggetti apparentemente estranei all'ambiente mafioso, utilizzati come vero e proprio "capitale sociale".

Le strategie imprenditoriali della criminalità si spostano inoltre verso attività illecite meno tradizionali, ma più redditizie e sanzionate in modo meno severo, ampliando i rischi di penetrazione nell'economia locale. In questo contesto, le ingenti risorse del PNRR destinate alla sanità piemontese (Misure 6 C1 e C2) rappresentano un ulteriore fattore di attrattività per interessi illeciti, non necessariamente riconducibili a gruppi mafiosi strutturati.

Criticità	Prospettive
Vulnerabilità del territorio a infiltrazioni criminali Strategie criminali a basso profilo difficili da intercettare Diversificazione delle attività illecite Rischio di infiltrazione nelle risorse del PNRR	Rafforzamento dei sistemi di prevenzione e controllo e sviluppo di una cultura della legalità nel territorio Maggiore trasparenza nei processi amministrativi Coinvolgimento del tessuto imprenditoriale sano e innovazione nei sistemi di controllo e vigilanza

Giustizia e Associazioni di volontariato – ETS e Fondazioni

Particolarmente significativo è il dato che vede Biella con un indice di litigiosità — misurato come numero di cause iscritte ogni 100.000 abitanti — nettamente superiore alla media delle province piemontesi (3.474,2 contro 2.906,79). Di contro e storicamente, il Biellese si caratterizza per un tessuto associativo consolidato, fondazioni e forme di mutuo soccorso; oggi molto diffusa e partecipata la rete degli ETS sul territorio anche in supporto dell'attività assistenziali e socio sanitarie.

Criticità	Prospettive
Tensioni sociali diffuse e possibili conflitti interpersonali	Valorizzazione del tessuto associativo e degli ETS Rafforzamento della coesione sociale Modello replicabile: l'esperienza di integrazione tra il SSN, il tessuto il associativo e supporto ai cittadini può diventare un esempio per altri territori con simili criticità

Struttura Penitenziaria

Il carcere di Biella, inaugurato nel 1989, dispone di 394 posti regolamentari. Tuttavia, a livello locale si riscontrano problematiche comuni a livello nazionale, tra cui il sovraffollamento, la carenza di personale di polizia penitenziaria, l'elevata incidenza della popolazione straniera detenuta e la carenza di figure complementari a politiche di inclusione per misure alternative alla pena. Nel corso del 2025 è stato firmato l'atto tra Comune, Asl, Demanio e Ministero della Giustizia per la costituzione di un diritto di superficie di 99 anni sul vecchio Ospedale che permetterà la creazione di un nuovo istituto di formazione per Agenti di Polizia Penitenziaria.

Criticità	Prospettive
Riduzione della qualità della detenzione, aumento dei rischi di tensioni e conflitti tra detenuti. Ostacoli a percorsi di reinserimento sociale, trattamento educativo e riabilitazione dei detenuti	Nuovo istituto di formazione per Agenti di Polizia Penitenziaria Potenziare politiche di inclusione e misure alternative alla detenzione

OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO E INDICATORI

La creazione di Valore Pubblico richiede il confronto tra i risultati ottenuti e dati di riferimento. Per ASL BI, ciò ha comportato la selezione di indicatori specifici, basati sulle misure di Benessere Equo e Sostenibile (BES) dell'Istat e su 10 dei 17 indicatori degli SDGs dell'Agenda 2030, relativi a salute, benessere, istruzione, energia, clima, uguaglianza, ambiente, lavoro e innovazione. Tali indicatori, particolarmente rilevanti per il settore sanitario, definiscono sia il metodo di calcolo sia le dimensioni di valutazione, con attenzione agli effetti concreti su comunità, servizi e politiche pubbliche.

Il piano introduce un nuovo modello di analisi del Valore Pubblico, con l'individuazione degli indicatori e del relativo metodo di calcolo **(Obiettivi di Valore Pubblico – All.2)**. La storicizzazione dei dati, necessaria per definire i target da utilizzare nel monitoraggio, sarà sviluppata come obiettivo strategico nel triennio di riferimento. Questa attività permetterà di rappresentare in modo accurato e trasparente l'impatto delle azioni dell'Azienda sulla comunità.

Gli indicatori scelti fanno riferimento ai seguenti obiettivi dell'Agenda 2030:

SDG 3 – Salute e benessere

SDG 4 – Istruzione di qualità

SDG 5 – Parità di genere

SDG 8 – Lavoro dignitoso e crescita economica

SDG 9 – Innovazione, industria e infrastrutture

SDG 10 – Ridurre le disuguaglianze

SDG 11 – Città e comunità sostenibili

SDG 12 – Consumo e produzione responsabile

SDG 16 – Pace, giustizia e istituzioni solide

SDG 17 – Partnership per gli obiettivi

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE 2.2. PERFORMANCE

LA PERFORMANCE DELL'AZIENDA SANITARIA

La performance dell'Azienda Sanitaria è intesa come il contributo che le varie componenti organizzative (individui, gruppi di individui, unità organizzative, ente nel suo complesso) apportano attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'azienda stessa e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni della collettività.

L'azienda opera in relazione alle politiche nazionali e regionali ed agli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla Sanità, al fine di raggiungere i risultati individuati nella programmazione regionale in un'ottica di sinergia.

Programmare la "Performance" significa tradurre le indicazioni di cui sopra in attività dell'Azienda, attuale e soprattutto futura, in obiettivi e indicatori e risorse. Ciascuno dei singoli elementi citati è legato agli altri, fermo restando il fine comune di creare Valore Pubblico.

I tre pilastri del ciclo della performance sono dunque la pianificazione, la misurazione e l'utilizzo dei risultati osservati. Quanto descritto sinteticamente è un processo continuo che parte dalla definizione degli obiettivi (sia a livello istituzionale, organizzativo che individuale) per poi procedere alla loro misurazione, valutazione e infine all'utilizzo dei risultati ottenuti per apportare correzioni e guidare le future azioni.

Per ciascun obiettivo, generale o specifico, vengono stabiliti indicatori di performance per misurare il raggiungimento, quando possibile prevedendo anche un monitoraggio periodico, specificando gli strumenti e le modalità relative a tali momenti di verifica.

Pianificazione: in questa fase avviene la Definizione degli obiettivi strategici, operativi e individuali, nonché l'assegnazione delle relative risorse. In questa fase si stabiliscono anche i parametri di misurazione (indicatori, target) e i risultati attesi.

Misurazione: questa fase riguarda il monitoraggio periodico, seguito alla conclusione del periodo dalla valutazione finale delle performance raggiunte attraverso le metodologie precedentemente definite. Vengono confrontati i risultati ottenuti con i target prestabiliti.

Utilizzo dei risultati: le informazioni raccolte nella fase di valutazione possono essere utilizzare per guidare le azioni future, con la possibilità di prevedere eventuali interventi correttivi ove necessari, o viceversa la valorizzazione del merito.

DIMENSIONI DI PERFORMANCE

La regione Piemonte con deliberazione n° 16 - 817 del 24.02.2025 ha assegnato ai Direttori Generali gli obiettivi per l'anno 2025. Le indicazioni in essa contenute sono state recepite, diffuse capillarmente e declinate alle strutture aziendali. Alla data della stesura del presente documento non sono ancora stati assegnati gli obiettivi strategici per l'anno 2026, ma come da prassi verranno assegnati ai responsabili di struttura detentori di scheda obiettivo, appena disponibili.

Per l'anno 2025 gli obiettivi strategici regionali dei Direttori Generali sono sintetizzabili come segue:

- Area della sostenibilità economico-finanziaria
- Area della produzione e dei tempi di attesa
- Area del rispetto del cronoprogramma e delle attività legate al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza(PNRR);
- Area della trasparenza.

Recepite le indicazioni regionali e integrate con le esigenze aziendali sulla base dell'analisi del contesto interno ed esterno, le prime sono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Direttori/Responsabili di struttura. Le dimensioni di performance proposte consentono quindi di focalizzare le strategie dell'azienda su alcune prospettive per ciascuna delle quali sono stati individuati obiettivi, indicatori e target.

L'Albero della Performance che ne risulta può essere rappresentato con un diagramma che rappresenta il legame tra la missione aziendale, le dimensioni e le performance che si esplicheranno in obiettivi strategici e obiettivi operativi. Gli obiettivi declinati ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscono all'interno di un disegno strategico complessivo, alla missione.

Mission ASL BIELLA

Tutela della salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività attraverso specifici interventi sanitari e sociosanitari nell'ambito del sistema di cure e prevenzione, ispirandosi a criteri di efficacia-appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo

DIMENSIONE	PERFORMANCE
INNOVAZIONE E SVILUPPO	CAPITALE INTELLETTUALE PNRR INNOVAZIONE TECNOLOGICA
INTEGRITÀ E TRASPARENZA	QUALITÀ DEI DATI, TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE
PRODUZIONE, LISTE DI ATTESA E RECUPERO PRESTAZIONI	PRODUZIONE APPROPRIATEZZA PREVENZIONE
ECONOMICA	EQUILIBRIO ECONOMICO FINANZIARIO

Rispetto alle quattro dimensioni sono individuate specifiche aree strategiche di performance e sulla loro base vengono definiti gli obiettivi da conseguire.

Dimensione dell'innovazione e sviluppo: sono individuate aree di performance tese a garantire la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane; risulta inoltre rilevante il rispetto delle milestone del piano Nazionale di ripresa e resilienza(PNRR) e non da ultimo la valorizzazione delle nuove tecnologie a disposizione dell'Azienda (vedi Robot Da Vinci e Sala ibrida).

Dimensione dell'integrità e trasparenza: vengono individuati obiettivi inerenti la qualità del dato, la trasparenza delle informazioni rese al cittadino, le attività e tutte le attività tese alla prevenzione della corruzione e all'attuazione della trasparenza svolte in Azienda.

Dimensione della produzione, liste di attesa e recupero prestazioni: sono individuate Aree di performance e conseguentemente obiettivi tesi a garantire l'accessibilità e fruibilità dei servizi,

l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, il governo della assistenza ospedaliera e territoriale, l'attività di prevenzione e promozione della salute, il governo clinico e la gestione del rischio.

Dimensione economica: sono individuate aree di performance tese a garantire il perseguimento dell'equilibrio economico attraverso il monitoraggio della spesa con la finalità di garantire la razionalizzazione e il contenimento della spesa e l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili in funzione della migliore efficacia.

OBIETTIVI STRATEGICI

La performance organizzativa annuale è l'elemento principale del processo di budget ed è espressa prevalentemente in termini di efficacia, efficienza, economicità e appropriatezza ed è riferita sia all'azienda nel suo complesso, sia alle singole strutture organizzative.

La Direzione, sulla scia da quanto proposto dalla Regione, ogni anno ha definito gli obiettivi strategici che ritiene coerenti rispetto ai bisogni degli assistiti e alle finalità istituzionali aziendali oltreché alle scelte strategiche relative all'attuale contesto di riorganizzazione del servizio sanitario.

Resta come obiettivo primario e duraturo, al di là di qualsiasi orizzonte temporale di programmazione, il rafforzamento del servizio sanitario, il miglioramento dell'efficienza e l'accessibilità ai servizi a favore dei cittadini, garantendo il giusto equilibrio tra un sistema ospedaliero e i servizi della rete sanitaria territoriale.

Per il triennio 2026 -2028, sulla base di quanto presente nel POA (Piano Organizzativo Aziendale) deliberato con Del. n. 129 del 31.03.2025, predisposto a seguito della DGR 26 -801 del 17.02.2025, la Direzione si propone perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio (PNGLA) attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche al fine di assicurare la tempestiva esecuzione della prestazione;
- Efficientamento della rete ospedaliera attraverso il miglioramento degli indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE) e Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- Implementazione dell'accesso ai servizi territoriali e della presa in carico presso le COT (Centrali operative Territoriali), al fine di ridurre gli accessi ospedalieri evitabili;
- Assistenza alle categorie fragili, ovvero utenti disabili, non autosufficienti, che necessitano di assistenza domiciliare, terapia del dolore, utenti con dipendenze patologiche o salute mentale, assistenza penitenziaria;
- Integrazione tra Ospedale e Territorio, con il potenziamento della rete oncologica, della rete malattie rare, della rete medicine specialistiche;
- Efficienza dei fattori produttivi impiegati con la finalità di massimizzare l'output (beni prodotti e/o servizi erogati) minimizzando i costi di produzione;
- Razionalizzazione della spesa farmaceutica attraverso la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, la valutazione d'uso di farmaci biologici e biosimilari a parità di indicazioni terapeutiche, la valutazione dei farmaci a brevetto scaduto di sintesi chimica e confronto con i relativi farmaci equivalenti;
- Adesione e rispetto delle azioni e degli obiettivi previsti dai programmi del Piano Regionale della Prevenzione;
- Aumento del tasso di adesione reale ai Programmi di Screening Oncologico nell'ambito dei programmi di prevenzione;
- Raggiungere la copertura vaccinale come da obiettivi PNPV;
- Attuazione dei processi organizzativi finalizzati all'attuazione dell'atto aziendale e alla programmazione del fabbisogno di risorse umane al fine di rendere l'assetto organizzativo coerente e funzionale alle scelte aziendali;

- Promozione delle attività formative per la valorizzazione e lo sviluppo delle capacità tecniche e del benessere del personale;
- Promuovere il benessere organizzativo al fine di tutelare e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le risorse che operano in Azienda;
- Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle Aree a rischio generale e specifico;

Ulteriori obiettivi non riportati nel presente documento possono essere reperiti nel citato POA (Piano Organizzativo Aziendale).

Il Ciclo di Gestione della Performance dell'ASL Biella prende avvio da quanto sopra riportato e si sviluppa secondo le seguenti fasi:

- definizione degli obiettivi aziendali di interesse regionale su cui è misurata la performance aziendale;
- definizione degli obiettivi strategici e operativi di struttura;
- negoziazione degli obiettivi strategici e operativi di budget con i direttori di struttura su cui è misurata la performance organizzativa;
- monitoraggio periodico e reporting della performance organizzativa aziendale;
- misurazione e valutazione della performance organizzativa;
- valutazione della performance individuale
- redazione della Relazione Performance;
- validazione del ciclo di gestione della performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- pubblicazione in Amministrazione Trasparente dei risultati di performance.

GLI INDICATORI

La definizione degli indicatori che l'Asl utilizza per programmare, misurare e poi valutare la performance è un'attività di importanza critica. Il set di indicatori associato agli obiettivi di ogni struttura deve essere caratterizzato da:

comprensibilità, l'indicatore deve essere chiaro, contestualizzato, concreto, intelligibile anche per soggetti non appartenenti al settore;

precisione, un indicatore o un insieme di indicatori deve permettere di misurare esattamente il raggiungimento di un obiettivo;

realizzabilità, ovvero deve misurabile dai sistemi informativi aziendali o da altre fonti di rilevazione, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento;

completezza, deve rappresentare le variabili principali che determinano i risultati.

L'incompletezza e la scarsa precisione risultano essere ostacoli sia durante la pianificazione, ma soprattutto in fase di misurazione e valutazione. In fase di pianificazione possono portare ad una scelta errata delle modalità operative stabilite dai singoli responsabili per raggiungere l'obiettivo. In fase di misurazione e valutazione possono comportare una valutazione non corretta del grado di raggiungimento degli obiettivi e la mancata identificazione dei motivi di uno scostamento tra i risultati previsti e risultati effettivi.

Ciascun indicatore utilizzato, inoltre, deve possedere i seguenti requisiti:

tempestività: deve fornire le informazioni necessarie in tempi utili ai decisori; vi possono essere indicatori estremamente interessanti ma i cui valori sono resi disponibili solo con una latenza rispetto al periodo al quale si riferiscono, oppure necessitano di elaborazioni complesse "a più mani" e questo li rende spesso inutilizzabili;

misurabilità: l'indicatore deve essere quantificabile secondo una procedura oggettiva, basata su fonti affidabili. L'Azienda cerca di non ricorrere a indicatori basati su giudizi qualitativi espressi del personale stesso. L'affidabilità delle fonti interne, legate a sistemi informativi strutturati o esterne (fonti ufficiali) è rilevante ai fini della misurabilità.

MISURAZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI

La performance organizzativa è la risultante del grado di raggiungimento degli obiettivi dell'azienda nel suo complesso rispetto alla missione aziendale e del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget negoziati tra la Direzione Aziendale ed i Direttori/Responsabili delle diverse articolazioni organizzative dell'azienda.

La misurazione della performance organizzativa è intesa come l'insieme di azioni e strumenti volti a misurare e a quantificare tutte le dimensioni della performance necessarie a migliorare e rendere più razionali i processi decisionali e più trasparente la rendicontazione.

Nell'Azienda Sanitaria tale attività è considerata come presupposto indispensabile per un'accurata valutazione delle performance organizzativa.

Gli obiettivi di performance organizzativa sono formalizzati nell'ambito del processo di assegnazione della SpO – Scheda per Obiettivo a tutti i Direttori/ Responsabili di struttura secondo le modalità definite nel Sistema di misurazione e valutazione della performance (SiMiVaP) (reperibile al seguente link: <https://trasparenza.aslbi.piemonte.it/performance/sistema-misurazione-valutazione-performance>) , consentendo in tal modo di assicurare la trasparenza e la correttezza del processo.

In fase di verifica in itinere, viene determinato il valore progressivo degli obiettivi proposti, in fase consuntiva viene riportata la valutazione finale. Il raggiungimento dei singoli obiettivi e la valutazione complessiva della scheda vengono solitamente essere espressi in termini percentuali. La valutazione sul singolo indicatore segue criteri diversi a seconda della tipologia dell'indicatore, come stabilito dal SiMiVaP.

Gli scopi della misurazione e della valutazione della performance sono i seguenti

- evidenziare l'importanza del contributo apportato, valutato rispetto agli obiettivi dell'azienda, dalle singole strutture organizzative;
- valorizzare la performance e comunicare i risultati e le aspettative future alle strutture;
- premiare la performance attraverso opportuni sistemi incentivanti;
- contribuire a promuovere una corretta gestione delle risorse umane.

PARI OPPORTUNITÀ ED EQUILIBRIO DI GENERE

L'ASL, in quanto azienda del Servizio Sanitario Nazionale e, come ogni altra pubblica amministrazione, ha il dovere di garantire la parità di trattamento e le pari opportunità tra uomini e donne, assicurando l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione — culturale, sociale, linguistica, etnica o legata all'orientamento sessuale — sia nell'accesso al lavoro sia nelle opportunità di formazione, promuovendo al contempo un ambiente professionale improntato al benessere organizzativo. Tali obiettivi, previsti dal Codice delle pari opportunità tra uomo e donna (D.Lgs. 198/2006), vengono perseguiti dal Comitato Unico di Garanzia (CUG), organismo paritetico composto da rappresentanti dell'Azienda e delle Organizzazioni Sindacali, incaricato di redigere il **Piano delle Azioni Positive (PAP) – All. 3**, parte integrante del presente documento.

I tre ambiti fondamentali nel quale si articola il ruolo del CUG aziendale sono di:

Funzione propositiva

elaborando il Piano delle Azioni Positive, il CUG definisce le iniziative concrete finalizzate a garantire la parità nell'accesso al lavoro e alla formazione, a prevenire ogni forma di discriminazione e a promuovere il benessere organizzativo.

Funzione consultiva

Il Comitato svolge un'importante attività di prevenzione delle potenziali situazioni di discriminazione, formulando pareri sui progetti di riorganizzazione dell'amministrazione, sui piani formativi del personale, sulle modalità di flessibilità lavorativa, sulle misure di conciliazione vita-lavoro e sui criteri di valutazione del personale.

Compiti di verifica

Attraverso la relazione annuale indirizzata alla Direzione Strategica, il CUG assicura il monitoraggio e la trasparenza sull'attuazione del PAP, consentendo di verificare l'effettiva realizzazione delle azioni previste, la loro efficacia e il loro impatto sull'organizzazione e sul personale. La relazione, strettamente collegata anche al sistema di valutazione della performance organizzativa e individuale dei dirigenti, viene trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Le aree di intervento definite dal Comitato e le azioni sottostanti agli obiettivi individuati sono descritte e dettagliate nel piano delle azioni positive a cui si rimanda.

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE 2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

INTRODUZIONE – PARTE GENERALE

La presente sottosezione del PIAO è predisposta dal Responsabile della Prevenzione e Corruzione e dal Responsabile della Trasparenza sulla base degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza definiti dall'Azienda Sanitaria Locale di Biella, ai sensi della legge 190/2012 e del decreto legislativo n. 33/2013, delle indicazioni fornite dal Piano Nazionale Anticorruzione e negli atti di indirizzo adottati da ANAC a seguito dell'introduzione - ai sensi dell'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80 convertito con modificazioni della legge 6 agosto 2021 n. 113 - del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Le strategie anticorruptive dell'Ente rappresentano un insieme di politiche di intervento dinamiche, flessibili e adattabili al contesto in evoluzione e agli obiettivi di Valore Pubblico individuati dall'Azienda, coerentemente con la propria realtà organizzativa. Tali strategie risultano rilevanti rispetto ai bisogni dei cittadini e degli stakeholder e realizzabili in relazione alle risorse disponibili.

La mappatura dei processi consente di delineare il quadro complessivo delle attività svolte dalle strutture aziendali, con particolare riferimento ai processi rientranti nelle aree a rischio, individuando per ciascuno le azioni di prevenzione correlate ai rischi analizzati.

Gli esiti delle attività di monitoraggio, effettuate con cadenza annuale, permettono di valutare l'efficacia delle misure adottate e di riprogettare le strategie in un'ottica di miglioramento continuo e di consolidamento della cultura della trasparenza e dell'integrità.

STRATEGIA E OBIETTIVI DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

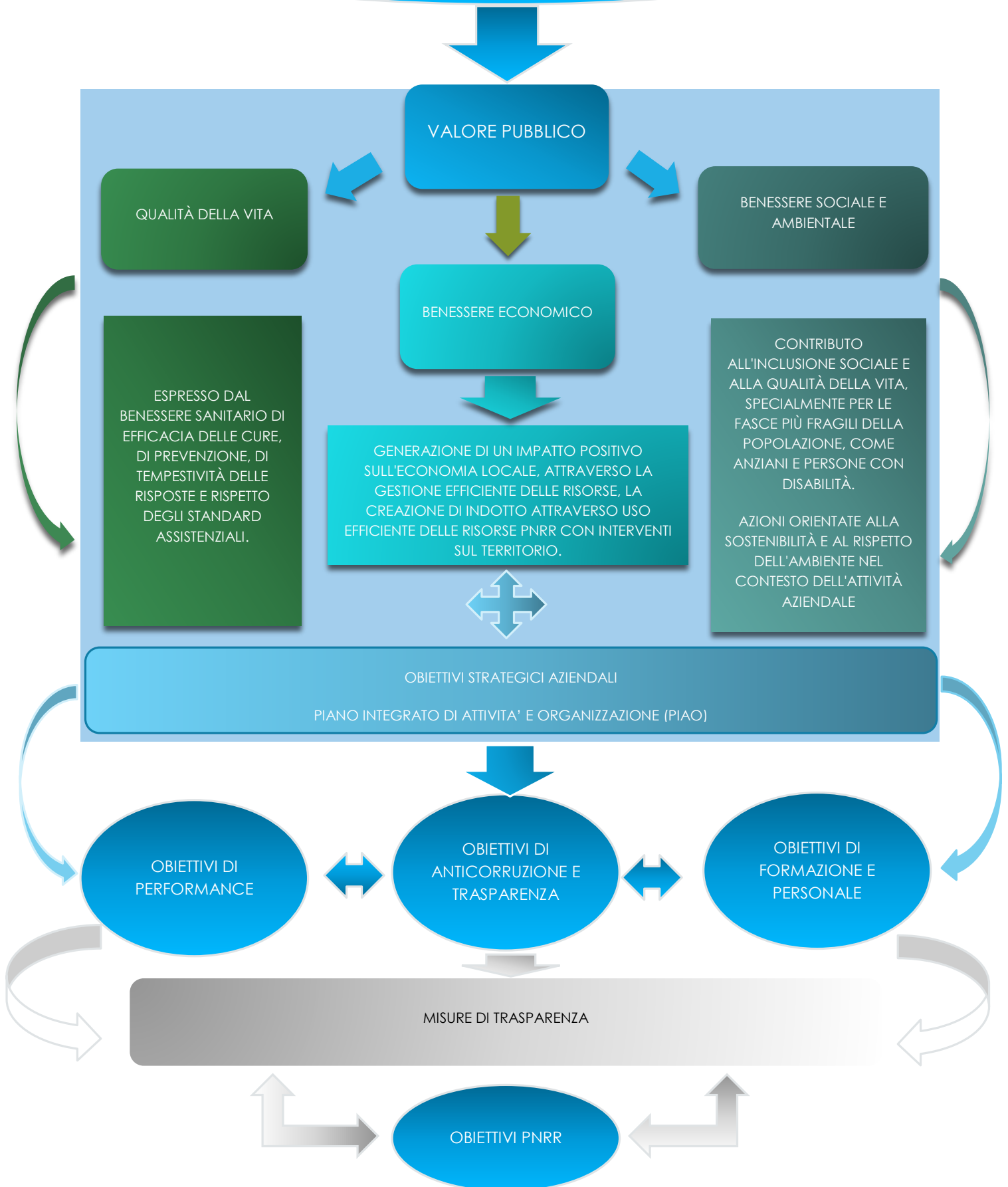
Le linee strategiche in materia di prevenzione della corruzione sono definite a livello nazionale dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e, a loro volta, declinate negli specifici obiettivi di prevenzione adottati da ciascun Ente, in coerenza con le proprie caratteristiche organizzative e funzionali.

Tutte le strategie attuate sono orientate al conseguimento dell'obiettivo principale di Valore Pubblico (D.M. n. 132/2022), inteso come miglioramento complessivo della qualità della vita e del benessere economico, sociale e ambientale delle comunità di riferimento e degli stakeholder coinvolti.

In relazione alle attività svolte dall'Azienda e al contesto in cui essa opera, l'obiettivo di Valore Pubblico individuato si articola in specifici obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza.

Lo schema illustra come la Mission aziendale, orientata alla promozione e tutela della salute fisico-psichica, si traduca in Valore Pubblico per la comunità attraverso gli obiettivi strategici definiti dall'Azienda, il loro collegamento con il PIAO e le misure PNRR.

MISSION ASL BI "PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE"



Gli obiettivi individuati in coerenza con gli indirizzi e gli orientamenti nazionali e regionali, integrati con le scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria definite a livello locale e condivise nell'ambito della Conferenza dei Sindaci e Comitato di Distretto, con gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali ed Enti del terzo settore, unitamente agli obiettivi di mandato della Direzione Generale, rappresentano gli impegni strategici di riferimento per la definizione dei contenuti del PIAO. Le proposte di obiettivi strategici in tema di anticorruzione e trasparenza per l'anno 2026 sono stati elaborati, sulla base delle aree di intervento individuate da ANAC e alla specifica attività dell'Ente, dal Responsabile per la prevenzione della corruzione, condivise con il Responsabile della trasparenza ed il Gestore aziendale per l'Antiriciclaggio dell'ASL BI, e con il contributo dei responsabili delle strutture afferenti al Gruppo di Supporto aziendale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Sono stati individuati sette assi di intervento, attorno ai quali sono stati definiti i corrispondenti obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza, declinati in specifiche azioni operative

Asse 1 Gestione delle risorse pubbliche.

Asse 2 Alta professionalità e competenze.

Asse 3 Contrasto del crimine e riciclo di denaro di provenienza illecita.

Asse 4 Sistemi di controlli e procedure di audit interni.

Asse 5 Analisi dei rischi.

Asse 6 Conoscibilità e verifica dell'azione amministrativa.

Asse 7 Gruppi di lavoro tematici anticorruzione e trasparenza

Asse 1 Gestione delle risorse pubbliche

Obiettivo - Attuazione interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La gestione delle rilevanti risorse economiche connesse all'attuazione delle misure PNRR rende necessaria la definizione di presidi efficaci di prevenzione della corruzione, volti a evitare che i risultati attesi siano compromessi da fenomeni corruttivi o da pratiche illecite, nel pieno rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitti di interesse e contrasto alle frodi. Sono altresì previsti specifici obblighi di trasparenza e iniziative di comunicazione e informazione finalizzate a garantire la diffusione chiara, comprensibile e tempestiva dei contenuti delle misure PNRR e dei risultati conseguiti, a livello nazionale e territoriale. Le azioni individuate sono:

- Aggiornamento della mappatura dei processi e delle attività relative alla gestione delle risorse PNRR, accompagnato da un'analisi dei rischi eventualmente emersi e dalla definizione delle misure di prevenzione nei pertinenti ambiti di controllo aziendali.
- Rafforzare i controlli relativi alla verifica dell'assenza di conflitti di interesse, alla rilevazione e segnalazione di anomalie connesse all'antiriciclaggio e alla verifica del titolare effettivo;
- Garantire gli obblighi di pubblicazioni previsti e la fruibilità di trasparenza sui canali istituzionali.

Asse 2 Alta professionalità e competenze

Obiettivo – Formazione, promozione dell'integrità e del Valore Pubblico tra i dipendenti

L'efficacia dei presidi anticorruptivi si fonda su un percorso di formazione continua del personale in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, volto a consolidare la consapevolezza dei principi di integrità e a sostenere la creazione di Valore Pubblico da parte dell'Ente. Le azioni individuate sono:

- Progettare percorsi formativi dedicati ai presidi anticorruptivi, quali la gestione dei conflitti di interesse nel settore sanitario, segnalazioni di illeciti (whistleblowing), etica e integrità, analisi e gestione dei rischi;
- Promuovere la partecipazione del personale agli eventi formativi messi a disposizione dall'ASL BI tramite il Forum "Integrità in Sanità".
- In ambito antiriciclaggio pianificare la formazione periodica e continua del personale per assicurare la corretta applicazione delle disposizioni e la capacità di riconoscere le operazioni sospette in base agli indicatori di anomalia e verifica dei titolari effettivi e utilizzo della procedura di segnalazione interna al Gestore aziendale.

Asse 3 Contrasto al crimine organizzato e riciclo di denaro di provenienza illecita

Obiettivo – Coordinamento della strategia Antiriciclaggio con le misure di prevenzione della corruzione.

La prevenzione della corruzione e la normativa in materia di antiriciclaggio condividono la finalità di promuovere e garantire i principi di legalità, trasparenza e integrità nella gestione delle risorse pubbliche. Il sistema antiriciclaggio è finalizzato a prevenire e contrastare l'immissione nel circuito economico legale di proventi di origine illecita al pari della prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza nell'azione amministrativa. I due sistemi si integrano in modo sinergico e complementare, contribuendo al rafforzamento complessivo dei presidi di legalità, correttezza e buona amministrazione, a tutela dell'economia e dell'interesse pubblico. Le azioni individuate sono:

- Rafforzare i programmi di formazione specialistica destinati al personale operante nelle aree a rischio individuate ai sensi del D.Lgs. 231/2007, con riferimento alle specifiche attività e funzioni dell'Ente;
- Proseguire nello sviluppo e nell'implementazione di procedure di controllo interno volte ad assicurare un efficace sistema di segnalazione interna ("alert") delle operazioni potenzialmente sospette in base agli indicatori di anomalia;
- Monitorare e valutare periodicamente l'efficacia delle procedure di segnalazione adottate, al fine di garantirne l'adeguatezza e la costante evoluzione rispetto al quadro normativo vigente;
- Assicurare la tempestiva diffusione alle strutture competenti delle informative sui nuovi indicatori di anomalia e supportare l'applicazione uniforme delle disposizioni normative in materia di antiriciclaggio.

Asse 4 Sistemi di controlli e procedure di audit interni

Obiettivo – Consolidamento del sistema di monitoraggio della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e integrazione con il monitoraggio di altri sistemi di controllo interno.

Il coordinamento e integrazione degli strumenti di misurazione e controllo relativi ai rischi di corruzione e alla trasparenza, con gli altri strumenti di controllo già esistenti nell'Ente (controllo di gestione, controllo strategico, controllo di regolarità amministrativa e contabile, audit interno) consente il rafforzamento delle misure di prevenzione. Le azioni individuate sono:

- Avviare la progettazione di un cruscotto digitale di controllo dati, confrontabili nel tempo evitando duplicazioni, consentendo lo scambio di informazioni tra Strutture con la costruzione di un sistema di controllo unitario e coerente, che offra una visione complessiva dei rischi, delle performance e della trasparenza dati;
- Individuazione di indicatori di rischio comuni che consentano un'attivazione di alert integrata.

Asse 5 Analisi dei rischi

Obiettivo – Mappatura dei processi e gestione del rischio

Le indicazioni dell'Autorità (ANAC) prevedono che le amministrazioni mappino non solo i processi relativi alle aree generali considerate a rischio, ma anche quelli connessi al raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico e di performance. Si rende quindi necessaria una mappatura unica e integrata di tutti i processi riferiti all'intera attività dell'Ente, e non esclusivamente di quelli ritenuti a maggior rischio. L'analisi dei rischi richiede a sua volta l'individuazione di indicatori specifici che ne permettano un monitoraggio e una valutazione sistematica. L'indicatore di rischio è un elemento oggettivo, qualitativo o quantitativo, che permette di identificare, valutare e monitorare la probabilità di eventi potenzialmente dannosi, quali comportamenti illeciti, anomalie gestionali o violazioni normative. Rappresenta uno strumento di prevenzione e controllo volto a rilevare tempestivamente situazioni di possibile criticità, favorendo l'adozione di misure correttive e di mitigazione del rischio. Le azioni individuate sono:

- Predisposizione progressiva di una mappatura unica e integrata di tutti i processi rischio (aree obbligatorie e specifiche per la Sanità);
- Analisi dei rischi supportata da indicatori specifici volti a monitorare in maniera sistematica e misurabile sia il livello di esposizione dell'Ente ai rischi di corruzione, sia l'efficacia delle misure di trasparenza adottate;
- Corsi specialistici di formazione sull'analisi dei rischi e definizione degli indicatori di rischio.

Asse 6 Conoscibilità e verifica dell'azione amministrativa.

Obiettivo – Trasparenza e miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dei dati presenti nella sezione "Amministrazione Trasparente"

La conoscibilità dei dati e la trasparenza dell'azione amministrativa assicurano, prima ancora di un controllo a posteriori sui dati pubblicati, una verifica preventiva interna sulla qualità delle informazioni e sull'efficienza amministrativa dell'Azienda. La trasparenza assume una duplice valenza: da un lato rappresenta un obbligo per l'Ente, dall'altro costituisce un'opportunità di controllo e uno strumento di garanzia a servizio del pubblico.

Nel corso del 2025 sono stati adottati, per il sito Amministrazione Trasparente, i **tre schemi obbligatori** approvati da ANAC con delibera 495/2024, modificata dalla delibera 481/2025, al fine di rendere maggiormente fruibili le informazioni pubblicate. Sono state ulteriormente implementate alcune sezioni meritevoli di miglioramento, ai sensi degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013 modificate dalla delibera ANAC n. 481 del 3 dicembre 2025, coinvolgendo attivamente i reparti e servizi aziendali di competenza.

Nel corso del 2026 si proseguirà a promuovere all'interno dell'organizzazione la sensibilità e la consapevolezza rispetto ai **requisiti di qualità dei dati** oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs 33/2013, così come richiamati ulteriormente dalle Istruzioni operative contenute nella delibera ANAC 481/2025, quali:

- **Integrità:** il dato non deve essere parziale.
- **Completezza:** la pubblicazione deve essere esatta, accurata, esaustiva e riferita a tutti gli uffici dell'Amministrazione, ivi comprese le eventuali strutture interne e gli uffici periferici. Per quanto riguarda l'esattezza essa fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, concerne la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.
- **Tempestività:** le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.
- **Costante aggiornamento:** il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce.
- **Semplicità di consultazione:** il dato deve essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione, ad esempio evitando articolazioni complesse o ripetuti rinvii esterni.
- **Comprensibilità:** il dato deve essere chiaro e facilmente intellegibile nel suo contenuto. 2
- **Omogeneità:** il dato deve essere coerente e non presentare contraddittorietà rispetto ad altri dati del contesto d'uso dell'amministrazione che lo detiene.
- **Facile accessibilità e riutilizzabilità:** il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto ai sensi dell'art. 1, co. 1, lett. l-bis) e l-ter) del d.lgs. n. 82/2005 "Codice dell'amministrazione digitale" e deve essere riutilizzabile senza ulteriori restrizioni. Le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione «Amministrazione trasparente»
- **Conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione:** occorre assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale; qualora il dato sia alimentato dai contenuti di atti o documenti, è necessario che non ne sia alterata la sostanza.
- **Indicazione della loro provenienza:** qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte.
- **Riservatezza:** la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.

Fonti normative: artt. 6, 7-bis, co. 1 e 9 del d.lgs. n. 33/2013; "Linee guida AGID recanti regole tecniche per l'apertura dei dati e il riutilizzo dell'informazione del settore pubblico" emesse ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 82/2005 (CAD) adottate con determinazione n. 183 del 03 agosto 2023.

Nell'ambito del Gruppo di supporto permanente per la prevenzione della corruzione e trasparenza saranno valutate le azioni e le misure su cui concentrare l'attività e gli interventi migliorativi da avviare. Tra gli aspetti già individuati come oggetto di un possibile miglioramento a partire dal 2026 risultano:

- L'attivazione di percorsi formativi mirati per i dipendenti, focalizzati sulla trasparenza amministrativa e sulla qualità dei dati, al fine di promuovere una cultura organizzativa orientata all'efficacia, all'efficienza e alla responsabilità.
- La valutazione delle soluzioni digitali disponibili volte a rispondere più efficacemente agli adempimenti in materia di trasparenza contenuti nelle linee guida AgID e nelle prescrizioni di ANAC.

Asse 7 Tavoli di lavoro tematici anticorruzione e trasparenza

Obiettivo – Gruppo di Supporto Permanente al Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della trasparenza.

Il Piano Strategico PIAO, articolato in diverse sezioni tematiche relative all'organizzazione aziendale, richiede, ai fini della redazione di un documento unico e coordinato, l'istituzione di un tavolo tecnico di confronto tra i responsabili delle varie sezioni. L'Azienda ha pertanto costituito e prosegue, con il presente documento, il lavoro avviato dal Gruppo di supporto permanente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e al Responsabile della Trasparenza. Il Gruppo di supporto è strutturato in modo da includere sia le strutture sanitarie sia quelle amministrative, sia in staff sia in line alla Direzione; con la partecipazione, ai lavori, sia del Responsabile del Servizio sia di un referente operativo, si garantisce la continuità nel presidio delle misure di prevenzione e nel monitoraggio delle stesse. Le azioni individuate sono:

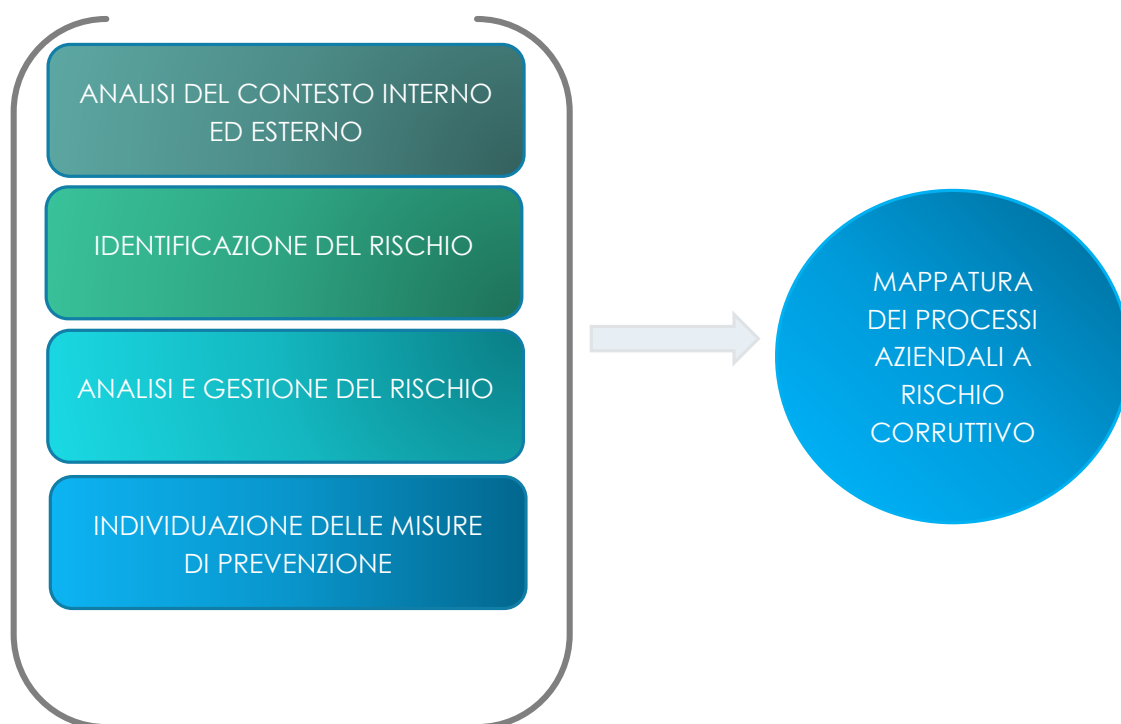
- Sviluppo delle competenze dei componenti del gruppo attraverso corsi di formazione specialistici in particolare in tema di analisi del rischio, conflitto di interessi, monitoraggio integrato
- Progettare, definendo insieme ai referenti delle sezioni del Piano la ripartizione dei compiti, un sistema unico e integrato di monitoraggio del PIAO che, coordinato con i singoli sistemi di controllo delle varie sezioni, consenta di monitorare in maniera organica i rischi corruttivi, gli obiettivi di Valore Pubblico, le performance, le opportunità e il benessere organizzativo.

STRUTTURA DELLA SOTTOSEZIONE RISCHI CORRUTTIVI

Al fine di evitare duplicazioni di dati, la Sezione 1 'Anagrafica' raccoglie tutte le informazioni relative all'Azienda, nonché ai Responsabili della Prevenzione della Corruzione (RPC), ai Responsabili della Trasparenza (RT) e al Gestore per la materia dell'Antiriciclaggio. L'analisi del contesto esterno in cui opera l'Azienda è approfondita nella sottosezione 2.1 'Valore Pubblico', mentre ulteriori dettagli sul contesto interno sono trattati nella Sezione 3 'Organizzazione del Capitale Umano'.

ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT – MAPPATURA DEI PROCESSI

L'Azienda adotta, nell'ambito delle attività di prevenzione della corruzione, la metodologia di analisi del *Sistema di gestione del rischio corruttivo* definito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) basato su standard internazionali di *risk management* (**Allegato 4**). All'interno dell'organizzazione aziendale sono individuati i soggetti responsabili e i referenti che partecipano attivamente al sistema di prevenzione. Il processo di gestione del rischio corruttivo analizza i fattori di rischio presenti all'interno dell'Ente e che possono influenzare direttamente le attività e i processi svolti dall'Azienda per i quali la mappatura dei processi è una parte fondamentale, come l'analisi dei fattori esterni legati al contesto socio-economico e istituzionale in cui l'Azienda opera e che possono rappresentare a sua volta fattori di rischio per i processi aziendali. L'analisi è così schematizzata:



Le attività svolte dall'Azienda e analizzate secondo la metodologia descritta sono rappresentate nella mappatura dei processi aziendali (**Allegato 5**), all'interno del quale i rischi individuati vengono mitigati attraverso l'adozione di specifiche misure di prevenzione. Il modello di analisi adottato è flessibile e dinamico, in quanto progettato per adattarsi alle circostanze ambientali e organizzative, suscettibili di evoluzione nel tempo. Il trattamento del rischio individuato avviene tramite misure di prevenzione generali e misure speciali (**Allegato 6**), e in base alla tipologia di misure adottate discendono gli indicatori di monitoraggio.

Nel presente Piano la mappatura dei processi è obiettivo programmatico (*Asse 5 Analisi dei rischi Obiettivo – Mappatura dei processi e gestione del rischio*), considerando che l'analisi non riguarda esclusivamente le aree a maggior rischio, ma l'insieme dei processi riconducibili all'intera attività

amministrativa dell'Ente. L'attività, tutt'ora in corso, è svolta attraverso incontri programmati di audit tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC) e le strutture aziendali. In questi incontri vengono analizzati i compiti, le attività, i ruoli e i processi di competenza dei servizi, definendo contestualmente gli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in coerenza con le misure di prevenzione dei rischi generali e specifici del settore sanitario, nonché con gli obiettivi di Valore Pubblico. Successivamente, ciascuna struttura provvede a descrivere i propri processi, individuando per ognuno i rischi specifici e le relative misure di trattamento. Il primo esito dell'analisi viene condiviso con l'RPC per la valutazione congiunta e l'individuazione di eventuali aree di miglioramento. L'esito finale di tale percorso è rappresentato dalla mappatura dei processi: una descrizione analitica, per area di intervento, delle attività e dei processi operativi che le compongono, con l'individuazione dei rischi associati e delle relative misure di mitigazione.

TRASPARENZA

La finalità della trasparenza dei dati pubblicati e delle forme di accesso previste è di consentire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e utilizzo delle risorse pubbliche.

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

Gli obblighi di pubblicazione previsti sia da ANAC che dalla normativa di settore, sono assolti sul sito istituzionale nell'apposita area "Amministrazione Trasparente". La piattaforma digitale Amministrazione Trasparente dell'ASL BI è fornita da CSI Piemonte ed è raggiungibile direttamente dal link <https://trasparenza.aslbi.piemonte.it/> oppure dal bottone Amministrazione Trasparente presente sul sito istituzionale ASL BI al link <https://aslbi.piemonte.it/>.

L'accessibilità alle informazioni viene garantita attraverso la pubblicazione degli adempimenti previsti dall'**Allegato 7 (Elenco obblighi di pubblicazione)** definiti da ANAC.

Con delibera 63/2025 l'ASL BI ha aggiornato i componenti del **Gruppo di supporto permanente** per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, individuando, per ogni responsabile, un referente operativo che costituisce un supporto per quanto riguarda l'attività di pubblicazione, al fine di agevolare l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e di fornire un raccordo operativo con cui lo staff Trasparenza e Anticorruzione si interfacciano.

Al monitoraggio dell'attività di trasparenza si provvede con controlli a campione annuali e con verifiche periodiche diretti a monitorare la pubblicazione del dato e le modalità espositive. Nel caso si riscontrassero significativi inadempimenti nella pubblicazione dei dati viene sollecitato il Responsabile dell'Ufficio/Struttura a provvedere in un termine congruo e concordato.

La Funzione RPCT svolge anche un ruolo informativo circa gli aggiornamenti e/o nuovi adempimenti di pubblicazione da porre in essere.

Quale adempimento annuale richiesto da ANAC si provvede con la Relazione annuale RPCT che viene pubblicata sul sito web aziendale nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

La correttezza delle pubblicazioni viene certificata dall'Organismo Indipendente di Valutazione che annualmente compie una verifica sullo stato delle pubblicazioni, completezza ed esposizione. Il controllo dell'OIV è certificato da un attestato di pubblicazione circa il raggiungimento degli obiettivi richiesti da Anac.

Il documento viene caricato a cura dell'OIV sulla piattaforma digitale messa a disposizione dall'Autorità che rilascia una ricevuta successivamente trasmessa al RPCT che provvede al suo caricamento su Amministrazione Trasparente al seguente indirizzo:

<https://trasparenza.aslbi.piemonte.it/controlli-rilievi-sullamministrazione/organismi-indipendentivalutazione-nuclei-valutazione-altri-organismi-funzioni-analoghe>.

La trasparenza è assicurata mediante:

- la pubblicazione di documenti sul sito "Amministrazione Trasparente", disponibile al link <http://trasparenza.aslbi.piemonte.it/>, ed è svolta anche con collegamenti ipertestuali a siti istituzionali, di interesse o direttamente sul sito istituzionale ASL BI al link <https://aslbi.piemonte.it/>
- la libertà di accesso di chiunque ai dati e ai documenti detenuti dall' Azienda, presentando un istanza di accesso che può essere trasmessa all' ufficio che detiene i dati, le informazioni e i documenti ovvero all' Ufficio Relazioni con il Pubblico anche per via telematica, secondo le modalità previste dal d.lgs. n. 82/2005 (codice dell' Amministrazione digitale).

L' ASLBI si impegna a sostenere la diffusione della trasparenza attraverso attività di promozione tramite gli strumenti di ascolto, informazione e dialogo aziendali quali:

L'accesso agli atti:

- Accesso documentale (Legge n. 241/1990 esperibile da chi vanti un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente a situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso);
- Accesso civico semplice (cirscritto agli atti e documenti oggetto di obblighi di pubblicazione);
- Accesso civico generalizzato (attivabile da chiunque senza alcuna limitazione di legittimazione soggettiva a dati, documenti e informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni, salvo i casi espressi di esclusione) le cui procedure di accesso sono definite nel Regolamento Aziendale adottato

Gli strumenti di comunicazione esterna:

- sito web ASL BI <https://aslbi.piemonte.it/>
- carta dei servizi <https://aslbi.piemonte.it/chi-siamo/carta-dei-servizi/>
- opuscoli informativi per gli utenti
- canali social ASL BI (Facebook, Instagram, Tik-tok, LinkedIn, Youtube)
- comunicati stampa con cui l'amministrazione informa i cittadini attraverso i media (giornali, TV, Blog, social network, radio) delle iniziative e novità promosse dall'azienda;
- riscontro alle richieste delle testate giornalistiche
- Posta Elettronica Certificata (ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it) per tutte le istanze o comunicazioni da inviare all'Azienda sanitaria con l'efficacia di una raccomandata A/R;
- Ufficio Relazioni con il Pubblico: servizio che gestisce le segnalazioni dei cittadini relative a problemi, disagi, percorsi, al fine di migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate; svolge altresì funzioni di tutela e accoglienza attraverso la raccolta di suggerimenti, osservazioni, segnalazioni, proposte di modifica.
- Indagini di customer satisfaction: strumento volto alla misurazione del grado di soddisfazione degli utenti in ordine ai servizi offerti dall' Azienda, per poi apportare i necessari miglioramenti;

Gli strumenti di comunicazione interna:

- Intranet aziendale attraverso il quale l'Azienda sanitaria comunica in modo diretto con il proprio personale dipendente informazioni e condivide le procedure e gli strumenti di lavoro;
- posta elettronica aziendale attraverso la quale avviene la diffusione capillare delle informazioni, delle nuove procedure e delle notizie di interesse per il personale dipendente;
- Formazione ad hoc dei dipendenti nella materia della trasparenza e dell' integrità.

MONITORAGGIO

Il ciclo di analisi del rischio, avviato con la mappatura dei processi aziendali e proseguito con l'individuazione dei rischi e la definizione delle misure di prevenzione, si conclude con il monitoraggio della loro efficacia. La cadenza del monitoraggio è definita in modo da garantire, in fase di aggiornamento del Piano, sia la predisposizione delle necessarie rettifiche sia la verifica del corretto funzionamento complessivo del sistema di prevenzione, consentendo l'adozione tempestiva di eventuali azioni correttive.

Il monitoraggio assume una valenza duale, in quanto volto a:

- verificare l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione nei processi mappati;
- valutare la loro efficacia nella mitigazione del rischio corruttivo.

L'attività di monitoraggio coinvolge tutti i soggetti responsabili aziendali, che, in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC) e i Referenti anticorruzione interni ai servizi, assicurano la corretta gestione del sistema di prevenzione della corruzione.

Il monitoraggio si articola su due livelli:

Il monitoraggio di primo livello è condotto dalla struttura aziendale competente per il processo, tramite il referente individuato. Tale livello prevede uno scambio continuo di informazioni con il RPC sull'andamento delle attività di controllo e sulle eventuali misure correttive da adottare.

Il monitoraggio di secondo livello è svolto dal RPC, con il supporto della struttura di riferimento, ed è finalizzato a verificare la tenuta complessiva del sistema di gestione del rischio.

Questo secondo livello di monitoraggio ha una valenza trasversale rispetto alle diverse sezioni del PIAO, in quanto consente di analizzare sia i processi delle aree a rischio corruttivo sia quelli direttamente coinvolti nella creazione di valore pubblico e nella definizione delle performance, realizzando così un'integrazione tra analisi del rischio e programmazione strategica.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

INTRODUZIONE – PARTE GENERALE

La sessione è dedicata alla descrizione del modello e dell'assetto organizzativo delle strutture facenti capo all'ASL BI e dati aggregati relativi al personale.

Normativa di riferimento:

- art. 6, d.lgs 165, "Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale
- art 6 ter d.lgs 165 "le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale"
- art. 7 d.lgs 165 "la gestione delle risorse umane"
- Contratti collettivi nazionali di riferimento
- Contrattazione collettiva aziendale
- D.lgs. 502/92 e s.m.i.

Obiettivi:

- migliore utilizzo delle risorse umane
- promozione della formazione e dello sviluppo professionale dei dipendenti
- garanzia delle pari opportunità
- applicazione di condizioni uniformi rispetto a quelle del lavoro privato

SOTTOSEZIONE 3.1 ANALISI DI CONTESTO INTERNO - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

LINEE STRATEGICHE PER L'ORGANIZZAZIONE INTRODUZIONE – PARTE GENERALE

L'ASL BI si impegna ad adeguarsi tempestivamente alle Direttive Regionali della Regione Piemonte in coerenza con il Piano Sanitario Regionale, tramite modifiche e aggiornamenti dell'Atto Aziendale, di definizione l'organizzazione interna dell'azienda, stabilendo finalità, ruoli, obiettivi e risorse delle singole strutture.

L'attuale assetto organizzativo dell'ASL BI è disciplinato nell'Atto Aziendale il quale concretizza una organizzazione strutturale che presenta:

- la Direzione Strategica - Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario - e le strutture tecnico amministrative in line e in staff di supporto;
- il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale;
- le Aree, comprensive di Area Ospedaliera, Area Territoriale e Area della Prevenzione;
- i Dipartimenti suddivisi nelle aree, secondo criteri funzionali e/o di afferenza;
- Strutture Complesse, Strutture Semplici e Strutture Semplici dipartimentali, secondo criteri funzionali e/o di afferenza;
- Uffici e Servizi;
- Gruppi di Progetto;

Con deliberazione del Direttore Generale, n. 241 del 07.05.2024 è stato approvato l'aggiornamento dell'Atto Aziendale dell'ASL BI e con nota Prot.17577 in data 23.05.2024 è stato trasmesso a Regione Piemonte per il procedimento regionale di verifica della coerenza alla programmazione regionale e alla normativa nazionale e regionale in materia di organizzazione aziendale, nonché della coerenza con gli altri atti aziendali delle AA.SS.RR., ai sensi della D.C.R. 167-14087 del 03.04.2012.

Con D.G.R. 38-934/2025/XII del 24.03.2025 la Regione Piemonte, ai sensi della citata D.C.R. 167-14087 del 03.04.2012, ha comunicato l'esito della valutazione, indicando correttivi alle modifiche organizzative apportate.

Le prescrizioni sono state recepite con deliberazione del Direttore Generale, n. 317 del 27.08.2025. Tale ultimo Atto propone l'obiettivo di garantire una maggiore efficienza ed efficacia nei processi interni, favorendo un impiego più razionale e mirato delle risorse disponibili. Attraverso una migliore distribuzione delle responsabilità e l'ottimizzazione dei flussi di lavoro, si intende rafforzare la capacità operativa dell'organizzazione, migliorare la qualità dei servizi erogati e assicurare una gestione più coerente e sostenibile delle attività.

Il proposito è di completare l'attuazione al nuovo Atto Aziendale e in particolare procedere, a seguito di emissione della prevista D.G.R. Regionale, con:

- l'individuazione del capo di Dipartimento del Dipartimento dei Servizi, di novella istituzione con deliberazione n. 386 del 28.10.2025;
- ridefinizione del Piano di Organizzazione della Struttura Geriatria per la quale non è stata autorizzata l'istituzione della Struttura Complessa, rivedendo le funzioni come SSD e la variazione della denominazione da S.S.D. Lungodegenza e Geriatria Territoriale a S.S.D. Geriatria;
- soppressione della S.C. Oncologia e nuova istituzione della S.C.D.U. Oncologia;
- istituzione della S.S.D. Dietologia e Nutrizione Clinica;
- soppressione della S.S. Degenza Internistica Breve e nuova istituzione nella S.C. Medicina Interna;
- soppressione della S.S. Malattie Infettive;
- soppressione della S.S.D. Neonatologia e nuova istituzione della S.S. Neonatologia nella S.C.D.U. Pediatria;
- nuova istituzione della S.S. Sanità Penitenziaria e S.S. Cure Domiciliari e Assistenza Integrativo-Protesica nel Distretto Biella;
- soppressione della S.S.D. Riabilitazione e Residenzialità Psichiatrica e nuova istituzione nella S.C. Psichiatria;
- soppressione della S.S. Epidemiologia dalla S.C. SISP e nuova istituzione della S.S.D. Epidemiologia, Promozione della Salute e Screening;
- soppressione della S.S. Sicurezza Alimentare dalla S.C. SIAN e Dietologia ;
- variazione delle denominazioni della S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane ridenominata in S.S. Formazione, Educazione e Umanesimo della Cura, e della S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali, ridenominata in S.S. Affari Generali e Legali.

L'ASL BI intende diventare un punto di riferimento specialistico per diverse patologie, un polo di eccellenza oncologico e un laboratorio di innovazione nella gestione della cronicità e della fragilità, collaborando con professionisti, istituzioni, associazioni e realtà sociali del territorio. Mira inoltre, a svolgere un ruolo di motore di sviluppo per la comunità, promuovendo cultura della cura, ricerca, sperimentazione clinica e sinergie con le Università, ospitando attività formative, tirocini e specializzandi, e potenziando ricerca e aggiornamento professionale. Le strutture universitarie interne sono attivate secondo le norme vigenti e gli accordi Regione–Università.

La missione dell'Azienda è garantire il benessere psicofisico della popolazione attraverso percorsi integrati socio-sanitari, prevenzione, tecnologie avanzate, multidisciplinarietà, riduzione delle liste d'attesa, sostenibilità economica e valorizzazione del personale, attuabile solo con un approfondito studio dei punti di forza e di debolezza dell'assetto organizzativo e il costante monitoraggio dei livelli di produttività e soddisfazione delle singole strutture.

In tal senso si evidenziano i progetti volti a:

implementazione diagnostica PET/CT, fondamentali per diagnosi precoci, stadiazione e monitoraggio di patologie oncologiche, in modo scongiurare il turismo sanitario verso altre realtà e ridurre i disagi per malati e familiari; implementare la PET localmente non solo migliora l'efficienza del sistema sanitario e riduce i costi a lungo termine, ma soprattutto garantisce un diritto fondamentale alla salute per la comunità, offrendo ai pazienti l'accesso a cure diagnostiche all'avanguardia vicino a casa.

Implementazione della RX domiciliare e residenziale: diagnostica radiologica portatile rappresenta un passo fondamentale per modernizzare l'assistenza sanitaria e abbattere le barriere di accesso in diversi contesti. Attualmente, in molti territori, l'obbligo di trasportare pazienti non autosufficienti (a domicilio o in RSA) o detenuti in ospedale per un semplice esame radiografico (Raggi X) comporta disagi enormi e costi operativi significativi. Per i pazienti fragili, il trasporto è rischioso e stressante. Per gli istituti penitenziari, mobilitare un detenuto richiede un complesso e costoso dispiegamento di sicurezza. Adottare apparecchiature radiologiche mobili permette di eseguire esami cruciali come radiografie del torace o delle ossa direttamente al letto del paziente. Questo non solo garantisce una diagnosi più rapida e tempestiva, ma riduce i costi di trasporto e scorta, migliora il comfort e la sicurezza dei pazienti e alleggerisce il carico sui Pronto Soccorso ospedalieri. È una soluzione essenziale per un'assistenza sanitaria più equa e umana.

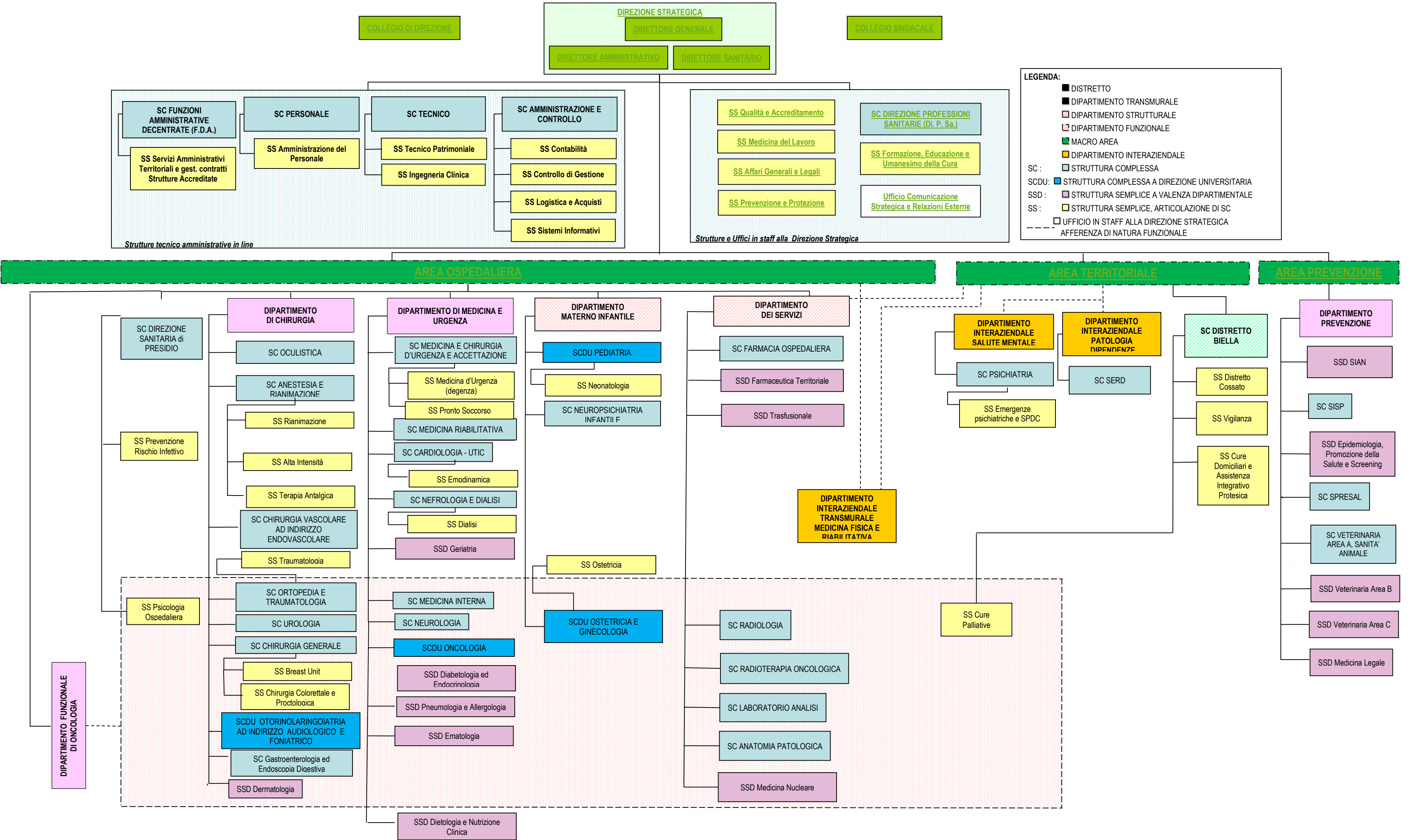
Attuazione del Decreto Ministeriale 77/2022 che ridisegna la sanità territoriale, sia in termini di personale coinvolto che di strumentazione: si basa infatti sull'assunzione e/o assegnazione mirata di risorse umane, capitali e strumentali alle **Case e agli Ospedali di Comunità**, con una corretta implementazione di Medical Device e Apparecchiature Sanitarie di ultima generazione, quali ecografi e sistemi diagnostici di base, monitor multiparametrici e apparecchiature per l'ossigenoterapia fondamentali per la gestione delle cure intermedie.

Attuazione della Telemedicina e delle Centrali Operative Territoriali (COT). La COT deve basarsi su piattaforme software avanzate per l'interoperabilità e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Per il telemonitoraggio, sono indispensabili dispositivi medici indossabili o domiciliari (wearable), come pulsossimetri, sfigmomanometri e glucometri connessi, che permettono di raccogliere e trasmettere dati vitali in tempo reale, assicurando un'assistenza proattiva al paziente cronico e ottimizzando l'uso delle risorse.

Attuazione della **Sala Operatoria Ibrida** appena inaugurata, che fonde l'ambiente sterile e le attrezzature di una sala chirurgica tradizionale con le capacità diagnostiche avanzate di una sala di radiologia interventistica, come un angiografo ad alte prestazioni (ad esempio, un sistema C-arm robotizzato). Le ragioni per adottare questa soluzione sono profonde e impattano direttamente sulla sicurezza del paziente, sull'efficienza operativa e sull'innovazione clinica.

ORGANIGRAMMA

Viene proposta di seguito la consultazione dell'organigramma di cui all'Atto Aziendale, approvato con deliberazione n. 317 del 27.08.2025.



LIVELLI DI RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA

Per assolvere alla *mission* aziendale si identificano diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali di ogni figura. Sono presenti i seguenti livelli organizzativi, dettagliatamente descritti nell'Atto Aziendale, cui si rinvia per un accurato approfondimento:

1) Direzione Strategica:

Direttore Generale (DG): nominato dalla Regione, è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, la rappresenta legalmente e definisce gli indirizzi strategici, i programmi e gli obiettivi. Adotta gli atti fondamentali di amministrazione, nomina gli organi interni, gestisce i rapporti istituzionali, approva i principali documenti contabili e organizzativi e assegna incarichi dirigenziali. È supportato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ai quali può delegare funzioni.

Direttore Amministrativo (DA): gestisce gli aspetti giuridico-amministrativi, finanziari e logistici, garantisce la correttezza delle procedure e il buon andamento dell'attività amministrativa, fornisce pareri obbligatori e può rappresentare l'Azienda nei limiti delle sue competenze.

Direttore Sanitario (DS): è responsabile del governo clinico, della qualità delle prestazioni sanitarie, delle liste d'attesa e dell'efficienza delle attività assistenziali. Dirige i servizi sanitari, elabora proposte strategiche, verifica l'operato delle strutture sanitarie e presiede il Consiglio dei Sanitari.

2) Incarichi di direzione Direttore di Area:

Area Ospedaliera : Il Direttore dell'Area, coincidente con il Direttore della SC Direzione Sanitaria di Presidio, gestisce le risorse umane e tecnologiche ad essa assegnate e provvede ad assegnarle ai Dipartimenti e alle Strutture ad essa afferenti, al fine di assicurarne il regolare funzionamento; opera nell'ambito e nel rispetto degli obiettivi e del budget ad essa assegnati dalla Direzione Strategica; declina obiettivi e budget ai Dipartimenti ed alle Strutture afferenti.

Area Territoriale: Il Direttore dell'Area, che coincide con il Direttore del Distretto di Biella, contribuisce agli obiettivi del Direttore Generale e gestisce le risorse umane e tecnologiche assegnate, distribuendole alle strutture e ai dipartimenti del territorio; opera in coerenza con obiettivi e budget della Direzione Strategica, che poi declina alle unità afferenti; È responsabile della valutazione dei bisogni socio-sanitari della comunità, del governo della domanda dei servizi e dell'indirizzo dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Coordina lo sviluppo delle Case della Comunità, delle COT e degli Ospedali della Comunità previsti dal PNRR, garantendo equità, appropriatezza e continuità dell'assistenza; assicura il coordinamento tra attività territoriali, preventive e ospedaliere, valuta l'efficacia degli interventi e supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i sindaci; collabora con l'Area Ospedaliera per il governo dei tempi di attesa e con gli Enti Gestori per le funzioni socio-sanitarie e di vigilanza; definisce il Programma delle Attività Territoriali, gestisce il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure e garantisce l'integrazione tra servizi sociali, socio-assistenziali e sanitari. Eroga direttamente numerosi servizi, tra cui: sportelli amministrativi (CUP, scelta/revoca medico, esenzioni), governo della medicina generale, assistenza infermieristica territoriale e domiciliare, programmi terapeutici, fornitura di ausili e protesi, gestione dei poliambulatori, vigilanza sulle strutture private, gestione dei flussi informativi, rapporti convenzionali con strutture accreditate, monitoraggio della spesa, gestione logistica delle sedi; coordina personale territoriale, accessi domiciliari degli specialisti, gli Sportelli Unici Socio-sanitari, il Piano Locale della Cronicità e garantisce l'assistenza sanitaria in carcere.

Area della Prevenzione: Il Direttore dell'Area, coincidente con il Direttore del Dipartimento strutturale di Prevenzione, gestisce le risorse umane e tecnologiche ad essa assegnate e provvede ad assegnarle Strutture ad essa afferenti, al fine di assicurarne il regolare funzionamento; opera

nell'ambito e nel rispetto degli obiettivi e del budget ad essa assegnati dalla Direzione Strategica; declina obiettivi e budget ai Dipartimenti ed alle Strutture afferenti.

3) Incarichi di direzione:

Direttore di Dipartimento: garantisce il funzionamento del Dipartimento stesso, esercitando le funzioni di direzione, organizzazione e gestione dell'insieme della struttura dipartimentale; Il Dipartimento è costituito da Strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono, quindi, tra loro interdipendenti pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Ogni struttura ha una sua propria valenza strategica definita dal livello dei rapporti con istituzioni o organismi esterni all'Azienda, dal valore delle risorse da gestire, dalla rilevanza della funzione ai fini del raggiungimento degli obiettivi Aziendali, dal livello di intersectorialità che caratterizza gli interventi specifici della funzione e dell'estensione dell'articolazione organizzativa per numerosità e complessità delle dotazioni organiche, strumentali e tecnologiche ed eterogeneità dei servizi erogati.

Direttore di Struttura Complessa (SC) e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD): gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate.

Responsabile di Struttura Semplice (SS): ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.

4) Incarichi dirigenziali:

Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici e professionali: svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha adottato, per quanto riguarda il personale dirigenziale, un sistema di graduazione volto a individuare le posizioni dirigenziali Aziendali necessarie allo svolgimento delle attività e a valorizzare i professionisti, accompagnandoli nei percorsi di carriera. La graduazione degli incarichi dirigenziali valorizza la diversa rilevanza e responsabilità organizzativo-gestionale e/o professionale richiesta ai diversi ruoli organizzativi rispetto alle finalità Aziendali, con scopi motivazionali a livello individuale ed equativi a livello Aziendale. La graduazione degli incarichi e la relativa procedura di assegnazione è caratterizzata da trasparenza, oggettività e imparzialità delle scelte, nonché a meccanismi di monitoraggio e di verifica. Alla graduazione delle posizioni è agganciata parte della retribuzione accessoria riconosciuta ai dirigenti, che a fine incarico sono sottoposti a specifica valutazione professionale da parte del Collegio Tecnico.

Il regolamento per l'individuazione, l'affidamento e il controllo relativo agli incarichi dirigenziale e la mappatura sono approvati rispettivamente con deliberazioni n. 301 del 26.06.2023, modificata poi con deliberazione n. 224 del 24.04.2024 e deliberazione n. 546 del 22.11.2024, relativa agli incarichi della Dirigenza Sanità e deliberazioni n. 113 del 23.02.2024 e 369 del 19.07.2024 per gli incarti della PTA; tali provvedimenti sono e saranno oggetto di continuo monitoraggio e ne è prevista la revisione e aggiornamento in costante accordo con le normative attualmente in essere e che nel corso del triennio interverranno.

5) Incarichi di funzione del personale del comparto: per il personale del comparto, l'Azienda ha adottato il regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione, che comportano assunzione diretta di responsabilità e compiti addizionali e complessi rispetto al profilo di appartenenza, nonché eventuali funzioni di coordinamento del personale assegnato. Anche gli incarichi del personale del comparto sono graduati, in relazione all'ampiezza delle attività svolte e alla loro complessità, alle

risorse gestite, al grado di competenze richieste, al grado di responsabilità ed autonomia previsti dal ruolo ricoperto, alla rilevanza strategica dell'incarico in ambito Aziendale, e sono sottoposti a specifica verifica. "Il nuovo CCNL relativo al Comparto Sanità, Triennio 2022 -2024, agli articoli dal 21 al 24, pur mantenendo la stessa struttura di base, prevede delle modifiche al sistema degli incarichi, tra cui l'abbassamento dell'anzianità di servizio necessaria per accedere agli incarichi di qualsiasi complessità per il personale delle aree degli assistenti e degli operatori; l'introduzione dell'incarico di "professionista esperto" per il ruolo amministrativo, professionale e tecnico; la variazione delle indennità; la predisposizione di nuove regole per gli incarichi ad interim; la possibilità di coniugare straordinario e incarico di funzione in presenza di determinate caratteristiche. Il proposito è attuare al più presto le modifiche intervenute e procedere all'adeguamento normativo del Regolamento attualmente vigente, approvato con deliberazione n. 376 dell'11.08.2023 e predisporre una mappatura che, ancora più concretamente di quella attualmente approvata con deliberazioni n. 162 del 25.03.2024 e n. 383 del 17.10.2025, punti al riconoscimento delle potenzialità e alla creazione di un modello quanto più possibile, meritocratico. Nel corso dei primi mesi del 2026 il proposito è, effettuato l'adeguamento di cui in precedenza, bandire le selezioni interne per l'attribuzione degli incarichi di funzione nel 2025 ancora vacanti e che si renderanno vacanti nei primi mesi del 2026.

SOTTOSEZIONE 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

MISURE ORGANIZZATIVE

L'Azienda ritiene il lavoro agile una misura organizzativa che può certamente contribuire ad una migliore conciliazione tra i tempi di vita e quelli lavorativi, nonché ad una più razionale ed efficace resa della prestazione lavorativa, anche mediante una diversa concezione del lavoro, volta a valorizzare e diffondere modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati; rafforzare la cultura della misurazione e della valutazione della performance; valorizzare le competenze delle persone e migliorare il loro benessere organizzativo, anche attraverso la facilitazione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro; promuovere e diffondere le tecnologie digitali; riprogettare gli spazi di lavoro.

Come evidenziato dalle Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, il lavoro agile supera la tradizionale logica del controllo sulla prestazione, ponendosi quale patto fiduciario tra l'Amministrazione di appartenenza ed il lavoratore o la lavoratrice per la creazione di valore pubblico, a prescindere dal luogo, dal tempo e dalle modalità scelte per raggiungere gli obiettivi perseguiti dall'Amministrazione. Tale principio si basa sui seguenti fattori: flessibilità dei modelli organizzativi e delle modalità di lavoro; autonomia nell'organizzazione del lavoro e responsabilizzazione sui risultati; utilità per l'Amministrazione e benessere del lavoratore; digitalizzazione e rinnovamento dei processi aziendali; cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti; In conformità a tali principi, l'implementazione di un'efficace organizzazione del lavoro agile può tradursi in una maggiore flessibilità lavorativa e autonomia, con la conseguenza di un migliore bilanciamento tra vita e lavoro, una maggiore responsabilità e, quindi, una maggiore produttività.

Di norma, le aree di attività in cui potrà essere espletata l'attività "smartizzabile" sono riferibili ai servizi amministrativi e alle attività territoriali attinenti all'area amministrativa. Vengono fatte salve particolari situazioni nell'area sanitaria che consentano l'applicazione del lavoro agile, secondo la discrezionalità del Direttore/Dirigente Responsabile che valuta l'istanza di attivazione del lavoro agile formulata dal/dalla dipendente.

Potenzialmente, anche a rotazione, le seguenti attività possono essere svolte in modalità agile, qualora ricorrano le seguenti condizioni minime: possibilità di svolgere da remoto almeno parte della attività a cui è assegnata/o il/la lavoratore/lavoratrice, senza la necessità di costante presenza fisica

nella sede di lavoro; possibilità utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro; possibilità da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di monitorare la prestazione e valutare i risultati conseguiti; disponibilità del/della dipendente o, in alternativa, possibilità di fornitura dall'Azienda (nei limiti della disponibilità), della strumentazione informatica, tecnica e di comunicazione idonea e necessaria all'espletamento della prestazione in modalità agile; assenza di pregiudizio nell'erogazione dei servizi rivolti a pazienti, cittadini, ovvero soggetti interni/esterni destinatari delle prestazioni istituzionali aziendali, che deve, pertanto, essere assicurata con regolarità, continuità ed efficienza, nonché nel rigoroso rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Non rientrano, nelle attività che possono essere svolte in remoto, neppure a rotazione, quelle relative a: personale del ruolo amministrativo, tecnico, professionale e/o sanitario, impegnato in servizi e/o attività da rendere necessariamente in presenza; personale preposto ad attività sanitaria/clinica/assistenziale che richieda inderogabilmente la presenza fisica; personale assegnato a servizi che richiedono presenza per controllo accessi (varchi aziendali); personale preposto a servizi di vigilanza, ispezione e controllo da rendere inderogabilmente in loco; personale assegnato a servizi di line per i quali costituisce presupposto inderogabile, ai fini dell'erogazione del servizio stesso, la presenza fisica (interfaccia fisica con l'utenza, interna od esterna).

Al Direttore/Dirigente Responsabile, di concerto con il Direttore del Dipartimento di afferenza, è demandata la valutazione della richiesta del lavoratore o della lavoratrice in ordine all'effettiva possibilità di ricomprendere le attività da eseguire fra quelle "smartizzabili", di cui sopra. L'applicazione del lavoro agile avviene nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna, in considerazione e compatibilmente con l'attività in concreto svolta dal dipendente presso l'Amministrazione.

L'ambito di gestione dell'organizzazione del lavoro è strettamente connesso, inoltre, alla misurazione e valutazione della performance, in quanto condizione abilitante per il raggiungimento degli obiettivi e dei risultati e per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa. Il sistema di misurazione e valutazione della performance dell'A.S.L. BI è caratterizzato dall'attribuzione a tutti i dipendenti di obiettivi riconducibili ad obiettivi di budget afferenti al sistema di misurazione e valutazione vigente. Alla luce di quanto sopra, l'attuazione del lavoro agile non si configura quale attività a sé stante, ma rappresenta una modalità per raggiungere gli obiettivi assegnati e illustrati nel Piano della Performance.

Si evidenzia, al riguardo, che lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile viene assicurato secondo quanto stabilito dalle norme vigenti in materia e secondo i seguenti principi: non pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti; garantire sempre un'adeguata rotazione del personale che può prestare la propria attività in modalità agile, assicurando la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza, fatte salve situazioni di gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari (quali condizioni di fragilità o, comunque, meritevoli di maggior tutela), che consentono, su valutazione del relativo Direttore / Dirigente Responsabile, di derogare al suddetto principio di prevalenza della prestazione in presenza; dotare il personale che ne è sprovvisto di apparati digitale e tecnologici adeguati alla prestazione in modalità agile che deve essere espletata.

Nel corso dell'anno 2025 sono stati autorizzati allo svolgimento del lavoro agile n. 46 dipendenti, previa acquisizione del prescritto accordo di smart working, corredato dall'allegato relativo all'istruzione sull'utilizzo dei dati personali.

Nello schema di seguito riportato è individuato il dettaglio delle Strutture interessate e dei profili professionale che hanno fruito dell'istituto in questione.

STRUTTURA DI APPARTENENZA	NUMERO DI DIPENDENTI AUTORIZZATI A SVOLGERE LA PRESTAZIONE LAVORATIVA IN MODALITA' AGILE	NUMERO COMPLESSIVO DI GIORNATE DI SMART WORKING SVOLTE
S.S. AFFARI GENERALI LEGALI e ISTITUZIONALI	1 Coll. Amm. Prof	39
S.S. CONTABILITA'	11 di cui : 2 Coad. Amm. 7 Ass. Amm. 2 Coll. Amm. Prof.	180
S.C. F.D.A.	22 di cui : 1 personale di supporto 2 Coad. Amm. 1 Coad. Amm. Senior 10 Ass. Amm. 8 Coll. Amm. Prof.	836
S.S. LOGISTICA	1 personale di supporto	100
S.C. TECNICO	2 di cui : 1 Coad. Amm. 1 Coll. Amm. Prof.	1
S.S. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	6 di cui : 1 Coad. Amm. Senior 2 Ass. Amm. 3 Coll. Amm. Prof.	90.5

REGOLAMENTO APPLICATIVO

Attraverso il lavoro agile, l'Azienda ritiene che, nel medio-lungo termine, si possano conseguire benefici in termini di migliore allocazione delle risorse, anche per mezzo di differenti modelli organizzativi, temperando le esigenze di tutela della salute e continuità dell'attività amministrativa con le necessità di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, garantendo nel contempo un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

Su tali presupposti verranno proposte modifiche al regolamento attualmente in essere, adottato in via sperimentale con il PIAO 2023 -2025, all. 6, al fine di identificare le attività "smartizzabili", snellire la procedura di accesso allo smart working e adeguarsi alle previsioni normative presenti o che si presenteranno nel corso del triennio

SISTEMI DI MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE

Nella disciplina di dettaglio relativa alla performance per ciascuna annualità di riferimento si ipotizza l'inserimento del lavoro agile come modalità che costituisce parte integrante e sostanziale del complesso di attività tese al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il processo di valutazione consegue dal processo di misurazione e consiste nel confrontare i livelli raggiunti di performance con i risultati attesi, identificando le cause dello scostamento rispetto al livello atteso.

Ai sensi delle Linee Guida sul Piano organizzativo del lavoro agile emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, si possono individuare indicatori sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di performance:

- indicatori riferiti allo stato di implementazione, i quali sono utili a monitorare le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile nell'organizzazione e, successivamente, a valutare il livello di utilizzo dello stesso nella medesima organizzazione;
- indicatori riferiti alla performance organizzativa che sono utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento dell'obiettivo stesso;
- indicatori riferiti alla performance individuale che forniscono una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali.

Agli indicatori sullo stato di implementazione del lavoro agile si dovranno poi aggiungere indicatori di economicità, di efficienza e di efficacia. In tal senso le componenti della misurazione e della valutazione della performance individuale rimangono ad oggi in linea di massima le medesime anche perché il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività tuttavia in prospettiva di messa a regime della modalità di lavoro agile sarà comunque necessario sviluppare riflessioni in ordine a "nuove" competenze che il dipendente dovrà essere in grado di esprimere. Dal punto di vista della prestazione individuale, la flessibilità lavorativa e la maggiore autonomia favoriscono senza dubbio nei lavoratori una percezione positiva dell'equilibrio personale tra vita lavorativa e vita privata, ma a fronte di questi potenziali benefici sarà necessario monitorare l'effetto del lavoro agile sulle performance dei singoli dipendenti in modo da valutare eventuali azioni di supporto (aumento o riduzione dei giorni di lavoro agile, formazione necessaria, modifica dei processi organizzativi, ecc.).

RISULTATI E OBIETTIVI

Si rileva come i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale dirigenziale e non dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale, abbiano, tra l'altro, previsto l'introduzione del c.d. "lavoro da remoto", quale modalità di resa della prestazione lavorativa diversa per modi, tempi e finalità rispetto al lavoro agile, in quanto caratterizzata, non da un approccio per obiettivi, ma da una mera modificazione del luogo di resa della prestazione di lavoro.

Il proposito è di adeguarsi alle previsioni contrattuali nazionalmente previste in merito al lavoro da remoto e provvedere alla regolamentazione del medesimo, senza cessare di promuovere e rendere più accessibile entrambe le modalità lavorative di smart working.

L'Amministrazione Pubblica ha necessità di rendersi competitiva e appetibile per le nuove generazioni e anche, laddove confrontata con aziende private, che, in ottica europeista e internazionale, puntano a sistemi di lavoro flessibile e autogestito nei tempi, nei luoghi e nelle modalità.

Gli strumenti cui intende avvalersi l'ASL BI per giungere a una maggiore diffusione e comprensione della mission dello smart working e del lavoro da remoto è la predisposizione di corsi formativi per i dipendenti che intendano accedere a tali modalità lavorative e simultaneamente l'incontro con modelli organizzativi flessibili e l'accesso a testimonianze dirette di datori di lavoro promotori di tali modelli lavorativi, al fine di scardinare il retaggio culturale e generazionale, che spesso separa

Direttori/Responsabili di struttura e dipendenti sottoposti e che non permette un sano sviluppo del fenomeno.

SOTTOSEZIONE 3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Il Piano triennale delle assunzioni è un documento di programmazione del fabbisogno di personale, espresso in unità di personale a tempo pieno e relativo valore economico-finanziario annuale, calcolato secondo le indicazioni fornite dalla Regione Piemonte. Tale processo di indirizzo organizzativo, volto a programmare il bisogno di risorse umane in relazione con gli obiettivi da raggiungere, viene preceduto da una accurata analisi di valutazione delle professionalità presenti e quelle mancanti, sia in termini quantitativi (consistenza numerica di unità necessarie) sia qualitativi (riferiti alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti all'organizzazione del lavoro), in relazione agli obiettivi da raggiungere e ai feedback del personale interno e dell'utenza su un efficiente funzionamento dei servizi.

Oltre a essere uno strumento di programmazione e monitoraggio, risponde al dettato normativo dell'art 6 del D.lgs. 165 del 2001 e s.m.i. e alle normative regionali in materia.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale, adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze possono anche richiedere eventuali modifiche nel corso del tempo, ove ci si trovi a fronte di situazioni non prevedibili, non programmabili e/o non preventivabili, purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate. La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il risultato di una continua analisi dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali. Il presente Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira a principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Con deliberazione della Giunta della Regione Piemonte n. 3-1490/2025/XII sono stati approvati i PTFP relativi ai trienni 2023-2025 e 2024-2026; con DGR 33-538/2024/XII del 16.12.2024 è stato definito il tetto di spesa per l'anno 2025 confermato per l'anno, pertanto, in data 30.09.2025 si è provveduto a trasmettere alla Regione Piemonte la relazione e il PTFP relativo al Triennio 2025-2027.

RAPPRESENTAZIONE E CONSISTENZA DEL PERSONALE AL 31.12.2025

Si rappresenta nella tabella sottostante la sintesi della consistenza di personale risultante dal Piano Triennale vigente:

La consistenza del personale dipendente coinvolto nella *mission* aziendale al 31.12.2025 era pari a 2.318 unità, così suddivise

PERSONALE DIPENDENTE			
		T.IND.	T.DET.
	DIRIGENZA	328	29
	COMPARTO	1716	5
	TOTALE	2078	
CONTRATTI DI LAVORO ATIPICI			

	Liberi Professionisti	54	
	Interinali	0	
	TOTALE	54	
PERSONALE CONVENZIONATO		T. IND.	T. DET.
	Pediatrati di Libera Scelta	12	0
	Medico di ruolo unico di assistenza primaria ad ciclo di scelta	98	1
	Medico di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria	16	34
	Assistenza penitenziaria	0	4
	Specialisti Ambulatoriali Interni	21	0
	TOTALE	186	

PTFP 2024-2025 E PERSONALE PER PROFILO PROFESSIONALE

La consistenza della dotazione organica è il punto fondamentale da cui partire per operare una programmazione efficace poiché il D.Lgs. n. 165/2001 stabilisce che tutte le determinazioni relative all'avvio delle procedure per il reclutamento sono adottate sulla base della programmazione triennale del fabbisogno del personale, specificando che tale documento risulta propedeutico alle procedure per l'assunzione di personale nella P.A., indipendentemente dalla modalità di acquisizione. La programmazione del fabbisogno avviene, quindi, nel rispetto della normativa vigente, sia con riferimento alle modalità di redazione del documento, sia nel rispetto dei vincoli imposti dalla normativa vigente, in coerenza con l'attività di programmazione complessiva a partire dalle previsioni programmatiche inserite nell'atto aziendale ed alla programmazione sanitaria legata alla realizzazione degli obiettivi di salute assegnati alla Direzione aziendale. L'Azienda è chiamata a ripensare, anche in una visione prospettica, le proprie strategie, adeguando la risposta sanitaria alla nuova domanda di salute.

Dal punto di vista metodologico, per definire il fabbisogno di risorse umane delle diverse Strutture, si è tenuto conto in via prioritaria delle cessazioni verificatesi nei periodi pregressi, nonché delle richieste formulate dai Direttori/Responsabili di Struttura, di concerto con i Direttori di Dipartimento e di Macro Area e delle indicazioni fornite dalla Direzione strategica aziendale, utili per la realizzazione di un check up interno sulla attuale dotazione di risorse umane, sulla allocazione delle risorse e sulla possibilità di una più efficiente distribuzione delle stesse, anche alla luce delle aree che hanno subito un maggior depauperamento di unità cessate e non sostituite, fornendo alla Direzione spunti e indicazioni utili sugli effettivi fabbisogni e sulle priorità assunzionali correlate agli obiettivi assegnati.

L'elaborazione del Programma Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) è stato implementato coerentemente alle informazioni fornite, e viene sviluppato secondo una previsione di reclutamento pluriennale da realizzarsi nel triennio 2025/2027.

In allegato si rimanda alla tabella chiarificatoria del PTFP relativa alla consistenza del personale al 31.12.2025, suddiviso per qualifiche **(Allegato 8)**.

LINEE STRATEGICHE PER IL RECLUTAMENTO DEL PERSONALE

Alla luce della programmazione come sopra illustrata, vengono valutate le richieste di reclutamento del personale avanzate Direttori/Responsabili di Struttura, di concerto con i Direttori di Dipartimento e di Macro Area e delle indicazioni fornite dalla Direzione strategica aziendale secondo principi di efficienza ed economicità.

La modalità di arruolamento fa parte delle scelte di politica di gestione delle risorse umane. È, infatti, priorità strategica poter contare su graduatorie proprie attive per i principali profili professionali, così da poter governare in autonomia le fonti di accesso.

L'utilizzo di graduatorie di altre aziende/enti secondo accordi con gli stessi, qualora rispondenti ai requisiti ricercati, permette di arrivare all'assunzione dei professionisti con tempistiche ridotte rispetto all'espletamento di nuove procedure concorsuali.

In casi di urgenza motivata dal mantenimento delle attività, per non incorrere in interruzione di servizio pubblico e nelle more di espletamento procedura concorsuale, l'Azienda ricorre all'emanazione di avvisi per incarichi a tempo determinato, che tuttavia difficilmente producono il risultato sperato.

L'Azienda ricorre a tipologie contrattuali "atipiche", come i contratti di lavoro autonomo (maggiormente utilizzati per il reclutamento del personale Dirigente) oppure di somministrazione (per il personale del comparto), secondo le rispettive discipline normative, assicurando in tal modo un grado di flessibilità utile per rispondere a specifiche e contingenti necessità di personale.

L'Azienda sta mettendo in campo tutte le proprie risorse per rispondere ai settori ancora in sofferenza, in particolare nella Dirigenza Medica, con l'emanazione di propri concorsi e avvisi a tempo determinato, nonché avvalendosi delle procedure centralizzate in capo ad Azienda Zero per l'affidamento di incarichi libero professionali.

Al fine di rispondere alle direttive imposte da Regione Piemonte, l'Azienda tenta di raggiungere l'obiettivo di riduzione dei servizi esternalizzati – oggetto di costante monitoraggio regionale e al dicembre 2025 riguardante l'Assistenza medica in carcere, la Radiologia e il Pronto Soccorso - in ottica anche di risparmio: si prevede, pertanto, una implementazione dell'indizione e dell'espletamento fruttuoso delle procedure concorsuali, affiancato dalla predisposizione di bandi per avvisi pubblici volti all'affidamento di incarichi libero professionali a medici specialisti, ex art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2011 e, in costanza di vigenza della normativa emergenziale, a medici laureati, specializzandi e in quiescenza ex art. 2 bis comma 3, l. 27/2020, art. 1 comma 268, l. 234/2021 e art. 1 comma 338 l. 56/2023.

L'Osservatorio Lavoro della Regione Piemonte monitora costantemente l'andamento delle risorse umane in entrata e in uscita dalle Aziende Sanitarie. Attualmente non è la carenza di disponibilità economica a frenare l'acquisizione di personale, bensì il generalizzato mancato interesse dei professionisti a partecipare alle procedure concorsuali nel Servizio Sanitario Nazionale, considerata la poca attrattività dello stesso in termini economici e di libertà di svolgimento di altre attività, divenendo, quindi, poco attrattivo se comparato alle possibilità offerte dall'impiego privato.

SOTTOSEZIONE 3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione del personale rappresenta una leva importante nel supportare l'obiettivo di Valore Pubblico in quanto fornisce, potenzia e mantiene le conoscenze e le competenze del personale sanitario, socio-sanitario, tecnico e amministrativo, necessarie per raggiungere gli obiettivi strategici aziendali che hanno un impatto diretto nella creazione del Valore pubblico stesso.

Per la specificità dell'Azienda sanitaria, la maggior parte dell'offerta formativa aziendale è relativa a conoscenze e competenze tecnico-specialistiche o ultraspecialistiche, legate all'evoluzione delle diverse aree cliniche ed assistenziali. Tale formazione, essendo volta a migliorare l'efficacia, l'efficienza e la qualità delle cure rivolte ai cittadini e, per tanto, ad aumentare il loro benessere sanitario e di salute, contribuisce di per sé alla creazione di valore pubblico.

Oltre a tale formazione, la complessità dell'Azienda sanitaria implica azioni formative che possano supportare il cambiamento amministrativo, gestionale e tecnologico richiesto per migliorare l'efficacia, l'efficienza e la qualità dei processi gestionali a supporto dell'erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari.

Tra le priorità strategiche e operative in termini di formazione e riqualificazione/potenziamento per il triennio 2026-2028 vengono, per tanto, annoverate sia tematiche relative alla specificità della realtà sanitaria e rivolte principalmente al personale sanitario e sociosanitario, che tematiche gestionali e tecnico-amministrative, rivolte a Direttori, Responsabili, Posizioni Organizzative, nonché ad operatori chiamati ad agire con un maggior livello di autonomia, che verteranno sullo sviluppo e sul potenziamento delle soft skills¹ più significative per i diversi contesti organizzativi².

La programmazione formativa presentata nel novero del PIAO chiaramente non esaurisce tutta l'offerta formativa annuale dell'A.S.L. BI che viene ulteriormente illustrata e dettagliata nel Piano Formativo aziendale deliberato entro la fine di febbraio di ogni anno e a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

Nella sezione seguente vengono illustrate le priorità strategiche e operative in termini di formazione per il triennio 2026-2028:

- *Formazione in tema di cronicità e continuità assistenziale tra ospedale-territorio e territorio-territorio.*
- *Formazione a sostegno del Piano strategico-operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) aziendale. Azioni formative a sostegno del Piano aziendale.*

¹ Soft skills: competenze personali o competenze trasversali di un soggetto propedeutiche all'interazione efficace e produttiva con gli altri. Esempi di soft skills: Empatia, Pazienza, Autonomia, Leadership, Gestione dei gruppi e dei conflitti, Sviluppo di Comunità di Pratica, Capacità di individuare correttamente e risolvere problemi, Comunicazione efficace ed assertiva, Gestione del tempo, Competenze di analisi biografica professionale, Competenze riflessive.

² Indicazioni strategiche per la formazione del personale delle amministrazioni pubbliche sono individuate dalla norma introduttiva del PIAO (art. 6 del d.l. n. 80 del 2021), che indica, quali priorità della formazione, quelle finalizzate "al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, l'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale" (art. 6, comma 2, lett. b).

Le priorità della formazione individuate dal PNRR hanno trovato una specificazione nel Piano strategico per la valorizzazione e lo sviluppo del capitale umano della pubblica amministrazione "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese" adottato dal Ministro per la pubblica amministrazione il 10 gennaio 2022.

In particolare, il Piano strategico pone l'attenzione sullo sviluppo di un set di competenze comuni a tutti i dipendenti delle amministrazioni pubbliche, a partire da quelle DIGITALI.

Il PNRR prevede specifici processi di innovazione, a partire da quelli funzionali all'introduzione di nuovi modelli di lavoro pubblico e, in particolare, del lavoro agile. Le Linee guida in materia di smartworking adottate nel dicembre 2021 richiamano inoltre le amministrazioni alla necessità di prevedere specifiche iniziative formative per il personale che usufruisce di tale modalità di svolgimento della prestazione.

Le nuove "Linee Guida per l'accesso alla dirigenza pubblica" del 2022, in coerenza con il PNRR, introducono l'obiettivo della valorizzazione delle competenze e delle soft skills, sia in fase di accesso alla pubblica amministrazione, sia nell'ambito dell'individuazione dei percorsi formativi e di carriera dei dipendenti.

- *Formazione per il potenziamento tecnologico e la sala Ibrida.*
- *Formazione per la diffusione e consolidamento del modello Primary Nursing.*
- *Prosecuzione dei percorsi formativi sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e Pianificazione Condivisa delle Cure e sul Fine vita.*
- *Formazione per la prevenzione e gestione della violenza sugli operatori sanitari.*
- *Formazione per la digitalizzazione e l'intelligenza artificiale.*
- *Formazione manageriale e gestionale.*
- *Formazione in tema di comunicazione, relazione, benessere organizzativo e umanesimo delle cure.*
- *Formazione per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nell'azienda sanitaria.*

PRIORITÀ STRATEGICHE E OPERATIVE IN TERMINI DI RIQUALIFICAZIONE O POTENZIAMENTO.

Formazione in tema di cronicità e continuità assistenziale tra ospedale-territorio e territorio-territorio.

Nel novero delle azioni necessarie per il rafforzamento strutturale dell'offerta territoriale e del sistema di presa in carico (documento di Programmazione delle risorse del SSR 2025-2027 - DGR-801-2025-All 1-All. A, relativi investimenti nell'ambito del PNRR, indicazioni nazionali del DM 77/2022) e delle azioni necessarie per il potenziamento delle **Centrali Operative Territoriali C.O.T.** (che svolgono la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria), per il triennio 2026-2028 saranno previste alcune attività formative atte a potenziare la continuità assistenziale nelle transizioni di cure ospedale-territorio e territorio-territorio, in particolare per le persone con patologie croniche, fragili, disabili.

I bisogni formativi avanzati per il 2026 vanno tutti in tale direzione e sono frutto di un confronto e coordinamento tra i Coordinatori dell'area territoriale e la S.C. Distretto. Tra i diversi bisogni formativi segnalati, alcuni risultano particolarmente significativi e impattanti per la creazione di Valore pubblico:

• **Budget di Salute (BdS) - Costruire Progetti di vita: strategie e strumenti per l'implementazione del BdS nel Territorio.** La formazione prevista coinvolgerebbe non solo gli operatori del territorio A.S.L.BI, ma anche, in un'ottica di integrazione e coordinamento delle risorse, gli operatori sociali e socio sanitari degli Enti esterni (Consorzi socio-assistenziali, Comune di Biella), i MMG e i PLS, in modo da condividere struttura e metodologie, garantendo omogeneità applicativa nei percorsi di BdS. Nello specifico, gli obiettivi della formazione saranno:

- Fornire strumenti per la definizione e gestione delle risorse integrate (sanitarie, sociali, abitative, lavorative) necessarie al Progetto Individualizzato.
- Sviluppare le capacità di coprogrammazione e cogestione con il Terzo Settore e la comunità, finalizzate alla deistituzionalizzazione e all'inclusione lavorativa e sociale.
- Acquisire metodologie per il monitoraggio degli esiti del BdS in termini di recovery e miglioramento della qualità di vita.

• **Telemedicina: sviluppi e attuazione in ambito territoriale e C.O.T.** Per il contesto specifico delle C.O.T., nel 2026 è prevista la conclusione della formazione a distanza organizzata da Azienda Zero per gli operatori delle due C.O.T. di Biella e Cossato (personale sanitario e non sanitario) per l'implementazione della telemedicina e monitoraggio a distanza per gli utenti con patologie croniche.

• **Educazione terapeutica dei pazienti e continuità di cura per il rientro a domicilio.** L'educazione terapeutica dei pazienti dimessi a domicilio è fondamentale per garantire la continuità assistenziale, migliorare l'aderenza alle terapie e ridurre il rischio di complicanze o riacutizzazioni. La formazione

degli operatori sanitari territoriali in tema di educazione terapeutica per i pazienti (es. il Group Care diabetologico che facilita le modifiche comportamentali stabili nel tempo), avrà come ricaduta il rafforzamento dell'autonomia del paziente, la gestione più consapevole della propria condizione di salute e la personalizzazione degli interventi, con il conseguente miglioramento della qualità di vita e riduzione delle ospedalizzazioni.

Formazione a sostegno del Piano strategico-operativo di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) aziendale. Azioni formative a sostegno del Piano aziendale.

Con la D.G.R. n.5-172 del 20 settembre 2024 viene prorogato il piano strategico regionale PANFLU 2021-2023. Le Aziende Sanitarie Regionali sono tenute a mettere in atto le indicazioni del PanFlu 2024 coordinandosi con il Dipartimento Interaziendale Funzionale a valenza regionale "Malattie ed Emergenze Infettive" (DIRMEI) e a strutturare il proprio Piano Locale di risposta pandemica (in attesa dell'approvazione delle nuove indicazioni del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2025-2029) e di conseguenza dell'aggiornamento del PanFlu regionale).

Entro il 31 dicembre 2025, le AA.SS.LL. dovranno adottare il Piano Locale di risposta pandemica con tutte le sue componenti e aggiornarlo annualmente (obiettivo di mandato/nomina n. 2 "Presenza del Piano pandemico aziendale con tutte le sue componenti e suo aggiornamento annuale" riportato nell'Allegato A alla D.G.R. 25 febbraio 2025 n. 16-817).

Le indicazioni operative regionali 2025 prevedono un'adeguata pianificazione per la preparedness e la risposta ad un'eventuale emergenza sanitaria di tipo pandemico. In tale pianificazione sono naturalmente previste alcune azioni formative per le diverse sezioni della Check-list prevista nelle indicazioni operative regionali e per i diversi attori coinvolti.

Come previsto nella check-list delle indicazioni operative regionali, le azioni formative per il 2026 relative al Piano PANFLU saranno le seguenti:

- **corso FAD rivolto a tutti gli operatori ASLBI, al fine di illustrare cosa prevede il Piano PANFLU aziendale** in tema di aumento della capacità di conversione, continuità operativa dei servizi ospedalieri e dei servizi dell'area emergenza-urgenza in caso di possibili scenari di emergenza pandemica, per es. individuazione attività essenziali, triage a distanza, telemedicina, stima fabbisogno personale, riorganizzazione, rimodulazione posti letto e personale) (Sezione 6. Servizi sanitari ospedalieri (si veda attività 6.5 della Check-List);
- **attività formative e di addestramento, rivolte al personale delle diverse aree che il Piano aziendale PANFLU prevede coinvolti in azioni specifiche** in caso di possibili scenari di emergenza pandemica (si veda attività 6.5 della Check-List, sezione Servizi sanitari ospedalieri);
- **corso FAD rivolto a MMG/PLS e strutture sanitarie e socio-sanitarie in tema di preparedness** in sanità pubblica e al fine di illustrare le azioni previste dal PANFLU aziendale che li coinvolgono (attività 1.7 sezione 1 Coordinamento governance e comunicazione).

Corsi già presenti ed erogati che saranno eventualmente aggiornati/potenziati per meglio rispondere alle esigenze formative emergenti dal Piano aziendale PANFLU:

- **corso FAD "Gestione del rischio clinico ed infettivo"**. Durata del corso FAD: 3 ore. Finora i formati sono circa 500. Nel 2026 potrebbe essere ulteriormente integrato con una sezione in tema di Infection Prevention and Control (IPC) e allargata la fruizione anche al personale delle ditte esterne in appalto (attività 8.4 della Check-List, sezione Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario);
- **corso FAD "Dispositivi di protezione DPI e DM: formazione e addestramento"** quale programma di formazione continua del personale sull'utilizzo di dispositivi di protezione

individuale e collettiva. Durata del corso FAD: 3 ore. Finora i formati sono circa 600 (si veda attività 8.5 della Check-List, sezione Misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito sanitario).

Formazione per il potenziamento tecnologico e la sala ibrida.

Nel 2025 è stata portata a termine la sala ibrida che permetterà di garantire presso il Blocco operatorio la possibilità di effettuare procedure di chirurgia cardiovascolare, anche protesica, sia di tipo open che endovascolare. Su proposta della S.C. Chirurgia Vascolare, nel 2026 sono previste attività formative dedicate al personale sanitario che sarà coinvolto nell'utilizzo della sala ibrida.

Molto probabilmente tali attività si svilupperanno in due modalità:

- un corso di taglio generale sul funzionamento della sala, rivolto al personale sanitario coinvolto;
- corsi di addestramento dedicati al personale delle singole specialità che si terranno direttamente presso la sala (operatoria classica e endovascolare) in particolare sulla sinergia delle due tecniche operatorie (open ed endovascolare) e loro gestione e applicazione.

Formazione per la diffusione e consolidamento del modello Primary Nursing.

Il modello Primary Nursing rimane strategico per l'Azienda e, per tanto, per il triennio 2026-2028 sarà indispensabile continuare a sostenere, con le necessarie attività formative rivolte a neoassunti, infermieri esperti e Coordinatori, la presa in cura dell'utenza in ambito ospedaliero e territoriale con il modello del Primary Nursing, sviluppando il ragionamento clinico e diagnostico e l'individuazione del bisogno di assistenza infermieristica nei vari setting di cura., anche attraverso incontri di Formazione Sul Campo per la discussione di casi clinici a posteriori esaminando la documentazione clinica. Integrare la teoria delle Fundamentals of Care nell'agire quotidiano.

Altrettanto importante sarà sostenere il ruolo dei Coordinatori con attività formative al fine di sviluppare e condividere strategie e modalità utili per il governo dei collaboratori all'interno delle singole strutture e per potenziare la conoscenza degli aspetti relativi alla responsabilità professionale del professionista e del coordinatore stesso.

Prosecuzione dei percorsi formativi sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e Pianificazione Condivisa delle Cure e sul Fine vita.

La Legge 219 del 22 dicembre 2017, entrata in vigore il 31 gennaio 2018, prevede la possibilità per ogni persona di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il proprio consenso o rifiuto in merito ad accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari. In estrema sintesi, tutte questioni di forte rilevanza, confluenti intorno alle tematiche delle **disposizioni anticipate di trattamento (DAT)** e del **consenso informato**. Si tratta di una Legge dalle **profonde e molteplici implicazioni etiche ed operative**, che chiama la nostra Azienda a interrogarsi sulla propria cultura organizzativa e tutti gli operatori a confrontarsi con le complessità inerenti la relazione di cura.

In considerazione della portata innovativa e del cambiamento paradigmatico alimentati da questa norma, in questi ultimi anni è stata portata avanti **una strategia formativa articolata su più fronti interconnessi** e più azioni collocate secondo criteri di gradualità e propedeuticità: in primo luogo organizzando iniziative finalizzate a far conoscere e comprendere le conseguenze nella pratica di cura che la legge contempla, per poi strutturare occasioni di **confronto a partire da casi concreti** tratti

dalla quotidianità dei professionisti della cura, per agire più in profondità, con laboratori riflessivi che possano facilitare un accesso critico e una eventuale messa in discussione di assunti taciti che ostano la piena attuazione dei principi espressi dalla norma.

Seguendo questa strategia, dal 2023 presso l'ASLBI viene erogato il corso "Decidiamo insieme. Consenso informato, pianificazione condivisa delle cure, DAT" che ha formato circa 260 operatori ASLBI negli anni. Nel 2024 e 2025 è stato realizzato il corso "Consenso informato, pianificazione condivisa delle cure, DAT, analisi e confronto su storie cliniche", rivolto ad una platea più ristretta e focalizzato su casi reali emblematici e sulla riflessione critica sulle pratiche effettivamente in uso.

Nel triennio 2026-2028 verrà data continuità alle attività sopra richiamate. In prospettiva potranno essere attivati (secondo una prospettiva di formazione-intervento) gruppi in formazione sul campo al fine di lavorare al miglioramento della modulistica in uso in tema di DAT e Pianificazione Condivisa delle Cure e sulle modalità di comunicazione e acquisizione del consenso da parte degli operatori.

Formazione per la prevenzione e gestione della violenza sugli operatori sanitari.

Al fine di supportare al meglio il personale ASLBI più esposto, nel 2025 si è deciso di potenziare la formazione in tema di prevenzione e gestione della violenza sugli operatori sanitari, visto l'intensificarsi degli episodi di aggressione e nel novero del Protocollo d'Intesa in essere tra A.S.L. BI, Questura di Biella, Prefettura – U.T.G. di Biella e Comando Provinciale dei Carabinieri di Biella.

A fine 2025 è stato per tanto progettato ed erogato in due edizioni un corso in presenza in tema di prevenzione e gestione degli atti di violenza contro gli operatori, che si affianca al corso FAD sugli stessi temi, erogato dal 2018. Il corso in presenza è rivolto agli operatori delle Strutture più esposte, tra cui in prima battuta il Pronto Soccorso, Salute Mentale, Ser.D., personale sanitario della Casa Circondariale e poi Medici di Continuità Assistenziale.

Il gruppo di progetto formativo (composto da Medicina del Lavoro, Prevenzione e Protezione, Di.P.Sa.-Ufficio Rischio Clinico, Direzione Sanitaria di Presidio e Formazione) ha definito un cronoprogramma della durata di una giornata di 8 ore (4+4), basandosi sui corsi già attivati in altre Aziende Sanitarie e sulla expertise dei membri del gruppo. Le 4 ore mattutine sono di presentazione della complessità del fenomeno, delle Strutture/Servizi di supporto presenti in Azienda e delle procedure per la segnalazione. Le docenze saranno a cura di personale interno ASLBI. Le 4 ore pomeridiane (in cui si entrerà nell'analisi dei casi di aggressione e si daranno gli strumenti per la gestione dei comportamenti aggressivi) saranno condotte da professionalità specifiche e con esperienza: una figura di psicologo e una figura di operatore sanitario con esperienza su tali temi, sia sul campo che come formatore. Per il 2026 sono previste circa 9/10 edizioni per poter formare almeno tutto il personale delle Strutture più esposte. Nel triennio 2026-2028 sono previste due edizioni annuali per allargare la formazione agli altri operatori.

Proseguirà l'erogazione del corso FAD "Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori", erogato dal 2018 e della durata di 4 ore, realizzato in stretta collaborazione con il Gruppo di Lavoro aziendale sulla violenza contro gli operatori. Negli anni i formati a tale corso FAD sono stati 1700 circa.

Il tema delle aggressioni agli operatori è stato segnalato come bisogno formativo per il 2026 anche dalla S.C. Funzioni Amministrative Decentrate che evidenzia la necessità di formare sulle strategie di prevenzione, gestione e tecniche di de-escalation anche il personale amministrativo di front-office.

Formazione per la digitalizzazione e l'intelligenza artificiale.

Per il triennio 2026-2028, una delle linee strategiche di sviluppo aziendale sarà quella legata alla digitalizzazione di strumenti importanti per l'attività clinica e assistenziale come **la cartella clinica e la cartella infermieristica elettronica**. Il processo di digitalizzazione delle cartelle è già iniziato nel 2025 e proseguirà nel 2026; sarà sostenuto da formazione specifica e da addestramento sul loro utilizzo e sulle potenzialità che tale digitalizzazione potrà offrire ai professionisti sanitari, quali la possibilità di accedere facilmente a tutta la documentazione aziendale clinica, diagnostica assistenziale pregressa del paziente (attraverso il repository aziendale) e al Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente, con la documentazione eventualmente prodotta da altre Aziende e strutture Sanitarie del territorio nazionale. Potranno, inoltre essere realizzate ulteriori iniziative formative regionali o aziendali sul **Fascicolo Sanitario Elettronico (F.S.E. 2.0)**, a completamento del piano formativo regionale attivato nel 2025 per rafforzare le relative competenze digitali, allo scopo di promuoverne l'uso efficiente.

Una necessità formativa evidenziata da più Strutture nella ricognizione della domanda formativa per il 2026 è legata al rafforzare le conoscenze e le competenza in tema di **applicazioni pratiche dell'intelligenza artificiale nell'attività clinico-assistenziale, statistico-epidemiologica, diagnostica e di analisi di dati, anche attraverso i big data**.

Un'altra area strategica che verrà digitalizzata è quella legata alla **gestione della progettazione** e delle fasi correlate (DL, computazione di costi, lettura di progetti che pervengono da soggetti esterni, etc.) **con sistemi BIM** (Building Information Modeling) come previsto nell'ambito dei nuovi obblighi di digitalizzazione previsti dal Codice dei Contratti Pubblici e dalle nuove soglie di importo lavori previste dal 2026 per le PA.

Infine, si continuerà a sostenere e potenziare le **competenze digitali trasversali del personale**, relativa all'uso quotidiano degli strumenti di **collaborazione digitale e dell'intelligenza artificiale come supporto all'attività amministrativa e gestionale**, con eventuale formazione aziendale specifica per la realtà aziendale, ma anche mantenendo come riferimento per la formazione delle competenze digitali del personale la piattaforma online Syllabus (<https://www.syllabus.gov.it/syllabus/>)³. A fine 2024 è stato formato circa il 15% del personale; risultato questo da considerarsi positivo anche in virtù del fatto che il personale sanitario è già pesantemente impegnato in percorsi formativi obbligatori per norma o legati ad obiettivi PNRR (Formazione sulle infezioni ospedaliere e formazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico) e in altre numerose attività formative obbligatorie indispensabili per il buon funzionamento dei servizi e la qualità delle prestazioni.

Oltre ai percorsi formativi sulle competenze digitali, la **piattaforma Syllabus** mette a disposizione numerosi percorsi formativi su diverse tematiche legate alla transizione digitale: Intelligenza artificiale; Digitalizzazione dei contratti pubblici; Cybersicurezza: sviluppare la consapevolezza nella P.A.; BIM e gestione informativa digitale delle costruzioni all'interno del nuovo codice dei contratti pubblici; Qualità dei servizi digitali per il governo aperto, etc. Di questi percorsi formativi vengono informati i Responsabili/Direttori delle Strutture ASLBI la cui attività è inerente la tematica e chiesto loro di indicare i nominativi dei loro collaboratori da abilitare alla fruizione.

³ Sulla piattaforma Syllabus le competenze digitali sono organizzate in: 5 aree, 11 competenze specifiche e 3 livelli di padronanza (base, intermedio e avanzato). La piattaforma consente ai dipendenti abilitati dalle singole amministrazioni di accedere all'autovalutazione delle proprie competenze. In base agli esiti del test iniziale, la piattaforma propone ai dipendenti i moduli formativi per colmare i gap di conoscenza rilevati e per migliorare le competenze. Alla fine di ogni percorso formativo, la piattaforma rilascia un attestato individuale. L'obiettivo della formazione sulle competenze digitali è finalizzato al conseguimento, da parte di ciascun dipendente, di un livello di padronanza superiore a quello riscontrato ad esito del test di assessment iniziale per almeno 8 delle 11 competenze di Syllabus "Competenze digitali per la PA", come previsto dal documento metodologico "Syllabus delle competenze digitali per la PA" del Dipartimento della funzione pubblica.

Formazione manageriale e gestionale.

La formazione su tematiche gestionali e tecnico-amministrative si configura come una base importante per sostenere la realizzazione delle *transizioni* individuate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per la P.A. (digitale, ecologica ed amministrativa) e dalle Direttive del Ministro per la Pubblica Amministrazione degli ultimi anni in tema di formazione nella P.A.⁴.

Per il triennio 2026-2028 la formazione manageriale e gestionale continuerà a garantire la frequenza del corso manageriale regionale per l'acquisizione degli aggiornamenti necessari per la titolarità di Struttura da parte dei nuovi Direttori di Struttura Complessa e a sostenere il ruolo del Coordinatore, con azioni formative atte a sviluppare e condividere strategie e modalità utili ai Coordinatori nel governo dei collaboratori.

Nella ricognizione della domanda formativa per l'anno 2026, è stata inoltre evidenziata la necessità di informare e formare il personale sanitario ed amministrativo sulle possibilità, progetti e modalità aziendali attivate in tema di donazioni, così da accrescere la cultura aziendale.

Nel 2025 e per il 2026, si continuerà ad informare i Responsabili/Direttori delle Strutture ASLBI interessati delle possibilità offerte dal portale Syllabus in tema di Leadership e soft skills, come il percorso "Performance e Leadership per la PA: metodi e strumenti per la valorizzazione del merito e la creazione di valore pubblico".

Infine, al fine di sostenere l'impiego del lavoro agile, nel triennio sarà necessario formare al lavoro per progetti e alla gestione funzionale dello smart-working i Responsabili e i Direttori delle Strutture che svolgono attività potenzialmente smartizzabili.

Formazione in tema di comunicazione, relazione, benessere organizzativo e umanesimo delle cure.

Una buona comunicazione e una buona relazione con la cittadinanza e con i pazienti/utenti è uno degli elementi più importanti per la creazione di Valore Pubblico in quanto impatta direttamente sulla percezione positiva/negativa dell'esperienza di benessere/malessere legato alle prestazioni sanitarie.

Nella stessa misura, una buona comunicazione e buone relazioni all'interno dei team di lavoro hanno un impatto importante sulla qualità del risultato del lavoro di quei team e, per tanto, sulla qualità della vita dell'utente/paziente che usufruisce di prestazioni e servizi erogati dall'A.S.L. BL.

Per tale motivo, anche per il triennio 2026-2028 saranno previste attività formative atte a dare al personale le conoscenze e le competenze necessarie a migliorare la comunicazione con i pazienti/l'utenza e i familiari e la comunicazione organizzativa, il lavoro in team e a sostenere il benessere organizzativo.

Per il 2026 sono previste azioni formative sui seguenti aspetti:

Saper comunicare con i pazienti, l'utenza, i familiari. Sviluppo e potenziamento di competenze relazionali e tecniche finalizzate ad una buona gestione della comunicazione/interazione con pazienti, utenti e familiari nei vari contesti dell'intervento sanitario (ospedaliero, ambulatoriale e

⁴ Come previsto dalle Direttive del Ministro per la Pubblica Amministrazione "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" del 23 marzo 2023 e "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti" del 16 gennaio 2025 e dal Piano strategico per la valorizzazione e lo sviluppo del capitale umano della pubblica amministrazione "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese" adottato dal Ministro per la Pubblica Amministrazione il 10 gennaio 2022.

domiciliare) o dell'interazione di front office, al fine di offrire ascolto attivo, rafforzando la fiducia dell'utenza, e una comunicazione, discreta quando necessario, corretta e chiara.

Lavoro in team, comunicazione organizzativa e benessere organizzativo. L'esigenza di migliorare le competenze comunicative viene avvertita non solo nei confronti dei pazienti e dell'utenza, ma anche sul lato della comunicazione interna dove il bisogno formativo emerso per il 2026 è molto simile a quello degli anni precedenti ed è focalizzato soprattutto a migliorare il clima organizzativo e la comunicazione interprofessionale, attraverso l'individuazione e l'utilizzo di strumenti e modalità che aiutino le persone a lavorare in maniera più coesa, favorendo la diffusione della cultura del lavoro di gruppo e della collaborazione, fornendo ai partecipanti strumenti pratici e metodologie per riconoscere, monitorare e migliorare i fattori che incidono sul clima lavorativo, sulla motivazione e sulla soddisfazione professionale.

Sempre nell'ottica di rafforzare il benessere organizzativo, la S.S. Medicina del Lavoro propone delle azioni formative per promuovere la conoscenza dell'attività della Medicina del Lavoro stessa e migliorare il rapporto tra i lavoratori ed il servizio e per riuscire a raggiungere prima e più efficacemente i lavoratori in difficoltà, offrendo percorsi di supporto psicologico alle pratiche professionali per potenziare le capacità di risposta agli utenti e prevenire il burnout degli operatori.

Medical humanities. In riferimento ad una formazione che fa leva sulle esperienze vissute dai professionisti, si continuerà a promuovere la cultura dell'umanesimo della cura attraverso iniziative formative fondate su metodologie narrativo-esperienziali e sulle medical humanities. Tali iniziative formative potranno avere la forma di laboratori riflessivi, rivolti a professionisti sanitari e socio sanitari a stretto contatto con i pazienti, o ad operatori amministrativi e tecnici a contatto con l'utenza/cittadinanza.

Formazione per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nell'azienda sanitaria.

Nel triennio 2026-2028 si proseguirà con la formazione di base FAD della durata di 6 ore in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza rivolta a tutti i dipendenti: finora sono stati formati circa 1600 dipendenti. Ne rimangono da formare circa 400.

Come già nel 2023, 2024 e 2025⁵ anche per il triennio 2026-2028 si proseguirà la formazione su temi specifici e chiave relativi alla prevenzione della corruzione e trasparenza, rivolta a figure chiave del sistema di prevenzione (RUP e DEC, componenti del Gruppo di Supporto ai Responsabili della Prevenzione e della Trasparenza).

Per il 2026, la Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ha indicato quali bisogni formativi:

- Rafforzare le conoscenze soprattutto del **personale sanitario** in merito alla cultura della trasparenza e prevenzione della corruzione, attraverso una **formazione mirata al riconoscimento e alla gestione delle situazioni di rischio**.

⁵ Nel 2023 è stato realizzato il corso "I Responsabili Unici del Procedimento (RUP) dell'ASLBI - corso base" che si è svolto in 5 incontri tra febbraio e marzo 2023, per un totale di 20 ore di formazione: 19 iscritti e 19 formati.

Nel 2024 è stato realizzato il corso per i Direttori Esecuzione del Contratto (DEC) e per altre figure aziendali che partecipano a vario titolo alle diverse fasi delle procedure di gara. Il corso dal titolo "Multidisciplinarietà nelle procedure di gara nel settore sanitario. Verso un'integrazione delle professionalità" si è tenuto a febbraio 2024 in due edizioni, per un totale di 55 formati.

Nel 2025 è stata realizzata il corso in presenza "Mappatura dei rischi corruttivi e individuazione delle misure di prevenzione" dedicato al Gruppo di Supporto aziendale permanente per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (Deliberazione n. 63 del 20/02/2025), volto ad acquisire conoscenze e competenze sul fenomeno corruttivo e sulle modalità di realizzazione della mappatura dei processi, dell'analisi dei rischi corruttivi e dell'identificazione delle misure di prevenzione. Il corso, della durata di 6 ore, ha visto 30 iscritti e 28 formati, corrispondente alla grande maggioranza del Gruppo di supporto.

- **Formare i referenti anticorruzione individuati per ciascuna Struttura aziendale**, i quali collaborano con il proprio responsabile di Struttura nell'analisi dei rischi corruttivi, nel monitoraggio delle attività e nella proposta di interventi migliorativi, contribuendo alla realizzazione delle attività di prevenzione previste nel PIAO. La formazione per tali referenti si focalizzerà nella definizione dei loro compiti specifici, in relazione alle competenze individuali e alle funzioni della struttura di appartenenza, favorendo il coordinamento con la struttura di supporto al RPCT e l'omogeneità delle azioni di prevenzione a livello aziendale.

- **Formare i componenti del Gruppo di Supporto al Monitoraggio integrato del PIAO**. Le Linee guida ANAC prevedono che il PIAO sia sottoposto a un monitoraggio integrato di tutte le sue sezioni - valore pubblico, performance, prevenzione della corruzione e trasparenza, organizzazione e capitale umano, lavoro agile, pari opportunità, fabbisogno di personale e formazione. Tale monitoraggio deve basarsi su parametri e indicatori in grado di misurare non solo le attività e i processi delle aree a rischio, ma anche l'insieme delle attività aziendali finalizzate alla produzione di valore pubblico e al miglioramento delle performance. La formazione si propone di formare i componenti del Gruppo di Supporto affinché siano in grado di individuare e definire, in modo autonomo e collaborativo, le azioni da intraprendere e di costruire indicatori comuni per tutte le sezioni del PIAO, con l'obiettivo è rendere possibile la rilevazione integrata dei fattori di rischio, di valore pubblico e di performance, così da monitorare nel tempo l'evoluzione e l'efficacia delle azioni individuate.

Per il 2026 è previsto, inoltre, un corso in presenza dedicato ai componenti del Gruppo di Supporto aziendale permanente per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (Deliberazione n. 63 del 20/02/2025) focalizzato sul tema della **trasparenza** e condotto da un docente esperto che possa fornire indicazioni pratiche ed operative e della formazione sul tema dell'**antiriciclaggio**, realizzato in collaborazione con la Responsabile Antiriciclaggio ASLBI e rivolto sia alle figure chiave relative a tale tema.

Fino alla prima metà del 2026 è prevista la partecipazione del personale segnalato dai Responsabili/Direttori delle Strutture più interessate da tali temi al programma formativo su **Syllabus** intitolato "**La difesa dell'integrità pubblica: un pilastro del Governo Aperto**" che ha l'obiettivo di fornire ai partecipanti le conoscenze e le competenze necessarie per promuovere una solida cultura dell'integrità pubblica. I nominativi segnalati sono stati circa 80, comprensivi dei componenti del Gruppo di Supporto.

RISORSE INTERNE ED ESTERNE DISPONIBILI E/O 'ATTIVABILI' AI FINI DELLE STRATEGIE FORMATIVE.

Per quanto concerne le risorse interne ed esterne disponibili e/o attivabili ai fini delle strategie formative, è possibile distinguere tra risorse finanziarie e risorse umane.

Tali risorse sono programmate e attivate in un contesto di **Sistema Formativo Aziendale** di cui fanno parte i Direttori di Dipartimento, i Direttori/Responsabili di Struttura, i R.A.D. e i Coordinatori, insieme a tutti gli operatori dell'Azienda, a cui si aggiungono i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI).

Tutti questi attori e sottosistemi sono chiamati a partecipare attivamente alla vita del Sistema stesso, interfacciandosi con la **S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane** che viene ad assumere, nei confronti del Sistema stesso, un ruolo propulsivo, di coordinamento e facilitazione rispetto al suo funzionamento e a svolgere tutte le funzioni inerenti la progettazione, realizzazione e valutazione delle attività formative aziendali.

Per poter mantenere funzionante il Sistema Formativo Aziendale è necessario che la S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane continui a mantenere/manutenere le seguenti linee di azione e impegni per la Formazione Aziendale:

- *Mantenere il riconoscimento dell'Azienda come provider regionale ECM, garantendo qualità nella progettazione formativa, nella realizzazione ed erogazione delle iniziative formative e nella pianificazione e rendicontazione all'Ente Accreditante (Regione Piemonte).*

- *Operare efficacemente in contesti e con metodologie formative differenti, quali corsi residenziali in presenza, formazione sul campo, formazione a distanza, formazione blended, è un elemento indispensabile per la realizzazione di iniziative formative in grado di rispondere efficacemente alla molteplicità delle esigenze formative che provengono dalle diverse realtà aziendali.*

- *Potenziare le competenze e valorizzare le persone direttamente impegnate in ambito formativo mantenendo le competenze necessarie per operare efficacemente in contesti e con metodologie formative differenti dall'aula, organizzando iniziative formative per i docenti interni, i tutor didattici e il personale che si occupa direttamente della progettazione ed erogazione della formazione.*

- *Consolidare l'informazione sulle iniziative formative e sulle modalità per interfacciarsi correttamente con la S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane. Anche per il 2026 la S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane garantirà l'informazione concernente tempi, sedi, destinatari, ecc., delle iniziative formative programmate facendo ricorso:*

- al portale per la Formazione in Sanità della Regione Piemonte (<https://www.formazione-sanita-piemonte.it>) e all'informazione data al personale della possibilità di scaricare gratuitamente l'app del portale regionale "Formazione Sanità Piemonte" (<https://play.google.com/store/apps/details?id=it.nbsgroup.ecmapp.pm>);
- alla rete intranet aziendale;
- alla redazione e invio mensile di un notiziario con le novità e le attività formative e i progetti della Struttura, inviato a tutte le casella email aziendali e ad una mailing list di persone ed organizzazioni esterne interessate, nonché pubblicato sulla sezione dedicata alla Formazione del sito web aziendale (<https://aslbi.piemonte.it/formazione-e-sviluppo-risorse-umane/notiziario-formazione/>);
- alla pagina di FAQ - Frequently Asked Questions, all'interno della sezione dedicata alla Formazione del sito web aziendale, (<https://aslbi.piemonte.it/formazione-e-sviluppo-risorse-umane/faq-formazione/>).

- *Mantenere/potenziare corretti e funzionali rapporti di collaborazione con sponsor. L'Azienda, in riferimento alla realizzazione di proprie iniziative formative, accoglie proposte di sponsorizzazione da parte di soggetti privati e associazioni senza fini di lucro, tramite la stipula di appositi contratti, nel rispetto della normativa vigente in materia di sponsorizzazione.*

- *Rafforzare sinergie a livello regionale, con altre Aziende Sanitarie, Università, Fondazioni ed Enti svolgenti funzioni socio-assistenziali su specifici progetti formativi condivisi. Nel giugno 2024 è stata inoltre firmata la Convenzione per la Formazione Continua degli Assistenti sociali tra l'Ordine Assistenti Sociali Regione Piemonte (CROAS Piemonte) e l'Azienda Sanitaria Locale di Biella (ASL BI) che permetterà all'ASLBI di accreditare presso l'Ordine le iniziative formative rivolte alle Assistenti Sociali e permettere loro di acquisire i crediti formativi specifici per la loro professione.*

Risorse finanziarie interne.

In ASL BI il Piano Formativo proposto dalla S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane e deliberato annualmente, presenta una previsione di budget calibrato tenendo conto della ricognizione della domanda formativa per l'anno a seguire svolta tra tutti i Responsabili/Direttori di Struttura e i Coordinatori. Tale previsione di budget trova copertura nella Deliberazione annuale di assegnazione

budget finanziari provvisori per l'anno a seguire che, basandosi sulla storicizzazione della spesa, risulta sempre inferiore rispetto alla previsione indicata sul Piano Formativo.

Negli ultimi anni il budget assegnato si attesta sui 192.000€ totali, comprendenti i 30.000€ destinati a copertura dei costi aziendali relativi alle attività di docenza del corso di laurea in infermieristica. Il budget rimanente deve coprire tutte le spesa per l'organizzazione, l'erogazione (compresi i costi di docenza interna ed esterna, materiale didattico, etc.) e la gestione dei corsi collettivi aziendali in sede, nonché i costi delle attività di formazione individuale fuori sede, comprese le spese per la formazione in tema di sicurezza sul lavoro, in materia di emergenza ed urgenza.

Per l'anno 2026 il budget previsto per le attività formative (comprehensive delle iniziative formative organizzate in sede dall'ASLBI e delle spese relative all'invio del personale ASLBI ad iniziative fuori sede organizzate da enti terzi) è più alto rispetto al budget previsto nel Piano Formativo del 2025. Tale aumento è dovuto alle maggior previsione di spesa di €20.000 circa per le attività formative in tema di in tema di sicurezza, tutela della salute dei lavoratori e risk management previste per il 2026. Per i dettagli si rimanda all'apposita sezione del presente Piano.

Per migliorare il monitoraggio della spesa, nel 2025 è stata chiesta la creazione di una autorizzazione in cui differenziare i 30.000 € del budget che vengono annualmente destinati alle attività di docenza del corso di laurea in infermieristica.

Risorse finanziarie esterne.

Solo per alcuni progetti formativi o di formazione-intervento possono essere richiesti ed utilizzati fondi esterni attraverso la partecipazione a bandi di finanziamento di attori locali o nazionali (es. Fondazioni bancarie). Alcune iniziative formative aziendali (2 o 3 l'anno) sono sponsorizzate (es. case farmaceutiche), in questo caso l'iter per la sponsorizzazione segue gli appositi regolamenti aziendali e le norme vigenti. Alcune iniziative formative (1 o 2 l'anno) possono essere realizzate su mandato e con finanziamento regionale. Tale risorse esterne rappresentano una parte molto limitata delle risorse finanziarie necessarie per l'attività formativa in ASLBI. Sono difficilmente prevedibili in quanto legate alla partecipazione e vincita di bandi di finanziamento gestiti da attori esterni o alla disponibilità e partecipazione di sponsor agli appositi bandi ASLBI. Per quanto concerne le sponsorizzazioni relative alla partecipazione individuale dei dipendenti ed iniziative formative esterne, esse sono molto numerose.

Risorse umane interne ed esterne.

La S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane si appoggia su imprescindibili competenze andragogiche del proprio personale relative alla progettazione formativa, alla didattica e al tutoraggio formativo. A tal fine, il personale in questione ha sviluppato tali competenze sia attraverso la partecipazione a corsi specifici regionali e non, sia attraverso una pratica professionale e lavorativa che è stata sottoposta a costante supervisione da parte del Responsabile, comunque, condotta in maniera tale da configurarsi come formazione on the job (formazione Sul Campo). Tali competenze hanno consentito di mantenere apprezzabili livelli quali-quantitativi per quanto concerne la progettazione e l'erogazione delle iniziative formative aziendali. Tali competenze, oltre ad esprimersi nei contesti formativi d'aula, sono state altresì messe in campo nei nuovi scenari formativi emersi in particolare durante e a seguito della pandemia (progettazione, erogazione e conduzione di webinar e di formazione a distanza asincrona). Proprio per poter presidiare il mantenimento e la diffusione del know-how legato alla formazione a distanza, all'interno della Struttura è previsto un incarico di funzione in progettazione e gestione erogazione formazione a distanza.

Su questa base di know-how della Struttura Formazione è stato possibile sviluppare via via negli anni competenze ed expertise dei formatori interni diffusi nelle altre articolazioni organizzative dell'Azienda. Tali risorse, impegnate primariamente come esperti di contenuti professionali e specifici, hanno potuto in alcuni casi anche acquisire vere e proprie competenze didattico-metodologiche, adeguatamente supportati dagli operatori della Struttura Formazione. Da ciò ne deriva l'importanza di continuare a mantenere e sviluppare in tutto il personale in questione tali meta-competenze.

Per quanto concerne le risorse umane esterne, esse vengono ingaggiate solo se emerge come necessario e più vantaggioso in sede di progettazione formativa.

Risorse infrastrutturali per la formazione.

Per quanto concerne le risorse infrastrutturali per la formazione, l'ASLBI può contare su tre aule formative attrezzate (due da 25 posti e una da 50 posti) e di una sala convegni di circa 200 posti.

Nel 2023 è stato attrezzato uno spazio per la fruizione della Formazione A Distanza (FAD) con 2 postazioni FAD e una Sala permanente per l'addestramento/simulazione della rianimazione cardiopolmonare sul paziente adulto e pediatrico e altre necessità formative di addestramento.

MISURE VOLTE AD INCENTIVARE E FAVORIRE L'ACCESSO A PERCORSI DI ISTRUZIONE E QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE LAUREATO E NON LAUREATO (ES. POLITICHE DI PERMESSI PER IL DIRITTO ALLO STUDIO E DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO).

Le politiche di permessi per il diritto allo studio e per la formazione continua dell'ASLBI, sono quelle previste dalla normativa vigente e dai CCNL e prevedono la possibilità per i dipendenti di svolgere attività formativa in regime di permesso di aggiornamento obbligatorio o di aggiornamento facoltativo, sia per le attività formative organizzate direttamente dall'Azienda, sia per le attività formative organizzate da enti esterni⁶.

Oltre a tali regimi di aggiornamento, l'ASLBI prevede annualmente un bando per la concessione di permessi retribuiti per motivi di studio (150 ore) ai dipendenti del Comparto (sia a tempo

⁶ L'aggiornamento obbligatorio, finalizzato al continuo perfezionamento della formazione professionale, costituisce obbligo per il dipendente in quanto viene definito per iniziative formative che risultano essere strettamente connesse all'attività professionale svolta e dalle quali deriva una ricaduta diretta sulla Struttura/Servizio/Ufficio di appartenenza. Tali iniziative costituiscono, altresì, interesse dell'Azienda nel caso in cui siano strettamente correlate ai contenuti istituzionali e professionali specifici della stessa organizzazione e degli obiettivi aziendali.

L'aggiornamento obbligatorio è svolto in attività di servizio e comporta il riconoscimento di tutte le ore di durata dell'iniziativa e del tempo di viaggio, così come delle spese eventualmente sostenute. Viene preventivamente approvato dal Responsabile/Coordinatore di afferenza del richiedente e poi autorizzato dal Responsabile della S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane ASLBI. L'aggiornamento obbligatorio può essere riconosciuto a seguito di presentazione, da parte del dipendente, di specifica richiesta autorizzata dal suo Superiore Diretto e dal Direttore di Dipartimento, per tutte le iniziative formative extra aziendali previste nel Piano Formativo Aziendale o richieste da Programmi e Progetti Regionali.

L'aggiornamento facoltativo è richiesto per iniziative selezionate dal personale interessato in quanto utili alla propria più generale crescita professionale. Può essere richiesto per un massimo di 8 giornate all'anno, fruibili in permessi giornalieri o di mezza giornata lavorativa.

L'aggiornamento facoltativo è un permesso retribuito e non è svolto in orario di lavoro. Può essere riconosciuto a seguito di presentazione da parte del dipendente di specifica richiesta e prevede la partecipazione ad attività formative aziendali o extra aziendali in cui venga riconosciuta una pertinenza all'attività di servizio e al profilo professionale del dipendente. Oltre ai regimi di aggiornamento obbligatorio e facoltativo, i Dirigenti possono usufruire anche di 4 ore dell'orario di lavoro settimanale da destinare ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata etc.

I moduli per la richiesta di aggiornamento obbligatorio o facoltativo (senza oneri o con oneri) sono scaricabili dalla intranet aziendale, nella apposita sezione della S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane ASLBI.

indeterminato che determinato di durata non inferiore ai sei mesi continuativi) nel limite massimo del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato all'inizio di ogni anno, con arrotondamento all'unità superiore.

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

PRESENTAZIONE

La presente sezione descrive le modalità di monitoraggio delle diverse sezioni del PIAO, in conformità alle disposizioni normative vigenti. Accanto ai monitoraggi settoriali, al termine dell'anno di riferimento viene svolto un monitoraggio integrato finalizzato a verificare l'avanzamento e gli impatti attesi degli obiettivi di Valore Pubblico, tenendo conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili, nonché delle iniziative e dei progetti previsti dal Piano.

Tale approccio consente una lettura trasversale e unitaria delle azioni dell'amministrazione, superando una logica per singole aree o missioni settoriali. Il monitoraggio integrato rappresenta il presupposto essenziale del **Report integrato del PIAO**, alla cui elaborazione concorrono attivamente tutti i componenti del Gruppo di Lavoro.

Il Report integrato del PIAO, redatto al termine dell'anno di riferimento e fondato sui risultati della Relazione sulla performance e della Relazione del RPCT, rappresenta un vero e proprio motore di miglioramento gestionale e strategico. Esso consente all'amministrazione di rileggere i risultati conseguiti, riorientare obiettivi e risorse e rafforzare in modo progressivo ed efficace il sistema di performance.

Il Report svolge inoltre una funzione centrale di trasparenza e conoscibilità esterna, rendendo conto agli stakeholder interni ed esterni dei risultati raggiunti e degli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati.

MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE

Il monitoraggio delle *performance* è effettuato secondo quanto previsto dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del D.Lgs. 150/2009 e le metodologie di valutazione sono definite e aggiornate in un documento chiamato Si.Mi.Va.P. – Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance, che integra la performance organizzativa delle Strutture con quella individuale, valorizzando i diversi livelli di responsabilità e professionalità e supportando i processi di sviluppo manageriale.

Ogni anno sono individuati obiettivi specifici per le Strutture, misurati tramite indicatori di performance con pesi differenziati (percentuali fisse, indicatori dicotomici, relazioni e/o *range* percentuali). Durante l'esercizio sono previsti aggiornamenti periodici a partire dalla sottoscrizione delle Schede per Obiettivo (SpO) e verifiche formali con i Centri di responsabilità, sulla base dei dati elaborati dalla S.S. Controllo di Gestione.

La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi si articola su tre livelli:

- Aziendale
- Organizzativo
- Individuale

La gestione della performance organizzativa si avvale della Scheda per Obiettivi (SpO), nella quale sono declinati gli obiettivi assegnati alle Strutture, coerenti con le strategie della Direzione Strategica e con il processo di budgeting.

Il Si.Mi.Va.P. garantisce:

- definizione chiara degli obiettivi;
- trasparenza nelle modalità di formulazione;
- coerenza tra obiettivi, indicatori e target;
- conformità degli indicatori alla normativa vigente;
- rilevazione della performance secondo frequenze e modalità predefinite.

Il Sistema individua inoltre gli indicatori necessari per la misurazione, l'analisi degli scostamenti e l'attribuzione delle responsabilità.

I risultati ottenuti rispetto agli obiettivi programmati, organizzativi e individuali, nonché eventuali scostamenti, sono rendicontati nella Relazione annuale sulla performance, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, che redige la propria relazione annuale sulla performance organizzativa e aziendale, basata sul Si.Mi.Va.P..

Obiettivi di semplificazione

Gli obiettivi di semplificazione dell'ASL s'innestano in quelli previsti dal quadro sanitario regionale e relativi alla digitalizzazione dei servizi sanitari con la telemedicina, potenziamento della medicina territoriale con nuovi servizi (COT) che devono rendere più facile l'accesso alle prestazioni, armonizzare le procedure e riduzione delle liste d'attesa. Tali obiettivi avendo una valenza trasversale a più strutture avranno una rendicontazione complessiva con la verifica annuale di attuazione.

Obiettivi di digitalizzazione e di accessibilità degli strumenti informatici dell'amministrazione

Gli obiettivi di accessibilità digitale sono misure tecniche e organizzative che l'ASL definisce e che deve pubblicare entro il 31 marzo di ogni anno, al fine di garantire a tutti e in particolare alle persone con disabilità, l'accesso ai siti web, app e servizi digitali, eliminando barriere e discriminazioni. Le linee guida emanate dall'AgID, definiscono i requisiti per rendere siti web, app mobili e servizi digitali accessibili a tutti e basate su standard europei WCAG, che verificano tramite feedback e obiettivi annuali, l'effettiva accessibilità. La corrispondenza degli obiettivi dichiarati è relazionata ai fini della trasparenza sul sito aziendale dal Responsabile per la Transizione Digitale avvalendosi della Struttura dedicata ai Sistemi Informativi.

Obiettivi di pari opportunità ed equilibrio di genere

Le pubbliche amministrazioni, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. n. 165/2001, devono garantire pari opportunità e assenza di discriminazioni per genere, età, orientamento sessuale, razza, etnia, disabilità, religione o lingua, assicurando equità nell'accesso al lavoro, nel trattamento, nelle condizioni e nella sicurezza, nella formazione e nelle promozioni, promuovendo un ambiente di lavoro orientato al benessere organizzativo. In Azienda, il Comitato Unico di Garanzia (CUG), è incaricato di promuovere le pari opportunità, il benessere dei lavoratori e la prevenzione delle discriminazioni e del mobbing, fornisce consulenza su politiche e regolamenti aziendali e redige relazioni annuali sullo stato di attuazione delle iniziative a favore dell'equità e della qualità della vita lavorativa, individuando gli obiettivi da perseguire a questi fini predisponendo il Piano delle Azioni Positive (PAP).

MONITORAGGIO TRASPARENZA E RISCHI CORRUTTIVI

Il monitoraggio della sezione rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC. Nel presente piano è prevista una verifica annuale delle misure di prevenzione adottate a seguito dell'analisi del rischio dei processi aziendali. Sono inoltre previsti controlli intermedi, inclusi il rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi (L. 241/90) e gli audit propedeutici al monitoraggio finale. L'osservanza degli obblighi di pubblicazione è verificata annualmente dall'OIV per conto di ANAC, controllando tempi e qualità dei dati pubblicati. Gli ambiti descritti sono di competenza del Responsabile Prevenzione della Corruzione (RPC) e del Responsabile della Trasparenza (RT), che collaborano alla redazione della relazione annuale del RPCT.

MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Premesso che per la sezione *Organizzazione e capitale umano*, la coerenza con gli obiettivi di performance è verificata ogni tre anni dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 150/2009, in conformità all'art. 147 del D.Lgs. 267/2000, il monitoraggio complessivo si concentra sul rispetto della spesa per il personale e sull'applicazione del regolamento

sul lavoro agile. Questi obiettivi, che permettono di conciliare la gestione della propria vita con il lavoro, incidendo su una maggiore produttività e migliorando il benessere organizzativo e inclusione dei lavoratori, sono definiti dal piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e declinato attraverso la diffusione dello smart working in azienda laddove possibile. I risultati della programmazione e diffusione del lavoro agile divengono oggetto della relazione annuale di attuazione

DATI AGENAS RELATIVI ALL'ANNO 2024: PERFORMANCE E RISULTATI DI SALUTE

PERFORMANCE

Nel mese di novembre 2025 è stato pubblicato da parte di Agenas, organo tecnico a supporto del Ministero della Salute, l'aggiornamento dei dati relativi alle performance delle Aziende Sanitarie. I dati sono riferiti all'anno 2024 e per quanto riguarda l'ASL di Biella mettono in luce risultati sopra la media con valori "alti" e "molto alti" per assistenza distrettuale, ossia le cure territoriali, ma anche per la capacità di offerta di prestazioni specialistiche, oltre che nell'ambito della prevenzione e della sostenibilità economico patrimoniale, posizionando l'Azienda Sanitaria biellese, in buona parte degli indicatori considerati, nelle parte alta della classifica sia regionale che in quella nazionale per aziende riferite a bacini di popolazione inferiori a 250mila abitanti; per approfondimenti è possibile consultare: <https://aslbi.piemonte.it/performance-sanitarie-2024-asl-bi-ai-vertici-del-piemonte/>

RISULTATI DI SALUTE (PNE)

A inizio dicembre del 2025, l'organo tecnico del Ministero della Salute, Agenas, ha reso pubblici i dati relativi ai risultati di salute realizzati nel 2024 dagli Ospedali pubblici e privati italiani.

Sette sono le Aree Cliniche oggetto di valutazione, nel cui ambito l'Ospedale di Biella ha ottenuto i seguenti risultati:

- Cardiocircolatorio, livello di aderenza a standard di qualità: ALTO;
- Nervoso, livello di aderenza a standard di qualità: ALTO;
- Respiratorio, livello di aderenza a standard di qualità: MEDIO;
- Chirurgia generale, livello di aderenza a standard di qualità: MOLTO ALTO;
- Chirurgia Oncologica, livello di aderenza a standard di qualità: ALTO;
- Gravidanza e Parto, livello di aderenza a standard di qualità: ALTO;
- Osteomuscolare, livello di aderenza a standard di qualità: MOLTO ALTO;

per approfondimenti è possibile consultare: <https://aslbi.piemonte.it/ospedale-di-biella-eccellenza-sanitaria-agenas/>

MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ PERCEPITA

Tra i compiti istituzionali dell'Ufficio Comunicazione e URP stabiliti dalla normativa e previsti dall'accreditamento regionale vi è anche la rilevazione della qualità percepita da parte dei cittadini (Customer Satisfaction) nell'ottica del miglioramento del prodotto/servizio offerto.

Il questionario soddisfazione è reso disponibile nelle principali strutture erogative sanitarie (reparti di degenza e ambulatori per le prestazioni specialistiche e strumentali, distretti e dipartimento di prevenzione).

La tabella seguente mostra il numero di questionari compilati suddivisi per area e anno di riferimento. I questionari dell'area "Degenze" sono compilati in formato cartaceo, quelli dell'area "Ambulatori" sono compilati e acquisiti in formato digitale, prevalentemente tramite totem collocati nelle sedi territoriali ed ospedaliere.

RILEVAZIONE QUALITÀ PERCEPITA ASL BI N. questionari compilati dai cittadini nelle aree ambulatoriali e nelle degenze Trend 2021-2024				
	2021	2022	2023	2024
Degenze	2.531	4.513	7.811	5.897
Ambulatori	3.607	3.370	5.750	6.759
TOTALE	6.138	7.883	13.561	12.646

Per quanto riguarda le Degenze si riporta qui di seguito il confronto tra gli anni dal 2021 al 2024 in riferimento ai fattori di qualità di seguito riportati, prendendo in considerazione il riscontro dato dai cittadini che hanno selezionato le risposte "abbastanza" e "molto" soddisfatti:

QUESTIONARI DEGENZE Percentuale complessiva delle valutazioni "abbastanza" e "molto" soddisfatti Trend 2021-2024				
	2021	2022	2023	2024
Privacy	91,3%	99,4%	99,2%	99,3%
Intimità e pudore	92,7%	99%	98,9%	98,9%
Risposte chiare ed esaurienti	93,2%	98,6%	98,3%	98%
Qualità alimenti	84,5%	91,7%	92,6%	92,5%
Pulizia bagni	91,4%	94%	95,9%	95,3%
Soddisfazione cure	94,8%	99,1%	99,1%	99,1%

In riferimento all'area di degenza, si indica qui di seguito la percentuale dei cittadini che nel 2024 hanno espresso un grado di soddisfazione tra "abbastanza" e "molto", declinandolo sulle diverse figure professionali e sui fattori di qualità di seguito riportati:

Medici

- Professionalità 92%
- Linguaggio comprensibile 91%
- Capacità di tranquillizzare 91%
- Educazione, gentilezza e disponibilità 94%

Infermieri

- Professionalità 94%
- Linguaggio comprensibile 94%
- Capacità di tranquillizzare 94%
- Educazione, gentilezza e disponibilità 96%

OSS – Operatori Socio Sanitari

- Professionalità 92,8%
- Disponibilità all'ascolto 93%
- Capacità di tranquillizzare 92,7%
- Educazione, gentilezza e disponibilità 95%

Sempre sul 2024 sono state altresì elaborate le restituzioni relative alla soddisfazione degli utenti su specifici servizi, per i quali le risposte tra “abbastanza” e “molto” hanno registrato questi valori complessivi:

QUESTIONARI AMBULATORIALI Percentuale complessiva delle valutazioni “abbastanza” e “molto” soddisfatti Anno 2024	
Area ambulatoriale	2024
Radiologia, Medicina Nucleare e Radioterapia	75%
Ambulatori specialistici (Piastra A, B e D)	67,6%
Diabetologia e Endocrinologia	63,2%
Medicina Riabilitativa	78,8%
Ginecologia	56,1%
Farmacia ospedaliera	80,4%
Prericoveri	69,7%
Dipartimento di Prevenzione	72,1%

Dal 2022 è presente sul sito aziendale anche una versione del questionario online, consultabile al seguente link: <https://aslbi.piemonte.it/la-tua-opinione/>

MONITORAGGIO FORMAZIONE

La programmazione formativa presentata nel novero del PIAO non esaurisce l'offerta formativa annuale dell'A.S.L. BI che viene illustrata nel dettaglio nel Piano Formativo aziendale, deliberato entro la fine di febbraio di ogni anno e a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti.

Per quanto riguarda la rendicontazione, l'A.S.L. BI, in quanto Provider ECM Regione Piemonte, redige una relazione finale annuale che viene elaborata a partire dai dati dell'attività formativa erogata presenti sul portale regionale www.formazioneasanitapiemonte.it e accompagnata dalle osservazioni del Comitato Scientifico Aziendale ECM. Una volta validata dal Comitato, la relazione viene caricata sul portale regionale e rimane a disposizione dell'Ente accreditante (Regione Piemonte). La relazione viene inoltre pubblicata sulla sezione “Formazione e Sviluppo Risorse Umane” del sito web aziendale <https://aslbi.piemonte.it/formazione-e-sviluppo-risorse-umane/documenti-e-report-formazione>. La responsabilità del processo di monitoraggio e controllo è attribuita alla S.S. Formazione e Sviluppo Risorse Umane.

STATO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede investimenti pari a 191,5 miliardi di euro, integrati da ulteriori 30,6 miliardi del Piano Nazionale Complementare (PNC), istituito dall'Italia per sostenere progetti strategici non pienamente rientranti nei criteri della Next Generation EU.

La Missione 6 – Salute, dedicata al Servizio Sanitario Nazionale, mira a rafforzare la prevenzione e l'assistenza territoriale, integrare servizi sanitari e sociali, rinnovare le tecnologie sanitarie, potenziare il Fascicolo Sanitario Elettronico, sviluppare la telemedicina e sostenere le competenze tecniche, digitali e manageriali del personale, oltre alla ricerca biomedica e sanitaria.

Gli interventi sono coordinati dal Ministero della Salute e attuati dalla Regione Piemonte, che ripartisce le risorse tra le Aziende Sanitarie Regionali in qualità di soggetti attuatori.

Le procedure PNRR dell'Azienda sono gestite tramite l'applicativo digitale REGIS e descritte in una sezione dedicata del portale Amministrazione Trasparente, che rende pubblico lo stato di avanzamento dei seguenti interventi:

- Ospedale di Comunità di Biella e Case della Comunità di Biella, Cossato e Valdilana
- Centrali Operative Territoriali di Biella e Cossato
- Grandi tecnologie ospedaliere (gamma camera e angiografo cardiologico)
- Adeguamento tecnologico del Fascicolo Sanitario Elettronico
- Implementazione del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Adeguamento antisismico

Attraverso le risorse del PNC, l'Azienda ha inoltre programmato interventi di riqualificazione energetica di sedi territoriali (sede del Dipartimento di Prevenzione in Biella).

La gestione operativa delle misure PNRR è affidata alla SC Tecnico.

Tabella di relazione tra le Macro aree strategiche, gli obiettivi definiti, le azioni previste e il Valore Pubblico generato

MACRO Area strategica	OBIETTIVI ASL BI	AZIONI	VALORE PUBBLICO
SVILUPPO, INNOVAZIONE, PERSONALE	Attuazione misure PNRR	Realizzazione Case della comunità (hub e spoke) (2026) Ospedale di Comunità	VP 1 - sviluppo e potenziamento del servizio territoriale (40.000/50.000 ab) VP 2 – riqualificazione urbanistica dei fabbricati VP 3 – accessibilità e prossimità dei servizi
SVILUPPO, INNOVAZIONE, PERSONALE	Acquisto di Grandi tecnologie e costituzione di reparti sanitari a valenza universitaria	Sala ibrida: ambiente chirurgico ad alta tecnologia che integra apparecchiature di imaging diagnostico (come TAC o risonanza magnetica) con un tavolo operatorio multifunzionale, consentendo di svolgere in modo integrato procedure chirurgiche e interventi diagnostici o mininvasivi PET (Tomografia ad Emissione di Positroni) tecnica diagnostica di medicina nucleare che impiega un radiofarmaco somministrato per via endovenosa per ottenere immagini metaboliche dell'organismo	VP 4 – prossimità di cura specialistica alla residenzialità dell'utente VP 5 – connessione Ospedale – Territorio – Università VP 6 – bilancio sociale, mobilità sostenibile, risparmi energetici
SVILUPPO, INNOVAZIONE, PERSONALE	Digitalizzazione Ospedale Territorio	FSE, PUA (punto Unico di Accesso) sanitario, socio sanitario e servizi sociali (Legge di bilancio 234/2021 e DM 77/2022) – Radiologia a domicilio (diagnostica radiologica ad alcune categorie di pazienti particolarmente fragili o non trasportabili, partendo da quelli residenti in RSA)	VP 7 – servizi di prossimità allo studio del MMG (CdC spoke) VP 8 – integrazione sanitaria, socio sanitaria e servizi sociali VP 9 – sviluppo alfabetizzazione digitale dei professionisti del SSN VP 10 – incremento formazione e competenze VP 11 – ottimizzazione dei processi organizzativi
SVILUPPO, INNOVAZIONE, PERSONALE	Gestione liste e recupero tempi di attesa	Prestazioni aggiuntive e PRAL (piano prestazioni recupero attività in liste di attesa)	VP 12 - recuperare i ritardi accumulati VP 13 – garantire equità territoriale e sociale, assicurando l'accesso universale ai servizi pubblici e riducendo la necessità per il cittadino di rivolgersi al settore privato a pagamento VP 14 - migliorare la qualità percepita dai cittadini
SVILUPPO, INNOVAZIONE, PERSONALE	Valorizzazione del personale	Promuovere e capitalizzare le competenze acquisite attraverso formazione specialistica, incarichi specifici e di elevata qualificazione basati sul merito.	VP 15 - qualità e professionalità dei servizi VP 16 - merito e motivazione del personale VP 17 - innovazione e sviluppo sostenibile del sistema (Promuovere e capitalizzare le competenze incoraggia aggiornamento continuo e crescita professionale) VP 18 – aumentare la fiducia del cittadino verso una pubblica amministrazione efficiente
RICERCA, FORMAZIONE, UNIVERSITA'	Sperimentazioni e ricerca clinica	Progetti di ricerca e sperimentazione clinica	VP 19 - potenziamento del presidio ospedaliero nella rete di ricerca nazionale VP 20 – favorire lo sviluppo rapporti e connessione Ospedale/Università VP 21 – ospedale quale centro congressi VP 22 – rete con il territorio
RICERCA, FORMAZIONE, UNIVERSITA'	Formazione	Corsi specialistici di alta formazione	VP 23 – sviluppo competenze e valorizzazione professionalità interne
RICERCA, FORMAZIONE, UNIVERSITA'	Università	Convenzioni con UNIPO, UNITO e UniGe (Università Genova)	VP 24 – sviluppare rapporti con UNIPO, UNITO e UniGe (Università di Genova) VP 25 – accoglienza Erasmus in formazione clinica VP 26 – sviluppo specialità cliniche
SOSTENIBILITA', WELFARE e PARI OPPORTUNITA', ETS	Mobilità sostenibile	Mobility Manager - Programmi di mobilità sostenibile – piano spostamento casa lavoro (carpooling/locker/mobilità ciclabile)	VP 27 – sviluppo della mobilità sostenibile dei dipendenti, benessere organizzativo e conciliazione tempo casa lavoro VP 28 – sviluppo rete con il territorio (Istituzioni, ETS, Fondazioni, imprese), partecipazione a bandi e connessione al welfare aziendale
SOSTENIBILITA', WELFARE e PARI OPPORTUNITA', ETS	Valorizzazione ed ottimizzazione degli ambienti di cura	Facility Manager - Professionalità di riferimento e coordinamento con Direzione Strategica, DSP, DIPSA, Distretto	VP 29 – miglioramento qualità della vita ospedaliera e percepita sul territorio (CdC) VP 30 figura di riferimento impegnata nell'umanizzazione dei rapporti e nella costruzione di relazioni di fiducia
SOSTENIBILITA', WELFARE e PARI OPPORTUNITA', ETS	Welfare aziendale	Asilo nido e palestra aziendale	VP 31 – conciliazione tempo casa lavoro e favorire la gestione familiare nei congedi parentali VP 32 - benessere organizzativo dei dipendenti/fidelizzazione VP 33 – favorisce la mobilità sostenibile

Tabella di relazione tra le Macro aree strategiche, gli obiettivi definiti, le azioni previste e il Valore Pubblico generato

MACRO Area strategica	OBIETTIVI ASL BI	AZIONI	VALORE PUBBLICO
SOSTENIBILITA', WELFARE e PARI OPPORTUNITA', ETS	Pari opportunità	promozione della conciliazione vita lavoro prosecuzione dello sportello di ascolto per i dipendenti curare la formazione e l'aggiornamento dei compoenti CUG con corsi di formazione professionale allo sviluppo della cultura di genere e alla luce delle nuove evidenze scientifiche	VP 34 - promozione della sostenibilità sociale e ambientale VP 35 - miglior equilibrio vita lavoro VP 36 - prevenzione del disagio lavorativo VP 37 - valorizzazione del benessere psico-sociale e della salute organizzativa VP 38 - rafforzamento delle competenze e cultura della parità, inclusione e rispetto VP 39 - sviluppo di una PA equa, competente, innovativa capace di gestire i servizi migliori attraverso la valorizzazione delle persone che vi lavorano
SOSTENIBILITA', WELFARE e PARI OPPORTUNITA', ETS	Umanizzazione della Sanità	Sviluppare i rapporti con ETS, Fondazioni, Associazioni volontari del territorio – convenzione parternship - collaborazione con la Regione e l'associazione biellese RSA e RA	VP 40 – sviluppo fiducia e rapporti territorio/ospedale VP 41 – partecipazione diretta e impegnata della popolazione nel volontariato VP 42 – umanizzazione e le relazioni con ETS VP 43 - migliora la qualità dell'esperienza del paziente e dei famigliari VP 44 - progetti di cofinanziamento con le Fondazioni
TERRITORIO	Assistenza domiciliare dei pazienti	Attivazione delle COT (Centrali Territoriali Operative), CdC e OdC - dotazione mezzi tecnologici di controllo remoto dei dispositivi di telemedicina forniti ai pazienti - scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura e presa in carico della persona - punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione alla cura che per la sua attuazione - punto di riferimento in caso di ulteriori necessità assistenziali dei pazienti	VP 45- accessibilità e prossimità dei servizi sanitari VP 46 - Innovazione digitale e telemedicina VP 47 - continuità e integrazione assistenziale VP 48 – Sostenibilità del SSN
TERRITORIO	Medicina di prossimità	Servizi sanitari nei comuni del territorio dell'ASL BI, svolti con la campagna di prevenzione itinerante (camper). Servizi offerti ai cittadini tramite Infermiere IFeC 1) rilevazione dei parametri vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno 2) Informazioni sui servizi dell'ASL di Biella e sulle modalità di accesso 3) Sensibilizzazione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale 4)Promozione di corretti stili di vita 5) Prevenzione degli incidenti domestici 6) Screening per la prevenzione delle epatopatie attraverso elastografia epatica 7) Educazione sanitaria al paziente e al caregiver 8) Supporto all'autogestione della terapia farmacologica 9) Informazioni sul Fascicolo Sanitario Elettronico	VP 49 - accessibilità e prossimità dei servizi sanitari VP 50 - prevenzione e promozione della salute VP 51 - partecipazione del cittadino VP 52 - integrazione socio-sanitaria e prossimità relazionale VP 53 - efficienza e sostenibilità del sistema sanitario (Riduzione di accessi impropri al pronto soccorso e promozione di interventi precoci)
TERRITORIO	Infermiere di Famiglia e Comunità IFeC (PNRR e DM 77/2022). Potenziare l'assistenza territoriale.	Valorizzazione del ruolo degli IFeC attualmente presenti in ASL BI (di cui 28 sono Infermieri che hanno conseguito il Master di I livello in Infermieristica di Famiglia e Comunità e altrettanti 28 sono Infermieri che hanno conseguito un corso di Perfezionamento regionale in Infermieristica di Famiglia e Comunità).	VP 54 - assistenza e presa in carico a domicilio VP 55- coordinamento e integrazione con altri servizi VP 56 - educazione sanitaria e promozione della salute VP 57 - gestione della comunità e salute di popolazione
TERRITORIO	Potenziamento dei Distretti	Avvio Case della comunità (hub e spoke) (2026) e Ospedale di Comunità. Funzione di coordinamento tra i professionisti presenti sul territorio (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, IFEC, PUA, assistenti sociali).	VP 58 - migliorare l'accessibilità e la prossimità dei servizi sanitari e sociosanitari VP 59 - rafforzare l'integrazione e il coordinamento tra i professionisti e i servizi VP 60 - promuovere la presa in carico personalizzata e centrata sulla persona, e gestione dei rapporti tra la famiglia e Cargiver VP 61 – migliorare la mobilità degli utenti e famigliari
TERRITORIO	Telemedicina	Implementazione servizi CdC (2026) – televisita, teleconsulto, telerefertazione - implementazione strumentazione tecnologica COT	VP 62 – sviluppo competenze e valorizzazione professionalità interne VP 63 – agevolare mobilità di prossimità dell'utenza VP 64 – sviluppo rete digitale del territorio VP 65 – sviluppo rapporti rete ETS, Fondazioni, Ass. volontariato, territorio, servizi sociali

Tabella di relazione tra le Macro aree strategiche, gli obiettivi definiti, le azioni previste e il Valore Pubblico generato

MACRO Area strategica	OBIETTIVI ASL BI	AZIONI	VALORE PUBBLICO
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA	E Gestione delle risorse pubbliche e implementazione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza	Rafforzamento del sistema di prevenzione corruzione aziendale – partecipazione al Forum Integrità in Sanità – coordinamento con Transparency International - Trasparenza della gestione aziendale - Audit e controlli di secondo livello nell'attuazione delle misure PNRR - aggiornamento mappatura dei processi - gruppo di supporto	VP 66 - potenziamento dei presidi anticorrittivi VP 67 – incremento della fiducia del cittadino/utente
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA	E Alta professionalità - Formazione specialistica	Corsi specialistici di alta formazione (anticorruzione, trasparenza, antiriciclaggio) per i referenti e staff Gruppo di Supporto	VP 68 – sviluppo competenze e valorizzazione professionalità interne VP 69 – sviluppo dell'etica e senso di appartenenza dei dipendenti VP 70 – promozione della cultura di legalità sul territorio
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA	E Contrasto al riciclaggio di denaro e coordinamento strutturato tra le funzioni anticorruzione e antiriciclaggio per garantire controlli efficaci e integrazione operativa	Rafforzare le procedure di controllo interno per intercettare tempestivamente operazioni anomale - Implementare e aggiornare sistemi di "alert" basati su indicatori di anomalia - formazione specialistica del personale dedicato al monitoraggio di operazioni sospette	VP 71 - maggiore tutela della legalità (riduzione dei danni finanziari e reputazionali all'Ente) VP 72 - protezione dell'integrità dell'ente VP 73 - rafforzamento della trasparenza e della fiducia dei cittadini
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA	E Sistemi di controllo e procedure di audit interni	Progettazione di indicatori di rischio specifici	VP 74 - miglioramento della qualità e efficacia dei processi
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA	E Analisi dei rischi	Predisposizione progressiva della mappatura unica e integrata dei processi	VP 75 - coerenza tra prevenzione della corruzione, gestione dei processi e performance
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA	E Integrità e trasparenza	Implementazione progressiva di un applicativo digitale Percorsi formativi specifici sulla trasparenza e qualità dei dati	VP 76 - aumenta la qualità dei controlli e del monitoraggio VP 77 - aumenta la qualità e affidabilità dei dati pubblicati e supporta il funzionamento del sistema di anticorruzione
ANTICORRUZIONE TRASPARENZA	E Tavoli di lavoro tematici anticorruzione e trasparenza e partecipazione condivisa con gli stakeholder	Promuovere la rete anticorruzione regionale tramite RPCT Regione Piemonte – partecipazione attiva degli stakeholder – giornata della trasparenza - Gruppo di Supporto Permanente	VP 78 – sviluppa una rete di coordinamento regionale di anticorruzione avvalendosi del supporto organizzativo, delle competenze, delle risorse e della struttura regionale in materia di prevenzione della corruzione VP 79 - Promuovere la fiducia dei cittadini nella trasparenza e nell'efficacia della gestione aziendale e della spesa pubblica VP 80 - Cittadini più coinvolti, aumento della legittimazione sociale dell'azienda sanitaria, riduzione percezione di corruzione VP 81 - garantendo comportamenti efici dei dipendenti, si riducono le pratiche scorrette e corruzione, ed aumenta la fiducia nel sistema sanitario pubblico

Obiettivi di valore pubblico

In tabella sono illustrati come gli obiettivi di valore pubblico individuati per macro area strategica sono misurati con specifici indicatori

Macro Area Strategica	Obiettivi di Valore Pubblico	Indicatori BES Coerenti	SDG Agenda 2030 Correlati	descrizione	unità di misura	fonte
Sviluppo, Innovazione, Personale	Accessibilità e prossimità dei servizi territoriali (Case e Ospedali di Comunità)	Accessibilità ai servizi sanitari	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 10 – Ridurre le disuguaglianze; SDG 11 – Città e comunità sostenibili	valuta la fruibilità dei servizi sanitari a livello periferico	Punteggio medio su scala 1–10 delle dimensioni: accesso, tempi, cortesia, chiarezza, comfort	Indagini aziendali
		Qualità dei servizi pubblici locali	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 10 – Ridurre le disuguaglianze; SDG 11 – Città e comunità sostenibili	misura l'efficienza dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali sul territorio	% utenti informati correttamente su tempi e procedure	Customer satisfaction
Sviluppo, Innovazione, Personale	Innovazione tecnologica e digitalizzazione dei processi sanitari	Innovazione e ricerca	SDG 9 – Industria, innovazione e infrastrutture; SDG 16 – Istituzioni solide	misura il grado di digitalizzazione del percorso clinico	% dei servizi sanitari digitalizzati (cartelle cliniche, FSE)	reportistica interna
		Accesso ai servizi digitali	SDG 9 – Industria, innovazione e infrastrutture; SDG 16 – Istituzioni solide	misura il livello di interoperabilità dei sistemi informatici sanitari	% di servizi sanitari accessibili digitalmente (es. prenotazioni online, referti digitali)	Portale FSE
Sviluppo, Innovazione, Personale	Riduzione delle liste d'attesa e miglioramento qualità percepita	Servizi sanitari efficienti	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 10 – Ridurre le disuguaglianze	valuta il recupero e la risposta attesa	Tempo medio di attesa (giorni) per prestazioni priorità D	Controllo di Gestione aziendale
		Soddisfazione per i servizi	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 10 – Ridurre le disuguaglianze	misura il livello di soddisfazione dell'utenza	% utenti soddisfatti dei servizi ricevuti	Sondaggi aziendali (URP Comunicazione)
Sviluppo, Innovazione, Personale	Valorizzazione e motivazione del personale sanitario	Qualità del lavoro	SDG 8 – Lavoro dignitoso e crescita economica; SDG 4 – Istruzione di qualità	misura il grado di soddisfazione del dipendente	% dei lavoratori che ritiene il proprio contributo lavorativo riconosciuto	Indagine benessere
		Benessere organizzativo	SDG 8 – Lavoro dignitoso e crescita economica; SDG 4 – Istruzione di qualità	misura il turnover	tasso di permanenza media del personale	struttura del Personale
Ricerca, Formazione, Università	Sperimentazione clinica e collaborazione universitaria	Innovazione e ricerca	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 4 – Istruzione di qualità; SDG 9 – Innovazione e infrastrutture	misura il livello della ricerca in Azienda	numero di personale coinvolto in progetti di ricerca e sperimentazione clinica N. pubblicazioni o lavori scientifici prodotti da personale ASL	struttura Direzione Sanitaria di Presidio
		Istruzione e formazione permanente	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 4 – Istruzione di qualità; SDG 9 – Innovazione e infrastrutture	rappresenta la capacità dell'ASL di promuovere e sostenere l'aggiornamento continuo, la ricerca e la collaborazione universitaria come leve per innovazione, qualità della cura e crescita professionale.	Numero di convenzioni attive con Università o enti di ricerca	Formazione
Ricerca, Formazione, Università	Valorizzazione competenze e formazione specialistica	Istruzione e formazione	SDG 4 – Istruzione di qualità; SDG 8 – Lavoro dignitoso	misura quanto l'ASL investe nella valorizzazione professionale del proprio personale attraverso formazione specialistica	% personale che partecipa a corsi di formazione specialistica e/o master, laurea specialistica o corsi di perfezionamento	Formazione
		Capitale umano	SDG 4 – Istruzione di qualità; SDG 8 – Lavoro dignitoso	misura il livello della formazione universitaria (tirocinanti e medici specializzandi)	Numero di studenti, medici specializzandi o tirocinanti accolti e discipline specialistiche	Formazione
Sostenibilità, Welfare, Pari Opportunità, ETS	Mobilità sostenibile dei dipendenti e welfare aziendale	Qualità dell'ambiente urbano	SDG 11 – Città sostenibili; SDG 13 – Lotta al cambiamento climatico; SDG 8 – Lavoro dignitoso	permette di monitorare le azioni individuate nel piano di spostamento casa lavoro (PSCL) dell'ASL	% dipendenti che utilizzano mezzi sostenibili (carpooling, bici, bus, treno) numero di rastrelliere bici / colonnine ricarica / locker installati % dipendenti partecipanti a progetti ambientali aziendali	Mobility Manager
		Conciliazione tempi di vita	SDG 11 – Città sostenibili; SDG 13 – Lotta al cambiamento climatico; SDG 8 – Lavoro dignitoso	permette di descrivere come le esigenze di vita si coniugano in forma efficace con le richieste di lavoro	numero di iniziative di welfare attive (nido aziendale, palestra, convenzioni) % dipendenti che usufruiscono di orari flessibili o lavoro agile	Personale e reportistica interna
Sostenibilità, Welfare, Pari Opportunità, ETS	Valorizzazione ed ottimizzazione degli ambienti di cura	Soddisfazione per la qualità dei servizi sanitari	SDG 3 - Salute e benessere; SDG 9 - Imprese, innovazione e infrastrutture; SDG 12 - Consumo e produzione responsabile	misura il livello della qualità percepita dei servizi sanitari dall'utenza	Indice di comfort (luce, temperatura, rumore) rilevato da questionari	Facility Manager
		Accessibilità e sicurezza delle strutture sanitarie	SDG 3 - Salute e benessere; SDG 9 - Imprese, innovazione e infrastrutture; SDG 12 - Consumo e produzione responsabile	Ambienti confortevoli e accoglienti migliorano il benessere psicologico di utenti e operatori	% soddisfatti per ambienti di cura (da survey)	Facility Manager
Sostenibilità, Welfare, Pari Opportunità, ETS	Pari opportunità e inclusione lavorativa	Parità di genere; Benessere soggettivo; Fiducia nelle istituzioni	SDG 5 – Uguaglianza di genere; SDG 8 – Lavoro dignitoso; SDG 10 – Ridurre le disuguaglianze	l'indicatore permette di misurare la partecipazione al mercato del lavoro, retribuzioni, accesso ai ruoli decisionali, istruzione e formazione, equilibrio vita-lavoro, e conciliaione dei carichi familiari	% donne in posizioni apicali (direttori, primari, coordinatori) - reportistica	Comitato Unico di Garanzia

Obiettivi di valore pubblico

In tabella sono illustrati come gli obiettivi di valore pubblico individuati per macro area strategica sono misurati con specifici indicatori

Macro Area Strategica	Obiettivi di Valore Pubblico	Indicatori BES Coerenti	SDG Agenda 2030 Correlati	descrizione	unità di misura	fonte
Sostenibilità, Welfare, Pari Opportunità, ETS	Umanizzazione e relazioni con ETS e Fondazioni, RSA	Salute e partecipazione civica e volontariato	SDG 11 – Comunità sostenibili; SDG 17 – Partnership per gli obiettivi	Riflette la qualità del servizio erogato, l'Umanizzazione e la presenza di ETS/volontari influiscono in modo diretto su accoglienza, ascolto, cura della persona, accompagnamento nei percorsi.	% pazienti che valutano positivamente l'accoglienza/umanizzazione e che riferiscono miglior supporto grazie ai volontari/ETS	Customer satisfaction
		Relazioni sociali		Misura il livello di coinvolgimento della comunità nelle attività sociali - E' la capacità dell'Azienda di coinvolgere ETS, Fondazioni Volontariato	numero di progetti attivati in corso dell'anno % di utenti che valutano positivamente la partnership	Affari Generali Customer satisfaction
Territorio	Assistenza domiciliare	Accessibilità dei Servizi di cura sul territorio	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 11 – Comunità sostenibili	misura il livello di implementazione strumentale e dell'assistenza in remoto delle strutture CDC, ODC e COT	% pazienti che ricevono monitoraggio remoto continuativo	Sistema informativo regionale
	Medicina di prossimità	Servizi pubbllici e Salute		misura se i pazienti percepiscono un miglioramento nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali,se siano diminuite le difficoltà nel contattare, raggiungere e utilizzare i servizi grazie alle azioni dell'Azienda (CDC, PUA, COT, telemedicina, assistenza domiciliare, supporto ai caregiver, Camper).	% pazienti che dichiarano minori difficoltà di accesso ai servizi sanitari, socio sanitari e sociali	rilevazione da questionari
	Continuità e integrazione assistenziale	Coesione sociale		misura l'efficacia delle COT nel supportare i caregiver attraverso interventi formativi volti a potenziare le competenze nella cura e nell'accompagnamento domiciliare dei pazienti	N. interventi di formazione caregiver attivati dalla COT	Distretto e COT
Territorio	Infermiere di Famiglia e Comunità	Assistenza alla persona	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 4 – Istruzione di qualità; SDG 10 – Ridurre le disuguaglianze	misura la qualità percepita dell'assistenza territoriale e domiciliare fornita dagli IFeC, nonché la riduzione delle difficoltà di accesso ai servizi territoriali, con particolare beneficio per pazienti cronici e fragili.	Questionario su benessere percepito dai pazienti e caregiver	Customer satisfaction
		Educazione alla salute	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 4 – Istruzione di qualità; SDG 10 – Ridurre le disuguaglianze	l'IFeC non solo educa i pazienti, ma coinvolge caregiver e comunità nella gestione della salute, rafforzando il capitale sociale	% di cittadini che dichiarano di adottare comportamenti preventivi o seguire le indicazioni dell'IFeC; tassi di adesione a screening e campagne vaccinali	reportistica

Obiettivi di valore pubblico

In tabella sono illustrati come gli obiettivi di valore pubblico individuati per macro area strategica sono misurati con specifici indicatori

Macro Area Strategica	Obiettivi di Valore Pubblico	Indicatori BES Coerenti	SDG Agenda 2030 Correlati	descrizione	unità di misura	fonte
Territorio	Potenziamento dei Distretti e coordinamento servizi	Accessibilità ai servizi sanitari	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 16 – Istituzioni solide	misura la qualità percepita dell'integrazione dei servizi, dell'attenzione ai bisogni della persona e della famiglia, e l'efficacia della presa in carico multidisciplinare e dell'accesso ai servizi delle CDC Hub e Spoke	% di utenti soddisfatti della continuità e integrazione dei servizi e che dichiarano minori difficoltà di accesso ai servizi grazie alle Case della Comunità (Hub e Spoke).	rilevazione e reportistica - Customer satisfaction
		Fiducia nelle istituzioni	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 16 – Istituzioni solide	misura il grado di supporto percepito dai cittadini e dai caregiver nell'ambito della rete integrata di professionisti.	% utenti/caregiver che si sentono supportati e ascoltati numero di interventi multidisciplinari effettuati	rilevazioni Distretto
Territorio	Telemedicina	Accessibilità ai servizi	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 9 – Innovazione e infrastrutture	Diffusione della telemedicina e servizi digitali	% delle prestazioni sanitarie gestite e monitorate in digitale/grado di soddisfazione degli operatori sanitari dell'efficienza della strumentazione	report aziendali
		Innovazione e ricerca	SDG 3 – Salute e benessere; SDG 9 – Innovazione e infrastrutture	misura l'impiego delle nuove tecnologie	Punteggio medio su scala 1-10 delle dimensioni: accesso, tempi di risposta , funzionalità efficienza della strumentazione tecnologia digitale delle COT	indagine aziendale
Anticorruzione e Trasparenza	Gestione delle risorse pubbliche e implementazione del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza	Fiducia e integrità del Servizio Sanitario Pubblico	SDG 16 – Pace, giustizia e istituzioni solide	misura quanto il sistema anticorruzione rafforza la fiducia dei cittadini e del personale nella gestione dei servizi sanitari, evidenziando l'impatto delle misure di prevenzione della corruzione sulla reputazione e sulla credibilità dell'ente	Survey a cittadini/ pazienti : % di cittadini che dichiarano fiducia nell'Azienda Sanitaria - domande sulla percezione di trasparenza e correttezza nell'erogazione dei servizi Survey interna dipendenti : % di personale che ritiene l'Azienda trasparente e integra - domande su conoscenza delle procedure anticorruzione e fiducia nei processi decisionali	Responsabile Prevenzione della Corruzione Responsabile della Trasparenza
Anticorruzione e Trasparenza	Alta professionalità - Formazione specialistica	Istruzione e formazione	SDG 4 – Istruzione di qualità; SDG 16 – Istituzioni solide	misura il livello di partecipazione dei dipendenti agli eventi formativi e la qualità del corso	% di dipendenti formati sul totale del personale feedback qualitativo su utilità e comprensione dei contenuti	Formazione
		Cultura civica	SDG 4 – Istruzione di qualità; SDG 16 – Istituzioni solide	misura quanto l'azione formativa ha contribuito a sviluppare consapevolezza, senso civico e comportamenti etici nel personale e nella comunità, elementi centrali della cultura civica.	questionario pre/post formazione	Formazione
Anticorruzione e Trasparenza	Contrasto al riciclaggio di denaro e coordinamento strutturato tra le funzioni anticorruzione e antiriciclaggio per garantire controlli efficaci e integrazione operativa	Qualità dei servizi pubblici e fiducia nelle istituzioni	SDG 16 – Istituzioni solide; 16.6 Sviluppare istituzioni efficaci, responsabili e trasparenti a tutti i livelli SDG 17 – Partnership per gli obiettivi	Evidenzia il miglioramento del coordinamento tra le funzioni e una più efficace collaborazione interna nei controlli	n. di Audit o verifiche interne che rilevano l'effettiva cooperazione tra le funzioni	Responsabile dell'Antiriciclaggio - Responsabile della Prevenzione e della Corruzione
Anticorruzione e Trasparenza	Sistemi di controllo e procedure di audit interni	percezione della corruzione nella PA e fiducia nelle istituzione pubbliche	SDG 16 – Istituzioni solide; 16.6 Sviluppare istituzioni efficaci, responsabili e trasparenti a tutti i livelli	misura la ciclicità dei controlli programmati e loro esecuzione, quanto le raccomandazioni vengono attuate e quanto le azioni correttive sono efficaci nel prevenire la corruzione e migliorare la governance.	n. di audit svolti e n. di raccomandazioni implementate e verifica post adeguamento sull'efficacia delle azioni	Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Anticorruzione e Trasparenza	Analisi dei rischi	percezione della corruzione nella PA e fiducia nelle istituzione pubbliche	SDG 16 – Istituzioni solide; 16.6 Sviluppare istituzioni efficaci, responsabili e trasparenti a tutti i livelli	Misura l'implementazione progressiva della mappatura dei processi, iniziando dalle aree a rischio	% dei processi mappati e verifica progressiva	Responsabile della Prevenzione della Corruzione Gruppo di Supporto Permanente
Anticorruzione e Trasparenza	Integrità e trasparenza	Percezione della corruzione	SDG 16 – Istituzioni solide; SDG 17 – Partnership per gli obiettivi	misura livello di trasparenza percepito e n. stakeholder/cittadini coinvolti in iniziative di integrità e prevenzione corruzione	questionario esterno diretto agli stakeholder sul livello di trasparenza percepita e numero di azioni di coopartecipazione degli stakeholder	Responsabile della Trasparenza
Anticorruzione e Trasparenza	Tavoli di lavoro tematici anticorruzione e trasparenza e partecipazione condivisa con gli stakeholder	Partecipazione civica	SDG 16 – Istituzioni solide; SDG 17 – Partnership per gli obiettivi	misura la partecipazione e la fiducia dei cittadini nell'Azienda Sanitaria e nella governance regionale tramite la promozione della rete anticorruzione e delle giornate dedicate alla trasparenza	numero di partecipanti attivi agli eventi (RPCT, giornata della trasparenza)	Responsabile prevenzione della Corruzione Responsabile della Trasparenza Responsabile Antiriciclaggio (Gestore UIF)

Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Piano Azioni Positive dell'ASL di Biella 2026 - 2028

BENESSERE ORGANIZZATIVO E INDIVIDUALE, MOLESTIE SUL LUOGO DI LAVORO, MOBBING	
OBIETTIVI	Promozione del benessere organizzativo dei dipendenti
AZIONE POSITIVA	Analisi dell'attività svolta dallo sportello di ascolto presso la medicina del lavoro
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Tutte/i le /i dipendenti
UFFICI COINVOLTI	CUG, Direzione aziendale
IMPEGNI DI SPESA	Nessun onere aggiuntivo
PERIODO DI REALIZZAZIONE	2026 - 2028

BENESSERE ORGANIZZATIVO E INDIVIDUALE, MOLESTIE SUL LUOGO DI LAVORO, MOBBING	
OBIETTIVI	Diffusione modalità di comunicazione/segnalazioni al C.U.G.
AZIONE POSITIVA	Aggiornamento e condivisione modalità di comunicazione/segnalazioni al C.U.G. e relativa gestione
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Tutte/i le /i dipendenti
UFFICI COINVOLTI	CUG
IMPEGNI DI SPESA	Nessun onere aggiuntivo
PERIODO DI REALIZZAZIONE	2026

ACCESSO AL LAVORO, ASSUNZIONE, PERMANENZA, PROGRESSIONE DI CARRIERA	
OBIETTIVI	Mantenimento della presenza nell'Ente pubblico delle rappresentanze di genere a tutti i livelli.
AZIONE POSITIVA	Verifica del mantenimento nella costituzione delle Commissioni per i concorsi della presenza di almeno 1/3 dei componenti.
SOGGETTO ATTUATORE	CUG, SOC Personale
SOGGETTI INTERESSATI	Tutte/i le /i dipendenti
UFFICI COINVOLTI	CUG, Direzione aziendale
IMPEGNI DI SPESA	Nessun onere aggiuntivo
PERIODO DI REALIZZAZIONE	2026 - 2028

AREA PROMOZIONE POLITICHE DI CONCILIAZIONE VITA LAVORATIVA E VITA PERSONALE/FAMILIARE	
OBIETTIVI	Sviluppo e potenziamento di iniziative rivolte alla conciliazione famiglia/lavoro
AZIONE POSITIVA	Mappatura periodica dell'incidenza di esigenze presenti legate alla genitorialità o altre astensioni per motivi familiari a vario titolo. Analisi dell'evoluzione delle normative contrattuali
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Tutte/i le /i dipendenti
UFFICI COINVOLTI	CUG
IMPEGNI DI SPESA	Nessun onere aggiuntivo
PERIODO DI REALIZZAZIONE	2026 - 2028

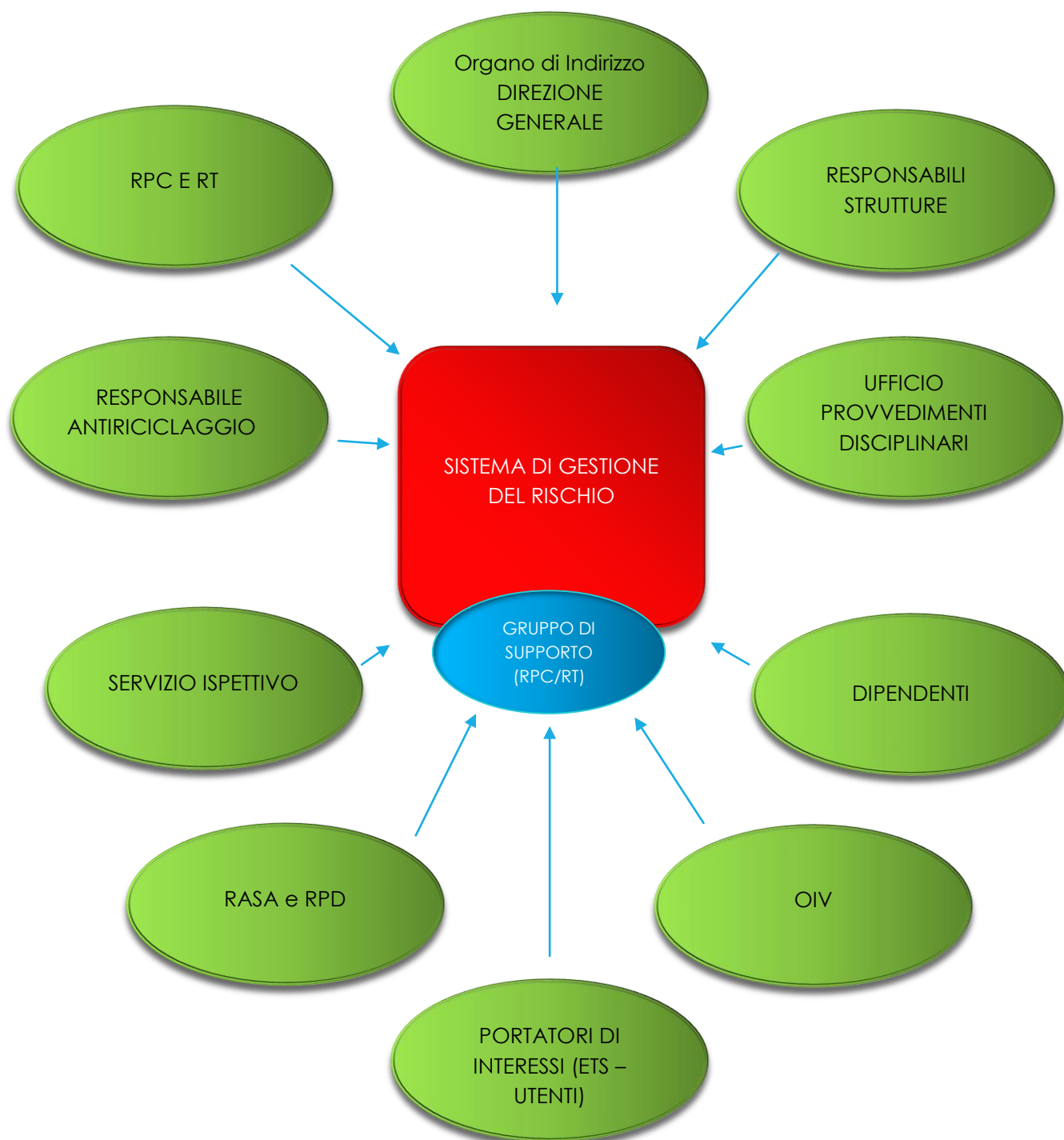
AREA FORMAZIONE	
OBIETTIVI	Promozione di attività formative rivolta ai componenti del CUG, aggiornamento circa le principali tematiche di interesse del CUG, condivisione di percorsi su tematiche specifiche
AZIONE POSITIVA	Programmazione di incontri periodici di confronto/formazione/aggiornamento da attuarsi in Azienda con il Consigliere di Parità della Provincia di Biella
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Le/i componenti del CUG
UFFICI COINVOLTI	CUG, Professionisti esperti nel settore, Formazione e Sviluppo Risorse Umane, Consigliera di Parità della Provincia di Biella
IMPEGNI DI SPESA	Nessun onere aggiuntivo
PERIODO DI REALIZZAZIONE	2026 - 2028

AREA FORMAZIONE	
OBIETTIVI	Promozione di attività formative rivolte a tutti i dipendenti circa le principali tematiche di interesse del CUG.
AZIONE POSITIVA	Diffusione a tutti i dipendenti delle attività formative inerenti le principali tematiche di interesse del CUG reperite dai provider formativi
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Tutti i dipendenti
UFFICI COINVOLTI	CUG, Formazione e Sviluppo Risorse Umane
IMPEGNI DI SPESA	Nessun onere aggiuntivo
PERIODO DI REALIZZAZIONE	2026 - 2028

ALLEGATO 4 - SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO – RISK MANAGEMENT

ATTORI COINVOLTI

La prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza nell'ASL BI coinvolgono diversi attori. Ognuno di essi, nell'ambito delle proprie competenze e responsabilità, contribuisce attivamente allo sviluppo e al rafforzamento del sistema di gestione del rischio:



ORGANO DI INDIRIZZO - DIREZIONE GENERALE ASL BI

La Direzione Generale individua e nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC) e Responsabile della Trasparenza (RT), e inoltre, il Gestore e Responsabile per l'Antiriciclaggio ed il Referente per la protezione dei dati personali. Definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, che costituiscono parte integrante dei documenti di programmazione strategica e gestionale dell'Azienda quali il PIAO. Adotta il Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda, a base dei presidi di prevenzione della corruzione e delle attività di formazione connesse e, su proposta del RPCT e del Gruppo di lavoro, adotta il PIAO.

RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPC)

RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA (RT)

L'Azienda con le deliberazioni n. 587 e 584 del 10.12.2024 ha nominato Responsabile della prevenzione della corruzione la dr.ssa Attilia Squillario e Responsabile della Trasparenza la dr.ssa Margherita Borello. La distinzione dei ruoli si è resa opportuna in considerazione dei numerosi compiti che oggi la materia dell'anticorruzione e della trasparenza è chiamata a svolgere. Assecondando le esigenze organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale, sia in ambito ospedaliero che territoriale, la distinzione dei ruoli consente di ottimizzare le competenze maturate dall'Ufficio per la prevenzione della corruzione e dallo staff dedicato alla trasparenza, ciascuno operante nel proprio ambito di intervento e sotto la guida dei rispettivi responsabili. Le due figure agiscono in sinergia, garantendo un coordinamento efficace tra le rispettive funzioni per:

- coordinare le attività di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza all'interno dell'Azienda;
- elaborare e aggiornare la sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO;
- coordinare il Gruppo di Supporto al RPC e al RT, sia nella fase di elaborazione e integrazione delle sezioni del PIAO, sia nell'ambito del sistema di gestione del rischio, in qualità di referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza in Azienda;
- collaborare e supportare le Strutture aziendali nell'analisi dei rischi e nella mappatura dei processi;
- definire i percorsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e individuare i dipendenti da inserire in corsi specifici;
- supportare il Responsabile per l'antiriciclaggio e con il Referente della privacy, nella materie di competenza di gestione delle segnalazioni sospette e protezione dei dati personali;
- controllare e verificare gli adempimenti e la qualità degli obblighi di pubblicazione dell'Azienda sul sito amministrazione trasparente;
- relazionare annualmente sull'attività svolta e pubblicare i dati resi pubblici ad ANAC sul sito amministrazione trasparente;
- assistere l'OIV in tutte le attività di competenza e trasmissione dati per la verifica dello stato di attuazione del programma ed obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione, individuare eventuali aree di rischio, definire indicatori di risultato per verificare l'efficacia delle misure di prevenzione progettate;
- Assicurare la corretta gestione delle richieste di accesso civico generalizzato, nel rispetto dei termini previsti e in conformità al regolamento aziendale; promuovere la responsabilizzazione delle strutture aziendali sulle modalità operative di gestione; intervenire nei casi disciplinati come seconda istanza di riesame; e garantire che le strutture competenti provvedano tempestivamente alla pubblicazione dei dati eventualmente omessi in caso di accesso civico semplice.

DIRIGENTI - RESPONSABILI DELLE STRUTTURE

I Dirigenti e i Responsabili delle Strutture vigilano sull'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza all'interno dell'Azienda. Collaborano con il RPC e l'RT nella gestione e nell'analisi del rischio, nonché nell'elaborazione e nel coordinamento delle parti di rispettiva competenza del PIAO e delle relative sezioni.

Provvedono a verificare il livello di conoscenza e di formazione del personale in materia di anticorruzione e trasparenza, favorendo la diffusione del Codice di comportamento dell'ASL, che definisce obblighi e doveri del dipendente pubblico.

Promuovono inoltre momenti formativi e di confronto interno sulle tematiche anticorruptive di maggiore rilievo e/o sugli obblighi di pubblicazione e sulle modalità di adempimento, in coerenza con le indicazioni fornite dal RPC e dall'RT.

In particolare, le strutture amministrative e sanitarie hanno individuato, oltre al Responsabile, anche un referente operativo dedicato alla collaborazione con il RPC e l'RT all'interno del Gruppo di Supporto nel sistema di gestione del rischio corruttivo aziendale.

GRUPPO DI SUPPORTO AZIENDALE

Le Linee guida ANAC (PNA 2022, allegato 3, e successive integrazioni) prevedono che i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPC e RT) siano dotati di un apposito ufficio di supporto oppure, in mancanza di tale struttura, possano avvalersi di personale proveniente da diverse articolazioni aziendali, al fine di costituire un servizio di sostegno tematico e funzionale.

L'ASL BI ha istituito un Gruppo di Supporto permanente al RPC e al RT, i cui componenti svolgono il ruolo di referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza a livello aziendale. Collaborano con i Responsabili delle Strutture di appartenenza, segnalano il personale da indirizzare ai percorsi formativi dedicati, riferiscono periodicamente sulle attività svolte e si coordinano con il RPC e l'RT per l'attuazione delle misure previste dal sistema aziendale di prevenzione e analisi dei rischi.

DIPENDENTI

Tutti i dipendenti dell'ASL BI sono chiamati a partecipare attivamente al processo di gestione del rischio corruttivo, contribuendo alla costruzione di un sistema efficace e concreto di prevenzione e contrasto della corruzione.

La partecipazione si realizza innanzitutto attraverso la conoscenza e l'osservanza del Codice di comportamento aziendale, nonché mediante la partecipazione ai corsi di formazione specificamente dedicati alle tematiche di anticorruzione e trasparenza.

Ciascun dipendente è tenuto a segnalare al Responsabile della propria Struttura eventuali operazioni sospette di cui venga a conoscenza nello svolgimento delle attività lavorative, affinché siano comunicate al Responsabile dell'Antiriciclaggio.

È inoltre tenuto a riferire al RPC eventuali situazioni, anche solo potenziali, di conflitto di interessi, per consentire l'avvio delle opportune verifiche.

In caso di segnalazioni di illeciti, di cui il dipendente sia venuto a conoscenza in occasione di lavoro, si devono utilizzare esclusivamente i canali aziendali, previsti ai sensi del D.Lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 (c.d. *whistleblowing*), a tutela della propria riservatezza e della correttezza procedurale.

Il ruolo pubblico derivante dall'essere dipendente dell'ASL BI comporta, a tutela della libertà di espressione e in conformità con quanto previsto dal Codice di comportamento nazionale, l'obbligo di un utilizzo corretto e responsabile dei social media a titolo personale. Ciò implica l'impiego di un linguaggio chiaro e appropriato nell'espressione delle proprie opinioni, evitando comportamenti, commenti o dichiarazioni che possano compromettere il prestigio, il decoro o l'immagine dell'Azienda, anche solo in virtù della propria appartenenza ad essa.

RESPONSABILE DELL'ANTIRICICLAGGIO – GESTORE UIF

L'Azienda Sanitaria Locale di Biella, con deliberazione n. 585 del 10 dicembre 2024, ha nominato la dott.ssa Marisa Bioletto quale Responsabile Antiriciclaggio e Gestore aziendale per le segnalazioni di operazioni sospette, ai sensi del D.Lgs. n. 231/2007 e successive modificazioni e integrazioni.

La prevenzione del riciclaggio di denaro nelle pubbliche amministrazioni, unitamente alla prevenzione della corruzione e alla promozione della trasparenza, costituisce uno dei tre pilastri fondamentali del sistema di integrità e di contrasto ai fenomeni corruttivi.

L'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) ha definito specifiche modalità operative e requisiti di riservatezza per la gestione delle segnalazioni, introducendo una procedura digitalizzata attraverso la quale il Gestore aziendale trasmette alla UIF le comunicazioni relative a eventuali operazioni sospette, di cui sia venuto a conoscenza mediante i presidi aziendali di prevenzione del rischio.

L'ASL BI ha adottato una procedura interna di segnalazione che coinvolge e responsabilizza i dipendenti operanti nelle strutture maggiormente esposte all'attività di verifica dei dati e di controllo preliminare delle operazioni, assicurando così un flusso informativo strutturato e tempestivo verso il Gestore aziendale e, se del caso, verso la UIF.

A tal fine il Gestore ha ruolo principale nella programmazione di corsi di formazione per i dipendenti nell'ambito dell'antiriciclaggio.

A tal fine, il Gestore aziendale riveste un ruolo centrale nella programmazione e nel coordinamento delle attività di formazione rivolte ai dipendenti, finalizzate a rafforzare le competenze e la consapevolezza in materia di prevenzione del riciclaggio di denaro.

SERVIZIO ISPETTIVO AZIENDALE

Il Servizio Ispettivo Aziendale, istituito con funzioni primarie di verifica e controllo in materia di incompatibilità, tra cui il rispetto del regime di lavoro a tempo parziale e il divieto di svolgere attività extra-istituzionali non autorizzate, costituisce un organo operativo di supporto alle funzioni aziendali preposte alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, nonché ai presidi in materia di antiriciclaggio e protezione dei dati personali.

Il Servizio esercita le proprie attività sia in autonomia, sia in attuazione delle direttive impartite dai referenti dei rispettivi settori di competenza. Qualora, nell'ambito delle verifiche effettuate, emergano elementi di rilievo o situazioni suscettibili di segnalazione, il Servizio provvede a coinvolgere tempestivamente gli uffici competenti (RPC, RT, UPD, ecc.), garantendo così un efficace coordinamento istituzionale e la corretta gestione dei procedimenti di competenza.

UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD), istituito ai sensi dell'art. 55-bis del D.Lgs. n. 165/2001, è competente per la gestione delle infrazioni commesse dal personale dipendente che comportino l'applicazione di sanzioni disciplinari superiori al rimprovero verbale.

L'Azienda ha definito, mediante apposito regolamento, le modalità operative e le attribuzioni dell'Ufficio, tra le quali rientra anche la cura dell'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, strumento essenziale di indirizzo etico e di correttezza amministrativa.

L'UPD costituisce un presidio strategico del sistema di gestione del rischio e di prevenzione della corruzione e della trasparenza, operando in stretto raccordo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), al quale è tenuto a segnalare tempestivamente l'avvio di procedimenti disciplinari connessi a presunti fenomeni corruttivi o a comportamenti non conformi ai principi di integrità.

Le indicazioni e le evidenze emerse nell'ambito dell'attività dell'UPD contribuiscono al miglioramento continuo del sistema di gestione del rischio aziendale, favorendo l'efficacia dei presidi di controllo e la diffusione di una cultura dell'etica e della legalità all'interno dell'organizzazione.

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE – (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV), istituito ai sensi del D.Lgs. n. 150/2009 (Riforma Brunetta), esercita funzioni di verifica e garanzia in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance organizzativa e individuale.

Nell'ambito delle attività di prevenzione della corruzione, l'OIV svolge un ruolo di garante della trasparenza e della qualità dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, assicurandone la completezza, la correttezza e l'aggiornamento.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) collabora, su richiesta, con l'OIV nella raccolta, trasmissione e rappresentazione dei dati relativi alla performance e alla trasparenza amministrativa. L'OIV, a sua volta, è tenuto a segnalare all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) eventuali criticità o inadempienze riscontrate in tali ambiti, nel rispetto delle linee guida nazionali.

Eventuali revisioni o aggiornamenti del Codice di comportamento aziendale devono essere trasmessi all'OIV per l'acquisizione del parere obbligatorio, quale atto di coerenza e integrazione con il sistema di valutazione e controllo interno dell'Azienda.

RESPONSABILE ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE – RASA

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI - RPD

Il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) cura l'inserimento e l'aggiornamento, all'interno dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), dei dati e delle informazioni identificative dell'Azienda, nonché dei soggetti che operano per la stessa, tra cui i Responsabili Unici del Progetto (RUP) abilitati alla piattaforma dell'ANAC e alle piattaforme digitali di e-procurement.

La tempestività degli aggiornamenti e l'accuratezza dei dati pubblicati dal RASA rappresentano un elemento essenziale per garantire la trasparenza amministrativa e contribuiscono in modo significativo al sistema di prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD o DPO), figura prevista dal Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR, oltre a sovrintendere agli aspetti generali relativi alla privacy aziendale, interviene, a supporto anche su richiesta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), per le valutazioni inerenti la tutela dei dati personali in relazione a istanze di accesso civico generalizzato.

In tali casi, il RPD può provvedere alla trasmissione di richieste di parere al Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, fornisce indicazioni specifiche volte a garantire la correttezza, la trasparenza e la qualità dei dati oggetto di pubblicazione.

PORTATORI DI INTERESSI

I portatori di interessi, o *stakeholder*, non si identificano unicamente negli utenti dell'ASL BI, ma comprendono l'insieme dei soggetti – persone fisiche o giuridiche, interne o esterne – che traggono o possono trarre un beneficio, diretto o indiretto, dal buon funzionamento dell'Azienda, dalla sua efficienza e dall'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza e dall'integrità di tutti i soggetti che la compongono.

Sono portatori di interessi a titolo esemplificativo, i pazienti e gli utenti dell'ASL, che beneficiano della tutela della salute; i dipendenti, che trovano garanzia occupazionale e adeguate tutele sociali e un welfare aziendale attento alle pari opportunità, contribuendo al benessere organizzativo; i Comuni, che ricevono servizi domiciliari sanitari appropriati; i comparti economici del territorio, che traggono vantaggio dagli investimenti, anche connessi al PNRR; le fondazioni e altri enti che, attraverso il finanziamento o l'acquisto di tecnologie sanitarie, sostengono lo sviluppo del sistema locale.

L'insieme di questi soggetti contribuisce al rafforzamento delle misure di prevenzione e trasparenza, mediante il proprio coinvolgimento attivo nei processi di pubblicazione, consultazione e formulazione di proposte e suggerimenti, favorendo così una struttura, parte di un complesso processo decisionale, partecipata e orientata alla qualità dei servizi.

AREE DI RISCHIO COMUNI E SPECIFICHE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

I dati forniti e raccolti dai soggetti coinvolti vengono utilizzati per l'analisi dei rischi mediante la mappatura dei processi organizzativi. L'attività di identificazione dei processi e delle attività svolte nei diversi settori e strutture aziendali, nonché la valutazione della tipologia di rischio corruttivo e del relativo grado di esposizione, si sviluppa a partire dalle aree di rischio individuate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), vale a dire quelle che comprendono i processi e le attività maggiormente esposti al rischio di interferenze indebite o di fenomeni corruttivi. Si individuano aree a rischio comuni (in numeri) a tutte le amministrazioni e aree a rischio specifico per la Sanità (in lettere) che per l'ASL BI sono riassumibili in:

1. Acquisizione e progressione del personale – incarichi e nomine, collaboratori
 2. Affidamento di lavori servizi e forniture – contratti pubblici
 3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
 4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
 5. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
 6. Vigilanza, controllo, ispezioni e sanzioni su specifici settori del SSN
-
- A. Aree di competenza del Dipartimento di Prevenzione (Igiene e alimentazione, Lavoro, Veterinaria)
 - B. Accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie private (autorizzazioni alla realizzazione, esercizio, controlli)
 - C. Attività Libero professionale
 - D. Gestione delle liste di attesa
 - E. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
 - F. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

ANALISI DEL RISCHIO

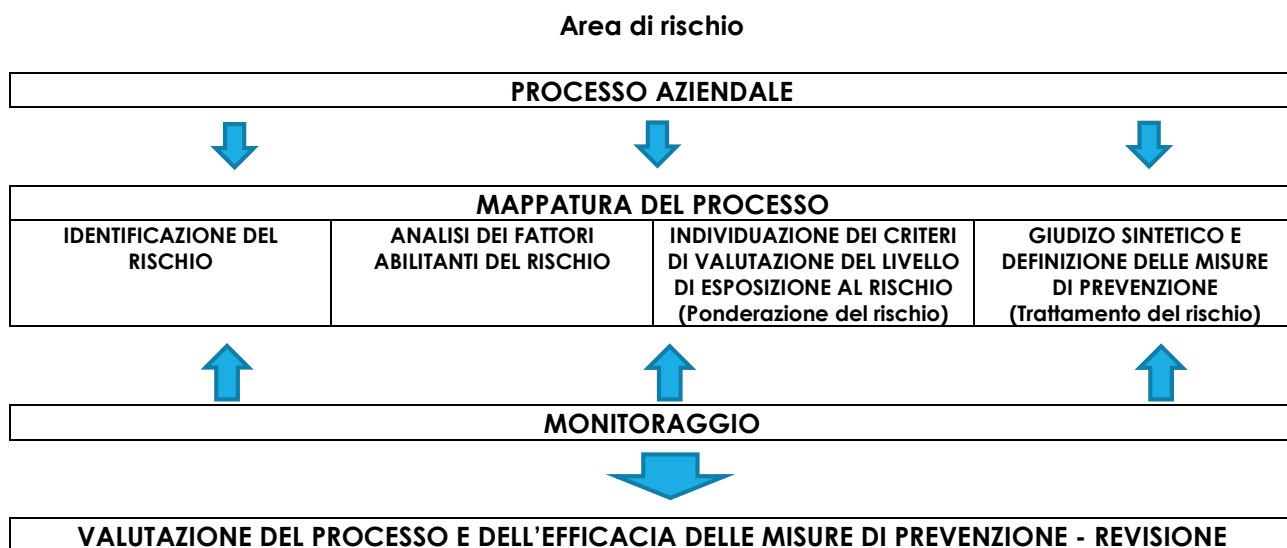
L'analisi del rischio consente di verificare, da un lato, la tipologia di rischio e, dall'altro, il grado di esposizione determinato da diversi fattori abilitanti l'evento corruttivo. Tali fattori possono essere sinteticamente ricondotti a:

- o assenza o inadeguatezza delle misure di trattamento del rischio;
- o carenza di trasparenza nelle procedure e nei flussi informativi;
- o complessità o contraddittorietà della regolamentazione interna;
- o mancata rotazione del personale in posizioni di responsabilità;
- o scarsa responsabilizzazione e consapevolezza del personale;
- o assenza o insufficienza di attività formative mirate;
- o carente cultura della legalità e dell'integrità, nonché limitata percezione del ruolo pubblico del dipendente.

La valutazione del livello di rischio di un determinato processo aziendale dipende da eventi, comportamenti e fattori esterni, che possono essere sintetizzati come segue:

- o vantaggi anche economici che interessi esterni possono avere per indirizzare un processo aziendale verso soggetti specifici incrementando così il rischio di eventi corruttivi
- o elevato grado di discrezionalità del responsabile interno e assenza di ripartizione collegiale delle decisioni
- o processo già soggetto a eventi corruttivi o indagini
- o scarsa partecipazione del responsabile alla costruzione del sistema di prevenzione e monitoraggio
- o inerzia nell'attuazione delle misure di prevenzione

A seguito dell'analisi e della valutazione del livello di esposizione, il rischio viene gestito individuando misure di prevenzione considerate adeguate al momento della loro adozione. L'efficacia di tali misure viene poi verificata attraverso attività di monitoraggio e controllo.



BUSSOLA STRATEGICA 2026

La Bussola Strategica 2026 è da intendersi come lo strumento che orienta visione, decisioni e priorità, trasformando la complessità del sistema di prevenzione della corruzione in una direzione chiara e guidando il percorso verso risultati condivisi e ad alto impatto.

Dall'introduzione del PIAO, l'obiettivo centrale è stato quello di dare vita a un sistema realmente integrato, capace di connettere in modo organico obiettivi, misure di prevenzione della corruzione, valutazione della performance e finalità strategiche orientate al valore pubblico. Un traguardo ambizioso, che richiede la capacità di far dialogare mondi diversi dell'amministrazione e di armonizzare esigenze operative e priorità sanitarie di mandato. Questa complessità impone un approccio fondato sul confronto costante tra tutti gli apparati coinvolti, affinché ciascuno acquisisca piena consapevolezza delle proprie responsabilità nel contribuire al sistema di prevenzione della corruzione. È un percorso inevitabilmente graduale, destinato a svilupparsi nel tempo e non a manifestarsi in modo repentino: un cammino in cui l'orizzonte temporale del PIAO rappresenta una guida fondamentale.

Nel corso del 2025 è stato rinnovato il gruppo di supporto permanente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e al Responsabile della Trasparenza. Accanto ai tradizionali settori amministrativi sono stati coinvolti anche settori sanitari, con l'intento di arricchire l'analisi e l'individuazione delle soluzioni grazie a competenze eterogenee e differenti approcci professionali. Questa scelta ha ampliato la capacità dell'organizzazione di affrontare criticità complesse con una visione più aperta, trasversale e orientata all'innovazione.

La mappatura dei processi rappresenta un'analisi articolata e strategica, finalizzata a raccogliere tutte le informazioni necessarie sulle attività e procedure svolte dai vari servizi. Con il nuovo approccio introdotto nel 2025, tale attività viene sviluppata attraverso laboratori dedicati e incontri del gruppo di supporto sia in plenaria sia in sessioni ristrette per area e settore. Ciò consente di rivedere la mappatura finora adottata e di avviare una mappatura integrata e trasversale, in cui le sezioni del PIAO dialogano con le misure di anticorruzione, performance e valore pubblico.

Sebbene l'attuale mappatura dei rischi rimanga valida per qualità analitica e ampiezza dei processi considerati, risente ancora dell'impostazione ANAC originaria, fortemente orientata all'individuazione di comportamenti a rischio. L'attuale visione, invece, punta a trasformare l'analisi dei processi in un volano di miglioramento continuo, valorizzando l'individuazione di azioni virtuose e non più limitandosi ai soli ambiti tradizionalmente considerati critici. Questo cambio di prospettiva permette finalmente di attivare quel dialogo trasversale, maturo e strutturato, tra prevenzione della corruzione, trasparenza amministrativa, performance e obiettivi strategici di valore pubblico.

Il primo passo concreto verso questa evoluzione è stato l'avvio di un corso specialistico in analisi del rischio e mappatura dei processi, rivolto a tutti i componenti del gruppo di supporto e realizzato grazie alla collaborazione formativa con ReAct. Un investimento fondamentale per costruire un linguaggio comune, rafforzare le competenze e sostenere un cambio culturale profondo, coerente con la visione di un PIAO sempre più integrato, moderno e generatore di valore pubblico reale.

MAPPATURA DEL PROCESSO

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO E ANALISI DEI FATTORI ABILITANTI

La mappatura del processo richiesta da ANAC prevede l'identificazione del rischio e dei suoi fattori abilitanti che sono in concreto quegli elementi del contesto che favoriscono l'emergere di minacce

o vulnerabilità, aumentando la probabilità che un evento rischioso si concretizzi e a titolo esemplificativo sono:

- Assenza di misure di trattamento del rischio, che si traduce in un controllo insufficiente e in una vulnerabilità strutturale dei processi.
- Carente trasparenza, dovuta alla scarsa tracciabilità delle attività o alla mancata consapevolezza degli obblighi di pubblicazione — spesso indice di una seria lacuna formativa del personale.
- Regolamentazione eccessiva o, al contrario, insufficiente, che rende i processi opachi, poco comprensibili o inutilmente appesantiti da burocrazia.
- Mancaza di competenze e debole cultura della legalità, fattori che compromettono il presidio etico e il corretto funzionamento dell'organizzazione.

INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE

La fase successiva richiede una valutazione rigorosa, lucida e dinamica della stima del rischio, supportata da un insieme di indicatori di rischio che costituiscono una piattaforma metodologica solida ma pienamente adattabile. L'Amministrazione può infatti ampliarli, approfondirli o rimodularli in funzione delle proprie esigenze organizzative e della maturità raggiunta nella gestione del rischio. I principali indicatori di riferimento sono i seguenti:

- Livello di interesse esterno, ossia il grado di ingerenza esercitata da soggetti esterni all'Amministrazione nel tentativo di ottenere vantaggi o benefici indebiti, elemento che può incidere significativamente sulla vulnerabilità dei processi.
- Grado di discrezionalità del decisore interno, inteso come ampiezza delle scelte affidate a processi poco trasparenti, a motivazioni non adeguatamente documentate o a decisioni non condivise in modo collegiale, con conseguente accentramento delle responsabilità e aumento del rischio.
- Presenza di precedenti eventi corruttivi, anche se manifestati in altre strutture analoghe del sistema sanitario regionale. Tali episodi, che mettono in evidenza carenze sistemiche e zone d'ombra, richiedono una revisione preventiva e approfondita dell'intero ciclo di gestione del rischio.
- Livello di collaborazione del responsabile nella gestione e nel monitoraggio del rischio, che può risultare attenuato da una percezione ridotta del rischio stesso, spesso radicata in prassi consolidate e talvolta superate, con potenziali effetti di sottovalutazione.
- Grado di attuazione delle misure di trattamento del rischio, indicatore cruciale per valutare la capacità dell'organizzazione di trasformare la fase analitica in interventi reali, concreti e misurabili di mitigazione.

PONDERAZIONE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO

Al termine delle fasi di identificazione, analisi e applicazione degli indicatori di rischio, si procede alla ponderazione del rischio: la stima del livello di rischio associato al processo o all'attività, finalizzata a definire rilevanza, priorità e urgenza dell'intervento. La priorità può essere fissata in vari modi come attribuire un punteggio (1,2,3...) piuttosto che una valutazione (alta-media bassa). Questa verifica è comunque fondamentale perché serve a individuare preventivamente le misure di prevenzione da adottare, anziché limitarsi a riportare indici che valutano a posteriori il livello residuo di rischio. Un annullamento totale dei rischi, infatti, è irrealizzabile. Nella proiezione temporale del piano attuale, la revisione della mappatura dei processi prevede un'analisi dello stato attuale, confrontando i processi con le misure di prevenzione già in corso. All'occorrenza vengono individuate nuove misure, con l'indicazione dei tempi di attuazione e dell'indicatore di monitoraggio da utilizzare, in modo da verificare efficacemente l'effettiva implementazione delle azioni previste.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI PREVENZIONE

Alla conclusione dell'analisi condotta sono individuate le misure di prevenzione opportune con cui il rischio identificato viene per l'appunto trattato. L'individuazione e la progettazione delle misure da adottare tengono presente della distinzione tra le misure generali che intervengono in maniera trasversale a tutta l'amministrazione e le misure specifiche che operano settorialmente per ambiti particolari come quelli sanitari e riportato nell'**Allegato 6**.

Premesso che le misure, siano esse generali che specifiche, come qualsiasi meccanismo di un sistema complesso, richiedono manutenzione e revisione continua, sono adottate nel presente piano tenendo conto di:

- Adeguatezza delle misure: capacità delle azioni preventive di affrontare e mitigare efficacemente i rischi identificati.
- Efficacia nel neutralizzare i fattori abilitanti: il potenziale delle misure nel contrastare le condizioni che potrebbero favorire il verificarsi dell'evento rischioso.
- Sostenibilità economica: compatibilità delle misure con le risorse disponibili e con il bilancio aziendale.
- Fattibilità operativa: concreta possibilità di attuare le misure all'interno del contesto organizzativo e operativo dell'azienda.

Non tutte le misure di carattere generale indicate da ANAC risultano sempre pienamente applicabili; la loro efficacia può essere parziale a causa di diversi fattori, in particolare della complessità dei sistemi altamente professionalizzati delle amministrazioni pubbliche. In tali contesti, le contingenze di risorse umane e di bilancio non consentono di ridurre le professionalità consolidate, costruite in specifici settori dopo anni di formazione.

Un caso significativo riguarda la rotazione ordinaria di dirigenti e personale con funzioni decisionali. Come la stessa ANAC segnala, l'applicazione rigorosa di questa misura potrebbe compromettere le attività istituzionali e l'erogazione dei servizi, a causa dell'infungibilità dei ruoli. Per questo motivo, la misura viene spesso sostituita da soluzioni alternative, come la "segregazione delle funzioni" che prevede una rotazione delle pratiche e procedure piuttosto che delle persone permettendo di mantenere la continuità operativa senza sacrificare la prevenzione della corruzione.

La tipologia delle misure da adottare e l'indicatore di riferimento sull'efficacia sono descritte nel già richiamato **Allegato 6**. I passaggi descritti rappresentano le linee guida alla mappatura dei processi, raccolta nell'**Allegato 5** rappresentata da un semplice stringa descrittiva dell'analisi:

AREA		AREA DI RISCHIO GENERALE E AREA DI RISCHIO SPECIFICA PER IL SSN				
PROCESSO		ATTIVITA' E COMPITI SUBORDINATI A QUESTE AREE DI INTERVENTO NEI VARI AMBITI DEL SSN (OSPEDALIERO, TERRITORIALE, PREVENZIONE, AMMINISTRATIVO)				
RESPONSABILE PROCESSO		VIENE INDICATO IL DIRETTORE/RESPONSABILE DEL SERVIZIO A CUI QUESTI PROCESSI SONO ATTRIBUITI				
EVENTO CORRUTTIVO		DESCRIZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO IDENTIFICATO A SEGUITO DELL'ANALISI CONDOTTA				
ATTIVITÀ I processi possono essere suddivisi in più attività, ognuna con un proprio evento coruttivo caratteristico, che viene di conseguenza descritta e analizzata.	FATTORE ABILITANTE Elemento organizzativo, strutturale o di contesto che aumenta il rischio	MISURE GIÀ ATTUATE Azioni e dinamiche procedurali e organizzative che già neutralizzano i possibili eventi	MISURE NUOVE DA ATTUARE			RESPONSABILE DELLA MISURA Il soggetto che si occupa di realizzare la misura indicata
			MISURA NUOVA Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare i possibili eventi	TEMPI DI ATTUAZIONE Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura	INDICATORE DI MONITORAGGIO Dato da rilevare per verificare l'attuazione o meno della misura	

ALLEGATO 5 - MAPPATURA DEI PROCESSI E RISCHI

La mappatura dei processi consiste nell'identificare i processi e le attività svolte in Azienda dai diversi settori e strutture, valutando la tipologia di rischio corruttivo e il relativo grado di esposizione. La mappatura si traduce in una scheda descrittiva che documenta le attività/processi soggetti a rischio, le misure di prevenzione già adottate e, ove necessario, le proposte di nuove misure con le relative tempistiche di attuazione. Il monitoraggio annuale permette la verifica dell'efficacia delle misure implementate e l'individuazione di possibili interventi migliorativi. Il monitoraggio si concentra su quelle aree definite dall'Autorità a rischio, ovvero relativi a processi ed attività aziendali che attirano l'attenzione e interessi illeciti e a maggior rischio di corruzione.

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: Reclutamento del personale - concorso, avviso pubblico, mobilità esterna, acquisizione personale ricorrendo alle liste delle categorie protette (L. 68/99)					
Evento corruttivo: Favorire l'ammissione e la successiva aggiudicazione di procedure selettive in favore di individui specificamente individuati						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Indizione del bando	simpatizzare o temere una posizione piuttosto che un'altra, favorendo o agevolando di fatto l'indizione del bando, accorciando le tempistiche	-rispettare un vademecum interno in cui sono indicate le fasi propedeutiche all'indizione del bando	Pubblicare il vademecum e tempistiche indicative sul sito intranet. Specificare che se sussistono ragioni di necessità e urgenza è il Direttore della S.C. coinvolta a dover sottolineare la criticità e l'esigenza alla Direzione Generale	Secondo trimestre 2026	Pubblicazione vademecum su portale intranet	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Pubblicazione del bando	Omettere o ritardare la trasmissione al BUR e GU	Attenersi a obbligo normativo				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Avvio della procedura su GECO concorsi	omettere l'azione tempestiva di attivazione del bando	impostare preventivamente la procedura con apertura automatica dei termini nella data stabilita				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Ammissione dei candidati	Utilizzare criteri soggettivi per la valutazione del possesso dei requisiti di ammissione	Definire precisamente nel bando e nella procedura web i requisiti che determinano ammissione/esclusione	Riformulare il modello di bando, inserendo uno schema riassuntivo che permetta l'individuazione chiara dei motivi di esclusione	Secondo trimestre 2026	Inserimento riassunto schematico nel bando	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Nomina della Commissione	Nomina ad personam di commissari conosciuti o segnalati; alterazione della commissione	roteazione dei componenti della commissione sorteggi; utilizzare un sistema di sorteggio in seduta pubblica				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Fissazione della data e convocazione candidati	Stabilire una data a ridosso di eventi che notoriamente non permetterebbero la partecipazione della maggioranza dei candidati; convocare i candidati con mezzi non idonei;	Fissare la data all'unanimità tra i membri di Commissione;eliminare le date del calendario ebraico, convocare i candidati secondo i mezzi indicati nel bando	Qualora si utilizzi la modalità di convocazione tramite pubblicazione sul sito, prevedere la comunicazione di nuovo avviso tramite l'invio di una mail semplice ai candidati	Secondo trimestre 2026	Invio mail	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Espletamento delle prove	Diffusione preventiva delle prove; elusione delle modalità di scelta casuale della prova	Predisporre le prove solo una volta che la commissione si è riunita; rispettare le procedure di sorteggio per l'individuazione della prova; controllo di legittimità da parte del segretario	Predisporre prove su supporti informatici, visualizzabili da tutti i candidati simultaneamente e diffuse in modo rapido e agevole	Triennio 2025-2027	Prove informatizzate	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale - Direzione

Valutazione dei titoli	Procedere con valutazioni personalizzate	Utilizzo di regole e criteri dettagliatamente predefiniti nella procedura informatizzata; controllo di legittimità da parte del segretario				Segretari di concorso
Redazione del verbale e della graduatoria	Redigere verbale non fedele alla intervenuta riunione della Commissione; predisporre una graduatoria non fedele ai punteggi attribuiti	Attenersi ai criteri stabiliti dal vademecum; controllo di legittimità da parte del segretario;	Rendere il verbale disponibile in formato word o PDF editabile all'ufficio concorsi in modo da permettere un "copio/incolla" della graduatoria	settembre 2025	PDF Editabile	Segretari di concorso
Approvazione dei lavori della Commissione	Omettere o ritardare la predisposizione dell'atto	Controllo formale della documentazione agli atti				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Pubblicazione graduatoria su sito aziendale e GU	Omettere o ritardare la trasmissione alla GU	Attenersi a obbligo normativo				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Lettera di assunzione e controllo sulle dichiarazioni sostitutive	Omettere o eludere il controllo sulle dichiarazioni sostitutive	Attenersi all'iter stabilito per ciascuna assunzione; effettuare controlli con richiesta di verifica sulle dichiarazioni ai vari organi/istituti di competenza	svolgere l'attività supportati da colleghi o supporti informatici utili al fine della valutazione della veridicità delle dichiarazioni e controllo sulle stesse	Sin da ora	Utilizzo di strumenti di supporto della valutazione	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Firma del contratto	Procedere alla firma del contratto a documentazione incompleta (giudizio di idoneità, dimissioni, dichiarazioni sostitutive)	Attenersi all'iter stabilito per ciascuna assunzione	Inviare tutta la documentazione da sottoscrivere al futuro dipendente tramite mail in PDF editabile e chiederne la trasmissione preventiva della documentazione, in modo da velocizzare e informatizzare l'iter assuntivo e procedere a un controllo preventivo	gennaio 2026	Invio documentazione	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: Reclutamento personale somministrato					
Evento corruttivo: Agevolare candidati predefiniti attraverso scelte mirate nelle fasi di selezione						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Individuazione del personale tramite richiesta nominativa all'agenzia selezionata con gara e scelta dei candidati a seguito di colloquio	Comportamenti volti a favorire soggetti particolari attraverso particolari modalità di ricerca del candidato e di svolgimento dei colloqui	osservanza delle disposizioni di legge e dei regolamenti di settore				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: Conferimento borse di studio					
Evento corruttivo: Favorire accesso e vincita di procedure selettive a soggetti individuati						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Indizione del bando	simpatizzare o temere una posizione piuttosto che un'altra, favorendo o agevolando di fatto l'indizione del bando, accorciando le tempistiche	rispettare lo stesso iter per ciascuna indizione	Diffondere ai Direttori di S.C. informativa precisa relativa a tali procedure. Specificare che se sussistono ragioni di necessità e urgenza è il Direttore della S.C. coinvolta a dover sottolineare la criticità e l'esigenza alla Direzione Generale.Concordare con la Direzione Generale la questione relativa ai pareri preventivi	Secondo trimestre 2026	Diffusione dell'informativa e predisposizione regole con Direzione Generale	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale – Direzione Generale
Pubblicazione del bando	Omettere o ritardare la pubblicazione del bando nel sito	Attenersi a regolamento aziendale in materia				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Avvio della procedura su GECO concorsi	omettere l'azione tempestiva di attivazione del bando	impostare preventivamente la procedura con apertura automatica dei termini nella data stabilita				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Ammissione dei candidati	Utilizzare criteri soggettivi per la valutazione del possesso dei requisiti di ammissione	Definire precisamente nel bando e nella procedura web i requisiti che determinano ammissione/esclusione	Riformulare il modello di bando, inserendo uno schema riassuntivo che permetta l'individuazione chiara dei motivi di esclusione	Secondo trimestre 2026	Inserimento riassunto schematico nel bando	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Nomina della Commissione	alterazione della composizione commissione	Fornire regole precise al Direttore di S.C. in merito all'individuazione dei commissari				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Fissazione della data e convocazione candidati	Stabilire una data a ridosso di eventi che notoriamente non permetterebbero la partecipazione della maggioranza dei candidati; convocare i candidati con mezzi non idonei;	Fissare la data all'unanimità tra i membri di Commissione; eliminare le date del calendario ebraico;	Qualora si utilizzi la modalità di convocazione tramite pubblicazione sul sito, prevedere la comunicazione di nuovo avviso tramite l'invio di una mail semplice ai candidati	Secondo trimestre 2026	Invio mail	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Valutazione dei titoli	Procedere con valutazioni personalizzate	Utilizzo di regole e criteri dettagliatamente predefiniti nella procedura informatizzata; controllo di legittimità da parte del segretario				Segretari di concorso

Redazione del verbale e della graduatoria	Redigere verbale non fedele alla intervenuta riunione della Commissione; predisporre una graduatoria non fedele ai punteggi attribuiti	Attenersi ai criteri stabiliti dal vademecum; controllo di legittimità da parte del segretario	Rendere il verbale disponibile in formato word o PDF editabile all'ufficio concorsi in modo da permettere un "copio/incolla" della graduatoria	settembre 2025	PDF Editabile	Segretari di concorso
Approvazione dei lavori della Commissione	Omettere o ritardare la predisposizione dell'atto	Controllo formale della documentazione agli atti				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Pubblicazione graduatoria su sito azienda	Omettere o ritardare la pubblicazione della graduatoria	Attenersi a obbligo normativo				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Lettera di conferimento borsa di studio	Omettere o eludere il controllo sulle dichiarazioni sostitutive	Attenersi all'iter stabilito per ciascuna assunzione; effettuare controlli con richiesta di verifica sulle dichiarazioni ai vari organi/istituti di competenza	svolgere l'attività supportati da colleghi o supporti informatici utili al fine della valutazione della veridicità delle dichiarazioni e controllo sulle stesse	Sin da ora	Utilizzo di strumenti di supporto della valutazione	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Presa di servizio	Procedere a concordare la data di inizio dell'attività a documentazione incompleta (giudizio di idoneità, assicurazione, marca da bollo)	Attenersi all'iter stabilito per ciascun conferimento	Inviare tutta la documentazione da sottoscrivere al futuro dipendente tramite mail in PDF editabile e chiederne la trasmissione preventiva della documentazione, in modo da velocizzare e informatizzare l'iter e procedere a un controllo preventivo;	gennaio 2026	Invio documentazione	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: Conferimento incarichi libero professionali					
Evento corruttivo: Favorire accesso e vincita di procedure selettive a soggetti individuati						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Indizione del bando	simpatizzare o temere una posizione piuttosto che un'altra, favorendo o agevolando di fatto l'indizione del bando, accorciando le tempistiche	rispettare lo stesso iter per ciascuna indizione	Diffondere ai Direttori di S.C. informativa precisa relativa a tali procedure. Specificare che se sussistono ragioni di necessità e urgenza è il Direttore della S.C. coinvolta a dover sottolineare la criticità e l'esigenza alla Direzione Generale. Concordare con la Direzione Generale la questione relativa ai pareri preventivi	Secondo trimestre 2026	Diffusione dell'informativa e predisposizione regole con Direzione Generale	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale – Direzione Generale
Pubblicazione del bando	Omettere o ritardare la pubblicazione del bando nel sito	Attenersi a regolamento aziendale in materia				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Avvio della procedura su GECO concorsi	omettere l'azione tempestiva di attivazione del bando	impostare preventivamente la procedura con apertura automatica dei termini nella data stabilita				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Ammissione dei candidati	Utilizzare criteri soggettivi per la valutazione del possesso dei requisiti di ammissione	Definire precisamente nel bando e nella procedura web i requisiti che determinano ammissione/esclusione	Riformulare il modello di bando, inserendo uno schema riassuntivo che permetta l'individuazione chiara dei motivi di esclusione	Secondo trimestre 2026	Inserimento riassunto schematico nel bando	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Nomina della Commissione	alterazione della composizione commissione	Fornire regole precise al Direttore di S.C. in merito all'individuazione dei commissari				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Fissazione della data e convocazione candidati	Stabilire una data a ridosso di eventi che notoriamente non permetterebbero la partecipazione della maggioranza dei candidati; convocare i candidati con mezzi non idonei;	Fissare la data all'unanimità tra i membri di Commissione; eliminare le date del calendario ebraico; convocare i candidati secondo i mezzi indicati nel bando	Qualora si utilizzi la modalità di convocazione tramite pubblicazione sul sito, prevedere la comunicazione di nuovo avviso tramite l'invio di una mail semplice ai candidati	Secondo trimestre 2026	Invio mail	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Espletamento del colloquio	Diffusione preventiva delle domande del colloquio; elusione delle modalità di scelta casuale della prova	Predisporre le prove solo una volta che la commissione si è riunita; rispettare le procedure di sorteggio per l'individuazione della prova; controllo di legittimità da parte del segretario				

Valutazione dei titoli	Procedere con valutazioni personalizzate	Utilizzo di regole e criteri dettagliatamente predefiniti nella procedura informatizzata; controllo di legittimità da parte del segretario				Segretari di concorso
Redazione del verbale e della graduatoria	Redigere verbale non fedele alla intervenuta riunione della Commissione; predisporre una graduatoria non fedele ai punteggi attribuiti	Attenersi ai criteri stabiliti dal vademecum; controllo di legittimità da parte del segretario;	Rendere il verbale disponibile in formato word o PDF editabile all'ufficio concorsi in modo da permettere un "copio/incolla" della graduatoria	settembre 2025	PDF Editabile	Segretari di concorso
Approvazione dei lavori della Commissione	Omettere o ritardare la predisposizione dell'atto	Controllo formale della documentazione agli atti				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Pubblicazione graduatoria su sito aziendale	Omettere o ritardare la pubblicazione della graduatoria	Attenersi a obbligo normativo				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Lettera di conferimento incarico e controllo sulle dichiarazioni di incompatibilità e inconfiribilità dell'incarico	Omettere o eludere il controllo sulle dichiarazioni sostitutive	Attenersi all'iter stabilito per ciascuna assunzione; effettuare controlli con richiesta di verifica sulle dichiarazioni ai vari organi/istituti di competenza	svolgere l'attività supportati da colleghi o supporti informatici utili al fine della valutazione della veridicità delle dichiarazioni e controllo sulle stesse	Sin da ora	Utilizzo di strumenti di supporto della valutazione	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale

Firma del contratto	Procedere alla firma del contratto a documentazione incompleta (giudizio di idoneità, assicurazione, marca da bollo)	Attenersi all'iter stabilito per ciascun conferimento	Inviare tutta la documentazione da sottoscrivere al futuro dipendente tramite mail in PDF editabile e chiederne la trasmissione preventiva della documentazione, in modo da velocizzare e informatizzare l'iter e procedere a un controllo preventivo	gennaio 2026	Invio documentazione	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
---------------------	--	---	---	--------------	----------------------	---

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SS AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI	Processo: Conferimento di incarichi professionali di natura legale					
Evento corruttivo: indebiti vantaggi, inosservanza della normativa						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Individuazione legale	Conflitto di interesse, conoscenza del professionista, preferenza di un professionista per motivi soggettivi	Predisposizione di un elenco degli avvocati redatto a seguito di procedura ad evidenza pubblica; aggiornamento periodico dell'elenco in base alle domande pervenute; motivazione in caso di deroga elenco; acquisizione di dichiarazioni di assenza conflitto di interesse ed incompatibilità/inconferibilità; rotazione professionisti; pubblicazione sul sito istituzionale della dichiarazione di assenza cause incompatibilità e inconferibilità incarico e del CV del professionista; separazione delle funzioni: chi sceglie il legale non è lo stesso che approva o controlla l'incarico.	Definire linee guida aziendali per la selezione degli avvocati esterni; formazione del personale coinvolto sui rischi corruttivi e sulle buone prassi.	In corso	Rispetto delle linee guida aziendali; conseguimento corsi di formazione.	Responsabile S.S. Affari Generali Legali e Istituzionali

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC TECNICO	Processo: Affidamento di incarichi professionali aventi ad oggetto servizi tecnici e attività di carattere ingegneristico/architettonico					
Evento corruttivo: indebiti vantaggi, inosservanza della normativa						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Conferimento di incarichi professionali: progettazione, collaudo, direzione sicurezza cantiere, direzione lavori	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della scelta	Affidamento gara formale prevista dal Codice Appalti (bando) /Pubblicazione Amm. Trasparente				Funzionario preposto - Direttore SC Tecnico
Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SS FORMAZIONE	Processo: Affidamento di un incarico di docenza a un formatore					
Evento corruttivo: Il formatore viene scelto per favoritismo e sulla base di criteri non oggettivi o parziali						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Definizione dell'obiettivo formativo specifico dell'iniziativa formativa.	L'obiettivo formativo potrebbe essere "dirottato" e non essere aderente al bisogno formativo effettivo.	Analisi collegiale: Nel processo di progettazione formativa è previsto un report dell'incontro di analisi del bisogno formativo che vede la partecipazione dei proponenti della proposta formativa e di un operatore della S.S. Formazione. L'incontro ha l'obiettivo di analizzare il bisogno formativo, capire se è la formazione la soluzione adatta e, nel caso, arrivare ad una prima definizione dell'obiettivo formativo.	Ad oggi il Piano formativo viene presentato dal coordinatore del Gruppo di Progetto e firmato per autorizzazione dal Responsabile della Struttura.Far firmare il Piano di Progetto anche al Responsabile Scientifico.	Immediato, salvo il tempo di modificare la modulistica.	Numero di Progetti formativi con tutte le firme previste >= al 75%	Coordinatore del Gruppo di Progetto e Responsabile Scientifico.
Definizione dell'obiettivo formativo specifico dell'iniziativa formativa.	L'obiettivo formativo potrebbe essere "dirottato" e non essere aderente al bisogno formativo effettivo.	Riconduzione a programmazione: Ogni iniziativa formativa viene ricondotta ad una proposta formativa presente nel Piano Formativo deliberato annualmente che raccoglie e sistematizza la ricognizione della domanda formativa svolta a fine anno per l'anno a venire. La ricognizione coinvolge tutti i Direttori e i Responsabili di Struttura e tutti i Coordinatori e i RAD. Se un'iniziativa formativa viene adottata ma non è riconducibile al Piano Formativo, va fornita motivazione sulla Relazione finale annuale a cura del Comitato Scientifico.	Se l'iniziativa viene adottata ma è extra-piano, richiedere la motivazione nell'immediato.	Immediato, salvo il tempo di modificare la modulistica.	Numero di iniziative formativo extra-piano con motivazione >= al 90%	Coordinatore del Gruppo di Progetto

Scelta del formatore/trice.	Scelta discrezionale del formatore	<u>Decisione collegiale</u> da parte del Gruppo di Progetto, composto dal Coordinatore del Gruppo della S.S. Formazione, dal Responsabile Scientifico e dagli altri referenti delle Strutture coinvolte in base agli obiettivi formativi definiti.	Creazione albo formatori/trici, attraverso raccolta loro manifestazione di interesse per attività di docenza su temi specifici.	Dal 2026.	Creazione albo formatori/trici.	Coordinatore del Gruppo di Progetto e Responsabile Scientifico.
Scelta del formatore/trice.	Difficoltà a definire caratteristiche misurabili. Per i formatori, di solito, le competenze richieste sono di tipo qualitativo e spesso sono molto specifiche e/o rare, trattandosi di expertise di eccellenza in ambito sanitario.	<u>Pubblicità e trasparenza della scelta</u> : Il formatore/trice scelto deve dimostrare di possedere l'expertise e le competenze richieste, presentando il suo Curriculum Vitae che viene inserito nel portale regionale per la formazione in sanità che è sottoposto a controllo dell'ente accreditante /Segreteria regionale ECM Piemonte. Senza il CV l'iniziativa formativa non è accreditabile ECM e/o inseribile nel portale. La motivazione della scelta viene riportata nella lettera di incarico che viene poi pubblicata ai fini della trasparenza.				Coordinatore del Gruppo di Progetto
Scelta del formatore/trice.	Possibile conflitto di interessi del formatore/trice.	<u>Pubblicità e trasparenza della scelta</u> : Il formatore firma una dichiarazione di assenza/presenza di conflitto di interessi.				Coordinatore del Gruppo di Progetto
Scelta del formatore/trice.	Possibile conflitto di interessi del formatore/trice.	La dichiarazione relativa al conflitto di interessi, il CV e la lettera di incarico vengono pubblicati sulla sezione amministrazione trasparente dell'ASLBI e sull'anagrafe delle prestazioni PerlaPA				Coordinatore del Gruppo di Progetto e Segreteria

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SS AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI	Processo: Approvazione convenzione per scambio prestazioni professionali con altre ASR					
Evento corruttivo: Favorire scelte di ASR specifiche e professionisti e regolmantazione prestazioni e compensi						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Stipula convenzioni per prestazioni da parte di altre ASR	Cura della fase istruttoria finalizzata alla stipula: 1. Omettere le verifiche e mancanza di motivazione e necessità di collaborazione	Modello di richiesta di collaborazione contenente precise motivazioni: 1. elenco delle criticità, 2. definizione attività richiesta	Definizione della procedura	In corso	Verifica delle richieste a campione	Dirigente responsabile istruttoria o Responsabile della SS
Stipula convenzioni per prestazioni da parte di altre ASR	Mancata o carenza di verifica degli ingressi e liquidazione compensi	Controllo delle presenze da parte del Responsabile Struttura sul cartellino firmato dal Professionista e dal Responsabile della Struttura interessata. Condivisione con ASR collaboratrice della tabella mensile dei costi	Rilevazione elettronica delle presenze mediante badge	Dal 2025	Controlli sul 100% del campione	Dirigente responsabile procedura o Responsabile della SS
Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: Smartworking					
Evento corruttivo: requisiti di qualificazione al progetto di lavoro agile						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
procedura per l'autorizzaione e la concessione del lavoro agile	Definizione dei requisiti di accesso e delle modalità di erogazione delle attività, finalizzate al monitoraggio dei risultati	Osservare il rispetto del regolamento e il monitoraggio efficace della reportistica				SC Personale
Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: Attività Extraistituzionali					
Evento corruttivo: Attribuire indebiti vantaggi, economici e non						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Verifica della documentazione resa da dipendente	Timore della gerarchia; omissione dei controlli nel merito	Modulistica dettagliata e controfirmata dal responsabile	Informatizzazione del processo	Biennio	Programma predefinito	Funzionario Preposto/ Direttore S.C. Personale / Sistemi Informativi
Verifica sul conflitto di interessi	Timore della gerarchia; omissione dei controlli nel merito; normativa lacunosa e casistica variegata	Verifica con le Strutture di competenza sui fornitori e committenti già in rapporto con l'Azienda	Eventuali verifiche successive a campione	Sin da ora	Esito della verifica da Organismo competente	Servizio Ispettivo/Funzionario Preposto
Verifica insussistenza cause di incompatibilità	Timore della gerarchia; omissione dei controlli nel merito; normativa lacunosa e casistica variegata; margine di discrezionalità tecnica	Richiesta di descrizione puntuale dell'attività che si intende svolgere e della eventuale forma contrattuale di inquadramento				Funzionario Preposto
Rilascio autorizzazione	Mancato rispetto delle tempistiche	Attinenza al regolamento e eventuali controlli successivi				Funzionario Preposto

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: Progressioni economiche orizzontali					
Evento corruttivo: Favorire accesso e vincita di procedure selettive a soggetti individuati						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Comunicazione di avvio della procedura con indicazione del termine per integrazione dei documenti agli atti	Pubblicazione dell'avvio della procedura solo sul sito intranet aziendale	Invio di comunicazione mail a tutti i dipendenti con l'avviso di pubblicazione della procedura	Prevedere la pubblicazione su piattaforme accessibili anche in locali diversi da quelli aziendali	Prossimo avviso	Pubblicazione su altra piattaforma	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Analisi della documentazione con verifica autodichiarazione	Omettere una verifica accurata e controlli poco approfonditi; non tenere conto delle date di trasmissione della documentazione	Attinenza alle regole predisposte	Prevedere formalmente una analisi collegiale della documentazione fornita	Prossimo avviso	Coinvolgimento di più soggetti nel processo di analisi	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Creazione graduatoria provvisoria con utilizzo di precisi parametri	predisporre una graduatoria non fedele ai punteggi attribuiti	Controllo di legittimità da parte del funzionario preposto	Utilizzo di programmi informatizzati per una elaborazione automatica dei dati	Fine 2026	Utilizzo strumenti informatici	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale – Sistemi Informatici – Direzione Generale
Pubblicazione graduatoria provvisoria con indicazione del termine per presentare ricorso	Pubblicazione dell'avvio della procedura solo sul sito intranet aziendale	Invio di comunicazione mail a tutti i dipendenti con l'avviso di pubblicazione della procedura	Prevedere la pubblicazione su piattaforme accessibili anche in locali diversi da quelli aziendali	Prossimo avviso	Pubblicazione su altra piattaforma	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Analisi del ricorso	Analisi superflua o poco approfondita	Attinenza alle regole predisposte	Prevedere formalmente una analisi collegiale della documentazione fornita	Prossimo avviso	Coinvolgimento di più soggetti nel processo di analisi	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Atto deliberativo di approvazione graduatoria finale	Omettere o ritardare la predisposizione dell'atto	Controllo formale della documentazione agli atti				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: Progressioni di carriera (attribuzioni di incarichi e nomine)					
Evento corruttivo: Favorire accesso e vincita di procedure selettive a soggetti individuati, diffusione di informaizoni riservate						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Indizione e pubblicazione del bando	simpatizzare o temere una posizione piuttosto che un'altra, favorendo o agevolando di fatto l'indizione del bando; pubblicare su piattaforme non idonee a garantire la conoscenza della procedura a tutti i dipendenti	-attenersi alle indicazioni di regolamento	Pubblicare il bando su una piattaforma accessibile anche fuori dalla struttura aziendale; inviare mail noreply a tutto il personale per informare dell'avvio della procedura	Prossimo bando	Pubblicazione accessibile e comunicazione mail	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Pubblicazione del bando	Omettere o ritardare la pubblicazione	Attenersi a obbligo normativo				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Avvio della procedura su GECO concorsi	omettere l'azione tempestiva di attivazione del bando	impostare preventivamente la procedura con apertura automatica dei termini nella data stabilita				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Ammissione dei candidati	Utilizzare criteri soggettivi per la valutazione del possesso dei requisiti di ammissione	Definire precisamente nel bando e nella procedura web i requisiti che determinano ammissione/esclusione	Riformulare il modello di bando, inserendo uno schema riassuntivo che permetta l'individuazione chiara dei motivi di esclusione	Secondo trimestre 2026	Inserimento riassunto schematico nel bando	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Nomina della Commissione	alterazione della composizione della commissione	roteazione dei componenti della commissione sorteggi; utilizzare un sistema di sorteggio in seduta pubblica				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Fissazione della data e convocazione candidati	Stabilire una data a ridosso di eventi che notoriamente non permetterebbero la partecipazione della maggioranza dei candidati; convocare i candidati con mezzi non idonei;	Fissare la data all'unanimità tra i membri di Commissione; eliminare le date del calendario ebraico; convocare i candidati secondo i mezzi indicati nel bando	Qualora si utilizzi la modalità di convocazione tramite pubblicazione sul sito, prevedere la comunicazione di nuovo avviso tramite l'invio di una mail semplice ai candidati	Secondo trimestre 2026	Invio mail	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Espletamento delle prove	Diffusione preventiva delle prove; elusione delle modalità di scelta casuale della prova	Predisporre le prove solo una volta che la commissione si è riunita; rispettare le procedure di sorteggio per l'individuazione della prova; controllo di legittimità da parte del segretario	Predisporre prove su supporti informatici, visualizzabili da tutti i candidati simultaneamente e diffuse in modo rapido e agevole	Triennio 2025-2027	Prove informatizzate	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale - Direzione
Valutazione dei titoli	Procedere con valutazioni personalizzate	Utilizzo di regole e criteri dettagliatamente predefiniti nella procedura informatizzata; controllo di legittimità da parte del segretario				Segretari di concorso

Redazione del verbale e della graduatoria	Redigere verbale non fedele alla intervenuta riunione della Commissione; predisporre una graduatoria non fedele ai punteggi attribuiti	Attenersi ai criteri stabiliti dal vademecum; controllo di legittimità da parte del segretario;	Rendere il verbale disponibile in formato word o PDF editabile all'ufficio concorsi in modo da permettere un "copio/incolla" della graduatoria	settembre 2025	PDF Editabile	Segretari di concorso
Approvazione dei lavori della Commissione	Omettere o ritardare la predisposizione dell'atto	Controllo formale della documentazione agli atti				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Pubblicazione graduatoria su sito aziendale	Omettere o ritardare la pubblicazione	Attenersi a obbligo normativo				Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Lettera di assunzione e controllo sulle dichiarazioni sostitutive	Omettere o eludere il controllo sulle dichiarazioni sostitutive	Attenersi all'iter stabilito per ciascuna assunzione; effettuare controlli con richiesta di verifica sulle dichiarazioni ai vari organi/istituti di competenza	svolgere l'attività supportati da colleghi o supporti informatici utili al fine della valutazione della veridicità delle dichiarazioni e controllo sulle stesse	Sin da ora	Utilizzo di strumenti di supporto della valutazione	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale
Firma del contratto	Procedere alla firma del contratto a documentazione incompleta (giudizio di idoneità, dimissioni, dichiarazioni sostitutive)	Attenersi all'iter stabilito per ciascuna assunzione	Inviare tutta la documentazione da sottoscrivere al futuro dipendente tramite mail in PDF editabile e chiederne la trasmissione preventiva della documentazione, in modo da velocizzare e informatizzare l'iter assuntivo e procedere a un controllo preventivo	gennaio 2026	Invio documentazione	Funzionario preposto – Direttore S.C. Personale

Area - Acquisizione e progressione del personale - gestione risorse umane						
Struttura SC PERSONALE	Processo: <i>Precedimenti disciplinari - UPD</i>					
Evento corruttivo: <i>pressioni indebite e conflitto di interessi</i>						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Ricezione e analisi delle segnalazioni e fase istruttoria	Possibile richiesta, offerta o accettazione di regali, compensi o altre utilità da parte del personale legati all’esercizio delle funzioni disciplinari	Codice etico; obbligo dichiarazione regali; rotazione personale; formazione anticorruzione; tracciabilità dei contatti.				UPD
fase istruttoria e adozione provvedimenti disciplinari	Partecipazione al procedimento di personale in potenziale conflitto	Adozione del Codice di Comportamento; obbligo di dichiarazione di eventuali regali o utilità; rotazione periodica del personale coinvolto nei procedimenti; formazione specifica in materia di anticorruzione e integrità; tracciabilità completa dei contatti e delle interazioni con soggetti esterni				UPD
fase istruttoria e adozione provvedimenti disciplinari	Diffusione di dati su procedimenti disciplinari a soggetti non autorizzati	Accessi riservati agli autorizzati; monitoraggio delle attività sui sistemi; policy strutturata sulle comunicazioni				UPD

Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <u>CON</u> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura SS AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI	Processo: Individuazione di partner ETS per progetti migliorativi e convenzionamenti					
Evento corruttivo: Favorire attori specifici e carenza di controlli						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Individuazione ETS	omissioni o carenza controlli nella verifica requisiti ETS	Requisiti sono definiti nel Regolamento aziendale in materia di rapporti con ETS	Commissione collegiale per attività di controllo e verifica (3/5 componenti)	In attuazione	Check list di controllo al termine del processo	Responsabile istruttoria/processo o Responsabile della SS
Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <u>CON</u> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura DISTRETTO	Processo: Concessioni ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche - procedura per i rilascio di protesi e ausili a singoli soggetti					
Evento corruttivo: favorire il rilsancio di ausili e protesi						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Ricezione prescrizione ausili o protesi	Omissione di controlli sui requisiti e abuso del rilascio di ausili o protesi	Verifica requisiti di rilascio o eventuale abuso fatto da personale in modo randomico, criteri normati a livello nazionale e regionale. Le richieste vengono controllate e controfirmate da Dirigenti Medici diversi.				Uffici Protesi, Dirigenti Medici Distretto
Acquisto ausili o protesi autorizzate e consegna ausili o protesi autorizzate	Favorire un determinato fornitore/i nell’acquisto delle protesi e ausili	La maggior parte di ausili e protesi è soggetto a gara d’acquisto, vanno acquistati esclusivamente dal fornitore risultato vincitore della gara. Per gli ausili e protesi non soggetti a gara, il fornitore è a libera scelta dell’utente tra quelli presenti nell’elenco regionale, il personale che procede all’acquisto è composto da almeno due persone e l’acquisto viene autorizzato e controfirmato da Dirigenti Medici				Uffici Protesi, Dirigenti Medici Distretto

Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <u>con</u> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura DISTRETTO	Processo: Concessioni ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche: Inserimento di persone anziane e disabili in strutture residenziali					
Evento corruttivo: favorire l'inserimento di persone anziani e disabili prive di requisiti						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Ricezione domanda di valutazione U.V.G./U.M.V.D. da Servizi socio-assistenziali territoriali (Pua, consorzi)	Cancellazione/ omissione ricezione domanda per favorire inserimenti	Le domande devono essere inviate tramite PEC al protocollo aziendale (certezza di ricezione e data di ricezione)				Segreteria U.V.G./U.M.V.D.
Valutazione U.V.G./U.M.V.D.	Falsificazione del punteggio della valutazione per favorire inserimenti	Le Unità di valutazione (U.V.G. e U.M.V.D.) sono composte da almeno tre figure multidisciplinari soggette a variazione dei componenti, la maggior parte dei punteggi vengono attribuiti secondo criteri oggettivi prestabiliti				Dirigenti Medici Distretto, Unità Valutative
Scelta struttura residenziale e inserimento nella struttura scelta	Favorire inserimenti in determinate strutture	Sensibilizzazione di tutte le figure interessate nell'informare l'utente/caregiver sulla libertà di scelta della struttura in cui verrà inserito				Segreteria U.V.G./U.M.V.D., Care manager, Dirigenti Medici Distretto

Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <u>CON</u> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura DISTRETTO	Processo: Erogazione di prestazioni sanitarie - contributo SLA					
Evento corruttivo: Erogazioni improprie di contributi						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Ricezione domanda di erogazione contributo presso gli uffici del Distretto Sanitario di competenza territoriale		Viene fatto compilare un modello di ricezione domanda dal dirigente medico. In seguito alla compilazione, il sopracitato modello viene protocollato dagli amministrativi del Distretto				Dirigenti medici Distretto, Segreteria del Distretto
Controllo documentazione ricevuta (domanda e stadiazione) e riconoscimento contributo SLA	Eludere volontariamente controllo per favorire erogazione del contributo a non aventi diritto	La verifica della documentazione viene fatta da uno o più Dirigenti medici e successivamente controllata anche da amministrativi del Distretto, la stadiazione viene redatta dal CRESLA e contiene il punteggio che genera l'entità del contributo				Dirigenti medici Distretto, Segreteria del Distretto

Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <u>con</u> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura SC DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO / S.S. Servizi Amministrativi Territoriali e Gestione Contratti Strutture Accreditate		Processo: <i>Gestione degli accordi contrattuali con gli Erogatori privati accreditati</i>				
Evento corruttivo: Riconoscimento improprio di risorse all'Erogatore privato accreditato in fase di esecuzione del contratto per mancata rettifica economica delle SDO non conformi rilevate in sede di controllo ex post (terzo livello).						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione contrattuale	Elevata rilevanza economica dei ricoveri Complessità procedurale della fase di controllo	Controlli di qualità e di appropriatezza sui ricoveri	Definizione di unaDefinizione di una procedura operativa aziendale per garantire l'effettiva applicazione delle conseguenze economiche delle verifiche di terzo livello sulle SDO	Entro il 31/12/2025	Adozione procedura operativa [si]	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio / S.S. Servizi Amministrativi Territoriali e Gestione Contratti Strutture Accreditate
Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <u>con</u> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura SC DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO		Processo: <i>Definizione degli accordi contrattuali con gli Erogatori privati accreditati</i>				
Evento corruttivo: Definizione di accordi contrattuali sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire determinati Erogatori privati accreditati						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Predisposizione accordi contrattuali	Discrezionalità nella definizione del contenuto dell'accordo	Utilizzo dello schema contrattuale regionale Indicazione dettagliata delle prestazioni richieste all'Erogatore privato accreditato (tipologia e quantità) Pubblicazione dei contratti nella Sezione "Amministrazione Trasparente"	Relazione che evidenzi la coerenza dell'accordo contrattuale con le esigenze aziendali	Prossimo rinnovo contrattuale con gli erogatori privati (scadenza attuali contratti: 31/12/2026)	Inserimento della relazione nella documentazione istruttoria della delibera di approvazione dei contratti	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio

Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <i>privi</i> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura SC MEDICINA LEGALE	Processo: commissioni invalidi e commissioni patenti					
Evento corruttivo: Favorire lo scavalco della lista di attesa e concedere esito favorevole al verbale di invalidità richiesta						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
CML (Patenti)	Tempi di attesa lunghi Forte interesse ad avere un esito positivo	- Alternanza del personale amministrativo addetto alle diverse fasi del procedimento amministrativo; - Utilizzo di procedura informatizzata su piattaforme istituzionali; - Partecipazione di medici e ingegneri designati da diverse amministrazioni (art. 119 Codice della Strada)	Non prevista.			Responsabile SSD MEDICINA LEGALE
Commissioni Invalidi (accertamento invalidità civile, handicap L. 104/1992, disabilità L. 68/99)	Tempi di attesa lunghi Forte interesse ad avere un esito positivo	Alternanza del personale amministrativo addetto alle diverse fasi del procedimento amministrativo; Convocazione automatica generata dal Portale dell'INPS; rappresentanza in Commissione anche di medici appartenenti a diverse associazioni di categoria invalidi (ANMIC,	Non prevista.			Responsabile SSD MEDICINA LEGALE

Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <i>privi</i> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura SS CONTROLLO DI GESTIONE	Processo: Definizione ed assegnazione degli obiettivi di performance organizzativa (Schede per Obiettivi per le SC/SSD)					
Evento corruttivo: Favoreggiamento di uno o più soggetti nel raggiungimento degli obiettivi						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
1.Individuazione degli obiettivi e degli indicatori di misura	Definizione di obiettivi non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/ economicità	Disamina con Direzione Strategica per linee guida comuni	Comitato Budget (istituito giugno 2025)	In attività da fine 2025 / inizio 2026	Verbalì incontri	Responsabile SS Controllo di Gestione
	Mancanza di oggettività	Revisione della proposta obiettivi con Direzione Strategica	Comitato Budget (istituito giugno 2025)	In attività da fine 2025 / inizio 2026	Verbalì incontri	Responsabile SS Controllo di Gestione
	Obiettivi volti a premiare interessi particolari	Revisione della proposta obiettivi con Direzione Strategica	Comitato Budget (istituito giugno 2025)	In attività da fine 2025 / inizio 2026	Verbalì incontri	Responsabile SS Controllo di Gestione
		Condivisione della proposta obiettivi con Capi Area / Capi Dipartimento	Condivisione della proposta anche con Comitato Budget		Email / Documento di trasmissione	Responsabile SS Controllo di Gestione
		Capi Area / Capi Dipartimento condividono la proposta con i singoli responsabili				Responsabile SS Controllo di Gestione
2.Assegnazione ufficiale obiettivi	Manipolazione della proposta prima della sottoscrizione	I responsabili di struttura hanno già preso visione della proposta (solitamente all'atto della sottoscrizione ne portano copia).	Congruenza tra versione proposta in bozza in mano ai responsabili di struttura e versione definitiva da sottoscrivere.			Responsabile SS Controllo di Gestione
3.Monitoraggio	Mancanza di oggettività nelle verifiche infrannuali	Controllo indicatori di riferimento attraverso flussi informativi ufficiali regionali				Responsabile SS Controllo di Gestione
		Invio durante l'anno del monitoraggio SpO all'OIV				Responsabile SS Controllo di Gestione
		Controllo dati da almeno 2 collaboratori CdG				Responsabile SS Controllo di Gestione
4.Valutazione finale	Distorsione dei dati a consuntivo	Controllo indicatori di riferimento attraverso flussi informativi ufficiali regionali				Responsabile SS Controllo di Gestione
	Disomogeneità nell'applicazione del sistema di valutazione	Schede e verbali OIV OIV	Comitato Budget (istituito giugno 2025)			Responsabile SS Controllo di Gestione

Area - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario <i>privi</i> effetto economico diretto ed immediato del destinatario						
Struttura DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO/DISTRETTO	Processo: Gestione liste di attesa					
Evento corruttivo: Favoreggiamento nella gestione di prestazioni ambulatoriali, visite, esami, ricoveri						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione delle liste di attesa - prestazioni ambulatoriali, visite ed esami, ricoveri.	Gestione irregolare e non trasparente delle liste di attesa, definizione dei tempi in assenza di criteri predefiniti e adozione impropria di provvedimenti sulle condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie finalizzati ad agevolare determinati soggetti, in violazione del principio di imparzialità, favorire l'erogatore privato.	Procedure informatizzate per le prenotazioni tramite CUP regionali, con utilizzo di agende digitali in grado di rilevare eventuali anomalie o forzature del sistema, a tutela del rispetto delle classi di priorità. Pubblicazione sul sito aziendale dei tempi di attesa presso ASL BI e Centri Accreditati.				Direzione Sanitaria di Presidio/ Distretto

Area - Contratti pubblici - Affidamento di lavori servizi e forniture						
Struttura SS LOGISTICA E ACQUISTI	Processo: procedure di acquisto di beni, servizi e forniture					
Evento corruttivo: Favorire un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Programmazione	Intempestiva o incompleta programmazione	Analisi dei Fabbisogni per razionalizzare iniziative d’acquisto ed utilizzo di uno Scadenario condiviso e aggiornato semestralmente	Monitoraggio periodico della programmazione	31/12/2026	Verifiche semestrali programmazione	Direttore della struttura
Aggiudicazione tramite Affidamento diretto (sotto soglia)	Favorire un Operatore Economico Utilizzo eccessivo di questo strumento Mancata applicazione del criterio di rotazione	· Pubblicazione avviso ex ante (indagine di mercato) Utilizzo Albo dei Fornitori presenti su Mepa Obbligo di richiedere n. 3 preventivi Pubblicazione di Determina semestrale degli affidamenti diretti approvata dal Direttore di struttura	Analisi a consuntivo da parte del Direttore di struttura per verificare: Carattere di urgenza, Caratteristiche e tipologie dei beni/servizi, Utilizzo limitato nel tempo e indicazione della tempistica di indizione nuova gara, Possibilità di ACCORPAMENTO degli affidamenti diretti in base al CPV	31/12/2026	% affidamenti diretti sul totale delle procedure attuate	Direttore di struttura
Individuazione operatori economici	Conflitto di interessi	Dichiarazione non sussistenza conflitto di interessi Provvedimento motivato del Rup sulle ragioni alla base della consultazione limitata solamente ad alcuni OE. Consultazione Preliminare di Mercato, finalizzata a dare pubblicità all’iniziativa e raccogliere contributi dal mercato	Controlli a campione delle dichiarazioni Regolamento sulle modalità di espletamento delle indagini di mercato, sui criteri di selezione utilizzati per l’individuazione dei soggetti da invitare	31/12/2026	Verifica del 10% dichiarazioni insuss. conflitto interessi % procedura ristretta sul totale delle procedure attuate	Rup e Direttore di struttura
Nomina del Nucleo Tecnico	Conflitto di interessi	Dichiarazione non sussistenza conflitto di interessi	Controlli a campione delle dichiarazioni Momenti formativi per riconoscere e analizzare casi di conflitti di interesse	31/12/2026	Verifica del 10% dichiarazioni insuss. conflitto interessi 2 incontri formativi all’anno	Direttore di struttura

Nomina del Rup Responsabile unico di progetto	Mancata alternanza nell'attribuzione degli incarichi	Dichiarazione non sussistenza conflitto di interessi	Nomina di un Collaboratore del RUP per le attività di gestione tecnica e amministrativa	31/12/2026	Verifica del 10% dichiarazioni di insuss. conflitto interessi	Direttore di struttura
Scelta del criterio di assegnazione: offerta economicamente più vantaggiosa	Aumento del rischio di discrezionalità, in quanto la valutazione non è legata solamente al prezzo ma al rapporto qualità/prezzo (valutazione tecnica)	Nel Bando di gara indicazione precisa dei criteri di valutazione dell'offerta (ordine di importanza, pesi, soglia minima di sbarramento)	· Adozione di criteri di valutazione espressi esclusivamente tramite Punteggio numerico Composizione commissione giudicatrice da 3 a 5 esperti	31/12/2026	---	RUP
Nomina Commissione Giudicatrice	Conflitto di Interessi - Predominanza del parere tecnico per favorire un Operatore Economico	Dichiarazione non sussistenza conflitto di interessi Divieto di nominare lo stesso componente sia per Nucleo Tecnico che per Commissione giudicatrice	Composizione del nucleo tecnico con minimo da 3 a 5 esperti Rispetto del carattere di collegialità ed eterogeneità tramite il coinvolgimento di soggetti appartenenti ad altri Enti/Aziende sanitarie	31/12/2026	Verifica del 10% dichiarazioni 2 incontri formativi all'anno	RUP
Aggiudicazione	Favorire un Operatore Economico	Patto di integrità tra Stazione appaltante e OE Segregazione della funzione del Rup per favorire la piena autonomia della commissione e limitare le interferenze	---			
Esecuzione	Favorire l'aggiudicatario, tramite applicazione di modifiche/varianti al contratto in corso d'opera	Relazione dettagliata sulle motivazioni a firma Dec, approvata dal Rup	Definizione dell'Agenda della attività di inizio servizio	31/12/2026	Controlli a sorpresa a cura del Dec Compilazione check list	RUP

Area - Contratti pubblici - Affidamento di lavori servizi e forniture						
Struttura SC TECNICO		Processo: procedure di gara appalti di lavori				
Evento corruttivo: Comportamenti volti a favorire specifici soggetti nelle fasi di selezione, programmazione, esecuzione contrattuale o gestione di beni immobili, in cambio di utilità personali						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Programmazione di lavori, servizi e forniture	Margini di discrezionalità nella definizione dei fabbisogni che potrebbe avvenire in modo non rispondente a criteri di economicità, efficienza ed efficacia ma per volontà di premiare interessi particolari	Gli atti di programmazione (ad es. la programmazione triennale ex D.Lgs. 36/2025) sono adottati mediante Deliberazione del Direttore Generale, previo parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario	L'atto di programmazione principale dell'azienda (programmazione triennale ex D.Lgs. 36/2025) viene proposto alla Direzione da due servizi (S.C. Tecnico e S.C. Amministrazione e Controllo), di concerto	In fase di attuazione	Riscontro dei servizi proponenti nelle deliberazioni di programmazione del Direttore Generale	Direttori S.C. Tecnico e S.C. Amministrazione e Controllo
Affidamenti di lavori, servizi o forniture attraverso procedure di cui al Libro 1, Parte 2 del D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i. (affidamenti di importo inferiore alla soglia comunitaria)	Possibilità, concessa dalla norma, di affidamento su basi discrezionali da parte del RUP ovvero attraverso procedura ad invito di un numero minimo di operatori economici	Adozione di apposito regolamento aziendale che stabilisce: le modalità di individuazione dell'operatore economico affidatario o degli operatori economici da invitare a procedure negoziate tenendo conto, tra l'altro, del principio di rotazione degli affidamenti, le modalità di attuazione degli obblighi di trasparenza e pubblicità delle procedure, costituzione, mediante procedura pubblica e trasparente, di elenchi di operatori economici ai fini dell'affidamento di contratti di lavori e servizi di ingegneria e architettura, Gestione di tutte le procedure di importo superiore a 5.000 euro su piattaforma di e-procurement certificata	Maggiore utilizzo PEC per i passaggi procedurali che devono essere condotti fuori dalla piattaforma di e-procurement certificata (ad es. ricezione preventivi informali ai fini di un affidamento diretto)	In fase di applicazione e comunque dal 01/09/2025	Inserimento della modalità di ricezione del preventivo nella determina di aggiudicazione	Personale che si occupa della gestione trattative e redazione determine

Esecuzione dei contratti	Margini di discrezionalità nell'esercizio di alcuni istituti previsti dalle norme in fase di esecuzione dei contratti, tra cui: introduzione di modifiche contrattuali (ad es. varianti), concessione di proroghe, verifiche di conformità sull'eseguito, gestione e risoluzione bonaria di controversie	L'applicazione da parte del RUP dei suddetti istituti avviene mediante adozione di apposito provvedimento (determinazione dirigenziale) che riporta le motivazioni che ne legittimano l'applicazione	Esposizione più estesa ed esplicita delle motivazioni alla base dell'applicazione dell'istituto da riportare nelle premesse del provvedimento di adozione	In fase di applicazione	Riscontro della presenza dell'esposizione estesa ed esplicita delle motivazioni alla base dell'applicazione dell'istituto	Dirigente che adotta il provvedimento
Stipula di contratti aventi ad oggetto l'acquisto o la cessione di diritti su beni immobili, in particolare la vendita di beni immobili di proprietà	Esplícita esclusione di tali contratti dal campo di applicazione del D.Lgs. n. 36/2023 che si limita a richiamare la necessità di applicare i principi del risultato, della fiducia e dell'accesso al mercato	Ogni decisione in merito all'acquisizione e alla cessione di diritti su beni immobili viene adottata mediante deliberazione del Direttore Generale. La vendita di beni immobili di proprietà avviene secondo un iter procedurale adottato mediante deliberazione del Direttore Generale	Esposizione più estesa ed esplicita delle motivazioni alla base della decisione relativa all'acquisizione e alla cessione di diritti su beni immobili da riportare nelle premesse del provvedimento deliberativo di adozione	In fase di applicazione	Riscontro della presenza dell'esposizione estesa ed esplicita delle motivazioni alla base della decisione	Dirigente che propone il provvedimento

Area - Contratti pubblici - Affidamento di lavori servizi e forniture						
Struttura SS INGEGNERIA CLINICA	Processo: acquisizione tecnologie					
Evento corruttivo: individuazione di fornitori specifici in cambio di utilità personali e definizione di procedure tecnico programmatiche che favoriscano determinati fornitori in cambio di utilità personali						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Acquisizione tecnologie di valore minore 140.000 € (come da Regolamento acquisti sottosoglia) - Ricezione dei preventivi informali	Presenza di un unico ingegnere clinico (RUP) che con l'utilizzatore valuta le opportunità di indirizzare a OE specifici l'affidamento diretto di contratti di acquisizione	Pubblicazione di un concorso per l'assunzione di n. 1 ingegnere clinico, con contestuale copertura di un ulteriore posto vacante, al fine di consentire l'alternanza nel ruolo di RUP e garantire un reciproco monitoraggio dei comportamenti	Ricezione via PEC dei preventivi informali agli OE tra cui individuare il progetto/sistema più adeguato alle esigenze clinico/tecniche/organizzative dell'ASL BI utilizzando la PEC della SC Tecnico, meglio acquisendo una PEC dedicata per Ing. Clinica	In fase di applicazione e comunque dal 01/09/2025	Inserimento della modalità di ricezione del preventivo nel file "RIEPILOGO TRATTATIVE" nel campo "OPERATORI ECONOMICI INTERPELLATI, DATA RICEZIONE PREVENTIVI E RELATIVA MODALITA' (mail, PEC, altro)" e nella determina di aggiudicazione	Personale amministrativo SS Ing. Clinica che si occupa della gestione trattative e redazione determine
Acquisizione tecnologie di qualsiasi valore (come da Codice appalti art. 76) –Valutazione vincoli/opportunità	Presenza di un unico ingegnere clinico (RUP) che con l'utilizzatore valuta le opportunità di indirizzare a OE specifici l'affidamento diretto di contratti di acquisizione	Pubblicazione di un concorso per l'assunzione di n. 1 ingegnere clinico, con contestuale copertura di un ulteriore posto vacante, al fine di consentire l'alternanza nel ruolo di RUP e garantire un reciproco monitoraggio dei comportamenti	Redazione di una relazione con dettaglio commisurato al valore dell'operazione, in cui vengano evidenziate le ragioni della scelta tecnico/economica/procedurale	In fase di applicazione e comunque dal 01/11/2025	Inserimento riferimento alla relazione nel file "RIEPILOGO TRATTATIVE" nel campo "MODALITA' DI SELEZIONE DELL'OPERATORE ECONOMICO" e "MOTIVAZIONE SCELTA FORNITORE AFFIDATARIO" e nella determina di aggiudicazione	Personale amministrativo SS Ing. Clinica che si occupa della gestione trattative e redazione determine

Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: Predisposizione Bilancio preventivo economico annuale					
Evento corruttivo: favoreggiamento di un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Raccolta delle informazioni fornite dai Servizi ordinatori di spesa (Rischio corruttivo: alterazione dei fabbisogni)	Tempi ristretti Documentazione cartacea Ridotto personale dedicato	Comunicazioni formali Formazione	Istituzione di organismi aziendali denominati “Comitato budget” e “Nucleo tecnico per il contenimento e l’appropriatezza dei consumi relativi a beni e servizi” (Deliberazione n. 204 del 3 giugno 2025)	2025	verbali	Soggetti individuati nella deliberazione n. 204 del 3 giugno 2025 (Direttori strutture in staff e in line alla Direzione e Direttori Dipartimenti Ospedaliero, Territoriale e Prevenzione ASL BI)
Coordinamento della stesura dei documenti di bilancio in collaborazione con la S.S. Controllo di Gestione (Rischio corruttivo: alterazione delle voci di bilancio per avvantaggiare o coprire alcune operazioni, costituire fondi occulti per consentire successive operazioni non previste dal budget)	Tempi ristretti Ridotto personale dedicato	Coinvolgimento di più strutture				Soggetti individuati nella deliberazione n. 204 del 3 giugno 2025 (Direttori strutture in staff e in line alla Direzione e Direttori Dipartimenti Ospedaliero, Territoriale e Prevenzione ASL BI)
Compilazione delle tabelle e degli schemi di bilancio e successiva trasmissione tramite apposita piattaforma regionale e stesura della Deliberazione di adozione del bilancio di previsione (Rischio corruttivo: modifica dei dati elaborati)	Tempi ristretti Ridotto personale dedicato	Sistemi di controllo interni da parte del Collegio Sindacale Verifica della correttezza nell’inserimento dei dati da parte dei Servizi interessati				Soggetti individuati nella deliberazione n. 204 del 3 giugno 2025 (Direttori strutture in staff e in line alla Direzione e Direttori Dipartimenti Ospedaliero, Territoriale e Prevenzione ASL BI)

Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: <i>pagamento fornitori</i>					
Evento corruttivo: <i>favoreggiamento di un operatore economico</i>						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Inserimento e manutenzione dell'anagrafica fornitore (Rischio corruttivo: inserimento, in particolare, di un codice IBAN fraudolento)	Tempi ristretti Documentazione cartacea	Rotazione del personale Modulistica a compilazione del fornitore, da trasmettere via PEC	Verifica dei dati attraverso un canale differente rispetto a quello iniziale con cui si è ricevuta notifica per l'inserimento o della variazione da apportare (esempio: telefono), da tenersi a campione in base ai volumi.	Adozione del nuovo PIAO	Annotazione all'interno del programma di gestione contabile del nominativo di chi ha messo in atto la verifica, l'inserimento e la modifica.	Funzionario non afferente all'ufficio pagamenti.
Registrazione delle fatture (Rischio corruttivo: doppia registrazione e relativo pagamento)	- Numerosità Eterogeneità	- Fatturazione elettronica Limitata discrezionalità	Verifica specifica sulle fatture irregolari non respinte	Adozione del nuovo PIAO	Verifica del ricevimento delle note di credito	Funzionario non afferente all'ufficio pagamenti.
Verifiche di inadempienza da attuare prima del pagamento per importi superiori a 5.000 euro (Rischio corruttivo: omissione della verifica con conseguente pagamento senza pignoramenti)	Numerosità Tempi ristretti Autonomia gestionale dell'operatore	Rotazione del personale Formazione Verifica trimestrale a campione da parte del Collegio sindacale	Procedura informatica che obbliga l'operatore a dichiarare di aver effettuato il controllo	Adozione del nuovo gestionale AMCO (gennaio 2026)		Funzionario non afferente all'ufficio pagamenti.
Pagamento fatture (Rischio corruttivo: privilegiare un fornitore con pagamenti anticipati)	Numerosità dei controlli Discrezionalità sulle tempistiche di pagamento	Verifiche sulla completezza della documentazione (DURC, verifica ADER) Scadenziario preimpostato	Verifica pagamenti con tempistiche anomale	Adozione del nuovo PIAO	Tabulato mensile dei mandati di pagamento	Funzionario non afferente all'ufficio pagamenti.

Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'		Processo: aggiornamento del budget				
Evento corruttivo: favoreggiamento di un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Presa in carico della richiesta (Rischio corruttivo: alterazione dei fabbisogni)	Discrezionalità sulle tempistiche Ridotto personale dedicato	Richiesta per iscritto tramite posta elettronica aziendale da parte del Direttore / Responsabile del Servizio richiedente Parere del Direttore SC Amministrazione e Controllo	Istituzione di organismi aziendali denominati “Comitato budget” e “Nucleo tecnico per il contenimento e l’appropriatezza dei consumi relativi a beni e servizi” (Deliberazione n. 204 del 3 giugno 2025)	2025	Verbali	Soggetti individuati nella deliberazione n. 204 del 3 giugno 2025
Messa in atto delle procedure operative per l’assegnazione del budget integrativo (Rischio corruttivo: fornire copertura a spese non autorizzate)	Autonomia dell’operatore nell’esecuzione della mansione	Preventiva consultazione del Responsabile della S.S. Contabilità Notifica evasione della richiesta al Direttore / Responsabile richiedente, al Direttore della S.C. Amministrazione e controllo e al Responsabile della S.S. Contabilità				Soggetti individuati nella deliberazione n. 204 del 3 giugno 2026

Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: predisposizione del bilancio d'esercizio					
Evento corruttivo: favoreggiamento di un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Raccolta delle informazioni fornite dalla Regione e dalla Contabilità aziendale (Rischio corruttivo: alterazione voci di bilancio)	Tempi ristretti Complessità Ridotto personale dedicato	Comunicazioni formali Formazione				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Scritture contabili di assestamento e integrazione (Rischio corruttivo: alterazione delle voci di bilancio per avvantaggiare o coprire alcune operazioni, costituire fondi occulti per consentire successive operazioni)	Tempi ristretti Complessità Ridotto personale dedicato	Scritture di Prima Nota autorizzate dal Responsabile SS Contabilità				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Compilazione delle tabelle e degli schemi di bilancio e successiva trasmissione tramite apposita piattaforma regionale e stesura della Deliberazione di adozione del bilancio di previsione (Rischio corruttivo: modifica dei dati elaborati)	Tempi ristretti Complessità Ridotto personale dedicato	Sistemi di controllo interni da parte del Collegio Sindacale e del Controllo di Gestione Verifica della correttezza nell'inserimento dei dati da parte dei Servizi interessati con la sottoscrizione della Relazione del Direttore Generale				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità

Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: rilevazione dei dati contabili					
Evento corruttivo: favoreggiamento di un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Contabilizzazione dei fatti aziendali mediante scritture in Partita Doppia derivanti dalla fatturazione passiva (Rischio corruttivo: alterazione dati e deroghe ai principi contabili)	Numerosità Eterogeneità Interventi manuali sull'applicativo	Fatturazione elettronica Limitata discrezionalità Adeguate documentazione a supporto Controllo da parte del Collegio Sindacale Circolarizzazioni Controlli anomalie contabili				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: riscossioni					
Evento corruttivo: favoreggiamento di un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Download del giornale delle riscossioni dell'Istituto Tesoriere (Rischio corruttivo: alterazione importi)	Autonomia gestionale operatore	Vincoli informatici che limitano discrezionalità Controlli Collegio Sindacale				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Emissione ordinativi di Riscossione fatture, ticket e recuperi da errate autocertificazioni per esenzione da reddito (Rischio corruttivo: alterazione importi)	Interventi manuali degli operatori Autonomia gestionale operatore	Formazione Sottoscrizione da parte del responsabile del procedimento Controlli Collegio Sindacale Incrocio dati su supporti informatici				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: recupero crediti					
Evento corruttivo: favoreggiamento di un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Rilevazione inadempienze	(Rischio corruttivo: alterazione importi) Autonomia gestionale operatore	Vincoli informatici che limitano discrezionalità	Dichiarazione di conflitto di interesse	Adozione del nuovo PIAO	Presenza / assenza dichiarazioni	Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Gestione tramite sollecito diretto e/o Agenzia delle Entrate - Riscossione	(Rischio corruttivo: alterazione importi e tempistiche) Interventi manuali degli operatori Autonomia gestionale operatore	Formazione Sottoscrizione da parte del responsabile del procedimento Incrocio dati su supporti informatici				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità

Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: donazioni in denaro					
Evento corruttivo: favoreggiamento di un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Predisposizione proposta di deliberazione di accettazione	utilizzo fondi per fini non trasparenti	Adozione di un regolamento Istruttoria con pareri dei responsabili delle strutture destinatarie e dell'Area Allegazione della completezza della documentazione che attesti la liberalità e l'assenza di conflitto di interesse				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Attivazione di una autorizzazione di spesa	(Rischio corruttivo: alterazione degli importi) Autonomia operatore	Vincolo applicativo informatico che lega autorizzazione a importo donato				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: pagamento dei pignoramenti dipendenti e convenzionati					
Evento corruttivo: favoreggiamento di un operatore economico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Creazione documenti contabili con relative prime note, per il pagamento degli stipendi, sulla base dei flussi generati dalla S.C. Personale (Rischio corruttivo: alterazione degli importi)	Autonomia gestionale degli operatori	Formazione Pluralità di soggetti ed enti coinvolti, per verificare la corrispondenza dei dati				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Gestione versamenti somme pignorate (Rischio corruttivo: alterazione valori e diffusione dati sensibili)	Conoscenza dei dati sensibili Autonomia gestionale degli operatori	Formazione Intervento di più strutture nel processo Presenza di controinteressati Incroci dei dati di trattenuta e versamento Verifica trimestrale a campione da parte del Collegio sindacale				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità

Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS CONTABILITA'	Processo: donazioni in denaro					
Evento corruttivo: utilizzo fondi per fini non trasparenti						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
verifica e raccolta dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse tra donatore e ricevente se diverso dall'Azienda	conflitto di interessi	acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto fi interessi e controlli a campione su eventuali rapporti tra donatore ed utilizzatore finale dei fondi				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SC TECNICO	Processo: Gestione beni mobili e immobili					
Evento corruttivo: favorire soggetti esterni						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione delle procedure di acquisizione a titolo contrattuale (locazioni, comodati, ecc.).	conflitto di interessi	osservanza della normativa di settore e verifica degli "istituti" e contratti applicati				Responsabile Settore Entrate SS Contabilità
Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SC TECNICO - SS IGNEGNERA CLINICA	Processo: donazioni di beni (apparecchiature)					
Evento corruttivo: favorire soggetti esterni e conflitti di interessi						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione di beni (apparecchiature)	conflitto di interessi e predisposizione di accordi con soggetti esterni	osservanza della normativa di settore e verifica degli "istituti" e contratti applicati, regolamento aziendale di accettazione donazioni				Responsabile Settore Patrimonio - Responsabile SS Ingegneria Clinica
accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali - accettazione di comodati di uso	elusione delle procedure di acquisizione, generazione di fabbisogni non programmati e conflitti di interesse tra professionisti e associazioni	Rispetto della normativa nazionale e applicazione della regolamentazione aziendale, con conformità alla procedura attestata negli atti di accettazione della donazione.				Responsabile Settore Patrimonio - Responsabile SS Ingegneria Clinica

Area - Gestione Entrate Spese e Patrimonio						
Struttura SS AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI - SERVIZIO LEGALE		Processo: gestione assicurazioni e rapporti con compagnie assicurative				
Evento corruttivo: favorire soggetti esterni e conflitti di interessi						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
stipula delle polizze e servizi assicurativi vari (Gestione sinistri)	Ricezione di proposte o soluzioni contrattuali non pienamente allineate all'attuale contesto del mercato assicurativo e dei relativi servizi	Applicazione normative specifiche / rispetto linee guida regionali				Servizio Legale (SS Affari Generali Legali)

Area - Rapporti contrattuali con privati accreditati - vigilanza						
Struttura SC DISTRETTO - SS VIGILANZA	Processo: Rilascio accreditamento a struttura già accreditata, in seguito a modifiche come previsto dalla normativa regionale, ai fini della stipula dell'accordo contrattuale per Strutture socio sanitarie private a ciclo diurno semiresidenziali e residenziali per anziani, disabili e minori					
Evento corruttivo: Richiesta e/o accettazione di regali e compensi e altre utilità connesse all'espletamento di proprie funzioni/omissioni di rilievi e controlli, abuso nel rilascio/mancato rispetto del principio di imparzialità						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Analisi dell'istanza ricevuta da parte del Legale Rappresentante della struttura richiedente; verifica oggettiva della correttezza dei dati inseriti da parte del richiedente (titolarità dall'autorizzazione)	Manipolazione delle informazioni contenute nell'istanza/Insufficiente formazione specialistica del personale addetto	Utilizzo di modello/schema di istanza approvato dalla Regione Piemonte con DGR 25-12129/09 Allegato D. - Ricezione dell'istanza a mezzo PEC all'Ufficio Protocollo aziendale (documento digitale) - Formazione interna e condivisione informazioni.				Segreteria Vigilanza
Avvio istruttoria attraverso l'analisi delle dichiarazioni di possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale, della documentazione ricevuta ed eventuale richiesta di integrazione documentale e dei relativi riscontri	Carente formazione specialistica del personale addetto. Scarsa condivisione interna	Individuazione/definizione dei requisiti di qualità e procedura del processo vincolate dalle disposizioni normative regionali (L.R. 1/2004 e DGR 25-12129/09) e da atti amministrativi. Riunioni di servizio frequenti ai fini dell'aggiornamento sullo stato delle procedure; rotazione del personale addetto alle funzioni amministrative; rotazione delle figure professionali addette alla valutazione degli elementi qualitativi oggetto dell'accreditamento (aspetti organizzativi gestionali)				Segreteria Vigilanza

Verifica veridicità della dichiarazione in ordine al possesso dei requisiti soggettivi contenuta nell'istanza secondo il modello regionale approvato con DGR 25-12129/09 All. D	Insufficiente formazione specialistica del personale addetto. Omissione/manomissione del controllo	Attività vincolata da disposizioni normative regionali (DGR 7-2645/2020); Verifica attuata mediante richiesta agli uffici del Tribunale a mezzo PEC e utilizzo della piattaforma digitale dell'autorità anticorruzione BDNA e relativi riscontri con stesse modalità. Formazione / aggiornamento del personale				Segreteria Vigilanza
Chiusura dell'istruttoria e riunione conclusiva della Commissione di Vigilanza per il rilascio dell'accreditamento con provvedimento del dirigente e successiva pubblicazione nell'Albo Pretorio	Mancato rispetto dei termini al fine di rallentare l'attività	Attività vincolata da disposizioni normative regionali e da atti amministrativi effettuate da personale a rotazione				Segreteria Vigilanza Dirigente responsabile
Invio della determinazione all'istante, al settore competente dell'azienda per la sottoscrizione dell'accordo contrattuale, alla Regione Piemonte settore competente	Ritardo/omissione delle comunicazioni	Procedura di monitoraggio interno sugli adempimenti. Comunicazioni protocollate ed inviate a mezzo PEC				Segreteria Vigilanza Dirigente responsabile

Area - Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, Sperimentazioni						
Struttura DISTRETTO/SSD FARMACEUTICA TERRITORIALE	Processo: Controllo prescrizione farmaci - Farmacie e MMG/PLS					
Evento corruttivo: Eludere i controlli favorendo interessi terzi						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Dispensazione farmaci per quanto attiene le Farmacie esterne - Controllo delle prescrizioni farmaceutiche, registrate su diversi supporti informatici, viene effettuato a campione su specifiche categorie di farmaci che presentano un impatto significativo sulla spesa sanitaria. Vengono inoltre sottoposte a verifica le prescrizioni che evidenziano comportamenti difformi rispetto agli standard regionali	Eludere volontariamente alcuni controlli su un farmaco non prescrivibile (limiti prescrittivi, coerenza delle indicazioni terapeutiche con la diagnosi) - Conflitto di interessi, omissione di atti dovuti, mancato rispetto dei tempi procedurali	L'attività di controllo è condotta da più operatori del servizio a rotazione su programmi regionali/ministeriali. Il controllo della spesa viene fatta da più servizi (controllo di gestione) e enti (Regione e Ministero) in modo piramidale.				Distretto/Farmaceutica territoriale
Appropriatezza Prescrittiva e farmacoutilizzazione con analisi prescrizioni MMG/PLS in area territoriale	Condizionamento dell'attività prescrittiva dei professionisti da parte di aziende farmaceutiche, mediante l'offerta di benefit (es. incarichi di consulenza per formazione e ricerca, vantaggi economici o pratiche assimilabili al comparaggio)	L'attività di controllo è condotta su programmi regionali/ministeriali. Verifica dell'appropriatezza prescrittiva Analisi delle prescrizioni, controllo tecnico ricette SSN.				Distretto/Farmaceutica territoriale

Area - Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, Sperimentazioni						
Struttura SC FARMACIA OSPEDALIERA	Processo: <i>Controllo prescrizione farmaci in area ospedaliera</i>					
Evento corruttivo: <i>Eludere i controlli favorendo interessi terzi</i>						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Prescrizione farmaci in area ospedaliera prescrizione farmaci chemioterapici antiblastici	Condizionamento dell'attività prescrittiva di singoli professionisti o équipe da parte di aziende farmaceutiche, mediante l'offerta di benefit personali o destinati all'équipe (ad esempio partecipazione a convegni o congressi, incarichi di consulenza per formazione e ricerca, vantaggi economici o pratiche assimilabili al comparaggio) Non tracciabilità - sprechi di risorse - errori di terapia	Commissione Terapeutica Aziendale definisce il Prontuario Terapeutico Aziendale che rappresenta l'elenco dei principi attivi selezionati dalla sulla base di criteri di efficacia, tollerabilità ed economicità, al fine di garantire un'adeguata copertura terapeutica per tutte le patologie e un utilizzo appropriato e sostenibile delle risorse disponibili.				Farmacia Ospedaliera
Area - Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, Sperimentazioni						
Struttura TUTTE LE STRUTTURE SANITARIE OSPEDALIERE E TERRITORIALI	Processo: <i>Rapporti con informatori scientifici del farmaco</i>					
Evento corruttivo: <i>favorire specifiche case farmaceutiche per interessi personali</i>						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione dei rapporto con gli informatori scientifici del farmaco	favorire specifiche case farmaceutiche per interessi personali - conflitto di interessi - partecipazione societarie occulte - interruzione dell'attività istituzionale di visita per favorire l'accesso dell'informatore - benefici e utilità correlate		adozione regolamento per la gestione dei rapporti con gli informatori scientifici del farmaco	giu-26	adozione e diffusione presso le strutture sanitarie	Direzione Sanitaria di Presidio/Distretto/Dipartimento di Prevenzione/MMG/Tutte le strutture e servizi sanitarie di area ospedaliera e territoriale

Area - Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie, Sperimentazioni						
Struttura DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO/UFFICIO SPERIMENTAZIONI	Processo: Sperimentazioni cliniche					
Evento corruttivo: favorire i fini commerciali dell'industria farmaceutica per benefit personali						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione procedure di sperimentazione	conduzione di ricerche cliniche a soli fini commerciali, manipolazione dei dati da parte di singoli professionisti o équipe per orientare gli esiti della sperimentazione a favore dell'industria farmaceutica, in cambio di benefit personali o destinati all'équipe (come partecipazione a convegni, congressi, o incarichi di consulenza per formazione e ricerca). Inserimento dei pazienti, senza adeguata informazione o consenso, in studi farmacologici sponsorizzati dall'industria. Esercizio di ampia discrezionalità da parte degli sperimentatori nell'attribuzione e autoattribuzione dei proventi derivanti dalle attività di ricerca		adozione regolamento relativo all'effettuazione di sperimentazioni cliniche e studi osservazionali presso l'ASL BI - implementazione dei compiti del Comitato Etico Territoriale e del Clinical Trial Center per la conduzione e la gestione della ricerca clinica e di fungere da organismo di coordinamento aziendale per le sperimentazioni cliniche e le attività di ricerca	mag-25	adozione e diffusione presso le strutture aziendali - verifica annuale dei documenti sottoscritti dalla Sperimentatore dello studio clinico in materia di conflitto di interessi	Direzione Sanitaria di Presidio/Ufficio Sperimentazioni

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SS AFFARI GENERALI LEGALI E ISTITUZIONALI - SERVIZIO LEGALE	Processo: Sanzioni amministrative - L. 689/81					
Evento corruttivo: Conflitto di interesse						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Istruttoria procedimento	Conflitto di interesse, conoscenza del trasgressore o dell'obbligato in solido; Richiesta e/o accettazione di regalie, compensi e altre utilità connesse all'espletamento di proprie funzioni; mancato rispetto del principio di "imparzialità"; unicità del personale che si occupa dell'istruttoria.	Formazione personale; alterità di soggetti coinvolti nella fase istruttoria e nella fase decisionale; codice di comportamento.	Regolamento aziendale in materia; aggiornamento formazione personale.	In corso	Rispetto regolamento e codice di comportamento; conseguimento corsi di formazione.	Responsabile S.S. Affari Generali Legali e Istituzionali
Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SERVIZIO VETERINARIO AREA A	Processo: Sanità animale, che include la prevenzione, il controllo e la lotta alle malattie infettive e parassitarie, sia negli animali da reddito che da compagnia					
Evento corruttivo: Chiedere o ricevere denaro o altra utilità (regali non di modico valore)						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Programmazione controlli e campionamenti ufficiali	Programmazione dei controlli in parte a discrezione ASL sulla base della valutazione del rischio	Applicazione stringente delle programmazioni regionali	Programmazione dei controlli inserendoli in banca dati e generando scadenziario	Gennaio di ogni anno	Verifica in banca dati dell'esecuzione dei controlli programmati, interventi con più operatori quando possibile	Direttore S.C.
Effettuazione controlli ufficiali	Rilievo di non conformità	Rispetto delle procedure previste, compilazione dei verbali	Verifica delle NC gravi con referente/responsabile come previsto dall'atto di delega/subdelega	Già in atto	Verifica efficacia dei controlli ufficiali e audit interni, controlli con più operatori	Direttore S.C.
Prestazioni su richiesta dell'operatore	Tempistica operativa	Registro delle richieste	Valutazione dei tempi di attesa	Già in atto	Segnalazioni degli operatori	Direttore S.C.

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SERVIZIO VETERINARIO AREA B	Processo: Attività di vigilanza e controllo sull’intera filiera degli alimenti di origine animale a garanzia della sicurezza igienico-sanitaria, microbiologica e chimica, gestione eventuali allerte, supervisione macellazione e trasformazione (compresi i prodotti lattiero-caseari).					
Evento corruttivo: Chiedere o ricevere denaro o altra utilità (regali non di modico valore)						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
ISPEZIONE PRESSO MACELLO	Presenza assidua e ripetitiva	Rotazione del personale sulle strutture. Raccolta di eventuali esposti e segnalazioni.	Disponibilità di un organico al completo che consenta la rotazione (almeno ogni 5 anni)	Entro l’anno	N° di operatori in attività	Responsabile SSD Direttore Dipartimento
VIGILANZA / AUDIT	Presenza ripetitiva negli anni	Attività svolta preferibilmente da due operatori. Raccolta di eventuali esposti e segnalazioni.	Disponibilità di un organico al completo che consenta la vigilanza di 2 operatori	Entro l’anno	N° di operatori in attività	Responsabile SSD Direttore Dipartimento
CERTIFICAZIONE EXPORT	Stato di necessità da parte dell’utente	Rotazione del personale sulle strutture. Raccolta di eventuali esposti e segnalazioni.	Disponibilità di un organico al completo che consenta la rotazione (almeno ogni 5 anni)	Entro l’anno	N° di operatori in attività	Responsabile SSD Direttore Dipartimento
SANZIONI / PROVVEDIMENTI AD ALTO IMPATTO		Rotazione del personale sulle strutture + verifica del Responsabile con partecipazione a parte dei sopralluoghi	Disponibilità di un organico al completo che consenta la rotazione (almeno ogni 5 anni)	Entro l’anno	N° di operatori in attività	Responsabile SSD Direttore Dipartimento

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SERVIZIO VETERINARIO+ AREA C	Processo: Attività di controllo dei residui negli alimenti di origine animale, farmacosorveglianza e farmacovigilanza alimentazione e sottoprodotti, benessere, sperimentazione e trasporto degli animali, produzione primaria del latte, riproduzione e gestione degli animali esotici					
Evento corruttivo: Azione o insieme di azioni che implicano l'abuso di potere o di una posizione di fiducia, al fine di ottenere vantaggi privati indebiti, spesso a detrimento dell'interesse pubblico						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Programmazione controlli ufficiali e campionamenti ufficiali	Programmazione a discrezione ASL	Scelta del luogo sulla base dei criteri di rischio definiti nel Reg. UE 2017/625, ove possibile	1.Estrazione, a partire dalle banche dati, dei controlli effettuati negli anni precedenti, per evitare controlli ripetuti 2. programmazione di più attività di controllo contemporanee per garantire sempre la presenza di 2 operatori	1. 3 anni 2. Ogni volta sia possibile	Verifica nelle banche dati della registrazione dei controlli	Responsabile S.S.D.
Certificazioni per l’esportazione	Prestazione a richiesta dell’operatore	Rispetto del codice di comportamento dell’ASL BIELLA	Rispetto delle procedure contenute nel sistema qualità rotazione del personale	Sempre	Valutazione questionario di gradimento	Responsabile S.S.D.
Effettuazione controlli ufficiali e altre attività ufficiali	Rilevazione non conformità	Rispetto delle procedure di controllo ufficiale interne al Servizio Veterinario e delle indicazioni Regionali	A seguito di nuova determinazione dell’atto di sub-delega, valutazione della NC con referente/responsabil	Nel corso del 2025	Verifica efficacia dei controlli ufficiali	Responsabile S.S.D.

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SPRESAL	Processo: <i>Vigilanza Ispettiva</i>					
Evento corruttivo: tentativo di corruzione - Tangente						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Vigilanza programmata: 1: Selezionare	Accordi tra Azienda e Operatore	Selezione randomizzata e selezione del personale a rotazione				Direttore/ RAD/Dirigente
Assegnazione Aziende da controllare	Accordi tra Azienda e Operatore	Assegnazione a cura del Direttore e RAD (1 Operatore)				Direttore/ RAD/Dirigente
Assegnazione Aziende da controllare	Accordi tra Azienda e Operatore	2 Operatori presenti in Vigilanza	Vigilanza congiunta con altri Enti	In corso di implementazione	Verbali degli Operatorie/Report di Attività alla Regione (Altri Enti)	Direttore/ RAD/Dirigente
Vigilanza su Esposti	Accordi tra Esponente e Operatore	Esposti solo centralizzati e non anonimi	Se possibile: Vigilanza congiunta con altri Servizi/Enti			Direttore/ RAD/Dirigente
Vigilanza su Esposti	Accordi tra Esponente e Operatore	Assegnazione da Parte del/i Servizio/i Aziendale/i				Direttore/ RAD/Dirigente
Vigilanza in Emergenza (infortuni)	Conflitto	2 Operatori presenti in Vigilanza: condivisione del conflitto				Direttore/ RAD/Dirigente
Percorso dall'Ispezione alla fine del procedimento (eventuale pagamento sanzione	Accordo tra contravventore e operatore	2 Operatori durante tutto il seguito del procedimento				Direttore/ RAD/Dirigente
Percorso dall'Ispezione alla fine del procedimento (eventuale pagamento sanzione	Accordo tra contravventore e operatore	Documenti visionati ed approvati dal Direttore	Caricamento dati da parte di Personale Amministrativo	In corso	Estrazione periodica da Piattaforma	Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Tracciabilità su Piattaforma Regionale				Direttore/ RAD/Dirigente
Direttore SC, Responsabile unico medico	Accordo tra operatore e Ditte	Condivisione delle fasi con RAD e/o Dirigente				Direttore/ RAD/Dirigente

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SIAN /SISP	Processo: Vigilanza Ispettiva - Tecnico della Prevenzione nell’Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (TPALL)					
Evento corruttivo: tentativo di corruzione - Tangente						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Vigilanza programmata:	Accordi tra Azienda e Operatore	Selezione randomizzata e selezione del personale a rotazione				Direttore/ RAD/Dirigente
//	Accordi tra Azienda e Operatore	Assegnazione a cura del Direttore e RAD (1 Operatore)				Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	2 Operatori presenti in Vigilanza	Vigilanza congiunta con altri Enti	In corso di implementazione	Verballi degli Operatorie/Report di Attività alla Regione (Altri Enti)	Direttore/ RAD/Dirigente
Vigilanza su Esposti	Accordi tra Esponente e Operatore	Esposti solo centralizzati e non anonimi	Se necessario: Vigilanza congiunta con altri Servizi/Enti			Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Assegnazione da Parte del/i Servizio/i Aziendale/i				Direttore/ RAD/Dirigente
Vigilanza in Emergenza	Conflitto	2 Operatori (TPALL e Dirigente) presenti in Vigilanza: condivisione del conflitto				Direttore/ RAD/Dirigente
Percorso dall’Ispezione al la fine del procedimento (eventuale pagamento sanzione)	Accordo tra contravventore e operatore	2 Operatori (TPALL e Dirigente) durante tutto il seguito del procedimento				Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Documenti visionati ed approvati dal Direttore S.C.	Consultazione caricamento dati da parte di Personale Tecnico e Dirigente	In corso	Estrazione periodica da Piattaforma	Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Tracciabilità su Piattaforma Regionale				Direttore/ RAD/Dirigente

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SISP/SIAN	Processo: Vigilanza Ispettiva - Tecnico della Prevenzione nell’Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (TPALL)					
Evento corruttivo: tentativo di corruzione - Tangente						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Vigilanza programmata:	Accordi tra Azienda e Operatore	Selezione randomizzata e selezione del personale a rotazione				Direttore/ RAD/Dirigente
//	Accordi tra Azienda e Operatore	Assegnazione a cura del Direttore e RAD (1 Operatore)				Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	2 Operatori presenti in Vigilanza	Vigilanza congiunta con altri Enti	In corso di implementazione	Verbalì degli Operatorie/Report di Attività alla Regione (Altri Enti)	Direttore/ RAD/Dirigente
Vigilanza su Esposti	Accordi tra Esponente e Operatore	Esposti solo centralizzati e non anonimi	Se necessario: Vigilanza congiunta con altri Servizi/Enti			Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Assegnazione da Parte del/i Servizio/i Aziendale/i				Direttore/ RAD/Dirigente
Vigilanza in Emergenza	Conflitto	2 Operatori (TPALL e Dirigente) presenti in Vigilanza: condivisione del conflitto				Direttore/ RAD/Dirigente
Percorso dall’Ispezione al la fine del procedimento (eventuale pagamento sanzione)	Accordo tra contravventore e operatore	2 Operatori (TPALL e Dirigente) durante tutto il seguito del procedimento				Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Documenti visionati ed approvati dal Direttore S.C.	Consultazione caricamento dati da parte di Personale Tecnico e Dirigente	In corso	Estrazione periodica da Piattaforma	Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Tracciabilità su Piattaforma Regionale				Direttore/ RAD/Dirigente

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SISP	Processo: <i>Esposti</i>					
Evento corruttivo: <i>Tangente/ Favoritismi /Agevolazioni (es. avere più punteggio per case popolari)</i>						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione degli esposti	Richieste con “pressing” da parte di altri enti o servizi (es comune o Servizi sociali)	Esposti solo centralizzati e non anonimi/ Valutazione da parte del Direttore S.C. e del RAD	Confronto con Il Direttore del Dipartimento/ Se necessario: Vigilanza congiunta con altri Servizi/Enti	Già partita dal gennaio 2025	Risposta che viene gestita dalla segreteria del Dipartimento	Direttore SISP / Direttore Dipartimento
Gestione degli esposti	Accordi tra Esponente e Operatore	Esposti solo centralizzati e non anonimi/ Valutazione da parte del Direttore e del RAD	Confronto con Il Direttore del Dipartimento/ Se necessario: Vigilanza congiunta con altri Servizi/Enti			Direttore S.C. RAD/Direttore Dip.
Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SISP	Processo: <i>Vaccinazioni</i>					
Evento corruttivo: <i>agevolazioni liste attesa/esenzioni dei pagamenti/esenzioni dalle vaccinazioni</i>						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Liste di attesa per vaccinazioni dei viaggi	Richieste che pervengono da più parti	Creata specifica email al fine di ottenere una lista, in ordine di arrivo, delle richieste	Apertura delle prenotazioni a CUP Aziendale	set-25	Lista prenotazioni	Direttore e Dirigenti medici
Liste attesa Vaccinazioni	Richieste da parte di cittadini	Creazione di un calendario vaccinale con l'attività ambulatoriale gestito dalla segreteria vaccinale (tre persone), supervisionato dal Medico RAV e inviato alla coordinatrice infermieristica			Monitoraggio copertura vaccinale e monitoraggio delle vaccinazioni scolastiche con i vari istituti (scuole e asili) nel rispetto della normativa.	Direttore, RAV e Dirigenti medici

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SISP	Processo: Vigilanza Ispettiva					
Evento corruttivo: tangente						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Vigilanza programmata:	Accordi tra Azienda e Operatore	Selezione randomizzata e selezione del personale a rotazione				Direttore/ RAD/Dirigente
//	Accordi tra Azienda e Operatore	Assegnazione a cura del Direttore e RAD (1 Operatore)				Direttore/ RAD/Dirigente
//	Accordi tra Azienda e Operatore	2 Operatori presenti in Vigilanza	Vigilanza congiunta con altri Enti	In corso di implementazione	Verballi degli Operatorie/Report di Attività alla Regione (Altri Enti)	Direttore/ RAD/Dirigente
//	Accordi tra Azienda e Operatore	Supervisione del Medico del Sisp/ Direttore Vigilanza in coppia	Estensione della rotazione del personale in altri ambiti territoriali	Nel primo semestre 2025	Numero sopralluoghi o attività di controllo documentale effettuate in altri	Direttore/ RAD/Dirigente
Vigilanza in Emergenza	Conflitto	2 Operatori (TPALL e Dirigente) presenti in Vigilanza: condivisione del conflitto				Direttore/ RAD/Dirigente
Percorso dall’Ispezione al la fine del procedimento (eventuale pagamento sanzione)	Accordo tra contravventore e operatore	2 Operatori (TPALL e Dirigente) durante tutto il seguito del procedimento				Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Documenti visionati ed approvati dal Direttore S.C.	Consultazione caricamento dati da parte di Personale Tecnico e Dirigente	In corso	Estrazione periodica da Piattaforma	Direttore/ RAD/Dirigente
//	//	Tracciabilità su Piattaforma Regionale				Direttore/ RAD/Dirigente

Area - Vigilanza, controlli , ispezioni, sanzioni						
Struttura SERVIZI VETERINARI (area A-B-C) e RAD	Processo: Vigilanza Ispettiva (N.B. RAD responsabile area dipartimentale coordinatore tecnici prevenzione)					
Evento corruttivo: tangente						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Vigilanza programmata:	Accordi tra Azienda e Operatore	Selezione randomizzata e selezione del personale a rotazione				Direttore/ RAD/Dirigente
Casi sporadici: 1 solo Operatore	Accordi tra Azienda e Operatore	Assegnazione a cura del Direttore e RAD (1 Operatore)	Confronto Assiduo/Diretto con Direttore/Responsabile Struttura			//
//	//	2 Operatori presenti in Vigilanza	Vigilanza congiunta con altri Enti	In corso di implementazione	Verballi degli Operatorie/Report di Attività alla Regione (Altri Enti)	//
Vigilanza su Esposti	Accordi tra Esponente e Operatore	Esposti solo centralizzati e non anonimi	Se necessario: Vigilanza congiunta con altri Servizi/Enti			//
//	//	Assegnazione da Parte del/i Servizio/i Aziendale/i				//
Vigilanza in Emergenza	Conflitto	2 Operatori (TPALL e Dirigente) presenti in Vigilanza: condivisione del conflitto				//
Percorso dall'Ispezione al la fine del procedimento (eventuale pagamento sanzione)	Accordo tra contravventore e operatore	2 Operatori (TPALL e Dirigente) durante tutto il seguito del procedimento				//
//	//	Documenti visionati ed approvati dal Direttore S.C.	Consultazione caricamento dati da parte di Personale Tecnico e Dirigente	In corso	Estrazione periodica da Piattaforma	//
//	//	Tracciabilità su Piattaforma Regionale				//

Area - Attività conseguenti al decesso intraospedaliero						
Struttura DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	Processo: Gestione dei pazienti deceduti e delle camere mortuarie					
Evento corruttivo: Comportamenti inappropriati, non corretti o opportunistici da parte del personale e delle ditte esterne						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Decesso del paziente ed immediata comunicazione del personale di struttura ai congiunti	Segnalazione in anticipo dell'imminente/contestuale decesso ad una specifica impresa in cambio di benefit personali	Codice di comportamento/Procedura/Regolamento Aziendale	Formazione/informazion e del personale coinvolto Messa a disposizione di elenco delle ditte di servizi funebri iscritte alla camera di commercio	1 / 2 anni 6 mesi	Evidenza nel piano formativo aziendale Presenza elenco a disposizione dei reparti coinvolti	Personale (es. personale di Reparto, personale 118, ausiliari)
Effettuazione del tanatogramma per accertamento dello stato di morte	Mancata o ritardata effettuazione.					Personale di reparto
Comunicazione al personale addetto alle Camere Mortuarie	Non corretta gestione della comunicazione da parte del personale a vantaggio di ditte di onoranze funebri per scambio vicendevole di favori.					Personale di reparto
Spoglio della salma, raccolta degli effetti personali, identificazione salma con braccialetto						Personale reparto
Trasporto salma in obitorio	Possibilità di fornire informazioni all'esterno da parte di chi effettua il trasporto a vantaggio di una specifica impresa di pompe funebri in cambio di benefit.					Personale addetto alle Camere Mortuarie
Vestizione della salma ai fini dell'espletamento delle esequie	Richiesta e/o accettazione impropria di regali o altre utilità in relazione all'espletamento dei compiti previsti (es. per una particolare cura nella gestione della salma)					Personale addetto alle Camere Mortuarie
Consegna ai congiunti del modulo di designazione dell'impresa di onoranze funebri a cui intendono affidare le esequie.	Fragilità dei familiari del defunto, che li rende influenzabili nella scelta di una specifica impresa di pompe funebri in cambio di benefit.	Modulistica	Controllo delle dichiarazioni firmate dalle famiglie	1 anno	Controllo almeno dell'80% delle dichiarazioni	Personale addetto alle Camere Mortuarie
Conservazione della salma fino alla consegna all'impresa incaricata.			Controlli a campione del rispetto della procedura	1 anno		Personale addetto alle Camere Mortuarie
Aggiornamento dei registri dei decessi che contengono dati del deceduto e dell'impresa scelta.			Monitoraggio dell'eventuale posizione dominante di un'impresa rispetto alle altre	6 mesi	Indice di scelta dell'impresa più richiesta inferiore al 50% rispetto alla maggiore delle altre, con approfondimento sui requisiti di scelta se necessario.	Personale addetto alle Camere Mortuarie

Area - Altre attività del SSN - Gestione trasporti sanitari secondari						
Struttura DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO	Processo: Selezione, affidamento e gestione dei trasporti sanitari secondari per ASL BI (effettuati da Associazioni convenzionate con ASL)					
Evento corruttivo: Comportamenti non corretti/opportunistici da parte del personale interno.						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Indizione procedura selettiva	Possibile individuazione di criteri selettivi a favore di alcuni Enti per scambio vicendevole di favori.	Attenersi ai criteri previsti dalla DGR.				Personale DSP
Pubblicazione dell’avviso di procedura selettiva	Pubblicazione difficilmente individuabile sul sito per favorire o sfavorire alcuni Enti.	Pubblicazione su sito aziendale in Amministrazione Trasparente e in Avvisi Bandi di gara.	Monitoraggio giornaliero della funzionalità del link per tutta la durata della pubblicazione	3 mesi	Spunta giornaliera di un file.	Personale DSP
Nomina Commissione di valutazione avviso	Presenza di conflitto di interessi tra membri della commissione e Enti.	Selezione di personale appartenente alle strutture maggiormente coinvolte con competenze specifiche per i trasporti e loro dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Rotazione dei membri della commissione ad ogni avvio di procedura.	6 mesi	Indice di rotazione membri già nominati su totale membri commissione.	Personale Distretto e DSP
Apertura buste progetti e offerte economiche in sedute separate e in seduta aperta.	Possibilità di scambio di documenti.	Presenza di un soggetto ASL non coinvolto nella procedura che firma il verbale attestando la corretta esecuzione delle attività.				Personale DSP/FDA
Valutazione progetti.	Manipolazione dei punteggi da parte di 1 o + membri della Commissione a vantaggio di singoli Enti per scambio vicendevole di favori.	Verballi delle sedute della Commissione e pubblicazione sul sito aziendale.				Membri Commissione di valutazione
Assegnazione.	Mancata tempestività per scambio vicendevole di favori.					Personale DSP
Monitoraggio delle problematiche durante lo svolgimento del servizio, con soluzione delle criticità.	Gestione non trasparente o irregolare per scambio vicendevole di favori.	Audit di conformità e qualità del servizio	Istituzione di piattaforma digitale di tracciabilità delle attività effettuate e programmate	1 anno per verificare l’implementabilità e la sostenibilità economica (se previsto impegno di spesa).		Personale DSP/CED/DIPSA/Distretto

Area - Altre attività del SSN - Relazioni con il Pubblico						
Struttura UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Processo: Gestione di una segnalazione sui tempi di attesa					
Evento corruttivo: Favorire la richiesta di un utente						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Ricezione della segnalazione	<ul style="list-style-type: none">Qualifica del personale di front-officeCollocazione fisica degli ufficiMole di pratiche da evadere	Per ogni pratica è identificabile l'operatore che l'ha aperta				Responsabile dell'Ufficio
Analisi/valutazione della pratica per l'instradamento	<ul style="list-style-type: none">Qualifica del personale di front-officeCollocazione fisica degli ufficiMole di pratiche da evadere					Responsabile dell'Ufficio
Invio della segnalazione	<ul style="list-style-type: none">Qualifica del personale di front-officeCollocazione fisica degli ufficiMole di pratiche da evadere	Alla segnalazione è previsto che venga allegata l'impegnativa dalla quale si può verificare la data e il quesito diagnostico				Responsabile dell'Ufficio
Numerazione della pratica	<ul style="list-style-type: none">Qualifica del personale di front-officeCollocazione fisica degli ufficiMole di pratiche da evadere	Ad ogni pratica viene assegnato un numero progressivo in base alla data di ricezione				Responsabile dell'Ufficio
Attesa del riscontro e Invio del riscontro all'utente	<ul style="list-style-type: none">Qualifica del personale di front-officeCollocazione fisica degli ufficiMole di pratiche da evadere					Responsabile dell'Ufficio

Area - Altre attività del SSN - Attività Libero Professionale (ALPI)						
Struttura DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO - UFFICIO LIBERA PROFESSIONE	Processo: Gestione dell'esercizio dell'attività svolta in libera professione (ALPI)					
Evento corruttivo: Favoritismi						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione dell'esercizio dell'attività svolta in libera professione (ALPI)	pazienti indirizzati verso la sanità privata - favoririse spcifici pazienti - libera professione svolta in difforrmità della regolamentazione aziendale	in adeguamento delle linee guida rgeionali 2025, adozione con Delibera n. 339 del 29.10.2025 del regolamento aziendale di disciplina della libera professione (ALPI)				Direzione Sanitaria di Presidio- ufficio libera professione
Area - Altre attività del SSN - Parco Auto						
Struttura Settore PARCO AUTO	Processo: Gestione del Parco Auto Aziendale					
Evento corruttivo: utilizzo indebito del veicolo						
Attività del processo	Fattore abilitante:condizione che aumenta l'evento rischioso	misure adottate	misure da implementare			Responsabile della misura
			misura nuova	tempi di attuazione	Indicatore di monitoraggio	
Gestione del parco automezzi	indbito utilizzo del bene pubblico	corretta compilazione e sottoscrizione del registro macchina - informazione agli utilizzatori				ufficio Parco Auto

ALLEGATO 6 - MISURE DI PREVENZIONE GENERALI E SPECIFICHE

Il rischio è gestito attraverso un sistema articolato di misure di prevenzione, composto da: Misure generali e obbligatorie, di carattere trasversale, applicabili all'intera organizzazione e finalizzate a garantire un presidio uniforme dei processi amministrativi e operativi. Misure specifiche, rivolte alle attività e ai processi maggiormente esposti ai fattori di rischio, con particolare riferimento all' Area Sanitaria, in coerenza con le peculiarità del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale approccio consente di differenziare gli interventi in funzione del livello di esposizione, assicurando al contempo un quadro di prevenzione unitario, coerente e adeguato alla complessità dell'azione amministrativa e sanitaria, in base ai propri ambiti di intervento, alle peculiarità organizzative e ai processi aziendali e descritti nella mappatura dei processi in risposta al rischio analizzato.

Anac ha fornito indicazioni sulle principali misure generali e suggerendo gli indicatori di monitoraggio funzionali alla tipologia di misura scelta.

<i>Tipologia di misura</i>	<i>Indicatori di monitoraggio</i>
Misure di controllo	Numero di controlli effettuati / numero totale di pratiche, provvedimenti o procedimenti esaminati.
Misure di trasparenza	Presenza o assenza (sì/no) di specifici atti, dati o informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria.
Misure di definizione e promozione dell'etica e degli standard di comportamento	Numero di iniziative realizzate in materia di etica pubblica rispetto a quelle programmate
Misure di regolamentazione	Verifica dell'adozione di determinati regolamenti o procedure (sì/no).
Misure di semplificazione	Presenza o assenza (sì/no) di documentazione o disposizioni che semplifichino i processi amministrativi.
Misure di formazione	Numero di partecipanti ai corsi di formazione / numero totale dei soggetti interessati
Misure di sensibilizzazione e partecipazione	Numero di iniziative svolte e contributi raccolti rispetto a quelle programmate, distinti per tipologia di destinatari (personale interno / stakeholder esterni).
Misure di rotazione	Numero di incarichi o pratiche oggetto di rotazione / numero totale di incarichi o pratiche gestite.
Misure di segnalazione e protezione (whistleblowing)	Numero di misure adottate per agevolare, sensibilizzare e tutelare i segnalanti. Numero di segnalazioni ricevute e percentuale di quelle esaminate nell'anno di riferimento.
Misure di gestione del conflitto di interessi	Presenza di specifiche previsioni relative a casi tipici di conflitto di interessi nell'attività dell'amministrazione o ente (sì/no).
Misure di regolazione dei rapporti con rappresentanti di interessi particolari (lobbying)	Presenza o assenza (sì/no) di disposizioni che disciplinano i rapporti con i portatori di interessi particolari e gli strumenti di controllo correlati.
Misure di gestione del pantouflage	Numero di dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage acquisite / numero totale di dipendenti cessati. - Numero di verifiche effettuate su un campione di dichiarazioni di impegno / numero totale dei dipendenti cessati.

All'esito del monitoraggio periodico l'indicatore è in grado di restituire una valutazione oggettiva sia sull'efficacia della misura che dell'applicabilità della misura a quel processo. Le misure devono:

- Essere in grado di neutralizzare i fattori abilitanti del rischio;
- Adattarsi al contesto aziendale;
- Essere sostenibili anche economicamente per l'organizzazione

Laddove l'esito del monitoraggio rileva delle criticità i correttivi devono muoversi su questi ambiti.

L'attuazione delle misure connesse al PNRR rappresenta un ambito di intervento specifico, caratterizzato dall'interazione tra diverse fasi e livelli di gestione. In tale contesto, si intrecciano:

- le procedure operative definite a livello nazionale;
- i controlli regionali svolti in fase di rendicontazione attraverso la piattaforma ReGiS;
- le attività di monitoraggio che i servizi aziendali e i RUP svolgono quotidianamente e in previsione della prossima conclusione del programma europeo.

In ciascuna di queste fasi, trovano applicazione le misure di prevenzione della corruzione e di gestione del rischio individuate dall'Autorità, a garanzia della trasparenza, della regolarità amministrativa e del corretto utilizzo delle risorse pubbliche.

L'ASL BI applica le misure descritte, sia generali che specifiche, in modalità dinamica e flessibile nei differenti ambiti operativi ed in funzione delle attività svolte e del rischio rilevato

Misura generale	Descrizione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi 2026	Soggetti responsabili
Trasparenza	Adempimento tempestivo agli obblighi di pubblicazione e consapevolezza del dato qualitativo da produrre senza sovraesposizione di informazioni irrilevanti	Controllo qualitativo dei dati pubblicati e rispetto delle tempistiche	Rispetto degli adeguamenti normativi	Responsabile della trasparenza
Codice di comportamento	Osservanza del codice di comportamento da tutti i dipendenti dell'ASL BI. Adeguamento del codice di comportamento alle nuove disposizioni del DPR 62/2013 (DPR 81/2023)	1-conoscenza del personale del codice di comportamento e che l'intero organico sia adeguatamente informato e consapevole delle modalità operative e delle policy interne relative all'utilizzo dei social media 2-numero di procedimenti disciplinari avviati per violazioni/inosservanza del codice di comportamento e/o atti corruttivi.	1-verifica annuale 31/12/2026 2-verifica dell'esito del procedimento disciplinare – relazione di sintesi trimestrale dell'UPD	1-Tutti i dirigenti 2-Ufficio Provvedimenti Disciplinari
Inconferibilità e incompatibilità incarichi (DLgs 39/2013)	Dichiarazioni di insussistenza dell'esistenza di cause di inconferibilità (condanne/commistione di ruoli) e incompatibilità (conflitto di interessi a vario titolo) ai sensi del DLgs 39/2013 al momento dell'assunzione e attribuzione di incarico.	1-Acquisizione della dichiarazione 2-verifica delle dichiarazioni di insussistenza	1-tutte le dichiarazioni di tutti gli incarichi 2-controlli a campione (5%)	strutture che conferiscono incarichi e/o collaborazioni
Conflitti di interessi	Osservanza della normativa in materia di conflitto di interessi e altri istituti connessi (art.6,7 e 14 codice di comportamento, art. 35/bis, 53 e 53 comma 16/bis DLgs 165/2001, art 14 DPR 62/2013, art 6/bis L 241/90)	1-acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per incarichi dirigenziali o di posizione, contratti di collaborazione e/o consulenza esterna 2-controllo della veridicità della dichiarazione	1-acquisizione prima del conferimento incarico/consulenza 2-verifiche a campione 5% degli incarichi/consulenze conferiti – relazione semestrale e segnalazione al RPC delle criticità	struttura del Personale e strutture che conferiscono incarichi/consulenze esterne

Misura generale	Descrizione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi 2026	Soggetti responsabili
Conflitti di interessi in ambito dei contratti pubblici e attuazione misure PNRR	Osservanza delle disposizioni specifiche previste dal codice dei contratti pubblici e dalla normativa per l'attuazione delle misure PNRR	1-acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per i soggetti previsti dal DLgs 36/2023 e in attuazione delle misure PNRR	1-verifiche formali sul 100% delle procedure	strutture individuate da Atto Aziendale alle procedure di gara e all'attuazione delle misure PNRR
Pantouflage (svolgimento di attività successive alla cessazione dal servizio)	Nuovo incarico presso un privato da parte di un ex dipendente pubblico che aveva precedentemente gestito rapporti contrattuali con tale soggetto	1 - Acquisizione alla cessazione dell'impiego pubblico, dell'informativa firmata sul divieto di pantouflage	1-verifiche post a campione sul 5% dei dipendenti dimessi con richiesta Inail, Inps, Ag. Entrate, Camere di Commercio	Struttura Personale
Incarichi extraistituzionali (art. 53 DLgs 165/2001)	Verifica su seconde attività svolte dal personale dipendente e controlli svolti dal Servizio Ispettivo Aziendale per gli incarichi extraistituzionali	1 - verifiche a campione eseguite dal Servizio ispettivo aziendale	1-verifiche su almeno il 5% dei dipendenti	Servizio Ispettivo Aziendale e strutture di supporto
Rotazione ordinaria	Misura applicabile dopo valutazione dell'infungibilità delle competenze dei professionisti e dei rischi specifici. Per il personale medico, sanitario e parte di quello amministrativo, la scarsità di profili altamente specializzati impedisce la rotazione degli incarichi. In tali casi, l'Ente adotta misure alternative di prevenzione, quali segregazione delle funzioni, controfirma degli atti e condivisione di fasi, compiti e responsabilità, per garantire la legalità e ridurre i rischi di corruzione."	Gestione trasparente e condivisa delle procedure in coerenza all'applicazione delle misure alternative alla rotazione	Formazione del personale e scambio delle informazioni	Tutti i servizi

Misura generale	Descrizione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi 2026	Soggetti responsabili
Obbligo di astensione	Nell'impossibilità di adottare la rotazione ordinaria ma a fronte di conflitto di interessi corre l'obbligo di informare il proprio superiore e comunque di astenersi da qualsiasi atto in via preventiva	numero di comunicazioni fornite - controlli avviati dal superiore gerarchico - risultanze dei controlli e provvedimenti adottati – reportistica semestrale al RPCT	Al verificarsi dell'evento tempestiva verifica del superiore gerarchico	Tutto il personale direttamente interessato da conflitto di interessi Superiore gerarchico
Rotazione Straordinaria	La misura prevede la possibilità di procedere alla rotazione del personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari connessi a comportamenti di natura corruttiva. Tale intervento consente di: tutelare l'Ente da potenziali danni reputazionali, garantire la continuità e la regolarità dell'azione amministrativa, rafforzare i presidi di legalità e trasparenza nei processi interessati. art. 16, comma 1, lett. l-quater – D.Lgs. 165/2001	Numero dei provvedimenti adottati	Adozione dei provvedimenti richiesti al verificarsi dell'evento	1 Direzione Generale 2 Personale 3 Legale 4 UPD.
Formazione	Potenziare le competenze del personale attraverso percorsi formativi mirati su anticorruzione, trasparenza e gestione del rischio, al fine di rafforzare la capacità dell'Ente di prevenire comportamenti illeciti e garantire un'azione amministrativa conforme ai principi di legalità.	Programmazione di corsi specialistici per i dipendenti senior e proseguimento di corsi entrylevel per neo assunti	Progettazione corsi specialistici negli ambiti di prevenzione corruzione e lotta al riciclaggio. Corsi di formazione per i nuovi adempimenti di trasparenza e la qualità del dato	1 Formazione 2 Responsabile della prevenzione della corruzione 3 Responsabile dell'Antiriciclaggio 4 Responsabile della trasparenza
Antiriciclaggio	Gestione del conflitto di interessi con la verifica del titola effettivo	Acquisizione documentazione delle procedure di agra di verifica dei titoli effettivi	1-verifiche formali sul 100% delle procedure	strutture deputate da Atto Aziendale alle procedure di gara e all'attuazione delle misure PNRR

Misura generale	Descrizione	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi 2026	Soggetti responsabili
Whistleblowing	Rispetto della normativa e procedura aziendale di tutela da atti discriminatori del personale dipendente che segnala illeciti in ambito lavorativo	Informazione sui canali interni di segnalazione e piattaforma digitale whistleblowingPA	Prosecuzione della formazione a tutti i dipendenti 2026	Tutte le strutture e dirigenti aziendali
Promozione dell'etica e della cultura della legalità	Diffondere comportamenti improntati a integrità, trasparenza e responsabilità, rafforzando nei dipendenti la consapevolezza dei valori etici e dei principi di legalità che guidano l'azione amministrativa e sanitaria dell'Ente.	Progettare la giornata della Trasparenza con il coinvolgimento diretto dei dipendenti, degli stakeholder e della società civile - proseguire la pianificazione di momenti formativi e di condivisione mirati sui temi del conflitto di interessi e del whistleblowing	31/12/2026	1 Responsabile della prevenzione e corruzione 2 Responsabile della Trasparenza 3 Responsabile dell'Antiriciclaggio
Monitoraggio del rispetto delle tempistiche di conclusione dei procedimenti	Rispetto delle tempistiche di gestione dei procedimenti amministrativi previsti dalla L. 241/90, ed evasioni richieste di accesso civico generalizzato	Alimentazione trimestrale del registro degli accessi in amministrazione trasparente	31/12/2026	Tutte le strutture Responsabile della trasparenza
Patti di integrità	Gli operatori che partecipano alle gare sottoscrivono un Patto di Integrità con l'ASL BI, impegnandosi a garantire trasparenza, correttezza e assenza di comportamenti corruttivi in tutte le fasi delle procedure e dei contratti.	Acquisizione della sottoscrizione dei Patti d'Integrità e verifica formale sul 100%	Verifica numero gare svolte e numero segnalazioni ricevute per violazioni del medesimo operatore	SS Logistica e Acquisti

Misura specifica per l'ambito di riferimento	Descrizione delle misura	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi 2026	Soggetti responsabili
Contratti pubblici di lavoro, servizi e forniture	Regolamento affidamento beni servizi e lavori sottosoglia – Patti di integrità e gestione delle procedure di gara nel rispetto della normativa nazionale e regolamentare interna	Aggiornamento del regolamento delle procedure di gara per lavori, servizi e forniture soprasoglia comunitaria	30/06/2026	Strutture Logistica e Acquisti/Tecnico/Sistemi Informativi.
Attuazione misure PNRR	Rendicontazione e caricamenti sulla piattaforma Regis – Compilazione check list di autocontrollo - rispetto degli adempimenti tecnico amministrativi richiesti	100% dei controlli sostanziali sulle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà (DSAN), con particolare riferimento al conflitto di interessi e alla verifica del titolare effettivo	30/06/2026	Referente aziendale per attuazione misure PNRR
Attività Libero Professionale (ALPI)	Rispetto della normativa nazionale e regolamento aziendale Libera professione	Reportistica interna dell'attività di verifica e controllo svolta tramite invio in Regione all'Osservatorio Nazionale ALPI c/o Ministero della Salute, con particolare riferimento al mantenimento dell'equilibrio del rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale e rapporto con le liste di attesa	Reportistica con cadenza semestrale 30/06/2026 31/12/2026	Direzione Sanitaria di Presidio /Uff. Libera Professione/Servizio Ispettivo Aziendale
Rapporti contrattuali con privati accreditati	Attività ispettiva del settore privato che svolge attività assistenziale (sopralluoghi per nuovi accreditamenti, verifica mantenimento requisiti, controlli routinari) - Rotazione del team di ispettori (se possibile), condivisione collegiale delle risultanze da verbale ispettivo – utilizzo di modelli standard per i sopralluoghi	Percentuale di ispezioni effettuate presso la medesima struttura con composizione del team ispettivo diversa rispetto al sopralluogo precedente, come desumibile dai verbali di sopralluogo, con esplicitazione motivata nei casi in cui non sia stato possibile procedere alla rotazione del personale	Rafforzare l'attuazione delle misure emanate dalla Regione e proseguire nella formazione del personale sui presidi di prevenzione della corruzione."	SS Vigilanza

Misura specifica per l'ambito di riferimento	Descrizione delle misura	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi 2026	Soggetti responsabili
Farmaceutica (ospedaliera e territoriale)	Controllo delle anomalie prescrittive – segnalazione ai superiori di conflitti di interessi nei ruoli ispettivi - Gestione ciclo pianificazione degli approvvigionamenti e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio	% delle anomalie prescrittive rilevate sui controlli effettuati – % delle segnalazione di conflitti di interessi dei ruoli ispettivi -	Formazione specialistica continua del personale ispettivo e monitoraggio informatizzato del percorso farmaco-paziente.	SC Farmacia Ospedaliera SSD Farmaceutica territoriale
Sperimentazioni cliniche	Acquisizione della documentazione di assenza di conflitto di interessi sottoscritta dallo Sperimentatore – verifica preventiva e successiva dell'assenza di ogni rapporto economico-contrattuale, diretto o indiretto, tra i ricercatori e i Promotori esterni delle sperimentazioni	Acquisizione del 100% delle dichiarazioni e verifica assenza conflitto di interessi.	Al verificarsi dell'evento tempestiva verifica con le Strutture aziendali di prevenzione e adozione dei provvedimenti previsti	Ufficio Sperimentazioni Cliniche
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Monitoraggio e controllo delle imprese di onoranze funebri e comportamenti non corretti del personale operante nella "Morgue" aziendale – Trasparenza delle informazioni presenti (elenco imprese)	100% dei controlli	Report trimestrale degli interventi svolti dalle imprese di onoranze funebri – revisione annuale dell'intero processo di gestione e analisi dei rischi rilevati e definizione di nuove misure di prevenzione	Direzione Sanitaria di Presidio/Ufficio deputati

Misura specifica per l'ambito di riferimento	Descrizione delle misura	Indicatore di monitoraggio	Obiettivi 2026	Soggetti responsabili
Informazione scientifica del farmaco	Predisposizione del regolamento aziendale ISF - controllo conflitti di interessi medico/informatore e congruità della prescrizione del farmaco	Attuazione delle disposizioni del regolamento aziendale (vietare l'utilizzo degli spazi sanitari per qualsiasi attività di promozione commerciale di prodotti farmaceutici)	Adozione regolamento gestione attività degli informatori scientifici del farmaco 31/12/2026	Tutte le strutture aziendali
Servizio Ispettivo Aziendale	Controlli – verifiche e reportistica delle risultanze ispettive autonomamente condotte o su incarico del Responsabile prevenzione della corruzione, Responsabile dell'antiriciclaggio e Referente della Privacy	Il Servizio Ispettivo (istituito ai sensi dell'art. 1, comma 62, della Legge 662/1996) svolge attività di verifica delle incompatibilità del personale ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, e supporta le funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione, della trasparenza, dell'Antiriciclaggio e del Referente Privacy.	Adozione regolamento funzionamento Servizio Ispettivo Aziendale 31/12/2026	Servizio Ispettivo Aziendale e Strutture che si avvalgono del supporto

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
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)	1.1.1	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)	RPCT	Annuale
	Atti generali		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	1.1.2	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Atti amministrativi generali	1.1.3	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Documenti di programmazione strategico-gestionale	1.1.4	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	1.1.5	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	1.1.6	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo	
	Oneri informativi per cittadini e imprese		Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	1.1.7	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	La pubblicazione dello scadenzario contenente l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi introdotti, ai sensi del comma 1 bis dell'articolo 12 del decreto legislativo 33 del 2013 e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 novembre 2013, non è di pertinenza dell'Azienda Sanitaria.	obbligo non di pertinenza
			Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese		Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	NA	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	NA	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)	NA	
			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	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					Curriculum vitae	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			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]	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	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).	

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013		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)	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
			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 €)	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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)]	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Annuale
			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	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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]	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	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).
			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)	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
			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 €)	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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)]	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Annuale
			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			Curriculum vitae	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno
			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	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno
			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	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)		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)	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025									
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento	
			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 €)	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno	
			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)]	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo		Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	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	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Atti degli organi di controllo		Atti e relazioni degli organi di controllo	Adempimento previsto solo per Enti Locali (NO ASR)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Articolazione degli uffici			Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	2.1.1	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	S.C. Personale con la collaborazione delle Macro Strutture Aziendali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (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)	2.1.2	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	S.C. Personale con la collaborazione delle Macro Strutture Aziendali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2.1.3	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	S.C. Personale con la collaborazione delle Macro Strutture Aziendali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica			Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	2.2.1	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	S.C. Personale con la collaborazione delle Macro Strutture Aziendali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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)	3.1.1	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali Uff. Legale S.C. Tecnico S.S. Formazione S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
						Per ciascun titolare di incarico:			
Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013				3.1.2		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013				3.1.3		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)		
Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013				3.1.4		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)		
Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001				3.1.5		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)		
Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001				3.1.6		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo		
			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.1.1	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.1.2	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.1.3	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
					4.1.4	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo)		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	4.1.5	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.1.6	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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		4.1.7	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]	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	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).
			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		4.1.8	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)	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4.1.9	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)]	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Annuale
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		4.1.10	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		4.1.11	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		4.1.12	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Annuale (non oltre il 30 marzo)
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali: responsabili di dipartimento, responsabili di strutture semplici dipartimentali e complesse)			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)		Per ciascun titolare di incarico:	Per ciascun titolare di incarico:	Per ciascun titolare di incarico:
			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.2.1	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.2.2	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.2.3	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					4.2.4	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.2.5	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		4.2.6	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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		4.2.7	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]	S.C. Personale	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).
			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		4.2.8	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)	S.C. Personale	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4.2.9	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)]	S.C. Personale	Annuale

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS/L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
Personale			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		4.2.10	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	S.C. Personale	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		4.2.11	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	S.C. Personale	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013 <i>Comunicato Presidente ANAC 07703/2018 ... "Sospensione dell'efficacia limitatamente alle indicazioni sulla pubblicazione dei dati di cui all'art.14 c.1/ter ultimo periodo del D.Lgs. 33/2013"</i>		4.2.12	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	S.C. Personale	Annuale (non oltre il 30 marzo)
			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	NA	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
			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	S.C. Personale	Tempestivo
			Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti		Ruolo dei dirigenti	NA	Non di competenza ASL
	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)	4.3.1	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	S.C. Personale	Nessuno
			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		4.3.2	Curriculum vitae	S.C. Personale	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4.3.3		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	S.C. Personale	Nessuno	
			4.3.4		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	S.C. Personale	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	4.3.5		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	S.C. Personale	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	4.3.6		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	S.C. Personale	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	4.3.7		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 dichiaraizione [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)	S.C. Personale	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982	4.3.8		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)]	S.C. Personale	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	
	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	4.4.1	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	S.S. Affari, Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Posizioni organizzative		Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	4.5.1	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dotazione organica		Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	4.6.1	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	S.C. Personale	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	4.6.2	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	S.C. Personale	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo indeterminato		Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	4.7.1	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	S.C. Personale	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	4.7.2	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	S.C. Personale	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
	Tassi di assenza		Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	4.8.1	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	S.C. Personale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
	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)	4.9.1	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	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione collettiva		Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	4.10.1	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	4.11.1	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)	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	4.11.2	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, 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	S.C. Personale	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	OIV		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	4.12.1	Nominativi	S.S. Affari, Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4.12.2	Curricula	S.S. Affari, Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		4.12.3	Compensi	S.S. Affari, Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso			Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	5.1.1	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 e le graduatorie finali aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori (così come modificato dall'art.1 c.145 L. 160/2019)	S.C. Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance		Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	6.1.1	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	SS Controllo di Gestione	Tempestivo
	Piano della Performance		Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	6.2.1	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) sostituito con Sezione PIAO come da DM 132/2022	SS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance			Relazione sulla Performance (relativamente all'obbligo di pubblicazione)	6.3.1	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	SS Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi		Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	6.4.1	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	SS Controllo di Gestione SC Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				(da pubblicare in tabelle)	6.4.2	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	SS Controllo di Gestione SC Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi		Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	6.5.1	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	SS Controllo di Gestione SC Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					6.5.2	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	SS Controllo di Gestione SC Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
					6.5.3	Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	SS Controllo di Gestione SC Personale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo		Livelli di benessere organizzativo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016
			Art. 22, c. 1, lett. a), c.2 e c.3 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	L'ASL non vigila e controlla Enti pubblici	//
					Per ciascuno degli enti:	Per ciascuno degli enti:	Per ciascuno degli enti:	
						1) ragione sociale	NA	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	NA	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						3) durata dell'impegno	NA	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025										
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_ASL BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento		
Enti controllati	Enti pubblici vigilati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	NA	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	NA	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	NA	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	NA	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	NA	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	NA	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
			Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	NA	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
	Società partecipate		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	7.1.1	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)	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
						Per ciascuna delle società:	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
			Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		7.1.2	1) ragione sociale	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
					7.1.3	2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
					7.1.4	3) durata dell'impegno	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
					7.1.5	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
					7.1.6	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
					7.1.7	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
					7.1.8	7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7.1.9	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.S. Contabilità	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		7.1.10	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	S.S. Contabilità	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
			Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		7.1.11	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	S.S. Contabilità	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
			Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	7.1.12	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)	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		7.1.13	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	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
					7.1.14	Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Enti di diritto privato controllati		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	L'ASL non vigila e controlla Enti pubblici	//
								Per ciascuno degli enti:	Per ciascuno degli enti:	Per ciascuno degli enti:
						1) ragione sociale	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
			Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						3) durata dell'impegno	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
						Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	obbligo non di pertinenza	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
			Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013			Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	obbligo non di pertinenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica		Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	7.2.1	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	S.S. Controllo di Gestione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
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	obbligo non di pertinenza	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
	Tipologie di procedimento					Per ciascuna tipologia di procedimento:	Per ciascuna tipologia di procedimento:	Per ciascuna tipologia di procedimento:
			Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		8.1.1	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		8.1.2	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		8.1.3	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		8.1.4	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		8.1.5	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		8.1.6	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento	8.1.7	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	8.1.8	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		8.1.9	9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		8.1.10	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		8.1.11	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
						Per i procedimenti ad istanza di parte:	Per i procedimenti ad istanza di parte:	Per i procedimenti ad istanza di parte:
			Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		8.1.12	1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		8.1.13	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
	Monitoraggio tempi procedurali		Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali		Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	obbligo non di pertinenza	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	8.2.1	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali Uff. Comunicazione URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico (Delibere)		Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	9.1.1.	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 (<i>link</i> alla sotto-sezione "Bandi di gara e contratti" - "Attuazione Misure PNRR"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	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.	obbligo non di pertinenza	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi (Determinate)		Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	9.2.1	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 (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	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.	L'ASL non vigila e controlla Enti pubblici	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016
Controlli sulle attività economiche			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	L'ASL non vigila e controlla Enti pubblici	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	L'ASL non vigila e controlla Enti pubblici	
			Art. 23/bis, d.lgs. n. 33/2013			Pubblicazione dell'elenco degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che gli operatori sono tenuti a rispettare nello svolgimento di attività economiche. Le informazioni saranno rappresentate secondo uno schema standardizzato elaborato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica indicando altresì quelli eliminati		
			Art. 23/bis, d.lgs. n. 33/2013			Pubblicazione dell'elenco degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che gli operatori sono tenuti a rispettare nello svolgimento di attività economiche. Le informazioni saranno rappresentate secondo uno schema standardizzato elaborato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica indicando altresì quelli eliminati		
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	10.1.1	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023			10.1.2	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10, art. 37 D.Lgs 36/2023	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	10.1.3	Programma Triennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
			Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione				NA	
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	10.1.4	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	TECNICO	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	10.1.5	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	TECNICO LOGISTICA ACQUISTI SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI	Tempestivo

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	10.1.6	Delibera a contrarre o atto equivalente	TECNICO LOGISTICA E ACQUISTI SISTEMI INFORMATIVI INFORMATICI	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	10.1.7	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	10.1.8	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 , art 97 D.Lgs 36/2023	Commissione giudicatrice	10.1.9	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	TECNICO LOGISTICA E ACQUISTI SISTEMI INFORMATIVI INFORMATICI INGEGNERIA CLINICA	Tempestivo

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	10.1.10	SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) SETTORI SPECIALI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	10.1.11	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	10.1.12	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbalì delle commissioni di gara	10.1.13	Verbalì delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
Bandi di gara e contratti	Atti delle Amministrazioni Aggrediatrici e degli Enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	10.1.14	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	10.1.15	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	10.1.16	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissioni di collaudo	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	10.1.17	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_ASL BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	10.1.18	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <u>in quanto compatibili</u> , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	10.1.19	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	10.1.20	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)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo
		dal 01.01.2024 l'adempimento è compiuto con trasmissione dati alla BDNCP - collegamento ipertestuale in Amministrazione Trasparente - PNA agg 2023, delibera Anac 264/2023 integrata dalla 601/2023	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	10.1.21	<u>Obbligo previsto per i soli enti che gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 30 DLgs 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	10.1.22	l'elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche <i>NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024</i>
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	ALLEGATO I. 5 al d.lgs 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi Schemi Tipo (art. 4 co. 3)	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi Schemi Tipo (art. 4 co. 3)	10.1.23	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	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo <i>NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024</i>
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	ALLEGATO I. 5 al d.lgs 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi Schemi Tipo (art. 5 co. 8, art. 7 co. 4)	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi Schemi Tipo (art. 5 co. 8, art. 7 co. 4)	10.1.24	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.	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo <i>NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024</i>
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 168 DLgs 36/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	10.1.25	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	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo <i>NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024</i>
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023				<p align="center"><u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u></p> 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).		
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco 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	10.1.26	Progetti di investimento pubblico	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Annuale

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 40 DLgs 36/2023	Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Adempimento previsto per la <u>Fase di Pubblicazione</u>	10.1.27	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	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Allegato I.6 – Dibattito pubblico obbligatorio	Dibattito pubblico obbligatorio Adempimento previsto per la <u>Fase di Pubblicazione</u>	10.1.28	Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento : 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	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	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)	Adempimento previsto per la <u>Fase di Pubblicazione</u>	10.1.29	Documenti di gara che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 28 DLgs 36/2023	Trasparenza dei contratti pubblici Adempimento previsto per la <u>Fase di Affidamento</u>	10.1.30	la composizione delle commissioni giudicatrici e i CV dei componenti	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	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)	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC Adempimento previsto per la <u>Fase di Affidamento</u>	10.1.31	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46 DLgs 198/2006 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti art. 47, c. 2, d.l.77/2021) il documento è prodotto a pena di esclusione al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta. N.B.: tale pubblicazione è successiva alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure.	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 1 co 5 art. 14 co 3, art. 17 co. 2, art. 24, at. 30 co 2, art. 31 co 1 e 2, DLgs 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali		1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale, 2) relazione e valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione, 3) deliberazione di affidamento del servizio a società in house 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 e le condizioni economiche del rapporto, 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale.	NA	

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Collegio consultivo tecnico Adempimento previsto per la <u>Fase Esecutiva</u>	10.1.31	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	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 (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC Adempimento previsto per la <u>Fase Esecutiva</u>	10.1.32	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)	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato <u>Sponsorizzazioni</u>	10.1.33	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	Art. 140 DLgs 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	10.1.34	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzari ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
		dal 01.01.2024 il dato è pubblicato in Amministrazione Trasparente o viene indicato il collegamento al link dove reperire il dato - allegato 1 delibera 264/2023 integrata dalla 601/2023, delibera 582/2023	FINANZA DI PROGETTO Art. 193 DLgs 36/2023 Procedura di affidamento	Finanza di progetto - Procedura di affidamento	10.1.35	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	S.C. Tecnico S.S. Logistica e Acquisti S.S. Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica	Tempestivo NB per procedure avviate a fard data dal 1 gennaio 2024
	Criteri e modalità		Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	11.1.1	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	S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria di Presidio S.C. SERD S.C. Psichiatria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
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)	11.2.1	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	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
						Per ciascun atto:	Per ciascun atto:	Per ciascun atto:
			Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		11.2.2	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		11.2.3	2) importo del vantaggio economico corrisposto	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		11.2.4	3) norma o titolo a base dell'attribuzione	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		11.2.5	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		11.2.6	5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		11.2.7	6) link al progetto selezionato	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		11.2.8	7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		11.2.9	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	S.C. FDA S.C. Distretto S.C. Direzione Sanitaria Presidio S.C. SERT S.C. Psichiatria	Annuale (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	12.1.1	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	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		12.1.2	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.	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	12.1.3	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	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
			Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		12.1.4	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.	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	12.2.1	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	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare		Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	13.1.1	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	S.C. Tecnico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Determinazione ANAC 12/2015	Valore stimato dei Fabbricati da reddito	13.1.2	Informazioni identificative degli Immobili posseduti e detenuti, canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	S.C. Tecnico	Annuale
	Canoni di locazione o affitto		Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	13.2.1	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	S.C. Tecnico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe			Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	14.1.1	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.
					14.1.2	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo
					14.1.3	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)	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo
					14.1.4	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	14.2.1	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Corte dei conti			Rilievi Corte dei conti	14.3.1	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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	15.1.1	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Uff. Comunicazione URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action		Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	15.2.1	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	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo
			Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		15.2.2	Sentenza di definizione del giudizio	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo
			Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		15.2.3	Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali	Tempestivo
	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)	15.3.1	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	S.S. Contabilità	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	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)	15.4.1	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	15.5.1	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.	Uff. Comunicazione URP	Tempestivo
	Dati sui pagamenti		Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	16.1..1	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	S.S. Contabilità	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_ASL BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale		Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	16.1.2	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	S.S. Contabilità	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti		Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	16.2.1	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	S.S. Contabilità	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					16.2.2	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	S.S. Contabilità	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Ammontare complessivo dei debiti	16.2.3	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	S.S. Contabilità	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	IBAN e pagamenti informatici		Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	16.3.1	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	S.S. Contabilità	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni reali ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	17.1.1	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)	S.C. Tecnico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	17.2.1	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)	S.C. Tecnico	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	17.3.1	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	S.C. Tecnico	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		17.3.2	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	S.C. Tecnico	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Pianificazione e governo del territorio			Art. 39 d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio		Il presente obbligo non rientra nell'ambito soggettivo di competenza dell'Azienda sanitaria Locale	L'ASL non vigila e controlla Enti pubblici	NA
Pianificazione e governo del territorio			Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013			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	S.C. Tecnico	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)		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	S.C. Tecnico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Informazioni ambientali			Art. 40 d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali		Il presente obbligo non rientra nell'ambito soggettivo di competenza dell'Azienda sanitaria Locale?	L'ASL non vigila e controlla Enti pubblici	
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:	Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				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	Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				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	Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				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	Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				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	Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Relazioni sull'attuazione della legislazione		5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				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	Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_ASL BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
				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	Dipartimento di Prevenzione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Strutture sanitarie private accreditate			Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	18.1.1	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	S.C. FDA	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				(da pubblicare in tabelle)	18.1.2	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	S.C. FDA	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza			Art. 42 d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza		Il presente obbligo non rientra nell'ambito soggettivo di competenza dell'Azienda sanitaria Locale	L'ASL non vigila e controlla Enti pubblici	NA
Interventi straordinari e di emergenza			Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza		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	S.C. Tecnico o Struttura specificatamente individuata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	S.C. Tecnico o Struttura specificatamente individuata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013			Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	S.C. Tecnico o Struttura specificatamente individuata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
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 / Sezione Anticorruzione Trasparenza PIAO	19.1.1	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) Per la pubblicazione del PIAO e relativa sezione anticorruzione e trasparenza, il D.M. 132/2022 dispone all'art. 7 che il PIAO va pubblicato sul sito del DFP e sul sito istituzionale di ciascuna amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione di primo livello "Altri contenuti-Prevenzione della corruzione"	RPCT	Annuale
			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	19.1.2	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	Tempestivo
				Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	19.1.3	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	RPCT	Tempestivo
			Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	19.1.4	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	RPCT	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
			Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	19.1.5	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	RPCT	Tempestivo
			Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	19.1.6	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	RPCT	Tempestivo
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	20.1.1	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	RPCT solo nei casi di mancata pubblicazione	Tempestivo
			Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	20.1.2	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	RPCT Referenti aziendali strutture interessate	Tempestivo
			Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	20.1.3	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	RPCT	Semestrale
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	21.1.1	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.dat.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	S.S. Sistemi Informativi	Tempestivo
			Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	21.1.2	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	S.S. Sistemi Informativi	Annuale
			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.)	21.1.3	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	S.S. Sistemi Informativi	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)

PIAO 2026-2028 - SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS. N. 33/2013 E S.M.I. (Delibere ANAC n. 1310/2016, 1134/2017, 7/2023 e Allegato 1 alla Delibera 264/2023 int 601/2023) - Rev. 2/2025								
Sezioni Macrofamiglie di dati (Livello 1)	Sotto-sezione Tipologie di dati (Livello 2)	Modalità di adempimento	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	ID_AS_L BI	Contenuti dell'obbligo	Struttura Responsabile Obblighi di Pubblicazione	Aggiornamento
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.	22.1.1	In questa sezione sono pubblicati 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; questi ulteriori dati sono stati individuati dalle strutture aziendali, gli stakeholder non hanno avanzato proposte od osservazioni (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)	Servizi e strutture progressivamente individuate	
Attuazione Misure PNRR	Elenco principali Interventi		Art. 34 del Regolamento (UE) 2021/241; Circolare Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 9 del 10.2.2022	Elenco principali Interventi	23.1.1	Atti legislativi adottati e atti amministrativi emanati per l'attuazione della misura di riferimento, specificando per ogni atto riportato: a) la tipologia (Decreto-legge, Legge, Decreto Legislativo, Decreto ministeriale, Decreto interministeriale, Avviso, Gara di appalto, etc.); b) il numero e la data di emissione o di adozione dell'atto, con il link ipertestuale al documento; c) la data di pubblicazione; d) la data di entrata in vigore; e) l'oggetto; f) la eventuale documentazione approvata (Programma, Piano, Regolamento etc.) con il link ipertestuale al documento; g) le eventuali note informative. I documenti che contengono "dati personali" secondo la definizione del Regolamento europeo 679/2016 "GDPR" sono pubblicati nel rispetto dello stesso e, in particolare, conformemente al principio di "minimizzazione", in base al quale i dati personali devono essere "adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità" di pubblica utilità	Strutture detentrici dei dati: S.C. Tecnico S.S. Sistemi Informativi S.S. ingegneria Clinica	Tempestivo
* 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)								

SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 2025

Conteggio di QUALIFICA				
RUOLO	QUALIFICA	RAPPORTO LAVORO		ORARIO
AMMINISTRATIVO	ASSISTENTE AMM.VO	RUOLO	TP	125
			PT	11
	COADIUTORE AMM.VO	RUOLO	TP	23
			PT	8
	COADIUTORE AMM.VO SENIOR	RUOLO	TP	40
			PT	3
	COLLABORATORE AMM.VO - PROFESSIONALE	RUOLO	TP	58
			PT	3
	COMMESSO	RUOLO	TP	4
	DIRIGENTE AMM.VO	RUOLO	TP	10
AMMINISTRATIVO Totale				285
PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	RUOLO	TP	1
			PT	2
	DIRIGENTE INGEGNERE	RUOLO	TP	4
	COLL.PROFESS.SPECIALISTA DELLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE	RUOLO	TP	1
PROFESSIONALE Totale				8
TECNICO	ASSISTENTE TECNICO - P. IND.LE	RUOLO	TP	1
	OP.TECN.-SERV.GEN. TECNICI	RUOLO	TP	1
	OP.TECN.SPEC.-CENTRALINO (NON VEDENTE)	RUOLO	TP	1
	ASSISTENTE TECNICO	RUOLO	TP	2
	OP.TECN.SPECIALIZZATO-IMPIANTISTA ELETTRICISTA	RUOLO	TP	6
	OP.TECN.SPECIALIZZATO-IMPIANTISTA IDRAULICO	RUOLO	TP	4
	OP.TECN.SPECIALIZZATO-MAGAZZINO	RUOLO	TP	1
	OP.TECN.-CENTRALINO	RUOLO	TP	2
	DIRIGENTE ANALISTA	INC.EST.	TP	1
		RUOLO	TP	1
	OP.TECN.SPEC.SENIOR-AUTISTA	RUOLO	TP	1
	OP.TECN.SPEC.SENIOR-CENTRALINO	RUOLO	TP	1
	OP.TECN.SPEC.SENIOR-CUOCO	RUOLO	TP	10
			PT	1
	OP.TECN.SPEC.-SERV.GEN. TECNICI	RUOLO	TP	1
	OP.TECN.-CUCINA MENSA	RUOLO	PT	4
	OP.TECN.-MAGAZZINO	RUOLO	TP	5
	OP.TECN.SPEC.-SERVIZI SANITARI	RUOLO	TP	1
	ASSISTENTE INFORMATICO	RUOLO	TP	1
	AUSILIARIO SPEC.SERVIZI SOCIO - ASSISTENZIALI	RUOLO	TP	10
	AUSILIARIO SPEC.SERVIZI TECNICO-ECONOMALI	RUOLO	TP	2
			PT	13
	COLLAB. TECNICO PROF.LE	RUOLO	TP	8
	COLLAB. TECNICO PROF.LE-GEOMETRA	RUOLO	TP	1
			PT	1
	COLLAB. TECNICO PROF.LE-INFORMATICO	RUOLO	TP	1
	COLLABORATORE TECNICO PROFESS.-INFORMATICO ex DS	RUOLO	TP	1
	OTA	RUOLO	TP	3
			PT	1
	COLLAB. TECNICO PROF.LE-PERITO IND.LE	RUOLO	TP	3
	OP.TECN.SPEC.-AUTISTA	RUOLO	TP	1
	OP.TECN.SPEC.-CUOCO	RUOLO	TP	4
	OP.TECN.SPECIALIZZATO-MECCANICO	RUOLO	TP	1
	COLLAB. TECNICO PROF.LE-INGEGNERE CLINICO	RUOLO	TP	2
	COLLAB. TECNICO PROF.LE-INGEGNERE	INC.EST.	TP	1
TECNICO Totale				98
SANITARIO	DIRIGENTE MEDICO-ORTOPEDIA E TRAUMAT.	INC.EST.	PT	3
		RUOLO	TP	7
	DIRIGENTE MEDICO-OTORINOLARINGOIATRIA	RUOLO	TP	5
		RUOLO rapp.non esclusiv	TP	1
	DIRIGENTE MEDICO-DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	INC.EST.	TP	1
		RUOLO	TP	3
	DIRIGENTE MEDICO-EMATOLOGIA	RUOLO	TP	2
	DIRIGENTE MEDICO-GASTROENTEROLOGIA	RUOLO	TP	1
	DIRIGENTE MEDICO-GERIATRIA	RUOLO	TP	3
	DIRIGENTE MEDICO-GINECOL. E OSTETRICIA	INC.EST.	PT	1
		RUOLO	TP	12
	DIRIGENTE MEDICO-IG.EP.SAN.PUBBL.	RUOLO	TP	3
	DIRIGENTE MEDICO-MALATTIE DELL'APP. RESPIRATORIO	RUOLO	TP	2
	DIRIGENTE MEDICO-MALATTIE INFETTIVE	RUOLO	TP	1
	DIRIGENTE MEDICO-MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA	RUOLO	TP	6
	DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA DEL LAVORO E SICUR. AMB. DI LAVORO	RUOLO	TP	1
	DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA DELLO SPORT	RUOLO	TP	1
		RUOLO rapp.non esclusiv	TP	1
	DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA FISICA E RIABILIT.	RUOLO	TP	8
	DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA INTERNA	INC.EST.	TP	1
		RUOLO	TP	14
	DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA NUCLEARE	RUOLO	TP	3
	DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA TRASFUSIONALE	RUOLO	TP	2
	DIRIGENTE MEDICO-NEUROLOGIA	RUOLO	TP	7
	DIRIGENTE MEDICO-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	RUOLO	TP	2
			PT	1
	DIRIGENTE MEDICO-OFTALMOLOGIA	INC.EST.	TP	1
		RUOLO	TP	4
	DIRIGENTE MEDICO-ONCOLOGIA	RUOLO	TP	8
	DIRIGENTE MEDICO-ORG.SERV.SAN.BASE	INC.EST.	PT	1
		RUOLO	TP	3
	DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA VASCOLARE	INC.EST.	TP	1
		RUOLO	TP	8
	DIRETTORE-FARMACIA OSPEDALIERA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE MEDICO-DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE MEDICO-IG.EP.SAN.PUBBL.	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE MEDICO-PEDIATRIA	CONVENZIONE UNIVER	PT	1
	DIRETTORE MEDICO-UROLOGIA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-ANATOMIA PATOLOGICA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-CHIRURGIA GENERALE	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-CHIRURGIA VASCOLARE	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-MEDICINA FISICA E RIABILIT.	RUOLO	TP	1

SANITARIO	DIRETTORE-MEDICINA INTERNA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-NEFROLOGIA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-NEUROLOGIA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-ONCOLOGIA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-ORTOPEDIA E TRAUMAT.	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-OTORINOLARINGOIATRIA	CONVENZIONE UNIVER	PT	1
	DIRETTORE-PSICHIATRIA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-RADIODIAGNOSTICA	RUOLO	TP	1
	DIRIGENTE-BIOLOGO	INC.EST.	PT	1
		RUOLO	TP	6
	DIRIGENTE-FARMACEUTICA TERRITORIALE	RUOLO	TP	1
	DIRIGENTE-FARMACIA OSPEDALIERA	RUOLO	TP	6
		PT		1
	DIRIGENTE INFERMIERISTICO	RUOLO	TP	4
	DIRIGENTE MEDICO-ANEST.RIAN.	INC.EST.	PT	5
		RUOLO	TP	24
	DIRIGENTE MEDICO-CARDIOLOGIA	RUOLO	TP	16
	DIRIGENTE MEDICO-CHIRURGIA GEN.	RUOLO	TP	13
	DIRIGENTE MEDICO-UROLOGIA	INC.EST.	PT	3
		RUOLO	TP	5
	DIRIGENTE MEDICO-PEDIATRIA	INC.EST.	TP	6
		PT		1
		RUOLO	TP	6
	DIRIGENTE MEDICO-PSICHIATRIA	RUOLO	TP	12
	DIRIGENTE MEDICO-RADIODIAGNOSTICA	RUOLO	TP	10
	DIRIGENTE MEDICO-RADIOTERAPIA	RUOLO	TP	3
	DIRIGENTE MEDICO-SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA	RUOLO	TP	2
	DIRIGENTE MEDICO-ANATOMIA PATOLOGICA	RUOLO	TP	3
	DIRIGENTE-PSICOLOGO	RUOLO	TP	24
	DIRIGENTE VETERINARIO-DELL'IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIO	RUOLO	TP	2
	DIRIGENTE VETERINARIO-IG.PROD.TRASF.COM.CONS.TRASP.AL. OR.ANIM.LOF	RUOLO	TP	8
	DIRIGENTE VETERINARIO-SANITA' ANIMALE	RUOLO	TP	4
	DIRIGENTE MEDICO-CURE PALLIATIVE	RUOLO	TP	5
	DIRIGENTE MEDICO-NEFROLOGIA	RUOLO	TP	2
	DIRETTORE-CARDIOLOGIA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-OCULISTICA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE MEDICO-MEDICINA DEL LAVORO E SICUR. AMB. DI LAVORO	RUOLO	TP	1
	ASSISTENTE SANITARIO	RUOLO	PT	2
	DIETISTA	RUOLO	TP	4
	DIETISTA ex DS	RUOLO	TP	1
		PT		1
	EDUCATORE PROFESSIONALE	RUOLO	TP	8
	EDUCATORE PROFESSIONALE ex DS	RUOLO	TP	2
	FISIOTERAPISTA	RUOLO	TP	28
		PT		6
		ASSEGN.TEMP.	TP	1
	FISIOTERAPISTA ex DS	RUOLO	TP	5
	INFERMIERE	RUOLO	TP	688
		PT		114
		ASSEGN.TEMP.	TP	1
	INFERMIERE ex DS	RUOLO	TP	30
	INFERMIERE PEDIATRICO	RUOLO	TP	1
		PT		3
	LOGOPEDISTA	RUOLO	TP	6
		PT		3
	MASSOFISIOTERAPISTA	RUOLO	PT	1
	ORTOTTISTA-ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	RUOLO	TP	3
	OSTETRICA	RUOLO	TP	29
		PT		4
	TECNICO AUDIOMETRISTA	RUOLO	TP	2
	TECNICO DELLA PREVENZ. NELL'AMB. E NEI LUOGHI DI LAVORO	RUOLO	TP	20
	TECNICO DELLA PREVENZ. NELL'AMB. E NEI LUOGHI DI LAVORO ex DS	RUOLO	TP	2
		PT		1
	TECNICO DI NEURO FISIOPATOLOGIA	RUOLO	TP	6
	TECNICO SANITARIO DI LABORAT. BIOMEDICO	RUOLO	TP	40
		PT		7
	TECNICO SANITARIO DI LABORAT. BIOMEDICO ex DS	RUOLO	TP	2
	TECNICO SANITARIO DI RADIOL. MEDICA	RUOLO	TP	46
		PT		5
	TECNICO SANITARIO DI RADIOL. MEDICA ex DS	RUOLO	TP	3
	DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA DI EMERGENZA E URGENZA	INC.EST.	TP	1
		PT		1
		RUOLO	TP	15
	DIRETTORE-ANESTESIA E RIANIMAZIONE	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE-MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA E ACCETTAZIONE	RUOLO	TP	1
	DIRIGENTE MEDICO-DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	RUOLO	TP	4
	DIRETTORE VETERINARIO SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SANITA' ANIMALE	RUOLO	TP	1
	DIRIGENTE MEDICO-MEDICINA LEGALE	INC.EST.	TP	1
	DIRETTORE MEDICO-RADIOTERAPIA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE MEDICO-FARMACOLOGIA E TOSSICOL. CLINICA	RUOLO	TP	1
	DIRETTORE MEDICO-PATOLOGIA CLINICA (LAB.AN.CHIM.CLIN.MICR.)	RUOLO	TP	1
SANITARIO Totale				1417
(vuoto)				
(vuoto) Totale				
SOCIO-SANITARIO	ASSISTENTE SOCIALE	INC.EST.	TP	1
		RUOLO	TP	10
	ASSISTENTE SOCIALE ex DS	RUOLO	TP	1
	OSS	RUOLO	TP	240
		PT		17
SOCIO-SANITARIO Totale				270
Totale complessivo				2078

Nell'immagine di copertina, l'allestimento dedicato alla storia della Sanità biellese
collocato nei corridoi dell'Ospedale di Biella.



AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI **BIELLA**

*La tua **Salute**,
il nostro **Impegno***

Siav S.p.A - Contrassegno Elettronico



TIPO CONTRASSEGNO QR Code

IMPRONTA DOC 1A9350E8EC551B5BBD4E851DC8C6FBB54E831405FCF35701C8B2F840331ABE85

Firme digitali presenti nel documento originale

Firma in formato p7m: Sano' Mario

Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico

Data Delibera 23/01/2026

Data Esecutività 23/01/2026

Oggetto APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2026-2028 - AGGIORNAMENTO 2026.

Numero Delibera 16

Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico

URL

IDENTIFICATIVO W40T3-9197

PASSWORD sMUfl

DATA SCADENZA Senza scadenza