



**A.S.L. CN2**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Alba e Bra*

**PIANO TRIENNALE**

**DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

**2016 - 2018**

# **PREFAZIONE**

## **Identità giuridica di riferimento**

Con D.P.G.R. del 17.12.2007, n. 91, in attuazione del Piano Sanitario Regionale e della Legge Regionale n. 18 del 6 agosto 2007, fu costituita l'Azienda Sanitaria Locale CN2, in continuazione della Azienda Sanitaria Locale 18, risultante – a sua volta – dall'aggregazione delle UU.SS.LL. 64 di Bra e 65 di Alba.

## **Il quadro normativo di riferimento**

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'Azienda disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi e normativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità:

1. in applicazione delle seguenti disposizioni:

- Decreto 150/2009 del 27 ottobre 2009 recante "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i. recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e relativi decreti attuativi;
- D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 recante: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- D.Lgs. n. 39 del 8 aprile 2013 avente ad oggetto: "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, comma 49 e 50 della l. 06/11/2012, n. 190";
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 concernente: "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";

2. in osservanza, in particolare, della Intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

3. in osservanza delle circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica ed, in particolare, delle circolari

- a) n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, avente ad oggetto "Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- b) n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto "D.lgs. n. 33 del 2013 - Attuazione della trasparenza" in osservanza delle circolari, delle linee guida, delle direttive, delle indicazioni, degli indirizzi e delle deliberazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica, della Autorità Nazionale Anticorruzione e delle ulteriori pubbliche Autorità a vario titolo preposte all'azione di prevenzione del rischio di corruzione e d'illegalità e in

particolare dei seguenti provvedimenti

- Delibera CIVIT n. 50/2013 del 4 luglio 2013, contenente le Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016;
  - Delibera CIVIT n. 72/2013 dell'11 settembre 2013, relativa all'approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione;
  - Delibera CIVIT n. 75/2013 del 24 ottobre 2013, avente ad oggetto "Linee Guida in materia di codice di Comportamento delle pubbliche Amministrazioni";
  - Delibera dell'A.N.A.C. n. 146 del 18.11.2014 in materia di esercizio del potere di ordine nel caso di mancata adozione di atti o provvedimenti richiesti dal Piano Nazionale Anticorruzione;
  - Determinazione A.N.A.C. n. 12 del 28.10.2015, avente ad oggetto "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
4. nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione approvato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione e predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica, anche secondo le linee di indirizzo adottate in data 14 marzo 2013 dal Comitato interministeriale istituito e disciplinato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: "Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2013, n. 190".

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'Azienda ha inteso recepire le modifiche alla legge, i decreti attuativi, le intese, le circolari, le linee guida, le direttive, le indicazioni, gli indirizzi e le delibere di cui al periodo che precede, nonché le prescrizioni del Piano nazionale anticorruzione, pur adattandole alla specifica realtà dell'ASL CN2 e ad integrazione dei provvedimenti, già adottati in passato dall'Azienda, in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza dell'azione amministrativa, oltre che di riflessione sui temi etici della sanità, quale la Carta Etica di cui questa Azienda Sanitaria – prima in Italia – si è dotata sin dal 1999.

Si evidenzia infine che, in ogni caso, l'attuazione dei citati provvedimenti legislativi deve avvenire nel rispetto della clausola di invarianza finanziaria per la quale *"le Amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente"*.

## **Finalità**

L'Azienda riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, previste dalla normativa vigente, quali essenziali al perseguimento della mission aziendale caratterizzata dalle funzioni assistenziali e basata sui seguenti principi:

Centralità del cittadino e del paziente;  
Promozione di iniziative volte a migliorare la qualità assistenziale;  
Responsabilizzazione sui risultati aziendali;  
Miglioramento della qualità.

Di tali principi si è, pertanto, tenuto conto nell'elaborazione del PTPC 2016 - 2018.

## **Nozione di corruzione**

Il Piano accoglie il concetto di corruzione in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto della corruzione, sono quindi più ampie della fattispecie penalistica disciplinata dagli artt. 318-319-319ter – 319quater – 320 – 322 del Codice Penale e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati nel Titolo II, Capo I del Codice Penale, ma anche le situazioni in cui a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni o dei compiti assegnati, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico, sanitario, ecc... e riguardare ogni dipendente quale che sia la qualifica rivestita.

Anche questa Azienda Sanitaria conferma, pertanto, la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia – come detto - dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la “*maladministration*”, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

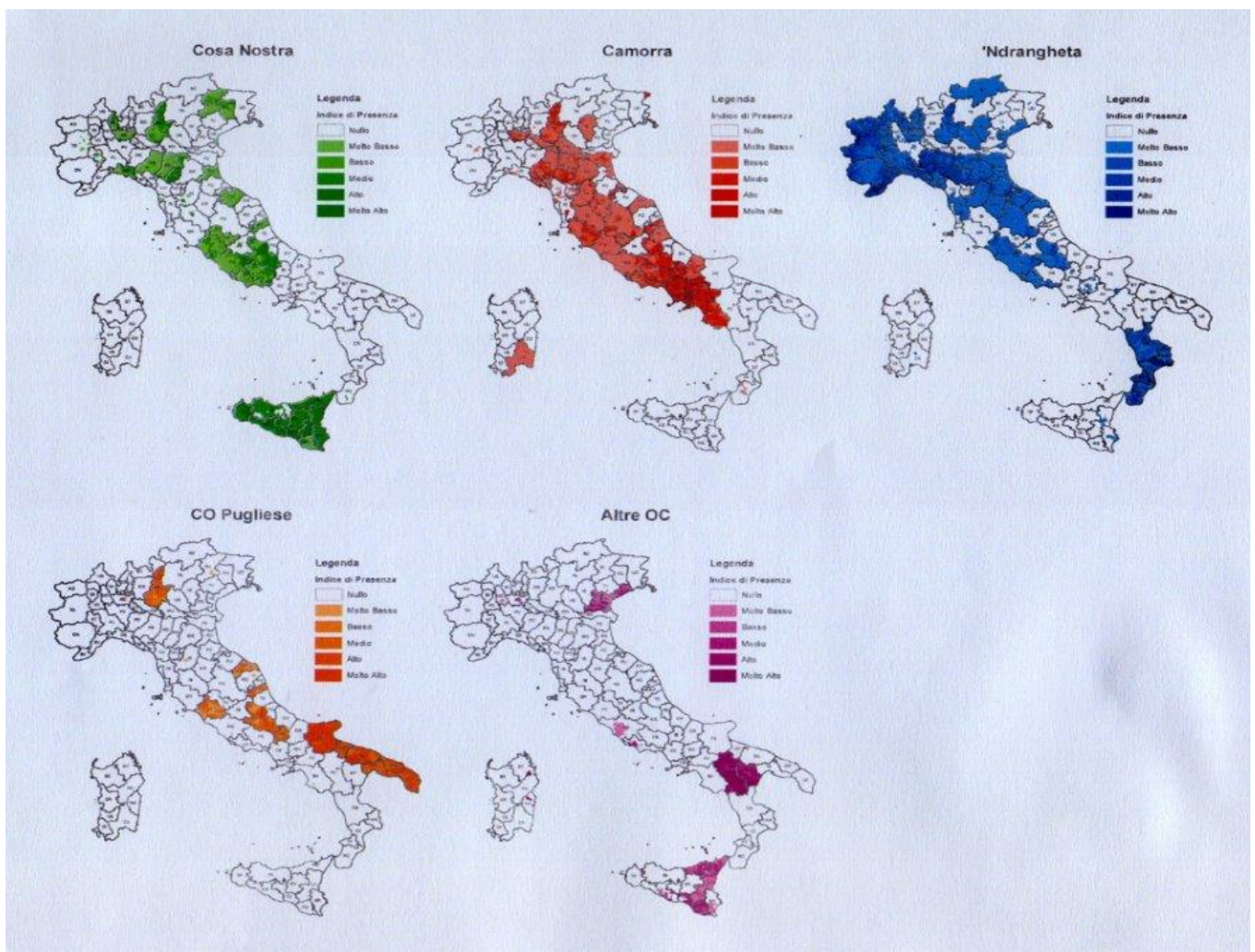
# **ANALISI DI CONTESTO**

## **CONTESTO ESTERNO E STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**

Sotto il profilo della presenza della criminalità organizzata nel territorio dell'Asl Cn2, costituito da 76

Comuni per complessivi 1.117 Km<sup>2</sup> con una popolazione di circa 172.000 abitanti, non sono disponibili dati statistici puntuali, costituendo tale ambito territoriale una porzione (pari circa ad 1/3) della più ampia Provincia di Cuneo.

Tuttavia, utilizzando i pochi dati disponibili (Fonti: elaborazione Transcrime e lo studio di Andrea Mazzitelli “Vulnerabilità del territorio e criminalità organizzata”) appare evidente che questo territorio presenta un indice di presenza criminale fra i più bassi di Italia (la provincia di Cuneo si colloca al 96° posto come indice di presenza mafiosa ed anche gli altri gruppi criminosi risultano pressoché assenti nel nostro territorio, come si evince dalla Tabella qui di seguito riportata).



Fonte: elaborazione Transcrime

Il tessuto sociale del nostro territorio risulta, dunque, sostanzialmente sano e gode – pur in un periodo di generalizzata crisi economica – di un buon standard di benessere, tanto che sono i reati contro il patrimonio la tipologia di delitti più diffusi (v. Tabella “Comuni a rischio”)

## I comuni più a rischio della provincia di Cuneo

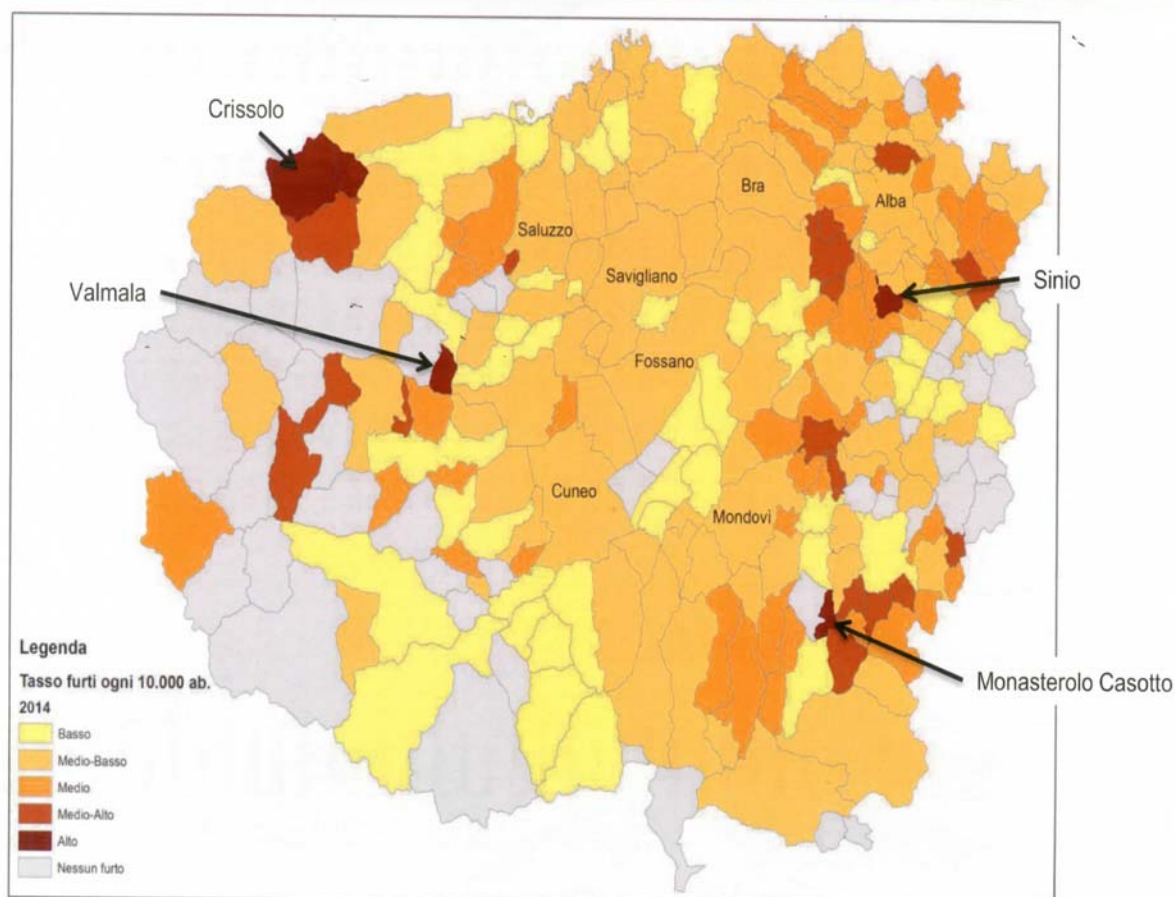


Tabella “Comuni a rischio” – Fonte: elaborazione Transcrime dati SDI – Ministero dell’Interno

Nello specifico, poi, dei reati contro la Pubblica Amministrazione, i pochi e generici dati statistici disponibili (sempre relativi all’intera provincia di Cuneo) evidenziano percentuali davvero irrisorie per quel che concerne il territorio dell’Asl Cn2.

L’etica del lavoro nel territorio della nostra Azienda sanitaria costituisce davvero ancora un valore fondante e tale fatto è confermato presso i dipendenti di questa ASL, il cui tasso di assenteismo è pari ad 1/5 della media nazionale.



Questa parte introduttiva si propone, ora, di tracciare il profilo di salute “generale” della popolazione dell’Asl Cn2 attraverso il ricorso alle principali fonti informative disponibili. Il profilo di salute è articolato in quattro paragrafi: demografia, caratteristiche sociali, stato di salute e stili di vita.

## Demografia

La popolazione residente nel territorio dell'ASL CN2 risulta essere al 31 dicembre 2014 di 171.865 abitanti, pari al 3,9% della popolazione residente nella Regione Piemonte.

Il territorio dell’ASL CN2 comprende 76 Comuni ed è ripartito funzionalmente in due distretti:

- il Distretto di Alba costituito da 65 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2014, di 105.852 abitanti;
- il Distretto di Bra, costituito da 11 Comuni e con una popolazione, al 31.12.2014, di 66.013 abitanti.

I Comuni di Alba e Bra sono i centri con il maggior numero di abitanti, rispettivamente 31.353 e 29.744, cui seguono Cherasco (9.052), Sommariva del Bosco (6.388), Canale (5.636) (Tab. 1).

*Tabella 1- Popolazione residente e densità della popolazione nei Comuni dell'ASL CN2 - Anno 2014 (l'asterisco segnala i Comuni appartenenti al Distretto di Bra).*

Comune	Maschi	Femmine	Totale	Area (kmq)	Densità della popolazione
<b>Alba</b>	14759	16594	31353	54,9	570,7
<b>Albaretto della Torre</b>	122	121	243	5,3	45,8
<b>Arguello</b>	104	96	200	4,7	42,4
<b>Baldissero d'Alba</b>	553	535	1088	14,7	74,2
<b>Barbaresco</b>	333	337	670	7,5	89,2
<b>Barolo</b>	347	396	743	5,8	128,5
<b>Benevello</b>	251	224	475	5,2	91,2
<b>Bergolo</b>	32	36	68	3,3	20,7
<b>Borgomale</b>	193	202	395	8,9	44,6
<b>Bosia</b>	93	89	182	5,4	33,5
<b>Bossolasco</b>	343	359	702	14,3	49,0
<b>Bra*</b>	14350	15394	29744	59,5	500,0
<b>Camo</b>	107	98	205	3,7	55,3
<b>Canale</b>	2785	2851	5636	18,3	308,7

<b>Comune</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>Area (kmq)</b>	<b>Densità della popolazione</b>
<b>Castagnito</b>	1080	1088	2168	6,7	324,1
<b>Castelletto Uzzone</b>	175	159	334	14,6	22,8
<b>Castellinaldo</b>	474	471	945	8,0	118,4
<b>Castiglione Falletto</b>	363	356	719	4,6	155,0
<b>Castiglione Tinella</b>	439	454	893	11,9	75,2
<b>Castino</b>	254	237	491	15,8	31,0
<b>Ceresole Alba*</b>	1094	1021	2115	36,9	57,4
<b>Cerretto Langhe</b>	223	218	441	9,8	44,8
<b>Cherasco*</b>	4464	4588	9052	80,7	112,2
<b>Cissone</b>	46	37	83	5,9	14,1
<b>Corneliano d'Alba</b>	1043	1106	2149	10,0	214,0
<b>Cortemilia</b>	1160	1203	2363	24,2	97,6
<b>Cossano Belbo</b>	487	495	982	21,1	46,5
<b>Cravanzana</b>	197	216	413	7,9	52,6
<b>Diano d'Alba</b>	1810	1748	3558	17,7	201,0
<b>Feisoglio</b>	159	164	323	7,6	42,6
<b>Gorzeigno</b>	153	159	312	13,8	22,5
<b>Govone</b>	1073	1152	2225	19,1	116,6
<b>Grinzane Cavour</b>	973	1037	2010	4,0	503,8
<b>Guarene</b>	1742	1787	3529	13,1	268,8
<b>La Morra*</b>	1384	1370	2754	24,0	114,7
<b>Lequio Berria</b>	265	232	497	11,8	42,3
<b>Levice</b>	122	110	232	16,5	14,0
<b>Magliano Alfieri</b>	1046	1086	2132	9,3	229,2
<b>Mango</b>	650	666	1316	20,3	64,8
<b>Monchiero</b>	310	284	594	5,1	116,0
<b>Monforte d'Alba</b>	1027	1067	2094	25,5	82,2
<b>Montà</b>	2285	2452	4737	26,4	179,8
<b>Montaldo Roero</b>	431	437	868	12,2	71,2
<b>Montelupo Albese</b>	262	272	534	6,5	82,0
<b>Monteu Roero</b>	831	811	1642	24,1	68,1



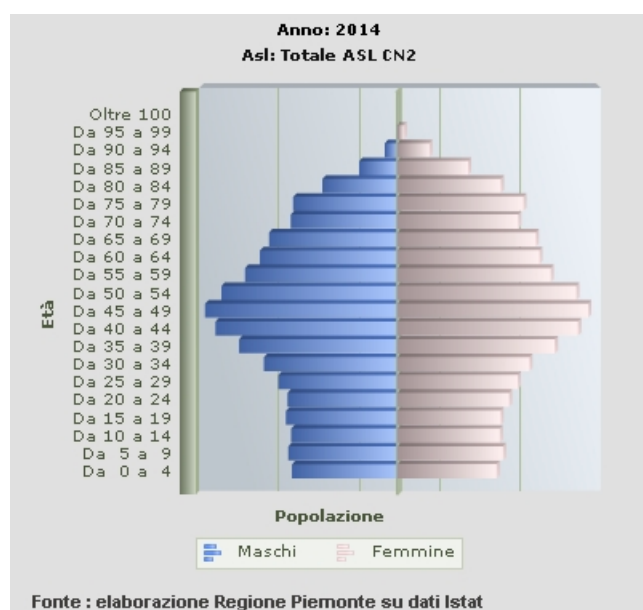
<b>Comune</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>	<b>Area (kmq)</b>	<b>Densità della popolazione</b>
<b>Monticello d'Alba</b>	1134	1180	2314	10,7	216,9
<b>Narzole*</b>	1688	1737	3425	26,0	131,7
<b>Neive</b>	1665	1766	3431	21,2	161,8
<b>Neviglie</b>	195	195	390	8,0	48,6
<b>Niella Belbo</b>	188	190	378	18,0	21,0
<b>Novello</b>	496	502	998	11,5	87,0
<b>Perletto</b>	154	141	295	10,2	28,8
<b>Pezzolo Valle Uzzone</b>	172	173	345	26,9	12,8
<b>Piobesi d'Alba</b>	643	641	1284	4,1	316,3
<b>Pocapaglia*</b>	1663	1704	3367	16,7	201,3
<b>Priocca</b>	962	1025	1987	8,8	225,8
<b>Rocchetta Belbo</b>	89	84	173	4,4	39,1
<b>Roddi</b>	782	812	1594	9,6	166,9
<b>Roddino</b>	208	181	389	10,5	37,0
<b>Rodello</b>	483	491	974	8,7	111,7
<b>San Benedetto Belbo</b>	92	90	182	4,7	38,5
<b>San Giorgio Scarampi</b>	63	62	125	5,6	22,5
<b>Sanfrè*</b>	1481	1533	3014	15,8	191,4
<b>Santa Vittoria d'Alba*</b>	1361	1406	2767	9,9	279,8
<b>Santo Stefano Belbo</b>	1966	2048	4014	23,7	169,4
<b>Santo Stefano Roero</b>	671	726	1397	13,2	105,8
<b>Serralunga d'Alba</b>	297	272	569	8,5	66,9
<b>Serravalle Langhe</b>	171	151	322	8,7	37,1
<b>Cissone</b>	46	37	83	5,9	14,1
<b>Sommariva del Bosco*</b>	3147	3241	6388	35,0	182,4
<b>Sommariva Perno*</b>	1368	1453	2821	17,2	164,2
<b>Torre Bormida</b>	105	98	203	7,6	26,6
<b>Treiso</b>	420	389	809	9,3	86,9
<b>Trezzo Tinella</b>	177	164	341	10,8	31,7
<b>Verduno*</b>	282	284	566	7,3	77,3
<b>Veza d'Alba</b>	1137	1121	2258	14,1	160,7

Comune	Maschi	Femmine	Totale	Area (kmq)	Densità della popolazione
<b>TOTALE ASL</b>	83.931	87.934	171.865	1122,1	153,2

La densità della popolazione residente nell'ASL CN2 nell'anno 2014 è di 153,2 abitanti per chilometro quadrato (Distretto di Alba: 133,5; Distretto di Bra: 200,6); quella del 2005 era di 145,9. Quella del Piemonte nel 2014 è di 174,3, mentre nella Provincia di Cuneo il valore è di 85,9).

La popolazione di sesso femminile è complessivamente più numerosa di quella maschile (51,2% contro il 48,8%). In particolare, con l'aumentare dell'età, il numero di uomini decresce; a novanta anni ed oltre le donne rappresentano il 72,7% della popolazione. La struttura della popolazione residente, per sesso e classi quinquennali di età, è rappresentata graficamente dalla "piramide dell'età" (Grafico 1).

*Grafico 1 - Popolazione per età e sesso nell'ASL CN2 – Anno 2014*

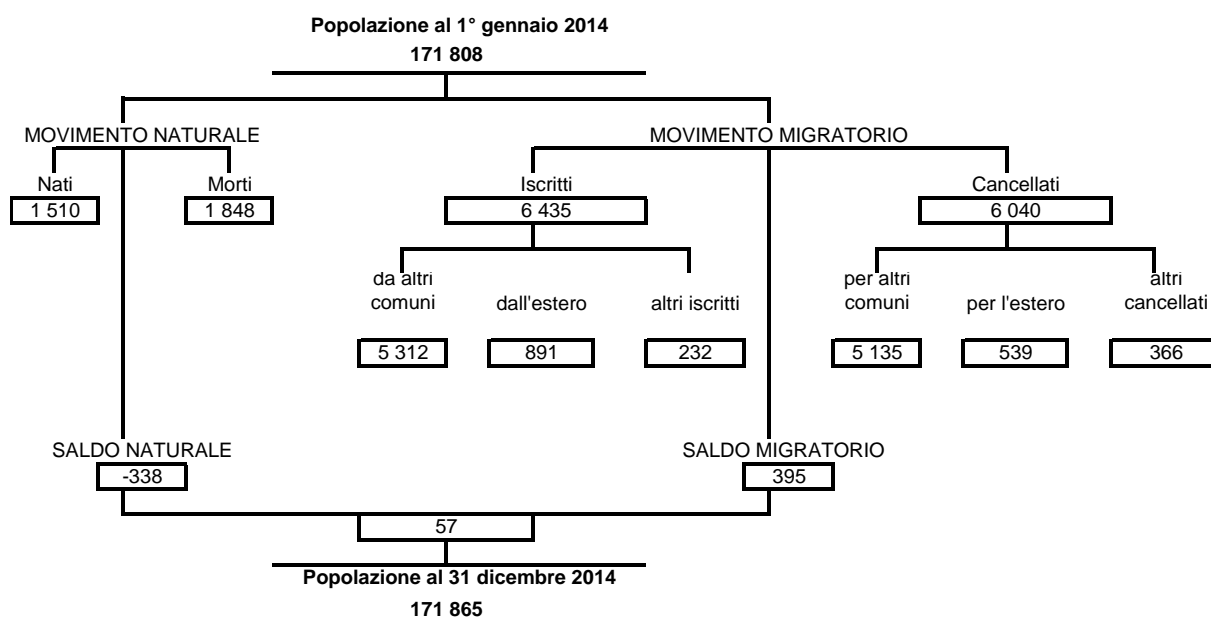


L'età media della popolazione nell'anno 2014 è di 44,7 anni, nel 2005 di 43,5; in Piemonte nel 2014 l'età media si attesta a 45,7 anni.

Gli stranieri residenti al 31.12.2014 nell'ASL CN2 sono 19.821, pari all' 11,5% del totale dei residenti. In Piemonte gli stranieri residenti a fine anno 2014 sono 425.448, pari al 9,6% del totale dei residenti.

Nel 2014 nell'ASL CN2, il saldo naturale è negativo con i decessi che superano le nascite di 338 unità, confermando una tendenza ormai da tempo stabile, mentre il saldo migratorio (iscritti – cancellati) è positivo (395) (Figura 1).

Figura 1 – Dinamica demografica nell'ASL CN2 nel 2014 (Fonte ISTAT)



L'andamento della struttura della popolazione dell'ASL CN2 nell'ultimo decennio è caratterizzato da una serie di elementi:

- il totale della popolazione è aumentato complessivamente nel decennio 2005–2014 di 8.170 unità, con una diminuzione registrata nel 2011, conforme al dato regionale, conseguente alle operazioni censuarie;
- dal 2005 al 2014 il numero assoluto dei nati ha subito poche variazioni attestandosi ad un valore di circa 1.500; mentre il tasso di natalità si è stabilizzato nel triennio 2012–2014 (Tab. 2, 3);
- il numero dei morti è caratterizzato da ripetute oscillazioni, nel 2014 il numero assoluto dei decessi (1.848) è diminuito di 28 unità rispetto al 2013 (Tabella 2);

*Tabella 2 – Saldo della popolazione, movimento naturale e migratorio della popolazione ASL CN2 - Anni 2005-2014.*

<b>Anni</b>	<b>Popolazione</b>	<b>Nati</b>	<b>Morti</b>	<b>Saldo naturale</b>	<b>Iscritti</b>	<b>Cancellati</b>	<b>Saldo migratorio</b>
<b>2005</b>	163.695	1.500	1.761	-261	6.060	4.998	1.062
<b>2006</b>	164.400	1.428	1.803	-375	6.424	5.344	1.080
<b>2007</b>	167.079	1.563	1.782	-219	8.352	5.454	2.898
<b>2008</b>	169.039	1.566	1.879	-313	7.606	5.333	2.273
<b>2009</b>	170.448	1.563	1.820	-257	6.802	5.136	1.666
<b>2010</b>	171.457	1.535	1.825	-290	6.809	5.510	1.299
<b>2011</b>	169.172	1.515	1.807	-292	6.801	5.917	884
<b>2012</b>	170.520	1.502	1.870	-368	8.316	6.600	1.716
<b>2013</b>	171.808	1.515	1.876	-361	8.115	6.466	1.649
<b>2014</b>	171.865	1.510	1.848	-338	6.435	6.040	395

- nel 2014 i tassi strutturali della popolazione relativamente alla mortalità e ai flussi migratori hanno subito un decremento rispetto al 2013; in particolar modo il tasso di iscrizione (37,4) si attesta agli stessi livelli del 2005 (Tabella 3).

*Tabella 3 - Tassi strutturali della popolazione per 1.000 dell'ASL CN2 - Anni 2005-2014.*

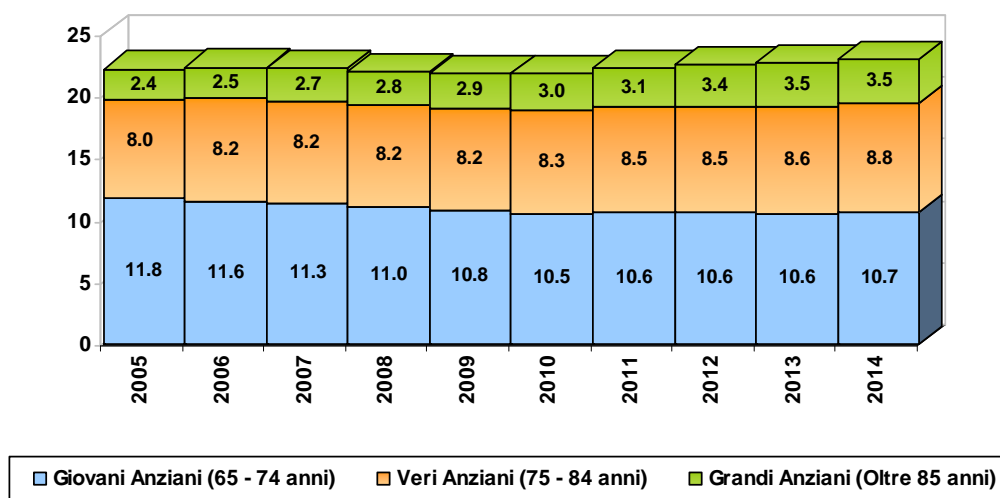
<b>Anni</b>	<b>Tasso di natalità</b>	<b>Tasso di mortalità</b>	<b>Tasso di iscrizione</b>	<b>Tasso di cancellazione</b>
<b>2005</b>	9,2	10,8	37,1	30,6
<b>2006</b>	8,7	11,0	39,2	32,6
<b>2007</b>	9,4	10,8	50,4	32,9
<b>2008</b>	9,3	11,2	45,3	31,7
<b>2009</b>	9,2	10,7	39,9	30,1
<b>2010</b>	9,0	10,6	39,7	32,1
<b>2011</b>	8,9	10,6	40,2	35,0
<b>2012</b>	8,8	11,0	48,2	38,7
<b>2013</b>	8,8	10,9	47,2	37,6
<b>2014</b>	8,8	10,8	37,4	35,1

Nel 2014, l'indice di natalità dell'ASL CN2, inteso come rapporto tra il numero di nati vivi e la popolazione totale per 1000, è di 8,8, superiore al dato Regionale (7,8) e provinciale (8,7). Dalla valutazione degli indici di natalità calcolati per entrambi i Distretti dell'ASL, si conferma che il Distretto di Bra ha una natalità più elevata (9,1) rispetto al Distretto di Alba (8,6).

Per quanto riguarda gli anziani nell'ASL CN2 al 31 dicembre 2014, si stimano 39.479 ultrasessantacinquenni ossia il 23% della popolazione totale (indice di invecchiamento – nel 2005: 22,2%), mentre i minori di 15 anni rappresentano il 13,5%.

Dall'analisi della distribuzione della popolazione anziana nell'ASL CN2, facendo riferimento ad una classificazione per classi di età che distingue tre sottocategorie e cioè i cosiddetti “giovani-vecchi” di età compresa tra 65 e 74 anni, i “veri vecchi” da 75 a 84 anni, e i “grandi vecchi” di 85 anni e oltre, emerge che i “giovani-vecchi” sono 10,7%, quelli di età compresa tra i 75–84 anni 8,8% e gli ultraottantacinquenni 3,5% (Grafico 2).

*Grafico 2 - Popolazione ASL CN2 di 65 anni e oltre per fasce di età Anni 2005-2014 (valori percentuali).*



Ulteriori indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico della popolazione sono desunte dallo studio di taluni indicatori demografici cosiddetti “strutturali” quali

- “l’indice di vecchiaia” = popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 0 – 14 anni,
- “l’indice di dipendenza o carico sociale” = popolazione in età 0 – 14 anni + popolazione in età 65 anni e più x 100 abitanti in età 15 – 64 anni,
- “l’indice di struttura” = popolazione in età 40 – 64 anni x 100 abitanti in età 15 – 39 anni.

Nel 2014 nell'ASL CN2 l'indice di vecchiaia risulta di 169,6, mentre quello piemontese è di 189,6. Nel 2005 l'indice di vecchiaia per l'ASL CN2 è di 164,7.

Gli indicatori a seguire forniscono informazioni rispetto alla struttura economica, produttiva e sociale della popolazione.

L'**indice di dipendenza o carico sociale** nell'ASL CN2 è di 57,5 nel 2014, nel 2005 è pari a 55,4. Quello del Piemonte nel 2014 è di 59,7. Esso mette a confronto le fasce di età non attive con quelle produttive.

L'**indice di struttura** nell'anno 2014 è di 134,1, nel 2005 107,1; quello del Piemonte nel 2014 è di 143,7. Questo indicatore stima il grado di invecchiamento della popolazione attiva. Un indicatore inferiore a 100 indica una popolazione in cui la fascia in età lavorativa è giovane; ciò è un vantaggio in termini di dinamismo e capacità di adattamento e sviluppo della popolazione, ma può essere anche considerato in modo negativo per la mancanza di esperienza lavorativa e per il pericolo rappresentato dalla ridotta disponibilità di posti di lavoro lasciati liberi dagli anziani che divengono pensionati.

## Caratteristiche sociali

Le condizioni socio-economiche degli individui costituiscono un importante predittore di salute, ad esempio persone maggiormente istruite, con un lavoro ed un reddito stabile e in buone condizioni economiche hanno indicatori di salute più favorevoli di chi non possiede queste caratteristiche.

Il numero delle famiglie è pari a 73.634 nel 2014 (nel 2005: 67.816), con un numero medio di componenti per famiglia di 2,3 (Regione Piemonte: 2,2).

La quota di famiglie unipersonali nel 2011, calcolata in occasione del 15° Censimento generale, ultimo dato ad oggi disponibile, della popolazione e delle abitazioni, è pari a 31,4%. Quella della Regione Piemonte è del 34,4%.

Il sistema di sorveglianza PASSI consente di analizzare nella popolazione 18-69 anni ASL CN2 alcune caratteristiche socio-demografiche tra cui il livello di istruzione, le difficoltà economiche percepite e il lavoro continuativo. Nell'ASL CN2 nel periodo 2011-2014, su un campione casuale di 1.100 persone intervistate, il 57% ha complessivamente un **livello di istruzione** alto (licenza media superiore o laurea); il 71% degli intervistati compresi nella fascia di età 18-65 anni ha un lavoro regolare e il 6% dichiara che ha molte difficoltà economiche.

I dati Passi 2011-2014 evidenziano per le ASL del quadrante cuneese un quadro socio-economico migliore rispetto alle altre ASL piemontesi: le percentuali delle persone tra 18 e 65 anni con **lavoro continuativo** e delle persone 18 ed i 69 anni che dichiarano di “arrivare a fine mese” senza **difficoltà economiche** sono significativamente maggiori rispetto al valore regionale (Grafici 3 e 4).

*Grafico 3 - Lavoro continuativo. Prevalenze per ASL – Passi 2011-14. Regione Piemonte: 61,1% (IC95%: 60,1%-62%). Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale.*

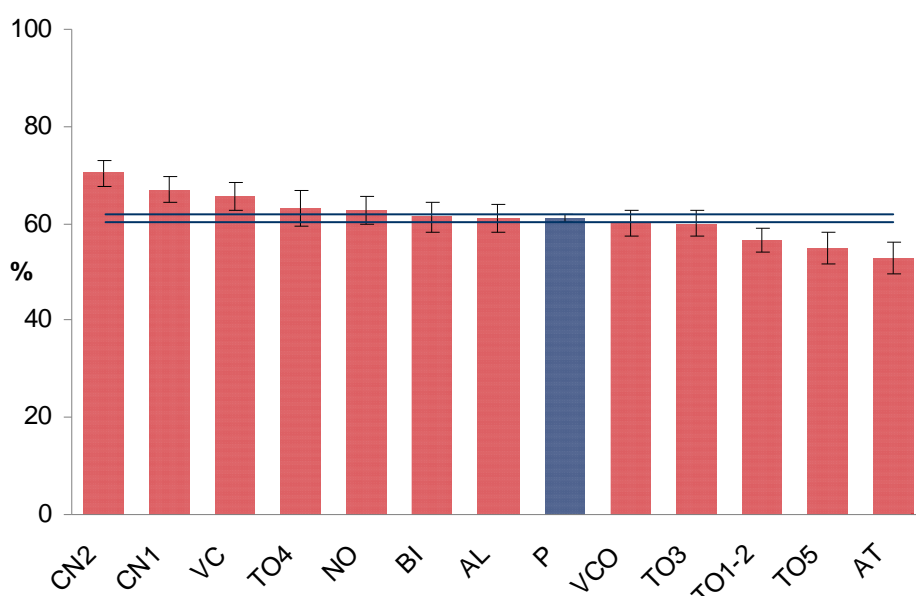
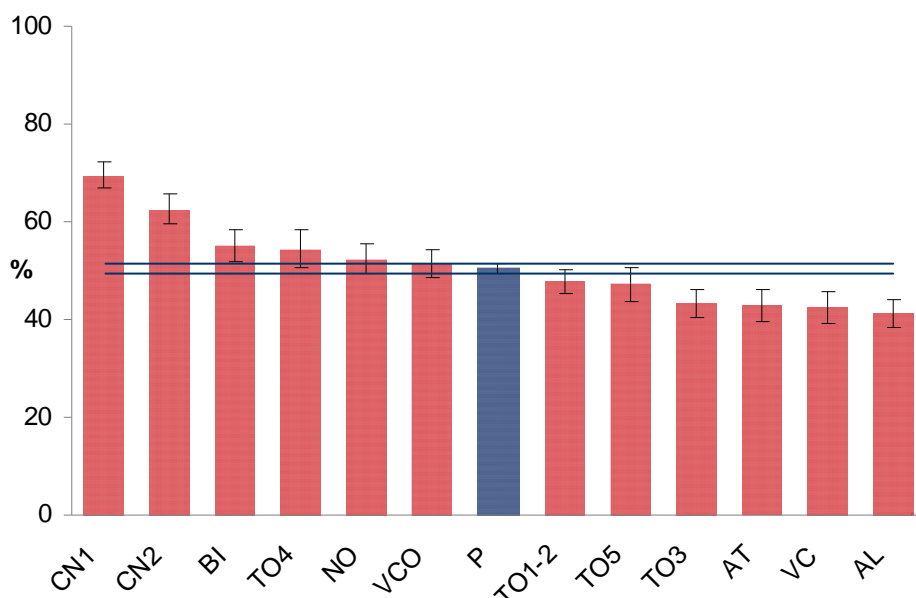




Grafico 4 - “Arriva a fine mese” senza difficoltà economica. Prevalenze per ASL – Passi 2011-14. Regione Piemonte: 50,5% (IC95%: 49,5% -51,5%). Righe orizzontali: limiti IC95% della prevalenza regionale.



## Lo stato di salute

La speranza di vita alla nascita, cioè il numero di anni che un nuovo nato può “sperare” di vivere essendo nato in un dato anno e in un dato contesto, è internazionalmente riconosciuto come uno dei più importanti indicatori dello stato di salute di una popolazione dal momento che, a determinarne il valore, concorrono i diversi determinanti sociali, ambientali e sanitari che definiscono la salute di una popolazione.

La speranza di vita alla nascita (0 anni), a 35 e a 65 anni, si attesta nel 2012 a 79,8, 45,6 e 18,4 anni per gli uomini e a 84,5, 50 e 21,8 anni per le donne (Tabella 4).

Tabella 4 –Speranza di vita a zero, 35 e 65 anni (2004-2012).

Anno	Speranza di vita a 0 anni		Speranza di vita a 35 anni		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
2004	78,4	83,9	44,4	49,5	17,6	21,6
2005	78,2	84,2	45,2	49,5	18,0	21,3
2006	78,2	84,5	44,4	49,8	17,4	21,8
2007	79,6	84,6	45,4	49,9	17,8	21,6

Anno	Speranza di vita a 0 anni		Speranza di vita a 35 anni		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
<b>2008</b>	79,4	84,0	45,3	49,5	18,0	21,0
<b>2009</b>	79,4	84,6	45,4	50,0	18,1	21,6
<b>2010</b>	79,6	84,7	45,5	50,5	18,3	22,0
<b>2011</b>	80,1	84,7	46,1	50,5	18,3	22,2
<b>2012</b>	79,8	84,5	45,6	50,0	18,4	21,8

Per quanto riguarda la **mortalità generale**, nel 2012 (ultimo dato disponibile desunto dalla codifica ed elaborazione delle informazioni presenti nelle schede di morte ISTAT), nel territorio dell'ASL CN2 il numero di decessi osservati è di 1.846, di cui 906 maschi, con un Tasso standardizzato di mortalità di 575,04 per 100.000 abitanti, e 940 donne, con un Tasso standardizzato di mortalità di 360,38 per 100.000 abitanti (Tabella 5).

La mortalità generale si rivela in difetto in entrambi i sessi rispetto al dato regionale, difetto che non risulta statisticamente significativo.

*Tabella 5 –Mortalità generale ASL CN2 – Anno 2012 (Fonte: schede ISTAT).*

Causa di morte	N. osservati	Tasso Grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
<b>Mortalità generale - M</b>	906	1.088,34	575,04	95,42	89,3	101,86
<b>Mortalità generale - F</b>	940	1.077,07	360,38	97,36	91,22	103,8

La mortalità generale, dal 1993 al 2012, si è ridotta sia in Piemonte che nell'ASL CN2 per la popolazione maschile e femminile (Tab. 6).

*Tabella 6 – Mortalità generale. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti, anni 1993-2012, maschi e femmine.*

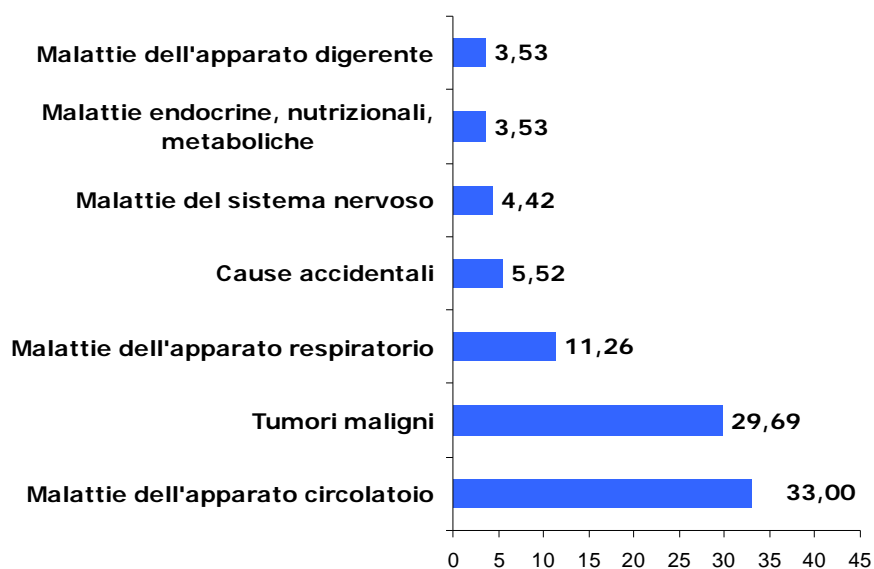
Anno	Maschi		Femmine	
	ASL CN2	Regione Piemonte	ASL CN2	Regione Piemonte
<b>1993</b>	930,72	932,86	495,12	526,01
<b>1994</b>	881,48	914,84	553,17	527,86

<b>Anno</b>	<b>Maschi</b>		<b>Femmine</b>	
	<b>ASL CN2</b>	<b>Regione Piemonte</b>	<b>ASL CN2</b>	<b>Regione Piemonte</b>
<b>1995</b>	857,7	910,1	526,21	513,71
<b>1996</b>	821,5	855,24	465,59	483,98
<b>1997</b>	824,14	843,67	495,76	483,19
<b>1998</b>	816,59	839,38	536,56	483,79
<b>1999</b>	794,74	825,61	499,12	482,05
<b>2000</b>	771,59	770,75	435,94	452,55
<b>2001</b>	754,12	762,27	450,26	450,77
<b>2002</b>	717,54	752,41	423,23	448,49
<b>2003</b>	732,04	776,09	460,51	470,49
<b>2004</b>	696,69	700,71	408,41	411,33
<b>2005</b>	670,15	701,26	413,75	426,6
<b>2006</b>	701,51	670,78	385,9	406,66
<b>2007</b>	620,94	652,17	385,53	392,59
<b>2008</b>	622,8	640,18	410,95	400,3
<b>2009</b>	617,38	634,42	378,37	396,09
<b>2010</b>	603,45	607,37	365,01	375,25
<b>2011</b>	585,59	611,34	364,96	375,68
<b>2012</b>	575,04	600,36	360,38	380,65

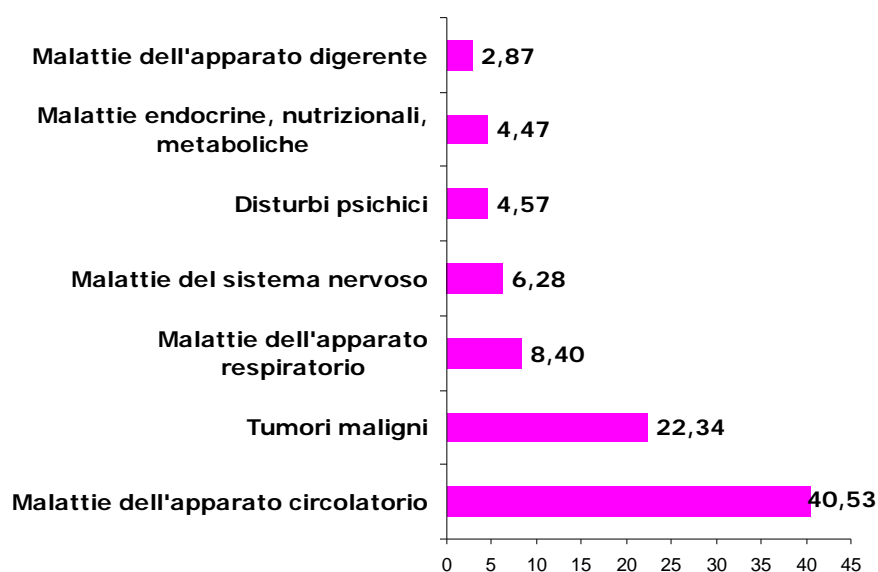
Per quanto riguarda la mortalità per cause, nel 2012, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e neoplastiche si confermano le principali cause di morte, cui seguono le malattie dell'apparato respiratorio.

I decessi per malattie cardiocircolatorie e tumorali rappresentano complessivamente il 62,69% delle morti tra i maschi ed il 62,87% tra le femmine (Graf. 5-6, Tab. 7, 8).

*Grafico 5 – Mortalità percentuale per cause ASL CN2 – Maschi Anno 2012.*



*Grafico 6 – Mortalità percentuale per cause ASL CN2 – Femmine Anno 2012.*



*Tabella 7 – Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2012. Maschi.*

Causa di morte	Osservati	Tasso grezzo	TS	SMR	IcI SMR	IcS SMR
Malattie dell'apparato circolatorio	299	359,18	176,05	94,73	84,28	106,13
Tumori maligni	269	323,14	183,76	87,37	77,22	98,48

<b>Causa di morte</b>	<b>Osservati</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>TS</b>	<b>SMR</b>	<b>IcI SMR</b>	<b>IcS SMR</b>
<b>Malattie dell'apparato respiratorio</b>	102	122,53	54,15	121,27	98,84	147,27
<b>Cause accidentali</b>	50	60,06	40,07	121,02	89,76	159,63
<b>Malattie del sistema nervoso</b>	40	48,05	25,59	113,62	81,1	154,81
<b>Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche</b>	32	38,44	21,37	103,83	70,95	146,68
<b>Malattie dell'apparato digerente</b>	32	38,44	20,21	86,61	59,18	122,35
<b>Malattie infettive</b>	22	26,43	14,2	97,44	60,99	147,65
<b>Disturbi psichici</b>	21	25,23	12,44	91,61	56,63	140,15
<b>Tumori benigni, in situ, incerti</b>	13	15,62	9,05	99,52	52,87	170,36
<b>Malattie dell'apparato genito-urinario</b>	11	13,21	6,92	68,43	34,06	122,57
<b>Stati morbosi e maldefiniti</b>	6	7,21	3,22	53,96	19,66	117,61
<b>Malattie della pelle e del sottocutaneo</b>	3	3,6	1,45	216,76	43,39	634,32
<b>Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari</b>	2	2,4	2,36	56,29	6,28	203,58
<b>Malattie osteomuscolari e del connettivo</b>	2	2,4	1,49	56,82	6,34	205,5
<b>Malformazioni congenite e cause perinatali</b>	2	2,4	2,68	59,83	6,68	216,4

*Tabella 8 – Mortalità per tutte le cause ASL CN2 - Anno 2012.Femmine.*

<b>Causa di morte</b>	<b>Osservati</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>TS</b>	<b>SMR</b>	<b>IcI SMR</b>	<b>IcS SMR</b>
<b>Malattie dell'apparato circolatorio</b>	381	436,56	118,4	98,83	89,14	109,29
<b>Tumori maligni</b>	210	240,62	107,51	92,2	80,13	105,58

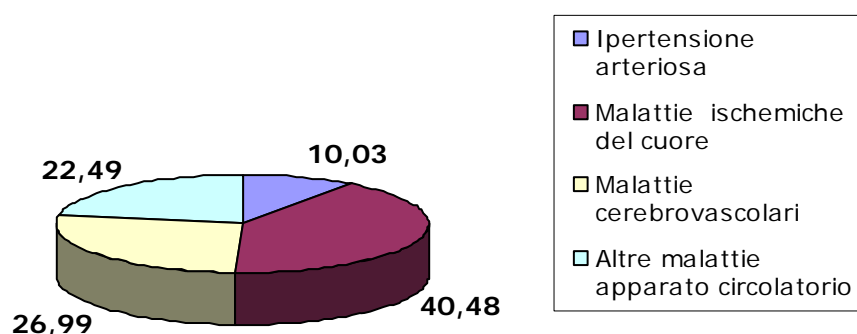
<b>Causa di morte</b>	<b>Osservati</b>	<b>Tasso grezzo</b>	<b>TS</b>	<b>SMR</b>	<b>IcI SMR</b>	<b>IcS SMR</b>
<b>Malattie dell'apparato respiratorio</b>	79	90,52	24,26	114,24	90,39	142,43
<b>Malattie del sistema nervoso</b>	59	67,6	26,33	135,13	102,8	174,39
<b>Disturbi psichici</b>	43	49,27	13,32	97	70,14	130,73
<b>Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche</b>	42	48,12	15,55	110,41	79,51	149,33
<b>Malattie dell'apparato digerente</b>	27	30,94	10,2	74,44	49	108,39
<b>Cause accidentali</b>	25	28,65	14,87	97,08	62,75	143,41
<b>Malattie infettive</b>	19	21,77	7,22	73,78	44,35	115,32
<b>Malattie dell'apparato genito-urinario</b>	19	21,77	9,36	125,28	75,31	195,81
<b>Stati morbosi e maldefiniti</b>	18	20,62	6,07	65,83	38,95	104,12
<b>Tumori benigni, in situ, incerti</b>	6	6,87	1,95	62,87	22,91	137,02
<b>Malattie del sangue, degli organi emopoietici e disordini immunitari</b>	5	5,73	1,34	99,56	32	232,64
<b>Malattie osteomuscolari e del connettivo</b>	4	4,58	1,26	58,13	15,59	149,04
<b>Malattie della pelle e del sottocutaneo</b>	2	2,29	0,53	77,11	8,61	278,89
<b>Malformazioni congenite e cause perinatali</b>	1	1,15	2,22	37,04	0,48	206,48

Le **malattie dell'apparato cardiocircolatorio** rappresentano nella ASL CN2 la prima causa di morte sia per le femmine (40,53%) che per la popolazione maschile (33%) (Graf. 5-6). Nel 2012, la mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio nell'ASL CN2 è per entrambi i sessi in difetto rispetto alla mortalità regionale, difetto che non raggiunge la significatività statistica (Tabelle 7 e 8).

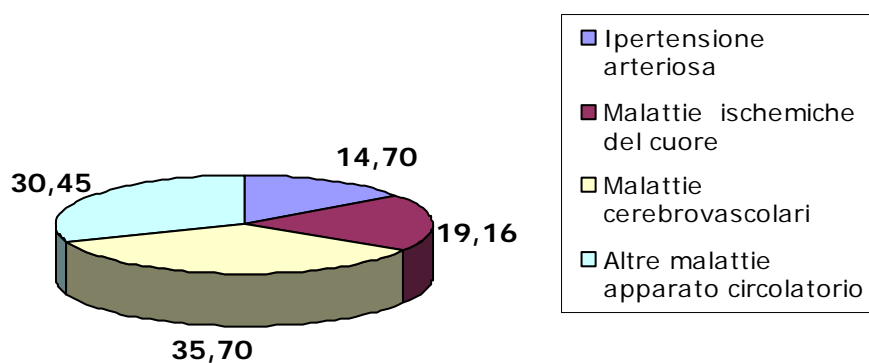
Nell'ASL CN2, nel 2012, per la popolazione maschile, nell'ambito delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le cause di morte più frequenti risultano le “malattie ischemiche del cuore”

(40,48%), seguite dalle “malattie cerebrovascolari” (26,99%), “altre malattie dell’apparato circolatorio” (22,49%) e “ipertensione arteriosa” (10,03%). Nelle femmine invece la mortalità per “malattie cerebrovascolari” (35,7%) prevale di gran lunga sulle “malattie ischemiche del cuore” (19,16%) (Grafici 7 e 8).

*Grafico 7 – Mortalità percentuale malattie dell’apparato cardiocircolatorio ASL CN2, anno 2012, maschi.*



*Grafico 8 – Mortalità percentuale per malattie dell’apparato cardiocircolatorio ASL CN2, anno 2012, femmine.*

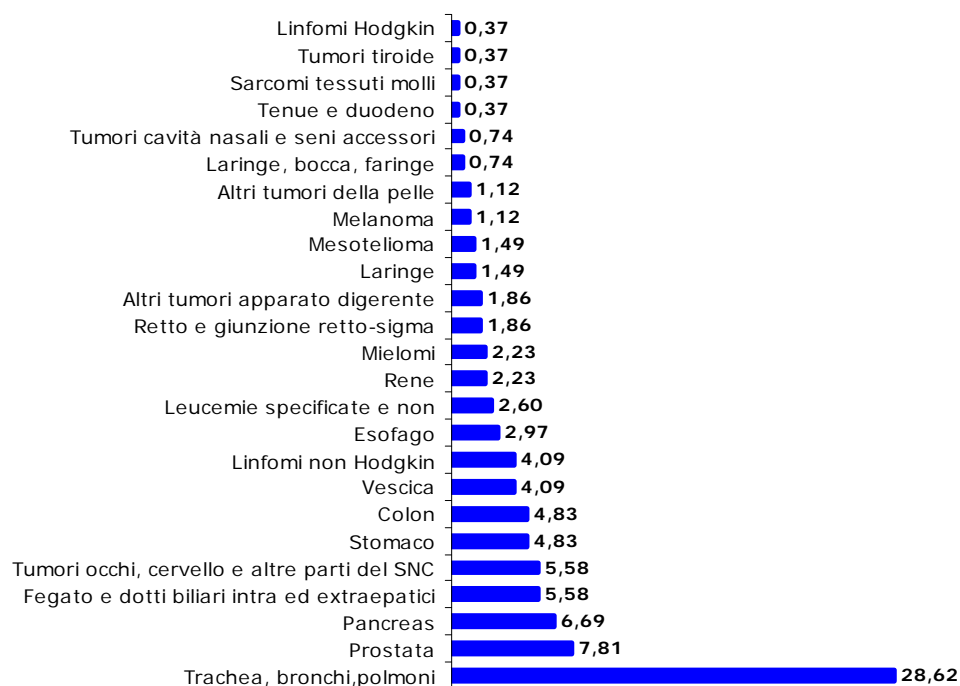


I **tumori maligni** rappresentano nell’ASL CN2 la seconda causa di morte sia per i maschi (29,69%) che per la popolazione femminile (22,34%) (Grafici 5 e 6). Nel 2012, la mortalità per tumori maligni nell’ASL CN2 risulta per la popolazione maschile (SMR 87,37 con IcI 77,22 IcS 98,48) in difetto rispetto alla mortalità regionale, difetto statisticamente significativo. Anche per quanto riguarda la popolazione femminile si registra un difetto di mortalità per malattie tumorali nell’ASL CN2 che non raggiunge la significatività statistica (Tabelle 7 e 8).

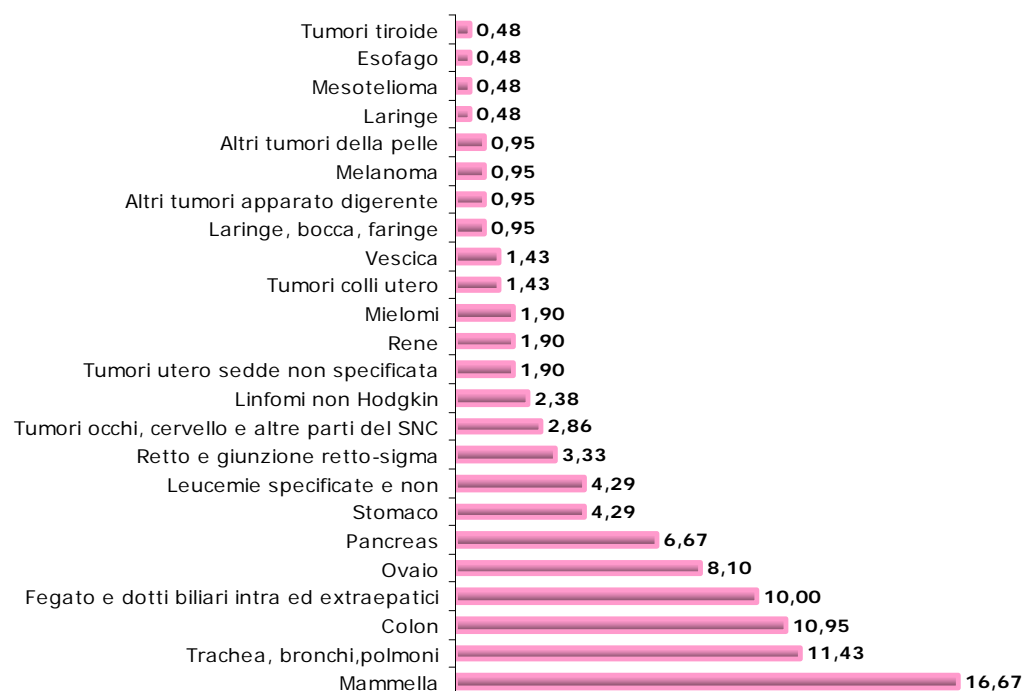


Nei maschi il tumore più frequente interessa le sedi “Trachea-bronchi-polmone” (28,62%), seguito dal tumore “Prostata” (7,81%) (Grafico 9). Nelle femmine è la “Mammella” la sede maggiormente colpita da tumore (16,67%), seguita da “Trachea-bronchi-polmoni” (11,43%) (Grafico 10).

*Grafico 9 – Mortalità percentuale per tumori maligni ASL CN2, anno 2012, maschi.*



*Grafico 10 – Mortalità percentuale per tumori maligni ASL CN2, anno 2012, femmine.*



Le **malattie dell'apparato respiratorio** rappresentano nell'ASL CN2 la terza causa di morte in entrambi i sessi (maschi 11,26%; femmine 8,4%) (Grafici 5 e 6).

Nel 2012, la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nell'ASL CN2 risulta, per entrambi i sessi, in eccesso rispetto alla mortalità regionale, eccesso però non statisticamente significativo.

Le **malattie del sistema nervoso** sono causa nel 2012 del 4,42% dei decessi tra gli uomini e del 6,28% tra le femmine. Nella nostra ASL si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, in entrambi i sessi che raggiunge la significatività statistica relativamente alla popolazione femminile.

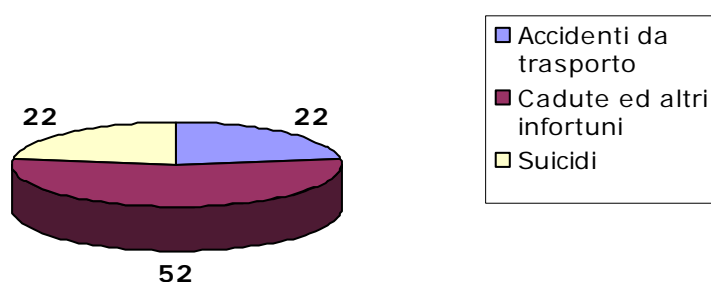
Nel territorio dell'ASL CN2 le **malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche** sono causa nel 2012 del 4,47% tra le femmine e del 3,53% dei decessi tra gli uomini, con un eccesso di mortalità rispetto al dato regionale per entrambi i sessi non statisticamente significativo.

Le **malattie dell'apparato digerente** sono causa nel 2012 del 3,53% dei decessi tra gli uomini e del 2,87% tra le femmine. Nella nostra ASL si evidenzia un difetto di mortalità, rispetto al dato regionale, statisticamente non significativo, per entrambi i sessi.

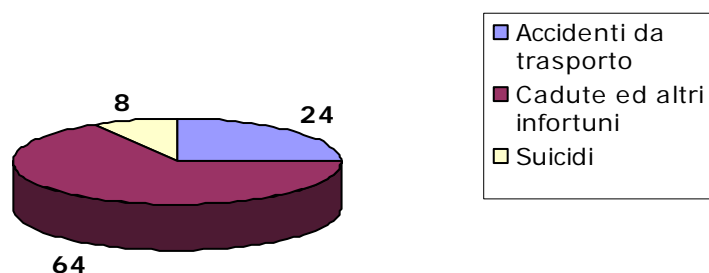
Nel territorio dell'ASL CN2 le **cause accidentali** sono responsabili nel 2012 del 5,52% dei decessi tra gli uomini e del 2,66% tra le femmine. Nella nostra ASL per la popolazione maschile si evidenzia un eccesso di mortalità non significativo rispetto al dato regionale.

La mortalità per cause accidentali più frequente nell'ASL CN2 è conseguente alle “cadute ed altri infortuni” rispettivamente per il 52% nei maschi e per il 64% nelle femmine (Grafici 11 e 12).

*Grafico 11 - Mortalità percentuale per le principali cause accidentali ASL CN2, anno 2012, maschi.*



*Grafico 12 – Mortalità percentuale per le principali cause accidentali ASL CN2, anno 2012, femmine.*



Nell'ambito della mortalità conseguente a traumatismi, gli incidenti stradali sono responsabili del 22% dei decessi negli uomini e del 24% nelle donne (Grafici 11 e 12).

Nel territorio dell'ASL CN2 le malattie fumo correlate sono responsabili nel 2012 di 166 decessi tra gli uomini e 71 tra le femmine. Per i maschi, nella nostra ASL, si evidenzia un eccesso di mortalità, rispetto al dato regionale, per **malattie fumo correlate** eccesso che non è statisticamente significativo.

Le **malattie alcol correlate** sono responsabili nel 2012 di 33 decessi tra gli uomini e 12 tra le femmine. In entrambi i sessi nella nostra ASL si evidenzia un difetto di mortalità, rispetto al dato regionale, per malattie alcol correlate non statisticamente significativo.

## Stili di vita

Il **fumo di sigaretta** è il fattore di rischio evitabile con il maggiore impatto sulla salute tra gli uomini, ma le azioni di contrasto hanno già prodotto una diminuzione in particolare della mortalità per cause fumo correlate in questo sesso; nella popolazione adulta (18-69 anni), nell'ASL CN2, nel quadriennio 2011-2014 (Sorveglianza PASSI) la prevalenza di fumatori è del 28%, mentre quella degli ex fumatori del 21%.

A dimostrazione dell'efficacia delle azioni di prevenzione primaria, la maggior parte della popolazione adulta non ha mai fumato nel corso della sua vita e questa proporzione di popolazione risulta maggiore nelle generazioni più giovani.

L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne (rispettivamente 31% e 26%), nei 25-34enni (35%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (35%) e in quelle con molte difficoltà economiche riferite (48%). Gli ex fumatori aumentano con l'età, sono più numerosi tra gli uomini e tra i laureati e meno presenti tra coloro che hanno difficoltà economiche. Il numero di sigarette fumate in media al giorno è pari a 12. Tra i fumatori, il 2% è un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

*Tabella 9 - Prevalenza di fumatori ed ex fumatori, ASL CN2 Alba-Bra, Passi 2011-2014.*

<b>Settore</b>	<b>Ambito</b>	<b>Fumatori (%)</b>	<b>Ex fumatori (%)</b>	<b>Abitudine tabagica</b>
<b>Nei due sessi</b>	Uomini	31,1	27,3	58,4
	Donne	25,9	15,5	41,4
<b>Nelle classi di età</b>	18-24 anni	32,8	1,0	33,8
	25-34 anni	35,2	18,2	53,4
	35-49 anni	28,5	21,3	49,8
	50-69 anni	24,2	28,3	52,5
<b>Nei diversi livelli di istruzione</b>	Nessuna/elementare	16,5	25,1	41,6
	Media inferiore	34,7	21,3	56,0
	Media superiore	29,1	19,1	48,1
	Laurea	17	27,7	44,7
<b>Nelle diverse situazioni economiche</b>	Molte difficoltà	48,2	19,9	68,1
	Qualche difficoltà	34,2	17,8	52,0
	Nessuna difficoltà	23,7	23,3	47,0
<b>Cittadinanza</b>	Straniera	28	17	45

Settore	Ambito	Fumatori (%)	Ex fumatori (%)	Abitudine tabagica
	Italiana	28,5	21,6	50,1

La tutela delle persone dal fumo passivo, attraverso l'applicazione della Legge 3/2003, continua ad essere efficace: il 96% degli intervistati dell'ASL CN2 ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge); tra i lavoratori intervistati il 95% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre.

Il 19% dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 14% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 5% ovunque).

Nell'ASL CN2, tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 51% ha tentato di smettere. Di questi: l'83% ha fallito (fumava al momento dell'intervista); l'8% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi); il 9% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

**L'assunzione di bevande alcoliche** è un elemento storico della cultura piemontese ed in particolare di questo territorio caratterizzato da importanti aree di viticoltura. Nel 2011-2014 (Sorveglianza PASSI) il 64% della popolazione dell'ASL CN2 tra i 18-69 anni consuma bevande alcoliche (inteso come una unità di bevanda alcolica equivalente ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore nell'ultimo mese).

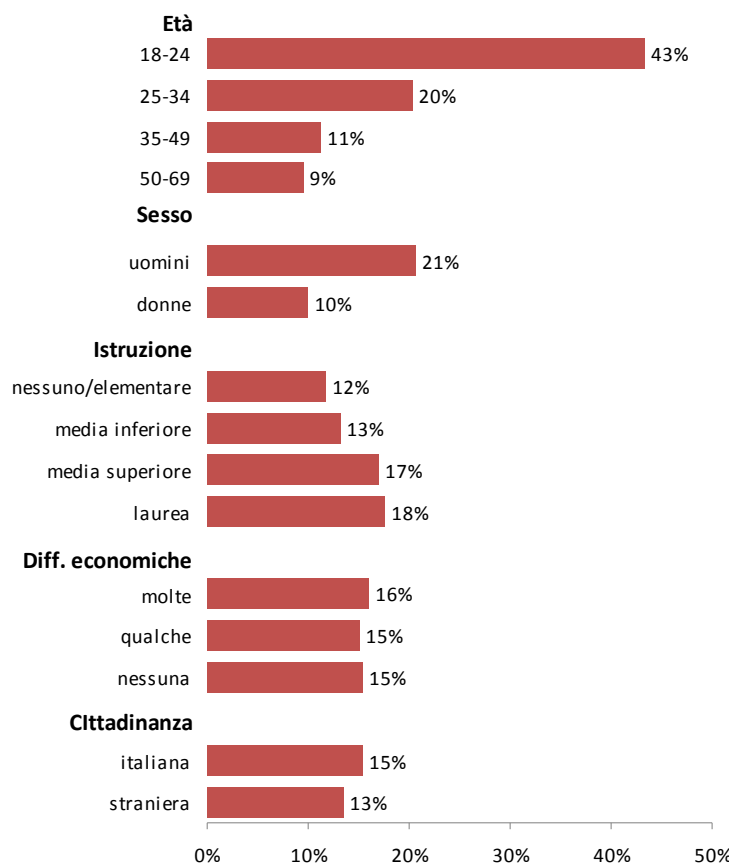
Il 15% ha abitudini di consumo considerate a maggior rischio<sup>1</sup> (complessivamente il 7% beve fuori pasto, il 3% ha un consumo abituale elevato, il 7% è bevitore binge).

La modalità di consumo a maggior rischio risulta più diffusa tra i giovani 18-24 anni, tra gli uomini e tra le persone con un livello di istruzione alto.

---

<sup>1</sup> Consumo fuori pasto e/o consumo binge e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

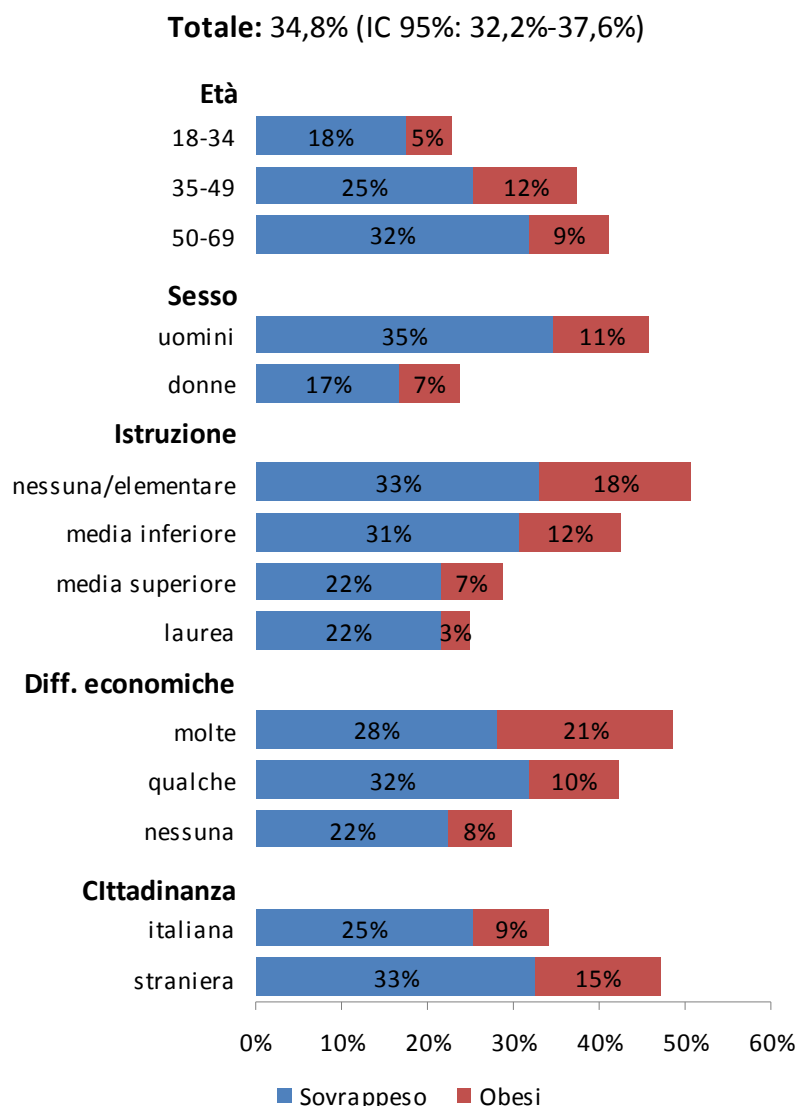
*Grafico 13 – Consumo a maggior rischio, ASL CN2, PASSI 2011-2014., Totale: 15,3% (IC 95%: 13,33% - 17,56%).*



È nota da tempo la relazione tra l'**eccesso ponderale** (sovrappeso e obesità) e numerose situazioni di rischio e malattie croniche (es: ipertensione, diabete e malattie cardiovascolari).

Il 26% del campione intervistato di età 18-69 anni, nel periodo 2011-2014 (Sorveglianza PASSI), è in sovrappeso, gli obesi sono il 9%; gli uomini sono maggiormente in sovrappeso (35%) e obesi (11%) rispetto alle donne (17%, 7%). L'eccesso ponderale aumenta con l'età ed è più frequente nelle persone con basso livello d'istruzione e nelle persone con difficoltà economiche.

*Grafico 14 – Eccesso ponderale nella popolazione 18-69 anni. Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche, ASL CN2 Alba-Bra, Passi 2011-2014.*



Un **regime alimentare ricco di frutta e verdura** rappresenta un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Complessivamente PASSI stima che tra i 18 e i 69 anni solo 1 persona su 10 assuma le 5 porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali. Questa prevalenza, cambia soprattutto in relazione al genere (è minore tra gli uomini), all'età (è minore nella fascia 18-34 anni), al peso (è minore nei soggetti in sovrappeso/obeso) e alle condizioni economiche (è minore in coloro che hanno difficoltà economiche).

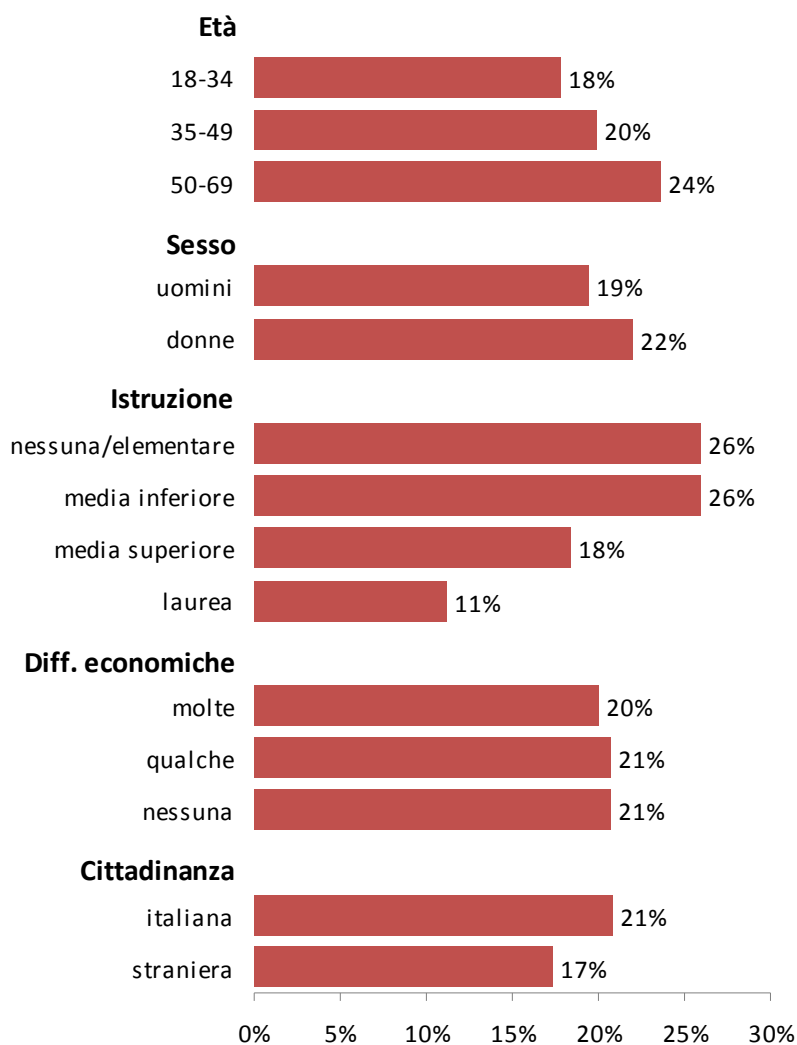
Tra la popolazione adulta per quanto riguarda l'**attività fisica**, il 37% ha uno stile di vita attivo e pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata, il 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato, mentre il 21% è completamente sedentario.



La sedentarietà è più diffusa nelle persone della fascia di età 50-69 anni, nelle donne e nelle persone con bassa scolarità.

Il 24% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

*Grafico 15 – Sedentari, ASL CN2. Passi 2011-2014: 20,7%.*



## **Cronicizzazione**

Anche nella ASLCN2 il peso della popolazione anziana è rilevante, pur se inferiore rispetto alla media regionale.

Questo fenomeno demografico ha un risvolto sanitario problematico: la cosiddetta “cronicità”.

Detto in termini più tecnici, emerge, con sempre maggior forza, il problema delle “malattie croniche non trasmissibili”, con complessi fenomeni di ricaduta sul sistema di organizzazione delle cure.

Quindi, anche a livello locale, occorre trovare soluzioni che possano abbinare il bisogno crescente di cure, in particolare in pazienti anziani, con la sostenibilità economica del sistema.

## **Polipatologie nella popolazione anziana**

L'invecchiamento progressivo della popolazione è connesso inevitabilmente all'incremento del numero di persone cosiddette “fragili”, affette da molte patologie che si sono sviluppate nel corso del tempo.

Su questo tema appare rilevante il compito del Medico di Medicina Generale (MMG) e i distretti dell'ASLCN2 si sono attivati per lavorare su questo versante.

In particolare si è ritenuta prioritaria la necessità di lavorare sulla sostenibilità del sistema, di fronte alla polipatologia e alla “fragilità”.

## **Richiesta di servizi territoriali di prevenzione ed assistenza**

La medicina negli ultimi decenni si è sempre connotata per un arricchimento di nuovi strumenti, a volte molto costosi, di diagnosi e cura. Alcuni di questi strumenti hanno determinato un netto miglioramento della qualità della vita. Altri hanno aggiunto poco e a volte hanno, paradossalmente, impoverito la medicina, riducendone gli aspetti umani e relazionali.

Il problema dell'eccessivo ed a volte improprio uso dei Servizi ospedalieri è un fenomeno rilevante. In alcune strutture operative, specialmente nei reparti di medicina, in particolari periodi dell'anno, si determina un sovraccarico di ricoveri anche per casi clinici, che, probabilmente, potrebbero trovare soluzioni alternative al ricovero ospedaliero.

Si ritiene che questo fenomeno possa avvenire anche per una serie di fattori che impediscono al Medico di Medicina Generale (MMG) di trattare adeguatamente il paziente a domicilio quali:

- mancanza di un care-giver,
- necessità di un'assistenza sanitaria non erogabile a domicilio tramite l'ADI (es. terapia infusione continua),

- necessità di garantire un'assistenza sanitaria con caratteristiche di intensità superiore rispetto a quelle erogabili in ADI,
- altri aspetti di carattere sociale.

Casi del genere potrebbero essere adeguatamente curati nell'ambito di una struttura residenziale che garantisca l'opportuna assistenza infermieristica e tutelare della persona.

Le cure a domicilio rappresentano ormai una risposta consolidata per la presa in carico e la cura del “malato cronico”. Nella Regione Piemonte sono da tempo operativi e ben strutturati i servizi di cure domiciliari.

Tuttavia può accadere spesso che i malati cronici, soprattutto anziani, in fase di scompenso o riacutizzazione non trovino adeguata risposta nelle cure a domicilio, data la complessità assistenziale richiesta dal loro quadro clinico e/o per l'assenza di un familiare di riferimento valido. Al tempo stesso, per situazioni di questo tipo, il ricovero ospedaliero risulta essere eccessivo, se non addirittura inappropriato.

La risposta in questi casi dovrebbe essere di intensità assistenziale a metà strada tra quella ospedaliera e quella domiciliare.

Ne discende la necessità di un servizio in grado di garantire un livello di assistenza (sia medica, che infermieristica, riabilitativa e di assistenza), intermedia tra quello domiciliare e quello ospedaliero.

In altri termini, allorquando non sia possibile, per la complessità del quadro clinico o per gravi motivi sociali, mantenere la persona assistita al domicilio, si può ricorrere ad altre risposte assistenziali.

La realizzazione di questo livello assistenziale è stata possibile nell'ASL CN 2 grazie alla presenza sul territorio dell'ASL di tre condizioni ritenute essenziali:

- una rilevante disponibilità di posti letto in strutture residenziali per anziani accreditate (R.S.A. Residenze Sanitarie Assistenziali e ex-R.A.F. Residenze Assistenziali Flessibili) con una distribuzione piuttosto omogenea sul territorio rispetto ai centri maggiormente abitati, al fine di non allontanarlo, nel breve periodo di ricovero, dalla rete di relazioni parentali e sociali che lo hanno accompagnato fino a poco prima della malattia;
- una ragionevole motivazione assistenziale ed un interesse professionale dei Medici di Medicina Generale nel voler continuare a curare ed assistere i propri pazienti senza ricorrere ad una ospedalizzazione laddove ritenuta non necessaria;
- una buona “governance” distrettuale.

L'idea di coinvolgere le strutture residenziali per anziani del territorio e, in parallelo, i Medici di medicina Generale ha portato al disegno e alla messa in opera del progetto denominato "Letti di Prossimità" da parte dei Distretti Sanitari, supportati nella fase di ideazione strategica e di definizione dei protocolli dalla Direzione Generale di Azienda.

Con alcune strutture residenziali per anziani è stata stipulata una convenzione in cui sono stati definiti:

- il numero di posti letto (p.l.) convenzionati, omogeneamente distribuiti sul territorio il cui fabbisogno, dopo una serie di aggiustamenti, è stato individuato in circa 1 p.l. ogni 3000 abitanti
- il minutaggio minimo di assistenza infermieristica richiesta pro/die individuato in 30 minuti primi per giorni di ricovero,
- i requisiti minimi di assistenza tutelare alla persona, di riabilitazione e mantenimento psicofisico o laddove necessario di supporto psicologico professionale, che sono stati computati in un mix di prestazioni in relazione ai bisogni di un soggetto parzialmente o non autosufficiente.
- la fornitura diretta dei farmaci da parte dell'Azienda Sanitaria.

Con i Medici di Medicina Generale nell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) verrà periodicamente negoziata la remunerazione delle visite, lasciando alla loro discrezionalità il numero degli accessi ritenuti necessari in relazione alla patologia da trattare.

## **CONTESTO INTERNO**

L'A.S.L. CN2, con – al 31.12.2015 - i suoi 1.671 dipendenti complessivi, di cui 325 Dirigenti (fra Medici e dirigenti degli altri profili professionali) e 1.346 personale del Comparto, svolge la funzione di tutela della salute. Tale funzione è esercitata tramite i Distretti. Essa si attua con la progettazione e realizzazione, sulla base di un'analisi socio-sanitaria dei bisogni della popolazione e del contesto dell'offerta ed in integrazione con i servizi sociali, di percorsi clinico assistenziali, mirati a garantire la globale presa in carico dei bisogni socio-sanitari dell'utente.

L'Azienda eroga servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

L'Azienda tutela e cura i portatori di patologie psichiatriche (adulti e minori) e le persone con dipendenza, ponendo anche in essere azioni mirate alla loro riabilitazione ed al loro reinserimento sociale e lavorativo.

Compete ancora all'Azienda l'assistenza prolungata nel tempo, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, alle persone disabili e/o non autosufficienti.

All'A.S.L. CN2 compete, poi, la promozione della salute e la prevenzione primaria collettiva. Tale funzione è esercitata tramite il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

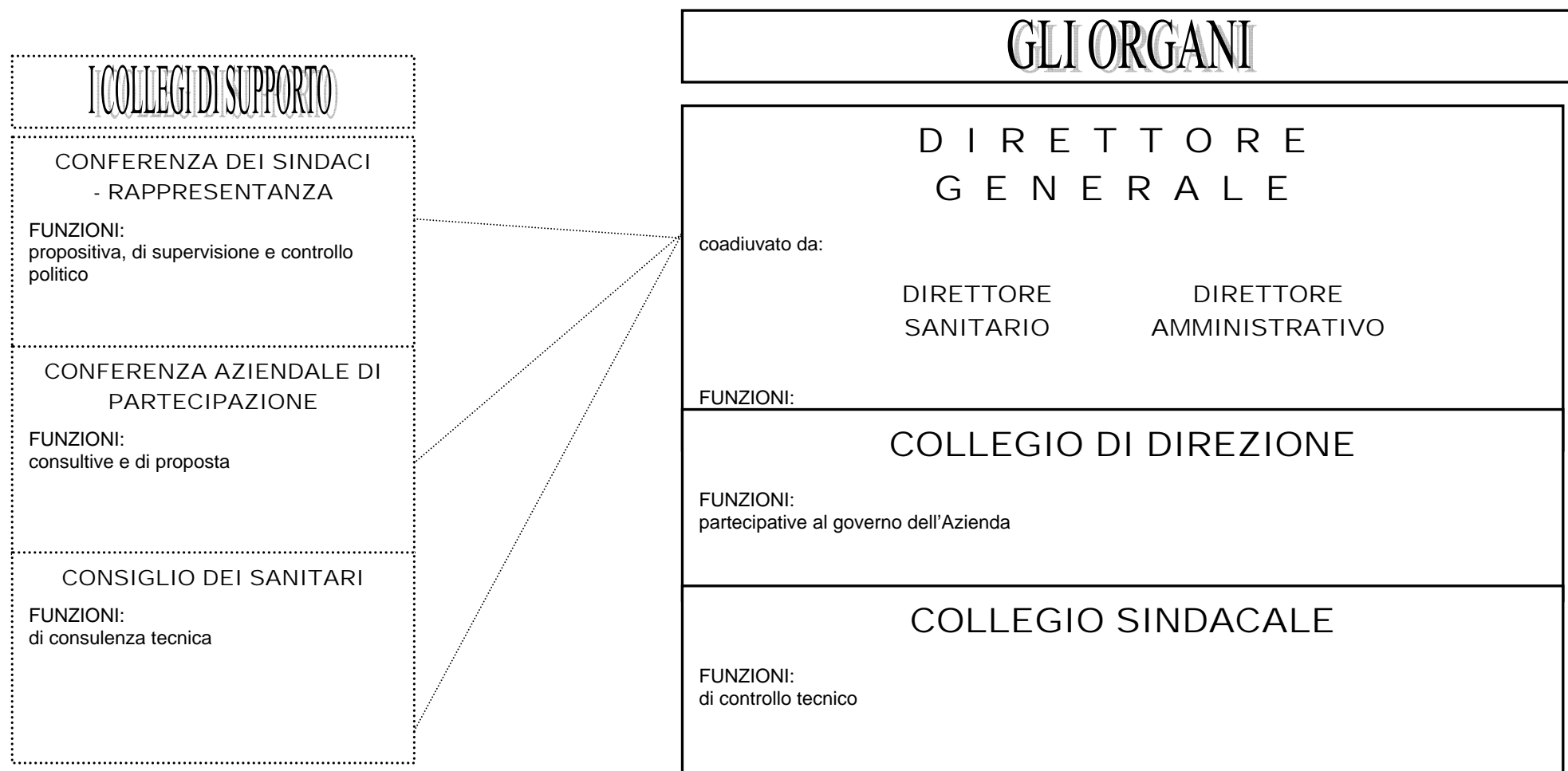
L'Azienda esercita, inoltre, su delega della Regione Piemonte, la funzione di vigilanza sull'attività delle strutture, pubbliche e private, operanti sul territorio in ambito sanitario e sociosanitario. L'esercizio di tale funzione è affidato a Commissioni appositamente costituite in applicazione delle norme vigenti.

L'Azienda, infine, gestisce, in via permanente (essendosi positivamente conclusa il 31/12/2014 la precedente sperimentazione triennale), su delega dei Comuni del Distretto 2, i servizi sociali afferenti a tale area territoriale.

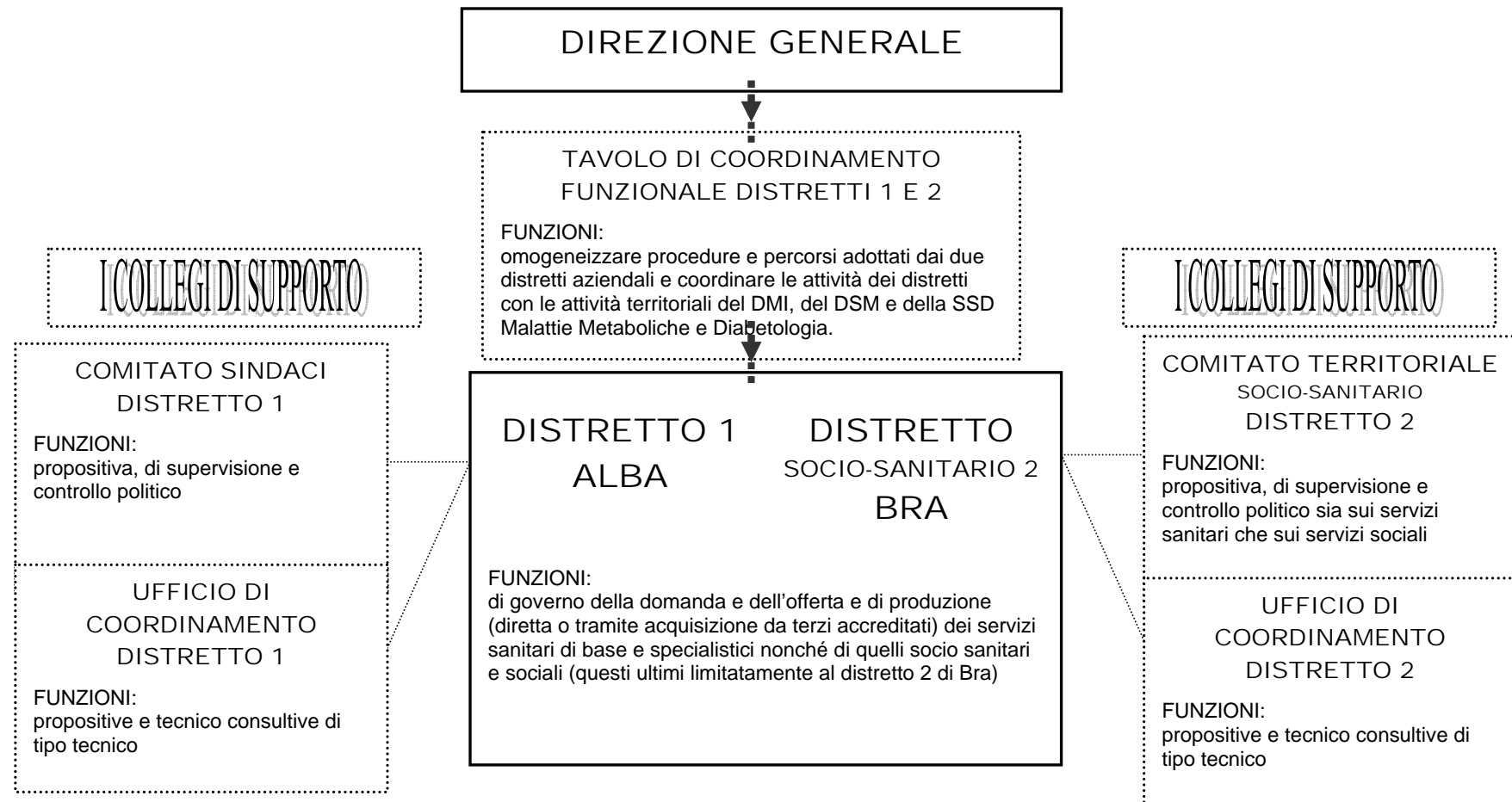
L'Azienda Sanitaria di Alba-Bra, inoltre, tra le poche a livello nazionale, ha deciso di migliorare e razionalizzare l'assistenza ospedaliera mediante la realizzazione di un nuovo ospedale unico, in località baricentrica e cioè nel Comune di Verduno, in sostituzione dei due nosocomi esistenti nei Comuni di Alba e di Bra, che non rivestono più le caratteristiche necessarie dal punto di vista strutturale.

## ORGANIGRAMMA AZIENDALE

# LA DIREZIONE STRATEGICA



# LA TUTELA E LA PRODUZIONE TERRITORIALE





# L'ORGANIZZAZIONE

## DIREZIONE GENERALE

### SERVIZI AMMINISTRATIVI

### SERVIZI SANITARI

#### LO STAFF AMMINISTRATIVO

- S.O.S. AFFARI GENERALI E PROGETTI INNOVATIVI
- S.O.S. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE - TRASPARENZA - SEGRETERIA DIREZIONALE,
- S.O.S. RELAZIONI ESTERNE E ISTITUZIONALI
- S.O.S. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE
- S.O.S. GESTIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA E TERRITORIALE
- S.O.S. LOGISTICA - SERVIZI GENERALI - ESECUZIONE CONTRATTI - ACQUISTI IN AMBITO AIC4

**S.O.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE E SVILUPPO RISORSE UMANE**

**S.O.C. PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E BILANCIO**

- S.O.S. BILANCIO E CONTABILITA'

**S.O.C. SERVIZI TECNICI**

**S.O.C. INFORMATICA, TELECOMUNICAZIONI E SISTEMA INFORMATIVO**

#### LO STAFF SANITARIO TRASVERSALE

- S.O.S. PSICOLOGIA
- S.O.S. QUALITA', RISK MANAGEMENT E RELAZIONI CON GLI UTENTI
- S.O.S. VIGILANZA E COMMISSIONI VALUTATIVE
- S.O.S. MEDICO COMPETENTE
- S.O.S. FARMACIA TERRITORIALE

**S.O.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (Di.P.Sa.)**

**S.O.C. SERVIZIO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

**S.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA**

Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale 2 novembre 2009, n. 50-12480, l'ASL CN2 ha istituito il **Servizio Sociale Aziendale**. In relazione alle competenze sue proprie (come descritte nell'allegato 3 del presente atto aziendale) di tale funzione è collocata all'interno dello staff sanitario trasversale ed è **direttamente dipendente dal Direttore Sanitario d'Azienda**.

I Dipartimento di Salute Mentale è gerarchicamente sotto ordinato alla Direzione Sanitaria di Presidio, ancorchè per sua natura sia trasmurale quindi eroghi prestazioni anche di tipo territoriale. Il coordinamento con le funzioni territoriali è assicurato in seno al Tavolo di Coordinamento funzionale dei Distretti 1 e 2. Il DSM aggrega un

Il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ed il Dipartimento di Emergenza ed accettazione sono funzionali. I restanti Dipartimenti sono strutturali.

#### LO STAFF SANITARIO PRODUTTIVO

##### AREA OSPEDALIERA

**S.O.C. DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO**

- S.O.S. INFEZIONI OSPEDALIERE

**D. E. A.**

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA  
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA  
DIPARTIMENTO DI AREA DIAGNOSTICA  
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

##### AREA TERRITORIALE

**S.O.C. DISTRETTO 1**

**S.O.C. DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 2**

- S.O.S. SERVIZI SOCIALI BRA

DIPARTIMENTO DI  
PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

##### AREA DELLA PREVENZIONE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

# SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI

## DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

### DIPARTIMENTO DI AREA DIAGNOSTICA

**S.O.C. ANATOMIA E ISTOLOGIA  
PATOLOGICA**

**S.O.C. LABORATORIO ANALISI**

- S.O.S. EMATOLOGIA E COAGULAZIONE
- S.O.S. LABORATORIO ANALISI BRA

**S.O.C. RADIODIAGNOSTICA**

**S.S.D. ANTENNA TRASFUSIONALE**

La SOS Emodinamica – fino all'attivazione del nuovo ospedale di Verduno svolge attività h 12 in modo integrato con il servizio di Emodinamica dell'Ospedale di Savigliano.

La SOC Nefrologia, Dialisi e Nutrizione Clinica può impiegare il codice disciplina 29 utilizzando posti letto di area medica e/o chirurgica e il relativo personale

La SOC Oncologia può impiegare il codice disciplina 64 utilizzando posti letto di area medica e/o chirurgica e il relativo personale

Le SSD ospedaliere non hanno posti letto autonomi e relativo personale ed afferiscono direttamente al Dipartimento di riferimento.

### DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

**S.O.C. MEDICINA GENERALE**

- S.O.S. DAY HOSPITAL E DAY SERVICE MEDICO
- S.O.S. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- S.O.S. REUMATOLOGIA
- S.O.S. AREA MEDICA – SUB-INTENSIVA

**S.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA  
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**

- S.O.S. PRONTO SOCCORSO E CHIRURGIA D'URGENZA -BRA
- S.O.S. D.E.A. - ALBA

**S.O.C. NEUROLOGIA**

**S.O.C. CARDIOLOGIA E UTIC**

- S.O.S. EMODINAMICA

**S.O.C. NEFROLOGIA, DIALISI E  
NUTRIZIONE CLINICA**

- S.O.S. DIALISI EXTRACORPOREA
- S.O.S. DIALISI PERITONEALE E INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

**S.O.C. ONCOLOGIA**

- S.O.S. DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

**S.O.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE**

**S.S.D. PNEUMOLOGIA ED  
ALLERGOLOGIA**

**S.S.D. GASTROENTEROLOGIA**

**S.S.D. MALATTIE METABOLICHE E  
DIABETOLOGIA**

### DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

**S.O.C. CHIRURGIA GENERALE**

- S.O.S. PROCTOLOGIA
- S.O.S. CHIRURGIA ENDOCRINA

**S.O.C. UROLOGIA**

- S.O.S. DAY SURGERY UROLOGICO

**S.O.C. OCULISTICA**

**S.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA\***

- S.O.S. MEDICINA SPORTIVA E TRAUMATOLOGIA DELLO SPORT

**S.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA**

**S.O.C. TERAPIA INTENSIVA,  
RIANIMAZIONE E ANESTESIA**

- S.O.S. RIANIMAZIONE
- S.O.S. TERAPIA ANTALGICA

**S.S.D. SENOLOGIA**

### DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

**MEDICINA GENERALE - CHIRURGIA GENERALE - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA:**

permangono due SS.OO.CC. per ognuna di tali branche, collocate in doppio sia presso il Presidio Ospedaliero di Alba, sia presso il presidio ospedaliero di Bra. Fermo restando quanto previsto dalla normativa, l'accorpamento delle strutture verrà effettuato anche in considerazione delle tempistiche dell'avvio dell'ospedale unico Alba-Bra. L'Azienda, sino al trasferimento delle attività nell'ospedale unico Alba-Bra, manterrà inalterato, con riferimento alle strutture in argomento, il rapporto: un direttore ogni due SOC omologhe.



# SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

## INTEGRATI OSPEDALE/TERRITORIO

**DISTRETTO 1 - ALBA**

**DISTRETTO SOCIO  
SANITARIO 2 - BRA**

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI  
PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE

### DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

**S.O.C. SERVIZIO IGIENE E SANITA' PUBBLICA**

- S.O.S. VACCINAZIONI, PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE, MEDICINA DEI VIAGGI E MIGRAZIONI

**S.O.C. SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE**

**S.O.C. SERVIZIO PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO**

**S.O.C. MEDICINA LEGALE**

- S.O.S. INVALIDITA' ED HANDICAP

**S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA A, Sanità animale**

**S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA B, Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati**

**S.S.D. SERVIZIO VETERINARIO AREA C, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**

**S.S.D. EPIDEMIOLOGIA, PROMOZIONE SALUTE E COORDINAMENTO ATTIVITA' PREVENZIONE**

### DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

**S.O.C. PSICHIATRIA**

**S.S.D. SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C.)**

**S.S.D. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE A GESTIONE DIRETTA**

Il DSM, il DMI e la SSD Malattie Metaboliche e Diabetologia, essendo incardinate nell'Ospedale, si integrano, con riferimento all'attività territoriale loro propria, con i Distretti partecipando alle attività del Tavolo di Coordinamento funzionale dei Distretti 1 e 2.

### DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

**S.O.C. PEDIATRIA**

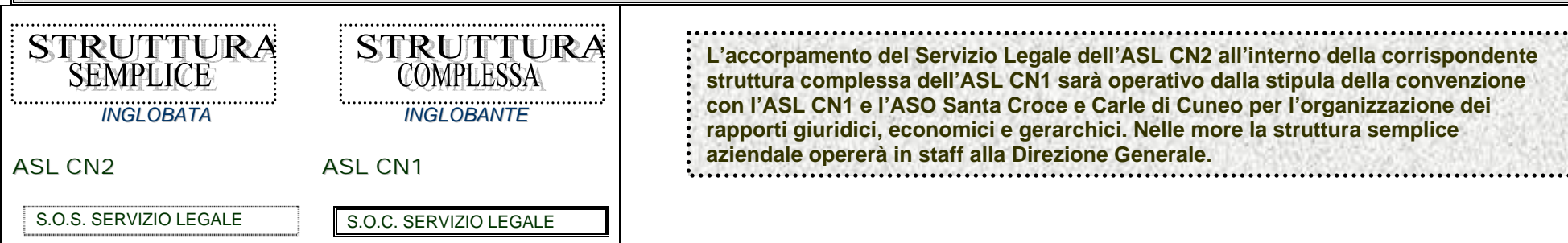
**S.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

- S.O.S. ENDOSCOPIA GINECOLOGICA

**S.S.D. N.P.I.**

# LE STRUTTURE INTERAZIENDALI

## IL SERVIZIO LEGALE INTERAZIENDALE



## IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE MATERNO INFANTILE

### STRUTTURALE

#### COMPETENZE

- Coordinamento e razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi
- Gestione del budget legato agli obiettivi dipartimentali
- Monitoraggio sull'andamento dei risultati di budget
- Integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento

#### ASO SANTA CROCE E CARLE

- SC PEDIATRIA
- SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA
  - Ss Ostetricia
- SC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
  - Ss Neonatologia
- SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

#### ASL CN1

- SC PEDIATRIA SAVIGLIANO
  - Ss Neonatologia
- SC PEDIATRIA MONDOVI'
- SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA SAVIGLIANO
  - Ss Fisiopatologia della riproduzione umana
- SC GINECOLOGIA E OSTETRICIA MONDOVI'
- SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- Ssd Centro Diagnostica Ecografica Prenatale
- Ssd Consultori Famigliari

#### ASL CN2

- SOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA
  - SOC PEDIATRIA
  - SSD NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- (le suddette strutture nell'ambito dell'ASL CN2 sono aggregate nel Dipartimento strutturale aziendale Materno Infantile)

### FUNZIONALE

#### COMPETENZE

- Garantire i percorsi nascita, crescita, patologia cronica di cui alla DGR 26-1653/2015.

<p><b>Punti di criticità</b></p>	<p>L'attuale modello organizzativo, per quanto attiene l'organizzazione ospedaliera, denota criticità rappresentate da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemi strutturali rilevanti, relativi all'esistenza di due nosocomi (Alba e Bra) risalenti al 1700 e che, nonostante i numerosi interventi attuati nel corso del tempo, non rispondono a criteri di confort, privacy, sicurezza e rispetto delle innumerevoli normative che devono connotare e qualificare un ospedale moderno;</li> <li>• Problemi gestionali correlati a dotazioni organiche insufficienti per gestire le due realtà ospedaliere nel rispetto, anche in questo caso, di normative sempre più pressanti e di difficile attuazione se non implementando a dismisura gli organici medici e del personale del comparto. La gestione del personale, aggravata dall'esistenza di due presidi ospedalieri e della duplicazione di molte discipline mediche e chirurgiche, è carente e quindi si è impossibilitati a garantire alcuni requisiti oggi divenuti irrinunciabili quali quello dei riposi compensativi. Ciò vale in particolar modo per il ruolo medico, anche se vi sono settori del comparto che soffrono della stessa criticità, pur se in misura minore. Una delle situazioni in grande sofferenza è quello dell'anestesia-rianimazione dove, a partire dal mese di febbraio, si manifesterà una carenza di 9.561 ore pari a 6,59 unità mediche con prevedibile riduzione dell'attività dei blocchi operatori. Critica appare altresì la situazione inerente la carenza di personale per l'urgenza DEA/PS, senza contare la insoddisfacente copertura dei ruoli apicali di diverse SC ospedaliere.</li> <li>• Problemi organizzativi: nessun vantaggio economico, se non un minimo risparmio sui farmaci, deriverà dalla chiusura delle lungodegenze data la necessità di utilizzare strutture territoriali private con costo superiore. Si prevede, comunque, un incremento della durata delle degenze in acuzie e quindi una minor efficienza del regime assistenziale. Sicuramente peggiorerà la mobilità passiva.</li> <li>• Situazione economico-gestionale, che è positiva quanto a pareggio di bilancio e dati di attività ma è assai negativa in relazione ad una Quota-Capitaria estremamente bassa che vede la nostra ASL penalizzata in grande misura rispetto a realtà analoghe per popolazione e attività. A titolo esemplificativo si ricorda che l'ASL di Vercelli (identica popolazione, due ospedali, ecc.) ha un budget superiore al nostro di oltre 43.000.000 di €</li> </ul>
----------------------------------	--

<p><b><i>Punti di forza</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il Bilancio aziendale, nonostante il chiaro sottofinanziamento della nostra ASL, chiude anche per l'anno in corso in pareggio, senza alcun artificio contabile pur con il permanere di modeste criticità (screening e tempi di attesa) mantenute tali grazie all'abnegazione di un personale che fa registrare tassi di assenteismo irrisori rispetto a quelli di altre aziende di questa regione. Questa peculiarità, tuttavia, sinora è stata penalizzante per chi ha offerto ottimi servizi a costi estremamente contenuti per cui riteniamo difficilmente sostenibile ancora per lungo tempo tale situazione per noi gravemente antietica: sarebbe auspicabile che la nostra quota-capitaria fosse il gold standard di riferimento per tutta la regione, anche se prevediamo che ciò potrà avvenire solo in tempi lunghi e quindi la criticità attuale non si potrà risolvere.</li> <li>• Altro punto di forza è la gestione dei ricoveri ospedalieri che in questo momento, grazie sia alla presenza di propri posti letto in lungodegenza, sia all'utilizzo dei letti di prossimità presso strutture territoriali, vede praticamente quasi annullata l'inappropriatezza e lo scorretto utilizzo, a fini sociali, dei letti dedicati alle acuzie.</li> <li>• E' sperabile che il ricorso ai letti di prossimità, più economici dei CAVS, venga mantenuto.</li> </ul>
-------------------------------------	--

## PECULIARITA' AZIENDALI

### **L'Ospedale unico di Verduno.**

La lungimiranza di chi, anni fa, ha ritenuto di unire, oltre che due Aziende Sanitarie (Alba e Bra), anche due ospedali, consentirà di ottenere numerosi benefici per la popolazione e per le casse pubbliche. Infatti, l'unione degli organici, oggi in molti casi insufficienti dei due nosocomi, farà sì che l'ospedale di Verduno potrà giovare di dotazioni adeguate alle attività cliniche previste, ad oggi, dalla Regione in questa sede. Ricordiamo inoltre che l'ospedale di Verduno sarà una delle poche strutture del Piemonte a norma, rispondente a criteri alberghieri di eccellenza (es.: tutte camere a 1 posto-letto con arredamenti di livello superiore) e con dotazioni tecnologiche

d'avanguardia. Tutto ciò grazie anche al ruolo determinante della Fondazione Nuovo Ospedali di Alba e Bra che ha raccolto ingenti fondi per implementare in modo significativo arredi e attrezzature.

Da tutto ciò si deduce che dovrebbero scaturire risparmi significativi o comunque non incrementi di spesa, grazie ad economie di scala nell'ambito del personale, ad una gestione energetica rispettosa dell'ambiente ed ecologicamente evoluta e ad un sistema che concentrerà l'offerta di servizi non solo ospedalieri ma anche sanitari per tutto il territorio. A tal riguardo si ricorda che verranno dismesse numerose strutture periferiche sanitarie e amministrative con risparmi di gestione importante e ciò avverrà mantenendo un'offerta capillare di servizi per il territorio.

Da ultimo, nel nuovo ospedale saranno realizzate le più nuove forme gestionali di assistenza (intensità di cure, week surgery, telemedicina per varie specialità, ecc.) che consentiranno, insieme alle metodiche più evolute di movimentazione di pazienti, ma anche di materiali e strumenti, di rendere efficiente un servizio sempre più vicino ai bisogni dei pazienti.

## **MANOVRE PER L'EFFICIENZA GESTIONALE**

Le manovre di efficientamento 2016 scaturiscono dall'analisi dei risultati aziendali raggiunti e di quelli ancora da sviluppare e rendere concreti, che hanno caratterizzato gli anni 2010-2015, tra i quali:

- obiettivi di governo regionale/aziendali
- normativa vigente, e indicazioni pervenute dalla Regione e/o dai Ministeri competenti (PO 2013-2015)
- sostenibilità economico-finanziario del sistema aziendale.

sono state rivolte secondo due principali direttrici di intervento:

- Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi;
- Interventi di sistema.

A riguardo, di seguito si riportano le azioni aziendali identificate secondo due principali direttrici di intervento:

- Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi: intesi come l'insieme delle azioni da mettere in atto per riorganizzare i processi produttivi aziendali che sottostanno all'erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie di tipo diagnostico, terapeutico medico – chirurgico, riabilitativo;
- Interventi di sistema: intesi come l'insieme delle manovre strutturali che mirano a consolidare il cambiamento del sistema promuovendone lo sviluppo in termini di riqualificazione dell'offerta sanitaria. Tali interventi devono essere ideati e attuati in coerenza con quanto definito dalla programmazione regionale sanitaria.



Tabella 10 - Manovre di efficientamento 2016 (importo €mln) [R = attività in essere da rafforzare/sviluppare, A = attività da avviare, D = attività in essere da depotenziare).

		A	B	C
	Tipo Manovra	Impatto sui Ricavi	Tipo Manovra	Impatto sui Ricavi
A. Obiettivo di efficientamento 2016				0
B. Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi				0,05
Dettaglio delle azioni individuate				
• Azione 1: DD farmaci primo ciclo	R	0	0,16	-0,16
• Azione 2: riduzione spesa farmaceutica convenzionata	D	0	-0,60	0,60
• Azione 6: locazioni immobili	D	0	-0,30	0,30
• Azione 7: costi appaltati	R	0	0,50	-0,50
• Azione 8: assistenza in RSA	R	0	0,19	-0,19
C. Interventi di sistema				-0,05
Dettaglio delle azioni individuate				
• Azione 3: incremento spese organico	A	0,00	0,36	-0,36
• Azione 4: riduzione costi grazie all'applicazione del nuovo atto aziendale	D	0,00	-0,10	0,10
• Azione 5: recupero crediti	R	0,22	0,00	0,22
D. Check (A+B+C)				0

Per ciascuna azione sono di seguito riportati la valorizzazione economica e il relativo cronoprogramma trimestrale con indicazione dei responsabili aziendali attuativi.

#### Azione 1: DD farmaci primo ciclo

Descrizione: incremento costi per distribuzione diretta farmaci con conseguente prevedibile risparmio in convenzionata. Rispetto al 2015 la spesa aumenterà di 350 mila euro mentre rispetto al

2014 di soli 162mila euro. L'andamento anomalo è dovuto al fatto che nel corso del 2014, causa la carenza di farmacisti (in tutte le relazioni sottolineate), l'Azienda ha dovuto sospendere la DD.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULAT O 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,00	0,05	0,05	0,05	0,16
(C= A-B) SALDO	0,00	0,05	0,05	0,05	0,16

Responsabile aziendale attuativo: Direttore f.f. S.O.C. Farmacia ospedaliera.

Azione 2: risparmio spesa farmaceutica convenzionata territoriale

Descrizione: grazie alla DD dei farmaci per primo ciclo di terapia, si stima un risparmio di 600 mila euro circa di farmaceutica convenzionata.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULAT O 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	-0,15	-0,15	-0,15	-0,15	-0,60
(C= A-B) SALDO	-0,15	-0,15	-0,15	-0,15	-0,60

Responsabile aziendale attuativo: Responsabile S.O.S. Farmacia territoriale.

Azione 3: incremento spese organico

Descrizione: incremento costi organico (compresa IRAP) di 700 mila euro, rispetto al 2015, per copertura primariati. Maggior spesa, rispetto al 2014, di 363mila euro.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULAT O 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,00	0,16	0,10	0,10	0,36
(C= A-B) SALDO	0,00	0,16	0,10	0,10	0,36

Responsabile aziendale attuativo: Direttore S.O.C. Servizio amministrazione del personale e sviluppo risorse umane.

Azione 4: riduzione costi grazie all'applicazione del nuovo atto aziendale

Descrizione: soppressione dipartimento amministrativo e riduzione strutture complesse e semplici

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULAT O 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	-0,02	-0,02	-0,03	-0,03	-0,10
(C= A-B) SALDO	-0,02	-0,02	-0,03	-0,03	-0,10

Responsabile aziendale attuativo: Direttore S.O.C. Servizio amministrazione del personale e sviluppo risorse umane.

Azione 5: recupero crediti

Descrizione: si stima un recupero, rispetto al 2015, di 118 mila euro, e di 216 mila euro rispetto al 2014.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULAT O 2016
(A) RICAVI	0,05	0,05	0,05	0,05	0,22
(B) COSTI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(C= A-B) SALDO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22

Responsabile aziendale attuativo: Responsabile S.O.S. Gestione amministrativa ospedaliera e territoriale.

Azione 6: locazioni immobili

Descrizione: nel 2015, in applicazione della normativa nazionale, si è provveduto ad un taglio del 15% sugli affitti di immobili, e a sostituire un immobile adibito a magazzino generale con altro immobile di costo inferiore. Rispetto al 2014 cessa l'affitto di un poliambulatorio territoriale.

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULAT O 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,00	-0,15	0,00	-0,15	-0,30
(C= A-B) SALDO	0,00	-0,15	0,00	-0,15	-0,30

Responsabile aziendale attuativo: Direttore S.O.C. Servizi tecnici.

Azione 7: costi appaltati

Descrizione: incremento costi per servizi AMOS

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULAT O 2016
(A) RICA VI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,12	0,12	0,12	0,13	0,50
(C= A-B) SALDO	0,12	0,12	0,12	0,13	0,50

Responsabile aziendale attuativo: Responsabile S.O.S. Logistica-servizi generali-esecuzione contratti-acquisti in ambito AIC.

Azione 8: assistenza in RSA

Descrizione: aumento inserimenti anziani

IMPATTO RISPETTO CONSUNTIVO 2014	I TRIM 2016	II TRIM 2016	III TRIM 2016	IV TRIM 2016	TOTALE CUMULAT O 2016
(A) RICAVI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
(B) COSTI	0,05	0,05	0,05	0,05	0,19
(C= A-B) SALDO	0,05	0,05	0,05	0,05	0,19

Responsabili aziendali attuativi: Direttori SOC Distretto 1 e Socio Sanitario 2.

Dettaglio analitico delle singole manovre di efficientamento 2016

Descrizione Intervento	COD CE NSIS	DESC. CE NSIS	COD LA	DESC. LA	IMPORTO €mln
Azione 1	BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	20402	Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	0,162
Azione 2	BA0500	B.2.A.2.1) - Acquisti servizi sanitari per farmaceutica da convenzione	20401	Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate	-0,600
Azione 3	BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	30202	Attività in degenza ordinaria	0,363
Azione 4	BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	30202	Attività in degenza ordinaria	-0,100
Azione 5	AA0880	A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati			-0,216

Descrizione Intervento	COD CE NSIS	DESC. CE NSIS	COD LA	DESC. LA	IMPORTO €mln
Azione 6	BA2000	B.4.A) Fitti passivi	20601	Attività clinica	-0,300
Azione 7	BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	30202	Attività in degenza ordinaria	0,497
Azione 8	BA1180	B.2.A.12.4) -Acquisto prestazioni Socio- Sanitarie a rilevanza sanitaria da privato (intra regionale)	21004	Assistenza residenziale agli anziani	0,194

## Contributi regionali extra FSR

Coerentemente agli obiettivi programmatici regionali 2016, ai fini della predisposizione del Preventivo economico annuale l'Azienda, oltre a considerare le assegnazioni provvisorie 2015 (DGR 34-2054 del 01/09/2015), ha tenuto conto degli ulteriori contributi regionali extra FSR finalizzati a finanziare le spese vincolate previste dall'azienda per l'esercizio 2016, dettagliati nel seguente prospetto.

Descrizione finanziamento regionale extra FSR	Atto regionale di riferimento (ove disponibile)	Esercizio di assegnazione	Importo assegnato €000	COD DI CE NSIS	Importo contabilizzato nel CE Preventivo 2016 €000
Contributi per acquisto di materiale d'uso portatori di impianto cocleare		2016	5	AA0100	5
Contributo per acquisto di protesi acustiche per minori 0-14 anni		2016	10	AA0100	10
Contributo per acquisto parrucche a favore di bambine, adolescenti e donne residenti in Piemonte affette da alopecia a seguito di chemioterapia		2016	5	AA0100	5
Argento Attivo: vivere bene oltre i sessanta anni	D.D. 828 del 15/12/2015	2015	253	AA0100	100
Contributo extra FSR a copertura delle rate di mutuo del disavanzo 2000		2016	469	AA0100	469

			742		589
--	--	--	-----	--	-----



Spesa per farmaci – Azioni aziendali

Previsione da consumi di magazzino (dettaglio):

Settore	Anno 2014	Previsione 2015	Previsione 2016
Ricoveri	2.954.408	2.600.000	2.300.000
Servizi diagnostico-terapeutici	119.948	146.259	150.000
Attività territoriali	779.654	781.792	750.000
Primo ciclo + PHT O	2.464.655	2.245.000	2.550.000
Distribuzione diretta territoriale	3.922.964	4.148.000	4.190.000
Farmaci per fibrosi cistica	116.664	125.622	125.000
Ossigeno ospedaliero	157.516	151.722	170.000
Utilizzo ai sensi della L. 648/96	261.042	370.000	430.000
Farmaci per malattie rare	1.048.194	1.400.000	1.400.000
Farmaci importati dall'estero	49.930	72.365	67.000
Farmaci off-label	68.195	72.955	80.000
Farmaci x epatite (Telaprevir e Boceprevir)	117.182	0	0
Emoderivati da ASR (esclusa 648 e mal.rare)	479.458	455.553	450.000
Emoderivati (esclusa 648 e mal.rare)	160.989	180.428	180.000
Altro			
• med senza AIC (galenici officinali e magistrali + esteri da aziende italiane)	59.658	57.991	56.000
• RSA convenzionate	306.329	321.148	340.000
• ambulatori ospedalieri	2.259.296	3.100.142	3.400.000
Totale	15.326.082	16.228.977	16.638.000

Prodotto	Azione/Effetti
----------	----------------

Prodotto	Azione/Effetti
Prodotti dispensati per le attività di ricovero e servizi diagnostico-terapeutici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività di ricovero: la progressiva diminuzione della spesa è determinata da: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ applicazione dei nuovi Atti Aziendali</li> <li>○ incremento attività dal regime di DH a quello ambulatoriale</li> <li>○ promozione all'utilizzo di fattori di crescita degli eritrociti biosimilari</li> <li>○ razionalizzazione dell'utilizzo di antibiotici e antifungini sistemici, tramite i lavori del Gruppo di lavoro sugli antibiotici della CFI</li> </ul> </li> <li>• Servizi diagnostico-terapeutici: nel 2015 rispetto al 2014 è aumentata l'attività del Servizio di Radiologia relativamente ad esami contrasto grafici TC, in virtù dell'elevato valore diagnostico della nuova tecnologia acquisita. Non si prevedono variazioni di spesa nel corso del 2016 rispetto al 2015.</li> </ul>
Prodotti dispensati per le attività territoriali	<p>Per l'anno 2016 si prevede una spesa inferiore, sia rispetto al 2015 che al 2014, grazie alla seguente azione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attività di incentivazione all'utilizzo di antipsicotici con brevetto scaduto e stretta selezione dei pazienti con terapie a base di antipsicotici IM long-acting.</li> </ul>
Prodotti dispensati in Primo Ciclo + PHT Ospedaliero	<p>A partire da gennaio 2016 si prevede di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reintrodurre presso la nostra ASL l'attività di distribuzione farmaci alla dimissione da ricovero e dopo visita ambulatoriale; pertanto si prevede un incremento di spesa su questo capitolo di circa 350.000€ a fronte di relativo presunto risparmio di 600.000€ sulla spesa farmaceutica convenzionata territoriale.</li> </ul>

Prodotto	Azione/Effetti
Prodotti dispensati in Doppio canale (diretta territorio e Fibrosi Cistica) e ossigeno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribuzione diretta territoriale: farmaci a distribuzione esclusiva ospedaliera per pazienti domiciliari. Su questo capitolo di spesa si prevede un leggero aumento, considerato il trend in progressione degli ultimi anni e considerato che in larga parte si tratta di spesa indotta da prescrittori appartenenti ad altre ASL. Si propone di: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ promuovere i biosimilari in campo reumatologico che verranno introdotti sul mercato nel corso del 2016, per cui si stima di poter contrastare il trend in aumento di circa 90.000€</li> <li>○ continuare l’attento monitoraggio secondo Registro AIFA dei farmaci compresi in questo capitolo di spesa, finalizzati non solo all’appropriatezza ma anche ai rimborsi da parte delle Ditte</li> </ul> </li> <li>• Fibrosi cistica: su questo capitolo non si prevedono variazioni di spesa per l’anno 2016, inoltre le prescrizioni sono tutte effettuate dai Centri specialistici di riferimento regionale.</li> <li>• Ossigeno ospedaliero: non si prevedono importanti variazioni di spesa nei consumi di ossigeno ospedaliero nel corso del 2016.</li> </ul>
Farmaci dispensati in applicazione alla L. 648/96	<p>Sono stati conteggiati tutti i farmaci ed emoderivati dispensati dalla Farmacia Ospedaliera ai sensi della L. 648/96, sia somministrati in ospedale che distribuiti sul territorio. Si tratta di una spesa in netto aumento in quanto vi sono comprese terapie innovative spesso senza alternativa terapeutica approvata (secondo un elenco pubblicato ed aggiornato dall’AIFA che sancisce le caratteristiche cliniche di eleggibilità dei pazienti). Si prevede un aumento della spesa per il 2016, anche in relazione alla sempre maggiore disponibilità di farmaci ricompresi nell’elenco stilato da AIFA. Si propone di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• far analizzare dal gruppo di lavoro “off-label” della CFI le prescrizioni per singolo paziente provenienti dai prescrittori dell’ASL CN2</li> </ul>

Prodotto	Azione/Effetti
Farmaci dispensati per malattie rare	Questo capitolo di spesa è prevalentemente gestito dai Centri di riferimento per la cura di ciascuna patologia. L' incremento di spesa rispetto al 2014 è determinato principalmente dall'aumento dei consumi dei Fattori della coagulazione (principalmente Eptacog alfa e marginalmente Nonacog alfa) per bambini che a causa di aumento ponderale necessitano di maggiori quantitativi di farmaco.
Farmaci importati dall'estero non in vendita in Italia	Non si prevedono né azioni né variazioni di spesa nel corso del 2016.
Farmaci "off-label"	<p>Su questo capitolo di spesa si prevede un tendenziale aumento dei consumi nel corso del 2016. Azioni che verranno intraprese:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aggiornamento della lista dei farmaci off-label autorizzati per uso consolidato</li> <li>• stesura del protocollo aziendale per la gestione dei sanguinanti nei pazienti in trattamento con NAO</li> <li>• monitoraggio continuo ed autorizzazione dell'utilizzo solo dopo autorizzazione del Gruppo di lavoro "farmaci off-label" della CFI.</li> </ul>
Farmaci utilizzati per la cura dell'epatite	La nostra ASL non è un Centro autorizzato alla prescrizione dei nuovi farmaci per l'epatite C.
Emoderivati	La spesa totale per emoderivati non è cambiata nel corso del triennio (sempre 630mila euro circa) grazie al continuo monitoraggio dei consumi delle Immunoglobuline endovenose e albumina.

Prodotto	Azione/Effetti
Altri farmaci	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RSA: farmaci erogati alle RSA convenzionate. Si prevede un aumento di spesa di circa 20.000€ legato all'aumento del numero di RSA che usufruiranno del servizio di fornitura diretta. A tale maggior impegno di spesa conseguirà un presunto risparmio di circa 36.000€ sulla spesa farmaceutica convenzionata territoriale.</li> <li>• Ambulatori ospedalieri: il trend di spesa negli ultimi anni è in netto aumento. Si prevede di contenere tale aumento con le seguenti azioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ promozione dell'utilizzo di biosimilari in reumatologia (su pazienti naive)</li> <li>○ promozione dell'utilizzo di biosimilari in oncologia, non appena disponibili sul mercato.</li> </ul> </li> </ul>

**PARTE PRIMA**  
**PREMESSE**

## **Articolo 1**

### **OGGETTO DEL PIANO**

1. Il presente Piano triennale 2016-2018 di prevenzione della corruzione (P.T.P.C. o, semplicemente, Piano) dà attuazione alle disposizioni di cui alla legge 190 del 6 novembre 2012, attraverso l'individuazione di misure finalizzate a prevenire la corruzione nell'ambito dell'attività dell'ASL CN2. Lo stesso, essendo approvato nel 2016 si riferisce al triennio 2016-2018, ma tiene conto altresì delle misure di contrasto alla corruzione già adottate dall'Ente nell'anno 2015 con la Determinazione n. 101 del 28.1.2015 con il Piano triennale 2015 - 2017.

2. Il Piano tiene conto di quanto previsto dalle Intese in Conferenza Unificata in data 24/07/2013 e del Piano Nazionale Anticorruzione approvato in data 11/09/2013 e di quanto previsto dalla Determinazione dell'A.N.A.C. n. 12 del 28.10.2015 "Aggiornamento 2015 del P.N.A.".

3. Le tematiche relative al Piano sono state affrontate e condivise con i Dirigenti dell'Ente nella riunione del Collegio di Direzione nella seduta del 27.1.2016 e lo stesso è stato oggetto di una pubblica consultazione online, indirizzata ai cittadini dell'ASL CN2, alle Associazioni ed enti di volontariato e sociali, alle Organizzazioni Sindacali e di categoria, svoltasi fra il 16 dicembre 2015 e il 15 gennaio 2016 e rispetto alla quale non sono pervenute osservazioni a questa Amministrazione.

4. Il Piano mira a ridurre le opportunità che facilitano la manifestazione di casi di corruzione, nonché ad aumentare la capacità di scoprire i casi di corruzione e a creare un contesto in generale sfavorevole alla corruzione ed alla manifestazione di altre forme di illegalità. Il Piano realizza tale finalità attraverso:

- a) l'individuazione delle attività dell'Asl nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche ulteriori rispetto a quelle minime già previste dalla legge;
- b) la previsione, per le attività individuate ai sensi della lett. a), di meccanismi di annullamento o mitigazione del rischio di corruzione, nonché di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) la previsione di obblighi di comunicazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento del Piano;
- d) il monitoraggio, in particolare, del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) il monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda Sanitaria e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti con i dirigenti e i dipendenti dell'Ente;

f) l'individuazione degli obblighi di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelli previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materia, nell'ambito del Piano Triennale della Trasparenza (P.T.T.), parte integrante del presente Piano.

5. Destinatari del Piano, ovvero soggetti chiamati a darvi attuazione, sono:

- a) il Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo dell'Azienda;
- b) il Responsabile per la prevenzione della corruzione;
- c) l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- d) i Dirigenti;
- e) i Dipendenti;
- f) i concessionari e incaricati di pubblici servizi e i soggetti di cui all'art. 1, comma 1-ter, della L. 241/90.

## **Articolo 2**

### **IL RESPONSABILE E I DIRIGENTI/REFERENTI**

1. Il Responsabile della prevenzione della corruzione (in seguito solo Responsabile) nell'ASL CN2, nominato con Determinazione del Direttore Generale n. 751 del 3.7.2013, è il Dott. Roberto TROVA – Responsabile della S.O.S. Segreteria Direzione Generale.

2. Il Responsabile esercita i compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, in particolare:

- a) elabora la proposta di P.T.P.C. ed i successivi aggiornamenti da sottoporre all'organo di indirizzo politico ai fini della necessaria approvazione, secondo le procedure di cui al successivo art. 3;
- b) verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità e propone la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle relative prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti rilevanti nell'organizzazione o nell'attività dell'Amministrazione;
- c) coordina, d'intesa con i Dirigenti aziendali, l'attuazione del Piano anche con riferimento alla rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione;
- d) definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti che operano in ambiti individuati quali particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- e) entro il 15 dicembre di ogni anno pubblica sul sito web istituzionale dell'ente una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette al Direttore Generale e all'OIV; su richiesta di questi ultimi o di propria iniziativa, il Responsabile riferisce in ordine all'attività espletata.

3. Ai Dirigenti aziendali sono attribuite le seguenti competenze, sulla base della legge 190/2012 e del Piano Nazionale Anticorruzione:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria;
- partecipano al processo di gestione del rischio;

- propongono le misure di prevenzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- svolgono attività di formazione per il personale assegnato in base a quanto previsto nel Piano di formazione cui al successivo art. 7.
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel presente P.T.P.C.;

4. I Referenti del Responsabile in materia di anticorruzione sono i Dirigenti dell'Ente; a tal fine i due termini, "Dirigente" e "Referente", sono utilizzati indistintamente nel presente Piano. I Dirigenti possono nominare, con atto motivato ed entro 30 giorni dell'approvazione del Piano, per il settore di competenza, un Referente diverso. Dopo la prima nomina si presume invariato il nome del Referente, salvo diversa comunicazione. I Referenti curano la tempestiva comunicazione delle informazioni previste nel presente Piano nei confronti del Responsabile. Dell'operato dei Referenti, ai fini del presente Piano, risponde in ogni caso il relativo Dirigente.

### **Articolo 3**

#### **PROCEDURE DI FORMAZIONE E ADOZIONE DEL PIANO**

1. Entro il 31 ottobre di ogni anno ciascun Dirigente trasmette al Responsabile la relazione sulle attività svolte, nonché le proprie proposte aventi ad oggetto l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio di corruzione o l'aggiornamento rispetto a quelle già indicate, riportando, altresì, le concrete misure organizzative adottate o da adottare dirette a contrastare il rischio rilevato, sulla base di una apposita scheda- tipo fornita dal Responsabile, nonché le rispettive esigenze formative. Qualora tali misure comportino degli oneri economici per l'Ente, le proposte dovranno indicare la stima delle risorse finanziarie occorrenti.
2. Entro il 31 dicembre il Responsabile, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte ai sensi del precedente comma, elabora lo schema del P.T.P.C., recante l'indicazione delle risorse strumentali eventualmente occorrenti per la relativa attuazione, e lo trasmette al Direttore Generale.
3. Contestualmente alla trasmissione di cui al comma precedente, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, viene attuato il coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, tramite la pubblicazione sul sito web dell'Ente dell'avviso di consultazione pubblica in materia di misure di prevenzione della corruzione, legalità e trasparenza. L'Amministrazione tiene conto dell'esito della consultazione in sede di predisposizione della versione definitiva del P.T.P.C. e in sede di valutazione della sua adeguatezza, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione trasmette lo schema di Piano anche all'OIV.
4. Entro il 31 gennaio dell'anno successivo, salvo diverso altro termine fissato dalla legge, il Piano



viene approvato dal Direttore Generale. L'esito delle consultazioni sullo schema di P.T.P.C. viene reso pubblico sul sito web dell'Ente ed in apposita sezione del Piano stesso, con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità di partecipazione e degli input generati da tale partecipazione.

5. Il Piano può essere modificato anche in corso d'anno, su proposta del Responsabile, allorché siano state accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano rilevanti mutamenti organizzativi o modifiche in ordine all'attività dell'Amministrazione.

## PARTE SECONDA

### MAPPATURA DEL RISCHIO

#### Articolo 4

#### INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ A RISCHIO

##### AREE GENERALI E AREE SPECIFICHE

1. Sulla base della normativa derivante dalla Legge n. 190/2012 e dei successivi provvedimenti adottati dall'A.N.A.C., presso l'Asl CN2 sono state individuate, tenuto conto della peculiarità organizzativa e dell'analisi di sistema effettuata sia in termini di strutture operative esistenti che di servizi erogati, le seguenti **Aree generali** di rischio:

- a. autorizzazioni e concessioni,
- b. scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi,
- c. concessione ed erogazione di vantaggi economici,
- d. concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale,
- e. gestione delle entrate, della spesa e del patrimonio,
- f. controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni,
- g. incarichi e nomine,
- h. affari legali e contenzioso.

Sempre sulla base di una analisi di sistema, sono state poi individuate le seguenti **Aree specifiche** di rischio:

- a. attività libero professionale e liste d'attesa,
- b. rapporti contrattuali con privati accreditati,
- c. farmaceutica, dispositivi medici e altre tecnologie.

Presso l'ASL CN2 sono state, poi, individuate ed esaminate le singole attività (comprehensive al loro interno sia di specifiche procedure amministrative che di processi produttivi) di cui alla successiva tabella "Griglia rischio corruttivo".

L'analisi del rischio è consistita nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio.

Per ciascun rischio catalogato si è stimato il valore della probabilità e il valore dell'impatto, anche tenendo conto dei criteri di cui alla Tabella Allegato 5 al Piano Nazionale Anticorruzione.

La stima della probabilità tiene conto, tra gli altri fattori, dei controlli vigenti. A tal fine, per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nell'Ente che sia utile per ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il

controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo attualmente in uso). La valutazione sull'adeguatezza del controllo viene fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nell'ASL CN2. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

L'impatto si misura in termini di impatto economico, organizzativo e reputazionale.

Conformemente all'organizzazione aziendale e sulla base di una metodologia condivisa e comprensibile dagli operatori sanitari si è ritenuto opportuno richiedere ai Dirigenti una classificazione dei rischi utilizzando la seguente scala di graduazione:

## GRADO DI RISCHIO

## COMPRESENZA DI ALCUNI DEI SEGUENTI CRITERI

### BASSO

- Attività a bassa discrezionalità per la presenza di: specifica normativa; elevato grado di pubblicità degli atti; bassa autonomia decisionale; potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più soggetti.
- Minimo valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività.
- Sussistenza di specifici meccanismi di verifica o controllo successivi esterni.
- Lieve gravità dell'evento che può derivare dall'ipotetico fatto corruttivo.

### MEDIO

- Attività a media discrezionalità per la presenza di: specifica normativa di principio, ridotta pubblicità degli atti, potere decisionale sull'esito dell'attività in capo ad un unico soggetto.
- Meccanismi di verifica o controlli successivi interni o esterni eventuali.
- Modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo.

### ALTO

- Attività ad alta discrezionalità.
- Alto valore economico dell'oggetto dell'attività.
- Lacunosità dei meccanismi di verifica o controllo.
- Elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo.

In particolare, anche sulla scorta delle proposte formulate dai Dirigenti, per ognuna delle singole attività, così come indicato nel dettaglio nella Tabella denominata “Griglia rischio corruttivo” – **All. 1** al presente Piano, sono stati monitorati i servizi aziendali sulla base dell'Organigramma allegato al vigente Atto Aziendale (colonna di sinistra), la tipologia di attività (colonna centrale), il livello di valutazione del rischio: **alto, medio, basso** (colonne a destra).

### **PARTE III**

#### **MISURE DI PREVENZIONE**

##### **Articolo 5**

##### **MISURE DI PREVENZIONE GENERALI E SPECIFICHE E MONITORAGGIO DEL PIANO**

1. Si individuano, in via generale, per il triennio 2016 -2018, le seguenti misure finalizzate a contrastare o a contenere il rischio di corruzione nell'Asl Cn2:

a) Meccanismi di formazione delle decisioni - informatizzazione degli atti

Per ciascuna tipologia di provvedimento amministrativo è stata già implementata l'informatizzazione dell'intero procedimento e l'archiviazione informatica, con una duplice valenza positiva: la tracciabilità completa delle operazioni al fine di contenere al massimo il rischio di fenomeni corruttivi attraverso la manipolazione dei tempi e/o delle fasi procedurali; la semplificazione dei processi consistente nella dematerializzazione degli atti, che si va ad aggiungere all'incremento nell'uso della posta elettronica certificata (riduzione del consumo di carta, minori tempi di risposta, maggiore trasparenza);

b) Meccanismi di formazione delle decisioni - elenco dei procedimenti e termini di conclusione

I Referenti individuati ai sensi del precedente art. 2, comma 4, trasmettono, entro il 30 novembre di ciascun anno, al Responsabile della prevenzione della corruzione un report indicante, per le attività a rischio afferenti la o le strutture di competenza:

- il numero dei procedimenti per i quali non sono stati rispettati i tempi di conclusione dei procedimenti e la percentuale rispetto al totale dei procedimenti istruiti nel periodo di riferimento;
- i tempi medi di conclusione dei procedimenti;
- la segnalazione dei procedimenti per i quali non è stato rispettato l'ordine cronologico di trattazione, con le relative motivazioni.

Il Responsabile della prevenzione e della corruzione, entro un mese dall'acquisizione dei report da parte dei referenti di ciascuna Struttura aziendale, pubblica sul sito istituzionale dell'ente i risultati del monitoraggio effettuato sui tempi di conclusione. A tal fine il Responsabile tiene conto anche di eventuali attivazioni, da parte dell'utenza, dell'Autorità sostitutiva di cui alla legge 241/1990.

c) Controllo sulla regolarità degli atti amministrativi

Il sistema dei controlli interni prevede la disciplina delle seguenti forme di controllo: controllo di regolarità amministrativa, controllo di regolarità contabile, controllo di gestione, controllo strategico, controllo sugli equilibri finanziari, controllo della qualità dei servizi erogati.

Tali controlli rivestono importanza rilevante anche sotto il profilo delle azioni di contrasto ai fenomeni corruttivi.

In particolare viene evidenziata l'attività svolta dal Collegio Sindacale, dall' OIV, anche mediante apposite segnalazioni alla Sezione Regionale della Corte dei Conti.

#### d) Criteri di rotazione del personale

L'ASL CN2 assicura la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione, sulla base dell'analisi del rischio riportata al precedente articolo 4; in particolare la rotazione avverrà in base ai seguenti criteri:

- per le attività in cui il livello di valutazione del rischio è definito "alto" la rotazione, sia per i rispettivi Dirigenti che per i rispettivi funzionari responsabili di posizione organizzativa e/o di servizio e/o di procedimento (con atto del relativo Dirigente) si attua ogni tre anni, a decorrere, in sede di prima applicazione, dall'approvazione del presente Piano e, successivamente, dal provvedimento di nomina;
- per le attività in cui il livello di valutazione del rischio non è stato definito "alto" (contrassegnato quindi con la valutazione medio o basso) la rotazione per le figure di cui al precedente punto viene disposta qualora, sulla base degli aggiornamenti annuali del presente Piano, risulti mutato in senso peggiorativo il livello di valutazione del rischio;
- nei casi in cui è prevista sulla base dei criteri di cui sopra, la rotazione può essere disposta solo al termine dell'incarico, salvi i casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, nei quali la rotazione è immediata;
- al fine di contemperare le misure anticorruttive con le esigenze funzionali dell'Azienda Sanitaria, la rotazione deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e sanitaria, anche per mezzo di apposite fasi di formazione *ad hoc*, con attività preparatoria di affiancamento interno;
- la rotazione non si applica per le figure infungibili; sono dichiarati infungibili i profili professionali per i quali è previsto il possesso di lauree specialistiche possedute da una sola unità lavorativa all'interno dell' Azienda. Nel relativo provvedimento di conferimento degli incarichi, qualora non si applichi la rotazione, dovrà essere espressamente motivata l'infungibilità.

#### e) Aggiudicazione appalti di lavori, servizi e forniture e affidamenti in economia

Come previsto dal Codice di comportamento integrativo aziendale, le singole Strutture interessate dall'aggiudicazione di appalti di lavori, servizi o forniture o dall'affidamento in economia a mezzo cottimo fiduciario, sia previa gara informale, sia mediante affidamento diretto nei casi consentiti,

inseriranno nei bandi, negli avvisi, nelle lettere di invito o nei capitolati e, di conseguenza, nei contratti, specifiche clausole che prescrivono l'obbligo di rispetto del Codice di comportamento e del Codice di comportamento integrativo e la relativa causa di risoluzione in caso di inadempimento. Tutte le Strutture dell'Azienda provvedono alla pubblicazione dei dati relativi agli appalti ed agli affidamenti in economia in base alle vigenti normative in materia, prestando particolare attenzione alla correttezza dei dati inseriti e alla tempestività degli adempimenti.

f) Incarichi extra-istituzionali

Con la Determinazione del Direttore Generale n. 744 del 18.6.2014 è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di svolgimento di attività extraistituzionali da parte del personale dipendente. A tale atto si rinvia per la disciplina specifica della materia di cui al presente paragrafo.

g) Adozione di misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti

La violazione delle disposizioni contenute nel presente Piano è fonte di responsabilità disciplinare, salve le eventuali responsabilità civili e penali.

E' necessario evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli. Nei confronti del dipendente che segnala condotte illecite ai fini del presente Piano vengono poste tre diverse misure di tutela:

*- la tutela dell'anonimato:*

La tutela dell'anonimato non fa riferimento al solo eventuale procedimento disciplinare, ma deve essere protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione, nei limiti di legge.

Il pubblico dipendente può denunciare condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro direttamente, anche a mezzo mail, al Responsabile della prevenzione della corruzione. Ricevuta la segnalazione, il Responsabile della prevenzione della corruzione, tutelando sempre l'anonimato del denunciante, trasmette gli atti al Dirigente di competenza, se non coinvolto nell'illecito, per il prosieguo di competenza.

In caso di denuncia fatta al Dirigente, anche a mezzo mail, quest'ultimo, senza indugio, dà notizia al Responsabile della prevenzione della corruzione. Quindi, nel rispetto dell'anonimato del denunciante, procede per quanto di competenza.

In ogni caso tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e coloro che successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione sono tenuti alla riservatezza, a pena di sanzione disciplinare e salve le eventuali responsabilità civili e penali.

Per quanto riguarda lo specifico contesto del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato nei seguenti casi:

- consenso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare è fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla

segnalazione: si tratta dei casi in cui la segnalazione è solo uno degli elementi che hanno fatto emergere l'illecito, ma la contestazione avviene sulla base di altri fatti da soli sufficienti a far scattare l'apertura del procedimento disciplinare;

- la contestazione è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità è assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato: tale circostanza può emergere solo a seguito dell'audizione dell'incolpato ovvero dalle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento.

- *il divieto di discriminazione:*

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della prevenzione della corruzione, il quale valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto al Dirigente competente, all'Ufficio per i Procedimenti disciplinari, alla S.O.C. Assistenza Legale dell'Azienda per valutare l'eventuale sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine della pubblica amministrazione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può dare notizia dell'avvenuta discriminazione all'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative nel comparto presenti nell'Amministrazione e/o al Comitato Unico di Garanzia ( C.U.G).

- *la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso;*

Tale denuncia non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della Legge n. 241 del 1990, fatta eccezione per le limitate ipotesi descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis D.Lgs. n. 165 del 2001.

#### h) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Il nuovo art. 6 bis della Legge n. 241 del 1990 stabilisce che "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

L'art. 7 del D.P.R. 62/2013, Codice di comportamento nazionale, così recita: "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o



gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

Tale disposizione contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse. Essa contiene anche una clausola di carattere generale in riferimento a tutte le ipotesi in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza".

Sulla base di tale norma:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento ed il dirigente competente ad adottare il provvedimento finale, nonché per i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endo-procedimentali nel caso di conflitto di interesse dei medesimi, anche solo potenziale;
- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endo-procedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati ed i contro interessati.

La norma va letta in maniera coordinata con la disposizione inserita nel Codice di comportamento integrativo aziendale. Quest'ultimo, infatti, contiene disposizioni di dettaglio per l'applicazione dell'obbligo in discorso, cui si rinvia.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

#### i) Cause ostative al conferimento di incarichi interni all'ASL CN2; inconferibilità ed incompatibilità

L'art.35bis del D.Lgs. 165/2001 prevede che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

Inoltre, fermo restando quanto previsto dal presente Piano in materia di rotazione, sulla base di quanto previsto dal D.Lgs. 39/2013 sono determinati nuovi criteri per l'attribuzione degli incarichi di responsabilità all'interno dell'ASL CN2, sia per quanto riguarda gli incarichi di coloro che già si trovano all'interno dall'Azienda, sia per gli eventuali incarichi esterni di tipo dirigenziale.

Due sono gli istituti con cui il legislatore disciplina la materia degli incarichi nella P.A.:

inconferibilità ed incompatibilità.

L'inconferibilità, ossia la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi pubblici a coloro che abbiano riportato condanne penali per i cc.dd. reati dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione (es. corruzione, concussione, peculato) ovvero che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, ovvero che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (es. Sindaco, Assessore o Consigliere regionale, provinciale e comunale).

Il soggetto che istruisce il provvedimento per il conferimento dell'incarico è quindi tenuto a verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del D.Lgs. n. 39 del 2013; l'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, **All.2** al presente Piano, così come previsto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013.

La dichiarazione è condizione per l'acquisizione di efficacia dell'incarico. In caso di violazione delle previsioni in materia di inconferibilità l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni previste dal medesimo decreto. La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all'Amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, viene rimosso dall'incarico.

L'incompatibilità, cioè "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico", se emergente prima del conferimento dell'incarico, deve essere rimossa prima del formale atto di conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D.Lgs. n. 39 del 2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

Anche per l'incompatibilità l'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, **All. 2** al presente Piano, così come previsto dall'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013.

Nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità, entro il 31 gennaio. In sede di prima applicazione, questa va resa dai Dirigenti

dell'Azienda entro 30 giorni dall'approvazione del presente Piano.

Tutte le dichiarazioni ex art. 76 D.P.R. 445/2000 rilasciate dai Dirigenti potranno essere oggetto di controllo a campione, da parte del Responsabile della Prevenzione della corruzione, in merito agli aspetti di inconfiribilità per sentenze penali anche non definitive.

La presente misura si applica presso l'Asl Cn2 nei limiti ed in conformità alla Delibera del Consiglio dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione n. 149 del 22 dicembre 2014, adottata a seguito della Sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014.

j) Definizione delle modalità per verificare il rispetto del divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto

L' art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165 del 2001, introdotto dall'art. 1, comma 42, della Legge 190/2012 prevede il divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto di pubblico impiego. Per l'ASL CN2 vengono dettati i seguenti criteri:

- nei contratti di assunzione del personale dovrà essere inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) - per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), qualora nel corso degli ultimi tre anni di servizio tale personale eserciti poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASL CN2 - presso i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività dell'Azienda Sanitaria svolta attraverso i medesimi poteri (provvedimenti, contratti o accordi di altro tipo);
- nei contratti di assunzione già sottoscritti il citato art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165 del 2001 è inserito di diritto ex art. 1339 cc, quale norma integrativa cogente;
- in caso di personale assunto antecedentemente alla c.d. contrattualizzazione del pubblico impiego (quindi con provvedimento amministrativo), il citato articolo 53, comma 16 ter, si applica a decorrere dalla sua entrata in vigore.

I dipendenti interessati dal divieto sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'ASL CN2 hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (Dirigenti e Responsabili del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D.Lgs. n. 163 del 2006).

Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata (compresi i casi di affidamento diretto), è inserita la condizione soggettiva di ammissibilità "di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'ASL CN2 nei confronti dell'impresa per il triennio successivo alla cessazione del rapporto". Nei bandi di gara o negli atti prodromici dovrà anche essere previsto che la mancata sottoscrizione di tale clausola dichiarativa sarà sanzionata con l'esclusione dalla procedura di affidamento. Sarà disposta, altresì, l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i

quali emerga la situazione di cui al punto precedente in fase successiva alla aggiudicazione/affidamento o alla stipula del contratto.

L'Azienda Sanitaria agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. n. 165 del 2001.

I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli; i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con l'ASL CN2 per i successivi tre anni e gli ex dipendenti che hanno svolto l'incarico hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

#### k) Formazione di commissioni di gara e di concorso

In base a quanto previsto dal nuovo art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione di servizi pubblici, per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Sulla base di quanto sopra, prima dell'adozione del provvedimento di nomina delle Commissioni, tenendo conto di quanto previsto in materia dai vigenti regolamenti sull'accesso all'impiego e sull'attività contrattuale, il soggetto competente alla nomina accerta l'inesistenza di tali cause di divieto.

#### l) Disposizioni relative all'eventuale ricorso all'arbitrato

Le controversie su diritti soggettivi, derivanti dall'esecuzione dei contratti pubblici dell'ASL CN2 relativi a lavori, servizi, forniture, concorsi di progettazione e di idee, comprese quelle conseguenti al mancato raggiungimento dell'accordo bonario previsto dall'articolo 240 del Codice dei contratti (D.Lgs. 163/2006), possono essere deferite ad arbitri, previa autorizzazione motivata da parte dell'organo di governo dell'Azienda Sanitaria.

La nomina degli arbitri per la risoluzione delle controversie nelle quali è parte l'ASL CN2 deve avvenire nel rispetto dei principi di pubblicità e di rotazione e delle disposizioni del Codice dei contratti, in quanto applicabili.

#### m) Patti di integrità

Per "Patto di integrità" si intende un accordo, tra l'Asl e i partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato a principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Si tratta di uno strumento volto a rafforzare

l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice, sia nei confronti dei concorrenti sia nei confronti dell'Amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'Asl CN2 ha adottato il "Patto di integrità" (All. 3 al presente Piano), pubblicato nella sezione Modulistica – Gare e contratti del sito Internet aziendale. I responsabili delle strutture aziendali preposte alla gestione delle relative procedure devono assicurare l'inserimento del Patto di integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti responsabili devono, inoltre, curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia, in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

Delle eventuali violazioni del Patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

#### n) Dichiarazione ex art. 38 del D. Lgs. n. 163/2006

L'Azienda impone, a pena di esclusione, ai partecipanti alle procedure di affidamento di concessioni, appalti di lavori, forniture e servizi, la sottoscrizione – a mezzo di dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 (all. 4 al presente Piano) e il cui modulo è pubblicato nella sezione Modulistica / Gare e contratti del sito Internet aziendale – di una dichiarazione giurata circa l'assenza in capo ai concorrenti delle situazioni giuridiche ostative fissate dall'art. 38 del D. Lgs. n. 163/2006.

#### o) Adozione del Piano Attuativo di Certificabilità del Bilancio

Al fine di garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e, di conseguenza, agevolare la verifica ed il controllo sulla correttezza dei pagamenti e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse, questa Azienda si è dotata di un Piano Attuativo di Certificabilità di Bilancio (P.A.C.), che viene costantemente monitorato ed aggiornato, al fine di porre in essere le azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano medesimo.

L'ultimo aggiornamento del P.A.C. è stato adottato con Determinazione del Direttore Generale n. 1223 del 20.11.2015.

#### p) Rapporti con enti di diritto privato e società partecipate in controllo pubblico

Così come previsto dalla normativa, gli enti di diritto privato e le società in controllo pubblico, incluse le società in house, sono tenuti ad introdurre e a implementare adeguate misure organizzative e gestionali per ridurre il rischio di corruzione e illegalità. Qualora questi enti adottino già modelli di organizzazione e gestione del rischio sulla base del d.lgs. 231/2001 nella propria azione di prevenzione della corruzione possono fare perno su essi, ma

estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la pubblica amministrazione previsti dalla L. 231/2001 ma anche a tutti quelli considerati nella Legge n. 190/2012, dal lato attivo e passivo, anche in relazione al tipo di attività svolto dall'ente. Tali parti dei modelli di organizzazione e gestione, integrate ai sensi della Legge n. 190/2012 e denominate Piani di prevenzione della corruzione, devono essere trasmessi all'ASL.

Gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono, inoltre, tenuti a nominare un responsabile per l'attuazione dei propri Piani di prevenzione della corruzione, nonché a definire nei propri modelli di organizzazione e gestione dei meccanismi di accountability che consentano ai cittadini di avere notizie in merito alle misure di prevenzione della corruzione adottate e alla loro attuazione. I dati relativi agli enti controllati e alle società partecipate dall'ASL Cn2 vengono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente", con l'elencazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'ASL o delle attività di servizio pubblico affidate dalla medesima. Nei confronti degli enti di diritto privato e delle società partecipate sottoposti al proprio controllo, congiuntamente alle altre amministrazioni che detengano quote di partecipazione e secondo le modalità formalmente definite con le medesime, l'ASL Cn2 provvede inoltre:

- ad effettuare le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dall'ASL Cn2;
- a promuovere l'inserimento, anche negli statuti societari, di meccanismi sanzionatori a carico degli amministratori che non abbiano adottato le misure organizzative e gestionali per la prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- vigilare sull'adozione delle misure di prevenzione e sulla nomina del RPC da parte delle società controllate;
- promuovere l'adozione di misure di tutela analoghe a quelle previste nella determinazione ANAC n. 6/2015 sul whistleblower;
- promuovere la stipula di protocolli di legalità contenenti la cadenza temporale delle misure da adottare negli enti/società in controllo pubblico cui partecipi.

Ai sensi dell'orientamento ANAC n. 24 del 23 settembre 2015, l'erogazione di somme a qualsiasi titolo da parte dell'ASL Cn2 in favore di enti di diritto privato sottoposti al proprio controllo o di società cui partecipi è subordinato al tempestivo e completo adempimento, da parte dell'ente o della società, degli obblighi di comunicazione dei dati richiesti dall'amministrazione ai fini dell'assolvimento dei propri obblighi di pubblicazione a norma dell'art. 22, comma 1, del D. Lgs. n. 33/2013 e alla completa e tempestiva pubblicazione, nei siti web degli enti controllati e delle società partecipate, dei dati di cui agli artt. 14 e 15 del D. Lgs. n. 33/2013, relativi ai componenti degli organi di indirizzo e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione e consulenza.

Sono esclusi da tale previsione i pagamenti cui l'ASL sia tenuta a fronte di obbligazioni contrattuali per prestazioni rese a suo favore da parte degli enti e delle società di cui all'art.

22, comma 1, lett. da a) a c) del d.lgs. 33/2013.

Si individuano, altresì, le seguenti misure **specifiche** dell'Asl Cn2, sempre ai fini di cui al comma 1 del presente articolo:

- a. Trasmissione di un report annuale al Responsabile prevenzione corruzione degli affidamenti di lavori, servizi e forniture, suddivisi per tipologia di procedura adottata con l'indicazione delle ditte affidatarie, dell'oggetto e dell'importo dell'affidamento.
- b. Trasmissione di un report annuale al Responsabile prevenzione corruzione relativo alle proroghe e prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l'originario termine di scadenza, o di copia dei relativi atti, con l'indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga o la prosecuzione, dell'oggetto e importo della proroga e delle ragioni del mancato espletamento della gara.
- c. Predeterminazione dei criteri e loro specifica indicazione negli atti conseguenti per quanto riguarda gli inserimenti di utenti in strutture socio sanitarie e assistenziali pubbliche e private.
- d. Autorizzazione delle missioni e controllo dei rimborsi spese dei dipendenti mediante apposita procedura informatica, a cura del servizio Amministrazione del Personale.
- e. Sistema di prenotazione delle prestazioni (visite, esami, ecc...) e inserimento dei dati e comunicazione agli utenti, mediante apposito sistema informatico aziendale.
- f. Monitoraggio almeno bimestrale, da parte del Servizio ispettivo aziendale a mezzo del Responsabile della S.O.C. Amministrazione del Personale, sulle timbrature fuori sede e sulla presenza in servizio di un campione di dipendenti estratto a sorte, e adozione delle conseguenti iniziative o misure correttive in caso di riscontrate anomalie o irregolarità.

2. Il ciclo di gestione del rischio si completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia delle misure operative e della politica aziendale di prevenzione dei fenomeni corruttivi definite nel Piano.

Partecipano all'azione di monitoraggio, oltre al Responsabile per la prevenzione della corruzione, i Referenti del Piano (cioè i Dirigenti delle strutture aziendali) e l'OIV nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Per garantire l'efficace attuazione del Piano e delle relative misure è stato definito un sistema di monitoraggio e aggiornamento, le cui risultanze vengono riportate nella Relazione predisposta dal Responsabile per la prevenzione della corruzione entro il 15 dicembre di ogni anno o diversa data stabilita dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione.

Nella sottostante tabella vengono riportati gli ambiti oggetto di monitoraggio e le rispettive attività, con l'indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità e delle relative scadenze.

Oggetto del monitoraggio	Attività	Soggetti coinvolti	Modalità	Scadenze
<i>Attuazione del ciclo di gestione del rischio</i>	Controllo sullo stato di attuazione e avanzamento delle operazioni di mappatura e valutazione del rischio	RPC Referenti del Piano	Registrazione e visualizzazione delle operazioni di inserimento e aggiornamento effettuate dalle strutture	Entro il 31 ottobre
<i>Attuazione delle misure</i>	Verifica dello stato di attuazione delle misure	RPC Referenti del Piano	Autovalutazione tramite relazione interna	Entro il 31 ottobre
	Controlli a campione sull'attuazione delle misure da parte delle strutture responsabili	RPC Referenti del Piano	Verifiche documentali	Entro il 31 dicembre
<i>Efficacia del Piano e delle misure</i>	Acquisizione dati e proposte dei Referenti del Piano	RPC Referenti del Piano	Compilazione e trasmissione di scheda di monitoraggio da parte dei Referenti del Piano.  Predisposizione e trasmissione di report da parte dell'UPD, Servizio Ispettivo, dell'URP e delle strutture che operano nei settori a maggior rischio	Entro il 31 ottobre
	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte e rendicontazioni acquisite in sede di monitoraggio	RPC OIV	Predisposizione da parte del RPC, trasmissione e pubblicazione della Relazione annuale	Entro il 15 dicembre (o diverso termine ANAC)

Il monitoraggio sull'efficacia del Piano e delle misure da questo previste viene effettuato dal Responsabile prevenzione della corruzione (RPC) con il coinvolgimento dei Referenti, come sopra individuati, che partecipano al processo di gestione del rischio mediante la compilazione delle specifiche schede di monitoraggio del Piano, predisposte dal RPC e volte ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte di modifica o di integrazione, utili all'aggiornamento dei documenti cui si riferiscono.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti e trasmessi al RPC dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari (con i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari), dall'Ufficio Qualità/URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi



dei reclami e delle segnalazioni ricevuti), dal Servizio Ispettivo Aziendale (relativi ai controlli e verifiche sul personale da questo effettuate), dalle strutture Logistica e Servizi Tecnici (relativi agli affidamenti e alle proroghe dei rapporti contrattuali).

Sulla base delle risultanze e della valutazione dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente ricevuti (quali, ad es., ottenuti tramite la procedura di whistleblowing o eventi sentinella comunicati da altri soggetti interni od esterni all'Azienda Sanitaria), il RPC predispone la propria Relazione annuale, curandone la trasmissione alla Direzione Generale e all'OIV e la pubblicazione sul Sito internet aziendale entro il 15 dicembre di ogni anno (o diverso termine stabilito dall'A.N.A.C.).

## **Articolo 6**

### **CODICE DI COMPORTAMENTO INTEGRATIVO**

Il Codice costituisce, in base a quanto previsto dalla legge 190/2012, dall'art. 54 del D.Lgs. 165/2001 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, un imprescindibile strumento di contrasto ai fenomeni corruttivi.

Sulla base di quanto previsto dal D.P.R. 62/2013, lo schema di Codice di comportamento integrativo dell'ASL CN2, redatto dal Responsabile per la prevenzione della corruzione con il supporto della S.O.C. Amministrazione del Personale, è stato posto in partecipazione a mezzo di pubblicazione sul sito internet dell'Azienda ed è stato sottoposto al parere del Nucleo di Valutazione, che si è espresso nella sua seduta del 23.12.2013, e, quindi, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1586 del 30.12.2013, nel testo che di seguito si riporta integralmente:

#### ***Art. 1 Disposizioni di carattere generale***

*Il presente Codice di comportamento, di seguito denominato "Codice", definisce, ai fini dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti dell'ASL CN2, e le altre categorie professionali previste, sono tenuti ad osservare e recepisce, adattandoli al contesto aziendale, i contenuti e i principi del D.P.R. 16.4.2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" che trova integrale applicazione anche in questa Amministrazione.*

*Il Codice costituisce parte integrante del Piano triennale di prevenzione della corruzione adottato dall'Azienda.*

#### ***Art. 2 Ambito di applicazione***

- 1. Il presente Codice si applica ai dipendenti dell'ASL CN2, ricompresa fra le Pubbliche Amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, il cui rapporto di lavoro è disciplinato in base all'articolo 2, commi 2 e 3, del medesimo decreto.*

2. *Fermo restando quanto previsto dall'articolo 54, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, le norme contenute nel presente Codice costituiscono principi di comportamento per le restanti categorie di personale di cui all'articolo 3 del citato decreto n. 165 del 2001, in quanto compatibili con le disposizioni dei rispettivi ordinamenti.*
3. *L'ASL CN2 estende, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal presente Codice a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione dell'Organo di indirizzo politico, nonchè nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Amministrazione. A tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'ASL CN2 inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice.*

### **Art. 3 Principi generali**

1. *Il dipendente osserva la Costituzione, servendo la Nazione con disciplina ed onore e conformando la propria condotta ai principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa. Il dipendente svolge i propri compiti nel rispetto della legge, perseguendo l'interesse pubblico senza abusare della posizione o dei poteri di cui è titolare.*
2. *Il dipendente rispetta altresì i principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza e agisce in posizione di indipendenza e imparzialità, astenendosi in caso di conflitto di interessi.*
3. *Il dipendente non usa a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio, evita situazioni e comportamenti che possano ostacolare il corretto adempimento dei compiti o nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione. Prerogative e poteri pubblici sono esercitati unicamente per le finalità di interesse generale per le quali sono stati conferiti.*
4. *Il dipendente esercita i propri compiti orientando l'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia. La gestione di risorse pubbliche ai fini dello svolgimento delle attività amministrative deve seguire una logica di contenimento dei costi, che non pregiudichi la qualità dei risultati.*
5. *Nei rapporti con i destinatari dell'attività dell'Azienda, il dipendente assicura la piena parità di trattamento a parità di condizioni, astenendosi, altresì, da azioni arbitrarie che abbiano effetti negativi sui destinatari dell'azione amministrativa o che comportino discriminazioni basate su sesso, nazionalità, origine etnica, caratteristiche genetiche, lingua, religione o credo, convinzioni personali o politiche, appartenenza a una minoranza nazionale, disabilità, condizioni sociali o di salute, età e orientamento sessuale o su altri diversi fattori.*
6. *Il dipendente dimostra la massima disponibilità e collaborazione nei rapporti con le altre Pubbliche Amministrazioni, assicurando lo scambio e la trasmissione delle informazioni e dei dati in qualsiasi forma anche telematica, nel rispetto della normativa vigente.*
7. *È necessario che tutto il personale dipendente si ispiri, nel proprio agire quotidiano, ai principi fondamentali di imparzialità, efficienza, responsabilità, cultura del servizio e diligenza nell'esecuzione delle proprie mansioni, semplificazione dell'attività amministrativa e del linguaggio, trasparenza e sussidiarietà.*
8. *Il presente Codice, operando una ricognizione degli obblighi che qualificano il corretto adempimento della prestazione lavorativa, fornisce adeguati "canoni di comportamento" e si pone quale strumento di ausilio per tutto il personale operante all'interno dell'Azienda Sanitaria, ai fini del corretto adempimento delle proprie funzioni. Il Codice, in sostanza, svolge una funzione preventiva della corruzione.*
9. *L'eventuale violazione dei doveri contenuti nel codice fa sorgere in capo al dipendente una responsabilità di tipo disciplinare. In presenza di tali violazioni, i soggetti cui compete la vigilanza sulla corretta applicazione del Codice di comportamento provvederanno ad effettuare i necessari accertamenti e ad attivare le conseguenti e dovute iniziative.*

#### **Art. 4 Regali, compensi e altre utilita'**

1. *Il dipendente non chiede, ne' sollecita, per se' o per altri, regali o altre utilita'.*
2. *Il dipendente non accetta, per se' o per altri, regali o altre utilita', salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia e nell'ambito delle consuetudini. In ogni caso, indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, il dipendente non chiede, per se' o per altri, regali o altre utilita', neanche di modico valore a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto del proprio ufficio da soggetti che possano trarre benefici da decisioni o attivita' inerenti all'ufficio, ne' da soggetti nei cui confronti e' o sta per essere chiamato a svolgere o a esercitare attivita' o potesta' proprie dell'ufficio ricoperto.*
3. *Il dipendente non accetta, per se' o per altri, da un proprio subordinato, direttamente o indirettamente, regali o altre utilita', salvo quelli d'uso di modico valore. Il dipendente non offre, direttamente o indirettamente, regali o altre utilita' a un proprio sovraordinato, salvo quelli d'uso di modico valore.*
4. *Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilita' di modico valore si intendono quelle di valore non superiore, in via orientativa, a 150 euro, anche sotto forma di sconto. In presenza di più regali nel corso dell'anno solare il limite complessivo non potrà comunque eccedere 150 euro.*
5. *I regali e le altre utilità, eccedenti quelli di modico valore, comunque ricevuti, a cura dello stesso dipendente cui siano pervenuti, sono immediatamente messi a disposizione dell'Azienda per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali.*
6. *Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione o consulenza da aziende private o strutture sanitarie private o pubbliche o strutture socio-sanitarie accreditate che abbiano, o abbiano avuto nel triennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.*
7. *Al fine di preservare il prestigio e l'imparzialità dell'Amministrazione, vigilano sulla corretta applicazione del presente articolo i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, gli organismi di controllo interno, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari ed il Responsabile della prevenzione della corruzione.*

#### **Art. 5 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni**

1. *Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il dipendente comunica all'Azienda, tempestivamente e comunque non oltre 30 giorni lavorativi dal verificarsi dell'evento, la propria adesione od appartenenza ad associazioni od organizzazioni, anche senza fini di lucro, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi siano anche indirettamente coinvolti dallo svolgimento delle funzioni del servizio o dell'ufficio, con particolare riferimento ai servizi che erogano contributi o rilasciano autorizzazioni o concessioni. Il presente comma non si applica all'adesione a movimenti o partiti politici o a sindacati.*
2. *Il pubblico dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, ne' esercita pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.*

#### **Art. 6 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse**

1. *Fermo restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio/servizio, o al verificarsi dell'evento se successivo, informa per iscritto il Direttore di S.O.C. responsabile dell'ufficio/servizio di appartenenza per le determinazioni del caso in ordine al conflitto ovvero, laddove si tratti di Direttore di struttura complessa, il Responsabile della prevenzione della corruzione di tutti i rapporti,*

*diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati, aziende private o strutture sanitarie private o pubbliche accreditate, in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:*

- a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;*
  - b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.*
- 2. Il dipendente è tenuto ad aggiornare l'informazione di cui al comma 1 del presente articolo ogniqualevolta si determinino variazioni rilevanti e, comunque, con cadenza annuale fissata nel mese di gennaio di ogni anno.*
  - 3. Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.*

### **Art. 7 Obbligo di astensione**

- 1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.*
- 2. Il dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente, e comunque non oltre 15 giorni lavorativi dall'insorgere della situazione di incompatibilità, al Direttore di S.O.C. responsabile dell'Ufficio/Servizio di appartenenza ovvero, laddove si tratti di Direttore di struttura complessa, al Responsabile della prevenzione della corruzione aziendale le ragioni che possono comportare un conflitto di interesse con l'Azienda per le conseguenti determinazioni. Sull'astensione del dipendente decide il responsabile dell'Ufficio/Servizio di appartenenza, che provvede anche ad organizzare un sistema di archiviazione dei casi di astensione. Sull'astensione dei Direttori di S.O.C., o comunque dei responsabili di Ufficio/Servizio, decide il Responsabile della prevenzione della corruzione, sentito il parere dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari.*

### **Art. 8 Prevenzione della corruzione**

- 1. Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'ASL CN2. In particolare, il dipendente rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.*
- 2. I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza dei settori cui sono rispettivamente preposti. Il Responsabile della prevenzione della corruzione sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità. Il Responsabile della trasparenza sovrintende alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tesse alla concreta attuazione dell'ineludibile obiettivo di introdurre un contributo esterno di controllo da parte degli utenti sullo svolgimento delle attività*

*aziendali. Tutti i dipendenti sono chiamati a partecipare al processo di gestione del rischio di corruzione, segnalando le situazioni di illecito al proprio dirigente nonché segnalando i casi di personale conflitto di interessi.*

- 3. Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Dirigenti responsabili di ciascuna struttura sono tenuti ad assicurare, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al presente articolo, nonché da assicurare che tutto il personale dell'Azienda sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione e il monitoraggio del piano di prevenzione della corruzione.*
- 4. Tutti i dipendenti sono tenuti a collaborare con il Responsabile per la prevenzione della corruzione ed a corrispondere, con tempestività ed esaustività, per iscritto, alle richieste dello stesso.*

### ***Art. 9 Trasparenza e tracciabilità***

- 1. La trasparenza è intesa come accessibilità alle funzioni istituzionali, alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione.*
- 2. Il dipendente assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'ASL CN2 secondo le disposizioni normative vigenti, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.*
- 3. La tracciabilità dei processi decisionali adottati dai dipendenti deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale, che consenta in ogni momento la replicabilità.*

### ***Art. 10 Comportamento nei rapporti privati***

- 1. Nei rapporti privati, comprese le relazioni extralavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, il dipendente non sfrutta, ne' menziona la posizione che ricopre nell'ASL CN2 per ottenere utilità che non gli spettino e non assume nessun altro comportamento che possa nuocere all'immagine dell'Amministrazione.*

### ***Art. 11 Comportamento in servizio***

- 1. Fermo restando il rispetto dei termini del procedimento amministrativo, il dipendente, non ritarda ne' adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza. Tale dovere è ancor più pregnante per i dipendenti addetti all'assistenza e alla vigilanza delle attività istituzionali.*
- 2. Il dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.*
- 3. Ferme restando le previsioni contrattuali il dipendente non può assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del Dirigente/Responsabile dell'ufficio/servizio.*
- 4. Il dipendente non utilizza a fini privati il materiale di cui dispone per l'assolvimento dei compiti istituzionali.*
- 5. Il dipendente, salvo casi urgenti da motivarsi adeguatamente, non utilizza le linee telefoniche dell'ufficio o internet per motivi personali.*
- 6. Il dipendente utilizza i mezzi di trasporto dell'Azienda, a sua disposizione, soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio.*

## **Art. 12 Rapporti con il pubblico**

- 1. Il dipendente in rapporto con il pubblico si fa riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del badge od altro supporto identificativo messo a disposizione dall'Amministrazione, salvo diverse disposizioni di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei dipendenti, opera con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilit  e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, opera nella maniera piu' completa e accurata possibile. Qualora non sia competente per posizione rivestita o per materia, indirizza l'interessato al funzionario o ufficio/servizio competente dell'ASL CN2. Il dipendente, fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio/servizio dei quali ha la responsabilit  od il coordinamento. Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche il dipendente rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorit  stabilito dall'Amministrazione, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche. Il dipendente rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde senza ritardo ai loro reclami e, comunque, non oltre 30 giorni lavorativi dalla presentazione degli stessi.*
- 2. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il dipendente si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Amministrazione.*
- 3. Il dipendente svolge la sua attivita' lavorativa curando il rispetto degli standard di qualita' e di quantita' fissati dall'Amministrazione anche nelle apposite carte dei servizi. Il dipendente opera al fine di assicurare la continuit  del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalita' di prestazione del servizio e sui livelli di qualita'.*
- 4. Il dipendente non assume impegni ne' anticipa l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio/servizio, al di fuori dei casi consentiti. Fornisce informazioni e notizie relative ad atti od operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso, informando sempre gli interessati della possibilit  di avvalersi anche dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico. Rilascia copie ed estratti di atti o documenti secondo la sua competenza, con le modalita' stabilite dalle norme in materia di accesso e dai regolamenti della propria Amministrazione.*
- 5. Il dipendente osserva il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto oralmente di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o dalle disposizioni in materia di dati personali, informa il richiedente dei motivi che impediscono l'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata all'ufficio/servizio competente dell'ASL CN2.*
- 6. Alle comunicazioni di posta elettronica   fatto obbligo di rispondere, entro il termine ordinario di 30 giorni lavorativi, con lo stesso mezzo, riportando tutti gli elementi idonei ai fini della identificazione del responsabile della comunicazione e della esaustivit  della risposta*
- 7. I rapporti con gli organi di comunicazione sono mantenuti in via esclusiva dalla Direzione Generale che si avvale dell'apposita struttura aziendale.*

## **Art. 13 Disposizioni particolari per i dirigenti o titolari di posizioni organizzative**

- 1. Ferma restando l'applicazione delle altre disposizioni del Codice, le norme del presente articolo si applicano ai dirigenti, ivi compresi i titolari di incarico ai sensi dell'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001 e dell'articolo 110 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, ai soggetti che svolgono funzioni equiparate ai dirigenti operanti*

- negli uffici di diretta collaborazione dell'Organo di indirizzo politico, nonché ai funzionari responsabili di posizione organizzativa.*
- 2. Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico.*
  - 3. Il dirigente, prima di assumere le sue funzioni e comunque entro 30 giorni lavorativi dal verificarsi di ogni nuovo evento, comunica all' ASL CN2 le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio. Il dirigente fornisce le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.*
  - 4. Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare e imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i destinatari dell'attività aziendale di propria competenza. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio/servizio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.*
  - 5. Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali.*
  - 6. Il dirigente assegna l'istruttoria delle pratiche e lo svolgimento dei servizi della propria struttura sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione. Il dirigente affida gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.*
  - 7. Il dirigente svolge la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni ed i tempi prescritti.*
  - 8. Il dirigente intraprende con tempestività le iniziative necessarie ove venga a conoscenza di un illecito, attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare, ovvero segnala tempestivamente l'illecito all' Ufficio per i procedimenti disciplinari, prestando ove richiesta la propria collaborazione e provvede ad inoltrare tempestiva denuncia all'autorità giudiziaria penale o segnalazione alla corte dei conti per le rispettive competenze. Nel caso in cui riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rilevata la sua identità nel procedimento disciplinare, ai sensi dell'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001.*
  - 9. Il dirigente, nei limiti delle sue possibilità, evita che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti dell'ASL CN2 possano diffondersi. Favorisce la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'Amministrazione.*

#### **Art. 14 Contratti ed altri atti negoziali**

- 1. Nella conclusione di accordi e negozi e nella stipulazione di contratti per conto dell'Amministrazione, nonché nella fase di esecuzione degli stessi, il dipendente non ricorre a mediazione di terzi, né corrisponde o promette ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente comma non si applica ai casi in cui l'Amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale, laddove consentita.*

2. *Il dipendente non conclude, per conto dell'Amministrazione, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilita' nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del codice civile. Nel caso in cui l'Amministrazione concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali il dipendente abbia concluso contratti a titolo privato o ricevuto altre utilita' nel biennio precedente, questi si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attivita' relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio/servizio.*
3. *Il dipendente che conclude accordi o negozi ovvero stipula contratti a titolo privato, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'articolo 1342 del codice civile, con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'Amministrazione, ne informa per iscritto il dirigente dell'ufficio/servizio.*
4. *Se nelle situazioni di cui ai commi 2 e 3 si trova il dirigente, questi informa per iscritto il Direttore di S.O.C. responsabile della gestione del personale.*
5. *Il dipendente che riceva, da persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'Amministrazione, rimostranze orali o scritte sull'operato dell'ufficio/servizio o su quello dei propri collaboratori, ne informa immediatamente, di regola per iscritto, il proprio superiore gerarchico o funzionale.*

#### **Art. 15 Vigilanza, monitoraggio e attivita' formative**

1. *Ai sensi dell'articolo 54, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, vigilano sull'applicazione del presente Codice e del codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. n. 62/2013, i dirigenti responsabili di ciascuna struttura, le strutture di controllo interno, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari, sotto la supervisione dell'OIV.*
2. *Ai fini dell'attivita' di vigilanza e monitoraggio prevista dal presente articolo, l'ASL CN2 si avvale dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari istituito ai sensi dell'articolo 55-bis, comma 4, del decreto legislativo n. 165 del 2001.*
3. *Le attivita' svolte ai sensi del presente articolo dall'Ufficio per i procedimenti disciplinari si conformano alle eventuali ulteriori previsioni contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione adottato dall' ASLCN2 ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 6 novembre 2012, n. 190. L'Ufficio per i procedimenti disciplinari, oltre alle funzioni disciplinari di cui all'articolo 55-bis e seguenti del decreto legislativo n. 165 del 2001, cura l'aggiornamento del Codice di comportamento dell'Amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001. Il Responsabile della prevenzione della corruzione cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'Amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del decreto legislativo n. 165 del 2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e della comunicazione all'Autorita' nazionale anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 6 novembre 2012, n. 190, dei risultati del monitoraggio. Ai fini dello svolgimento delle attivita' previste dal presente articolo, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari opera in raccordo con il Responsabile della prevenzione di cui all'articolo 1, comma 7, della legge n. 190 del 2012.*
4. *Ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari puo' chiedere all'Autorita' nazionale anticorruzione parere facoltativo secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 2, lettera d), della legge n. 190 del 2012.*
5. *Al personale dell' ASL CN2 sono rivolte attivita' formative in materia di prevenzione delle condotte illecite ed in particolare di quelle corruttive, di trasparenza e integrita', che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del Codice di*



*comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti.*

- 6. Dall'attuazione delle disposizioni del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico dell'ASL CN2.*
- 7. La commissione di illecito disciplinare o comunque l'esistenza di un procedimento disciplinare pendente viene valutata – anche in relazione alla tipologia di illecito – ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali. L'irrogazione di sanzioni disciplinari deve essere considerata in ordine alla valutazione positiva per il periodo di riferimento e, quindi, alla corresponsione di trattamenti accessori collegati.*

#### ***Art. 16 Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del codice***

- 1. La violazione degli obblighi previsti dal presente Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio. Ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni contenute nel presente Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal Piano triennale di prevenzione della corruzione, dà luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del pubblico dipendente, essa è fonte comunque di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni.*
- 2. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivante al decoro o al prestigio dell'ASL CN2.*
- 3. Le sanzioni applicabili sono quelle previste dalla Legge, dai Regolamenti nazionali ed aziendali e dai Contratti Collettivi Nazionali ed Aziendali, incluse quelle di risoluzione del rapporto di lavoro. Quest'ultime possono essere applicate esclusivamente nei casi di violazione delle disposizioni di cui agli articoli:*
  - art. 4, qualora concorrano la non modicità del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di questi ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'ufficio/servizio;*
  - art. 5, comma 2, qualora si verifichino casi di costrizione o pressione verso altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera;*
  - art. 14 comma 2, primo periodo, divieto a contrarre con imprese con le quali abbia stipulato i contratti a titolo privato ricevuto altre utilità nel biennio precedente;*
  - recidiva negli illeciti di cui agli artt. 4, comma 2, comma 6, esclusi i conflitti meramente potenziali, 13, comma 9, primo periodo.*
- 4. I Contratti Collettivi possono prevedere ulteriori criteri di individuazione delle sanzioni applicabili in relazione alle tipologie di violazione del presente Codice.*
- 5. Resta ferma la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla Legge, dai Regolamenti e dai Contratti Collettivi.*
- 6. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei dipendenti dell'ASL CN2 previsti da norme di Legge, di Regolamento o dai Contratti Collettivi.*

## **Art. 17 Disposizioni finali**

*Al presente Codice dovrà essere data la più ampia diffusione mediante:*

- *pubblicazione, a cura del Responsabile della prevenzione della corruzione, sul sito internet istituzionale dell'ASL CN2,*
- *trasmissione tramite e-mail a tutti i propri dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione dei vertici dell'Amministrazione, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi in favore dell'amministrazione. La S.O.C. Amministrazione del Personale dell'Azienda, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere ai nuovi assunti copia del presente Codice di comportamento.*

*Per quanto non espressamente previsto nel presente Codice, si rinvia alla legislazione vigente in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione e in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni. Tale rinvio si estende, altresì, a quanto previsto dal Piano triennale di prevenzione della corruzione adottato dall' ASL CN2. “*

## **PARTE IV FORMAZIONE**

### **Articolo 7**

#### **LA FORMAZIONE DEL PERSONALE IMPEGATO NEI SETTORI A RISCHIO**

1. Il Responsabile della prevenzione della corruzione elabora entro il 30 novembre di ogni anno, nell'ambito della proposta di P.T.P.C. e tenendo conto di quanto segnalato dai Dirigenti entro il 31 ottobre, la parte del Piano annuale di formazione di cui all'art. 7 bis D.Lgs 165/2001 relativa alla materia della prevenzione della corruzione per gli ambiti maggiormente esposti.
2. A tal fine i Dirigenti devono proporre al Responsabile della prevenzione della corruzione i dipendenti da inserire nei programmi di formazione di cui al comma 11 dell'art. 1 legge 190/2012 con specifico riferimento alle materie inerenti le attività a rischio di corruzione individuate nel presente Piano, nonché comunicando il grado attuale di informazione e di conoscenza dei dipendenti stessi.
3. Le materia oggetto della formazione devono riguardare i temi oggetto delle attività a rischio sotto il profilo della legalità e dell'etica, mediante sessioni esterne avvalendosi di apposite strutture, anche convenzionate, o sessioni interne all'Ente, tenute dal Responsabile della prevenzione della corruzione e dai Dirigenti.
4. Le metodologie formative devono prevedere la formazione applicata ed esperienziale (analisi dei rischi tecnici) e quella amministrativa (analisi dei rischi amministrativi); ciò con vari meccanismi di azione (analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi).
5. Le attività formative devono essere distinte in processi di formazione "base" e di formazione "continua" per aggiornamenti, con azioni di controllo durante l'espletamento delle attività a rischio di corruzione. Non potranno essere inferiori a 10 ore annue documentate.
6. All'esito della formazione, nella relazione annuale, il Responsabile della prevenzione della corruzione, anche avvalendosi delle relazioni dei Dirigenti, riporta gli esiti del monitoraggio ed i risultati ottenuti.
7. Il Responsabile della prevenzione della corruzione, con la definizione ed il monitoraggio del Piano di formazione, assolve la definizione delle procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione.
8. La partecipazione alle attività previste dal Piano di formazione da parte del personale selezionato rappresenta un'attività obbligatoria.

**PARTE V**  
**PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA**

**Articolo 8**

**TRASPARENZA E ACCESSIBILITA'**

1.I recenti interventi normativi hanno attribuito al concetto di trasparenza nuovi significati:

- accessibilità totale a dati e informazioni per assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle amministrazioni;
- controllo diffuso di ogni fase del ciclo di gestione della performance;
- prevenzione dei fenomeni corruttivi e promozione dell'integrità.

2.La trasparenza ha quindi una duplice funzione: "statica", che si configura essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati della PA per finalità di controllo sociale, e "dinamica", fortemente ancorata al concetto di *performance* in un'ottica di miglioramento continuo.

3.Con la pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni, la trasparenza si pone inoltre come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà.

4.Con la redazione del presente Programma Triennale per la Trasparenza l'ASL CN2 vuole indicare le principali azioni e linee di intervento che intende perseguire in tema di trasparenza e sviluppo della cultura della legalità, sia all'interno della struttura aziendale sia nei rapporti con la società civile e con la propria utenza.

5.Il programma, che sarà aggiornato ogni anno, si pone quindi come strumento rivolto essenzialmente ai cittadini e alle imprese e per questo ne è stata privilegiata la chiarezza e comprensibilità dei contenuti.

**Articolo 9**

**ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE**

1.La struttura organizzativa, la mission aziendale e le modalità di funzionamento dell'ASL CN2 sono indicate nel vigente Atto Aziendale approvato, nella sua ultima versione, con Determinazione del Direttore Generale n. 1208 del 17 novembre 2015, consultabile sul sito internet aziendale.

2.Il nuovo Atto Aziendale, è stato recepito in via definitiva – ai sensi della D.C.R. n. 167 – 14087 del 3.4.2012, All. A, par.5.1 – dalla Giunta Regionale del Piemonte con provvedimento n. 53 – 2487 del 23.11.2015.

## **Articolo 10**

### **OBIETTIVI IN MATERIA DI TRASPARENZA**

1.La trasparenza amministrativa, nella sua accezione più ampia, assicura la massima circolazione possibile delle informazioni sia all'interno del sistema amministrativo, sia fra quest'ultimo ed il mondo esterno.

2.Il Programma Triennale della Trasparenza rappresenta, pertanto, uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica dell'Azienda e permette di informare cittadini e imprese riguardo a obiettivi posti e risultati conseguiti.

3.La pubblicazione dei dati relativi alla performance rende poi comparabili i risultati raggiunti, avviando un processo virtuoso di confronto e crescita.

**4.Obiettivi di trasparenza** di breve periodo (un anno) sono:

- aumento del flusso informativo interno all'Ente;
- ricognizione e utilizzo delle banche dati e degli applicativi già in uso al fine di identificare eventuali, ulteriori possibilità di produzione automatica del materiale richiesto;
- progressiva riduzione dei costi relativi all'elaborazione del materiale soggetto agli obblighi di pubblicazione.

**5.Obiettivi di trasparenza** di medio periodo (tre anni) sono:

- implementazione dei nuovi sistemi di automazione per la produzione e pubblicazione di dati;
- implementazione della pubblicazione di dati ed informazioni ulteriori rispetto a quelli per i quali vige l'obbligo di pubblicazione;
- rilevazione automatica del livello di soddisfazione degli utenti per mettere meglio a fuoco i bisogni informativi degli stakeholder interni ed esterni all'amministrazione;
- organizzazione delle Giornate della trasparenza.

## **Articolo 11**

### **SOGGETTI RESPONSABILI**

1.Il Direttore Generale approva annualmente il Programma Triennale della Trasparenza (PTT) nell'ambito del PTPC o con atto separato ed i relativi aggiornamenti.

2.Il Responsabile della Trasparenza, nella persona del Responsabile per la prevenzione della corruzione, coordina gli interventi e le azioni relativi alla trasparenza e svolge attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnalando gli esiti di tale controllo all'OIV.

3.A tal fine promuove e cura il coinvolgimento di tutti i Dirigenti dell'Azienda e si avvale in particolare del supporto delle SS.OO.CC. addette a programmazione e controllo, comunicazione e web.

4.L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica l'assolvimento degli obblighi in materia di

trasparenza ed integrità, esercita un'attività di impulso nei confronti dell'Organo di indirizzo politico (Direttore Generale) e del Responsabile della Trasparenza per l'elaborazione del relativo programma.

5.I Dirigenti dell'Ente hanno la responsabilità dell'individuazione dei contenuti e dell'attuazione del Programma Triennale della Trasparenza per la parte di loro competenza. Collaborano, inoltre, alla realizzazione delle iniziative volte, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza, nonché la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

## **Articolo 12**

### **FASI DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA**

<b>FASE</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>RESPONSABILI</b>
ELABORAZIONE E AGGIORNAMENTO	Promozione e coordinamento processo di formazione PTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Trasparenza</li> <li>• OIV</li> </ul>
	Individuazione contenuti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Trasparenza</li> <li>• Dirigenti aziendali</li> <li>• Collegio di Direzione</li> </ul>
	Redazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Trasparenza</li> <li>• Dirigenti aziendali</li> </ul>
	Approvazione Determina Direttoriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttore Generale</li> </ul>
ATTUAZIONE	Attuazione iniziative del PTT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Trasparenza</li> </ul>
	Elaborazione, aggiornamento e pubblicazione dei dati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigenti aziendali</li> </ul>
	Controllo dell'attuazione del PTT e delle iniziative previste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Trasparenza con il supporto dei Dirigenti aziendali</li> </ul>
MONITORAGGIO E AUDIT	Monitoraggio sulla pubblicazione dei dati e sulle iniziative in materia di trasparenza ed integrità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Trasparenza con il supporto dei Dirigenti aziendali</li> </ul>
	Verifica e rapporto su assolvimento obblighi trasparenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile Trasparenza</li> <li>• OIV</li> </ul>

## **Articolo 13**

### **DATI DA PUBBLICARE**

1.L'ASL CN2 pubblica nella sezione denominata "Amministrazione trasparente" del portale istituzionale, le informazioni, i dati e documenti sui cui vige obbligo di pubblicazione ai sensi del D.Lgs 33/2013.

- 2.Sul sito sono presenti anche informazioni non obbligatorie ma ritenute utili per il cittadino.
- 3.L'obiettivo è quello di procedere a una costante integrazione dei dati già pubblicati, raccogliendoli con criteri di omogeneità.
- 4.L'elenco del materiale soggetto a pubblicazione obbligatoria, con l'indicazione delle Strutture aziendali cui compete l'individuazione e produzione dei contenuti, i riferimenti normativi di pubblicazione e i tempi di aggiornamento sono indicati nella Tabella che costituisce l' **All. 5** al presente Piano.
- 5.I dati e tutto il materiale oggetto di pubblicazione deve essere prodotto e inserito in formato aperto o in formati compatibili alla trasformazione in formato aperto.
- 6.Le norme sulla trasparenza e nello specifico quelle previste anche dalla legge Anticorruzione (n. 190/2012) devono essere applicate anche dalle società partecipate dall'ASL CN2 e dalle società e enti da essa controllate o vigilate qualora esistenti.
- 7.In caso di esplicita richiesta potranno essere pubblicati, sul sito istituzionale dell'ASL CN2, i link al materiale relativo a appalti, concorsi, incarichi, o altri dati già pubblicati sui siti di proprietà delle società partecipate o controllate.
- 8.Nella pubblicazione di dati e documenti e di tutto il materiale soggetto agli obblighi di trasparenza, deve essere garantito il rispetto delle normative sulla privacy. In particolare deve essere posta particolare attenzione nella redazione di documenti, atti e loro allegati (per esempio curriculum), all'interno dei quali non devono essere resi pubblici:
- dati personali non pertinenti con l'obbligo alla trasparenza;
  - dati sensibili (in particolare in relazione allo stato di salute);
  - dati giudiziari non indispensabili.
- 9.Per quanto attiene alle notizie su dipendenti, dirigenti, titolari di incarichi, amministratori, non devono essere mostrate informazioni relative a:
- natura di eventuali infermità;
  - impedimenti personali o familiari;
  - componenti della valutazione;
  - altri dati sensibili.
- 10.I dati pubblicati possono essere oggetto di riutilizzo e rielaborazione da parte di privati, enti, aziende e di chiunque sia interessato, in linea con quanto stabilito dalle vigenti disposizioni.

## **Articolo 14**

### **IL PROCESSO DI PUBBLICAZIONE**

- 1.La pubblicazione dei contenuti deve essere effettuata in coerenza con quanto riportato nel D.Lgs 33/2013, in cui si prevede che i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria devono essere pubblicati in formato di tipo aperto, nonché riutilizzabili senza

ulteriori restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

2.I dati oggetto di pubblicazione sono elaborati e aggiornati direttamente dalle strutture organizzative di cui all' **Allegato 5**, sotto la responsabilità diretta dei Dirigenti che provvedono a verificarne la completezza e la coerenza con le disposizioni di legge in merito alla trasparenza e trasmessi al Responsabile per la Trasparenza che provvede, per il tramite della S.O.C. Informatica, Telecomunicazione e Sistema Informativo, alla pubblicazione sul Sito istituzionale dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente".

## **Articolo 15**

### **AGGIORNAMENTO**

1.I contenuti del PTT sono oggetto di costante aggiornamento sullo stato di attuazione ed eventuale ampliamento degli obblighi, anche in relazione al progressivo adeguamento alle disposizioni di legge.

2.Per ciascuna tipologia di informazione sono individuate le modalità e la tempistica da utilizzare per l'aggiornamento dei dati, nonché la Struttura aziendale responsabile dell'aggiornamento (**Allegato 5**).

## **Articolo 16**

### **USABILITA' E COMPENSIBILITA' DEI DATI**

1.Le Strutture aziendali devono curare la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e gli *stakeholder* possano accedere in modo agevole alle informazioni e ne possano comprendere il contenuto.

2.In particolare, i dati e i documenti devono essere pubblicati in aderenza alle seguenti caratteristiche:

<b>Caratteristica dati</b>	<b>Note esplicative</b>
Completi ed accurati	I dati devono corrispondere al fenomeno che si intende descrivere e, nel caso di dati tratti da documenti, devono essere pubblicati in modo esatto e senza omissioni.
Comprensibili	Il contenuto dei dati deve essere esplicitato in modo chiaro ed



	<p>evidente.</p> <p>Pertanto occorre:</p> <p>a) evitare la frammentazione, cioè la pubblicazione di stesse tipologie di dati in punti diversi del Sito, che impedisce e complica l'effettuazione di calcoli e comparazioni;</p> <p>b) selezionare ed elaborare i dati di natura tecnica (ad es. dati finanziari) in modo che il significato sia chiaro ed accessibile anche a chi è privo di conoscenze specialistiche.</p>
Aggiornati	Ogni dato deve essere aggiornato tempestivamente.
Tempestivi	La pubblicazione deve avvenire in tempi tali da garantire l'utile fruizione dall'utente.
In formato aperto	Le informazioni e i documenti devono essere pubblicati in formato aperto e raggiungibili direttamente dalla pagina dove le informazioni sono riportate.

## **Articolo 17**

### **CONTROLLO E MONITORAGGIO**

1. Alla corretta attuazione del PTT, concorrono, oltre al Responsabile della trasparenza e all'OIV, tutti gli uffici dell'Amministrazione e i relativi dirigenti.
2. In particolare il Responsabile della Trasparenza svolge il controllo sull'attuazione del PTT e delle iniziative connesse, riferendo al Direttore Generale e all'OIV su eventuali inadempimenti e ritardi.
3. A tal fine il Responsabile della Trasparenza evidenzia e informa delle eventuali carenze, mancanze o non coerenze riscontrate i Dirigenti responsabili i quali dovranno provvedere a sanare le inadempienze entro e non oltre 30 giorni dalla segnalazione.
4. Decorso infruttuosamente tale termine, il Responsabile della Trasparenza è tenuto a dare comunicazione all'OIV della mancata attuazione degli obblighi di pubblicazione.
5. Spetta, infatti, all'OIV il compito di attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.
6. Il documento di attestazione deve essere prodotto avvalendosi della collaborazione del Responsabile della Trasparenza che deve fornire tutte le informazioni necessarie a verificare l'effettività e la qualità dei dati pubblicati.

## **Articolo 18**

### **TEMPI DI ATTUAZIONE**

1.L'attuazione degli obiettivi previsti per il triennio si svolgerà entro le date previste nel presente programma, come di seguito indicato:

#### **Anno 2016**

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 gennaio 2016 ;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza entro 31 dicembre 2016;
- Valutazione della fattibilità dell'individuazione di ulteriori applicativi interattivi entro 31 dicembre 2016.

#### **Anno 2017**

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 gennaio 2017;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza entro 31 dicembre 2017;
- Valutazione della fattibilità dell'introduzione di un sistema aziendale di rilevazione automatica del livello di soddisfazione di alcuni servizi resi dalla Azienda, entro il 31 dicembre 2017.

#### **Anno 2018**

- Aggiornamento del Programma per la Trasparenza entro 31 gennaio 2018;
- Realizzazione della Giornata della Trasparenza entro 31 dicembre 2018;
- Introduzione sperimentale di un sistema aziendale di rilevazione automatica del livello di soddisfazione di alcuni servizi resi dall'Azienda, entro il 31 dicembre 2018.

## **Articolo 19**

### **SANZIONI**

1. Il D.Lgs. n. 33/2013 prevede esplicitamente che "i Dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge" (art. 43, c. 3).
2. La mancata predisposizione del PTT e l'inadempimento agli obblighi di pubblicazione possono dare luogo a diverse tipologie di sanzioni.
3. L'avvio del procedimento per l'irrogazione della sanzione a carico dei Dirigenti e l'identificazione del soggetto che la irroga, avviene secondo quanto disposto nel Codice disciplinare relativo al personale dirigente.

## **Articolo 20**

### **ACCESSO CIVICO**

1. Chiunque ha il diritto di richiedere documenti, informazioni o dati su cui vige l'obbligo di pubblicazione.
2. La richiesta di accesso civico è gratuita e va presentata al Responsabile della S.O.S. Qualità, Risk Management, Relazioni con gli utenti, non è sottoposta ad alcuna limitazione rispetto alla legittimazione soggettiva del richiedente e non deve essere motivata.
3. A seguito di richiesta di accesso civico, l'Amministrazione provvede, entro trenta giorni a:
  - pubblicare nel sito istituzionale il documento, l'informazione o il dato richiesto;
  - trasmettere il materiale oggetto di accesso civico al richiedente o comunicarne l'avvenuta pubblicazione ed il relativo collegamento ipertestuale;
  - indicare al richiedente il collegamento ipertestuale dove reperire il documento, l'informazione o il dato, già precedentemente pubblicati.
4. La richiesta di accesso civico comporta, da parte del Responsabile della trasparenza:
  - l'obbligo di segnalazione alla struttura interna competente per le sanzioni disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
  - la segnalazione degli inadempimenti all'Organo di indirizzo politico (Direttore Generale) dell'Azienda e all'OIV ai fini delle altre forme di responsabilità.
5. Titolare del potere sostitutivo in merito all'accesso civico è il Responsabile della Trasparenza.

## PARTE VI

### PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE, TRASPARENZA E PERFORMANCE

#### Articolo 21

##### COLLEGAMENTI CON IL CICLO ED IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

1. Il Ciclo della Performance ed il Sistema di misurazione e valutazione della Performance devono essere strettamente connessi ed integrati con il PTPC/PTT. Tale integrazione è volta a garantire la piena ed effettiva conoscibilità e comparabilità dell'agire dell'Azienda.

2. A tal fine, in sede di predisposizione annuale del Piano di Attività vengono inseriti specifici obiettivi in materia di anticorruzione e di trasparenza, muniti di indicatori oggettivi e misurabili, livelli attesi e realizzati di prestazione e criteri di monitoraggio, per consentire ai cittadini di conoscere, comparare e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato dell'Azienda.

3. A riguardo, di seguito si riporta il cronoprogramma attuativo aziendale relativo al processo di negoziazione del budget, misurazione e valutazione, che sarà svolto secondo lo schema logico-temporale sotto riportato.

- a) Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere (valori attesi di risultato e rispettivi indicatori) **entro febbraio 2016**;
- b) Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) Monitoraggio **trimestrale** e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e di équipe, **semestrale**;
- e) Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi, entro aprile/maggio dell'anno successivo rispetto a quello oggetto di valutazione.

4. Nella Relazione sulla Performance viene annualmente dato specificamente conto dei risultati raggiunti in materia di contrasto al fenomeno della corruzione e di trasparenza dell'azione amministrativa, sotto il profilo della performance individuale ed organizzativa, rispetto a quanto contenuto nel PTPC/PTT.

#### Articolo 22

##### VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI

1. L'Organismo Indipendente di Valutazione, in sede di valutazione annuale, tiene in particolare

considerazione gli atti, gli adempimenti ed i comportamenti dei Dirigenti in relazione agli obblighi in materia di misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, anche ai fini della liquidazione della indennità di risultato, sulla base della Relazione sulla Performance, di quanto previsto dalle specifiche normative in materia e dal presente PTPC/PTT.

## **PARTE VII**

### **DISPOSIZIONI FINALI**

#### **Articolo 23**

##### **MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO**

1.I Dirigenti, secondo quanto previsto dall'art. 3 del presente Piano, trasmettono al Responsabile la relazione sulle attività svolte in materia di prevenzione della corruzione; il Responsabile, a sua volta, in base a quanto previsto dall'art. 2 del presente Piano, predispone la propria relazione generale recante i risultati dell'attività svolta.

2.Nelle relazioni dei Dirigenti dovranno essere trattati in modo particolare i seguenti aspetti:

- Le risultanze del monitoraggio dei tempi di conclusione e le altre informazioni sui procedimenti di competenza ;
- Gli esiti delle attività formative;
- L'eventuale attività di rotazione del personale ;
- Se vi sono state denunce di violazioni e le modalità di relativa gestione;
- L'attestazione dell'inserimento dell'apposita clausola in merito al rispetto del divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto;
- Le richieste di attività ed incarichi extra istituzionali e i relativi provvedimenti autorizzativi e di diniego;
- L'attestazione della previsione nei bandi di gara, avvisi pubblici, lettere invito, contratti, del rispetto del Codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e del Codice di comportamento integrativo;
- Le eventuali richieste riguardanti gli obblighi di astensione dei responsabili dei servizi o dei procedimenti, con i conseguenti provvedimenti adottati;
- Gli eventuali suggerimenti per l'ottimizzazione del PTCP, nell'ottica del miglioramento continuo.

#### **Articolo 24**

##### **RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE**

1.La prima modalità di partecipazione rispetto alla società civile avviene nella fase di costruzione del PTCP, mediante un dialogo diretto e immediato con i cittadini, le organizzazioni economiche e sociali, mediante l'apposita consultazione on-line svoltasi fra il 16 dicembre 2015 e il 15 gennaio 2016.

2.In seguito viene attuata una efficace comunicazione e diffusione alla strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il P.T.P.C. e le connesse misure.

3.Particolare rilevanza assume il ruolo della S.O.S Qualità/Relazioni con gli utenti (U.R.P.) per la

ricezione continua di osservazioni e suggerimenti da inviare al Responsabile per la prevenzione della corruzione.

4. Inoltre, poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della popolazione del territorio afferente all'ASL CN2.

5. A tal fine le predette segnalazioni potranno essere inviate per posta elettronica all'indirizzo del Responsabile per la prevenzione della corruzione – Dott. Roberto TROVA: [rtrova@aslcn2.it](mailto:rtrova@aslcn2.it), o per posta ordinaria all'indirizzo: *Responsabile per la Prevenzione della Corruzione – S.O.S. Segreteria Direzione Generale, ASL CN2, Via Vida 10, 12051 ALBA (Cn).*

## **Articolo 25**

### **ENTRATA IN VIGORE**

1. Il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016 - 2018 entra in vigore a seguito della esecutività della relativa Determinazione di approvazione da parte del Direttore Generale.

2. Il Piano viene pubblicato sul sito internet istituzionale dell'ASL CN2 in apposita sottosezione all'interno di quella denominata "Amministrazione Trasparente", unitamente al Programma Triennale della Trasparenza, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

3. Il Piano viene inoltre trasmesso all'Assessorato Regionale alla Tutela della Salute e Sanità, al Prefetto della Provincia di Cuneo, al Presidente del Collegio Sindacale, al Presidente dell'OIV, ai Dirigenti, a tutti i dipendenti dell'Azienda e alle Rappresentanze Sindacali, interne e territoriali.

### **Allegati a seguire:**

**All. 1: “Griglia rischio corruttivo ASL CN2”**

**All. 2: Modello autocertificazione art. 20 D. Lgs. n. 39/2013**

**All. 3 : Modello Patto integrità**

**All. 4: Modello autocertificazione ex art. 38 D. Lgs. n. 163/2006**

**All. 5: Tabella – Sezione “Amministrazione Trasparente”**