

**Piano Integrato di Attività e Organizzazione
(PIAO)
A.S.L. TO3**

2025-2027

Aggiornato a gennaio 2025

Sommario

| | |
|---|----|
| Premessa..... | 2 |
| SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE | 3 |
| 1.1 Contesto esterno | 3 |
| 1.2 Contesto interno | 6 |
| 1.3 Produzione aziendale | 7 |
| SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE | 10 |
| 2.1 Valore pubblico | 10 |
| 2.1.1 Pilastro della sostenibilità economica..... | 11 |
| 2.1.2 Pilastro della qualità clinica ed assistenziale | 14 |
| 2.1.3 Pilastro dell'area organizzativa | 26 |
| 2.1.4 Pilastro della promozione | 34 |
| 2.2 Performance..... | 35 |
| 2.2.1 Ciclo di gestione della <i>performance</i> | 35 |
| 2.2.2 Albero della <i>performance</i> | 36 |
| 2.2.3 Pianificazione | 37 |
| 2.2.4 Obiettivi strategici | 38 |
| 2.2.5 Dalla <i>performance</i> organizzativa alla <i>performance</i> individuale..... | 39 |
| 2.2.6 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi | 42 |
| 2.2.7 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale | 43 |
| 2.2.8 <i>Performance</i> e programmazione economico finanziaria e di bilancio | 44 |
| 2.2.9 <i>Performance</i> , prevenzione della corruzione e trasparenza..... | 44 |
| 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza | 44 |
| 2.3.1 e 2.3.2 La valutazione del contesto interno ed esterno | 44 |
| 2.3.3 Mappatura dei processi che espongono l'azienda a rischi corruttivi..... | 52 |
| 2.3.4 L'identificazione e la valutazione del rischio corruttivo | 55 |
| 2.3.5 La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio | 59 |
| 2.3.6 Il monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure. | 75 |
| 2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del Decreto Legislativo 33/2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato..... | 77 |
| SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 80 |
| 3.1. Organizzazione..... | 80 |
| 3.2 Capitale umano | 81 |
| 3.3 Fabbisogno del personale e formazione..... | 82 |
| 3.4 Lavoro agile | 83 |
| SEZIONE 4. MONITORAGGIO | 86 |

Premessa

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione (PIAO) è stato introdotto all'articolo 6 del D.L. 80/2021, convertito in Legge 113 del 06/08/2021. Il D.L. contiene le "misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" e il PIAO ne rappresenta un elemento cardine, in quanto strumento unico di programmazione e *governance* per le Amministrazioni Pubbliche, che comprende e sostituisce la numerosità di piani e adempimenti finora previsti, permettendo una lettura più organica e integrata dell'attività di pianificazione aziendale. Il PIAO si pone dunque come strumento di massima semplificazione delle Pubblica Amministrazione sull'onda dei processi di modificazione introdotti dal PNRR.

Parola chiave del PIAO è "integrazione": per la produzione di un documento volto alla reale semplificazione della burocrazia in ambito di pubblica amministrazione, all'armonizzazione dei singoli piani e all'eliminazione di documentazione ridondante, al fine di un massimo efficientamento nella produttività e nella gestione aziendale. Ulteriori parole chiave del piano sono rappresentate da "semplificazione" (della documentazione da produrre) e "partecipazione" (di tutti i responsabili dei precedenti piani, alla stesura del PIAO).

La struttura e le modalità redazionali del PIAO sono stabilite dal Decreto Interministeriale 132 del 30/06/2022, secondo il quale il Piano è articolato in quattro sezioni principali, a loro volta suddivise in sottosezioni:

- Scheda anagrafica dell'Amministrazione;
- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale TO3 (A.S.L. TO3) è stata costituita in Azienda con D.P.G.R. 85 del 17/12/2007 con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale che sostituisce i rapporti giuridici attivi e passivi di qualunque genere, relativi alle funzioni e alle attività in precedenza riferite alla A.S.L. 5 di Collegno e alla A.S.L. 10 di Pinerolo; ad esse si è aggiunto il Distretto di Venaria dell'ex A.S.L. 6 di Ciriè, ed è operativa dal 01/01/2008. Da tale unione è nato un nuovo logo con richiamo a elementi grafici delle ex AA.SS.LL.

La sede legale della A.S.L. TO3 è in Collegno, Via Martiri XXX aprile, 30. L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con Atto Aziendale, consultabile sul sito *internet* istituzionale.

La *mission* della A.S.L. TO3 è di assicurare la tutela della salute psicofisica della popolazione di riferimento attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio assistenziali ad elevata integrazione sanitaria, nel rispetto dei livelli essenziali ed uniformi definiti dal Piano Sanitario Nazionale e secondo gli obiettivi generali e di salute stabiliti dalla programmazione regionale, coerentemente con le evidenze epidemiologiche e nell'ambito di una gestione efficiente ed efficace delle risorse umane e materiali disponibili.

Per rispondere ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini e garantire prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione efficaci e appropriate, offerte con tempestività, in condizioni di sicurezza, nel rispetto degli utenti e degli operatori, l'Azienda provvede in modo diretto attraverso i propri servizi, oppure acquistando prestazioni da strutture pubbliche o private accreditate che operano sotto il controllo del Sistema Sanitario Nazionale. L'Azienda sviluppa inoltre sinergie con altri soggetti pubblici e privati che possono contribuire a qualificare le risposte ai bisogni di salute della popolazione, compresi il volontariato, le istituzioni territoriali, le parti sociali, con garanzia di trasparenza e favorendo la partecipazione degli *stakeholder* anche nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati.

| | |
|---------------------------|---|
| Denominazione | Azienda Sanitaria Locale TO3 (A.S.L. TO3) |
| Sede legale | Collegno, Via Martiri XXX aprile, 30 |
| Direttore Generale | Giovanni La Valle |
| Popolazione | 570.677 abitanti |
| Organizzazione | Disciplinata dall'Atto Aziendale |

Tabella 1. Scheda anagrafica della A.S.L. TO3.

1.1 Contesto esterno

La A.S.L. TO3 comprende 109 Comuni e si estende su un territorio di 2.952 km², pari al 12% della Regione Piemonte. Attraverso le sue articolazioni organizzative serve una popolazione totale di 570.677 abitanti, pari al 13% della popolazione regionale. Il territorio è suddiviso in cinque Distretti:

- Area Metropolitana Centro (5 Comuni): 140.527 abitanti (67.537 maschi e 72.990 femmine);
- Area Metropolitana Nord (8 Comuni): 86.381 abitanti (42.255 maschi e 44.126 femmine);
- Area Metropolitana Sud (6 Comuni): 95.606 abitanti (46.682 maschi e 48.924 femmine);
- Pinerolese (48 Comuni): 132.024 abitanti (64.896 maschi, 67.128 femmine);
- Val Susa e Val Sangone (42 Comuni): 116.139 abitanti (57.329 maschi e 58.810 femmine).

(Fonte: dati ISTAT al 01/01/2024)

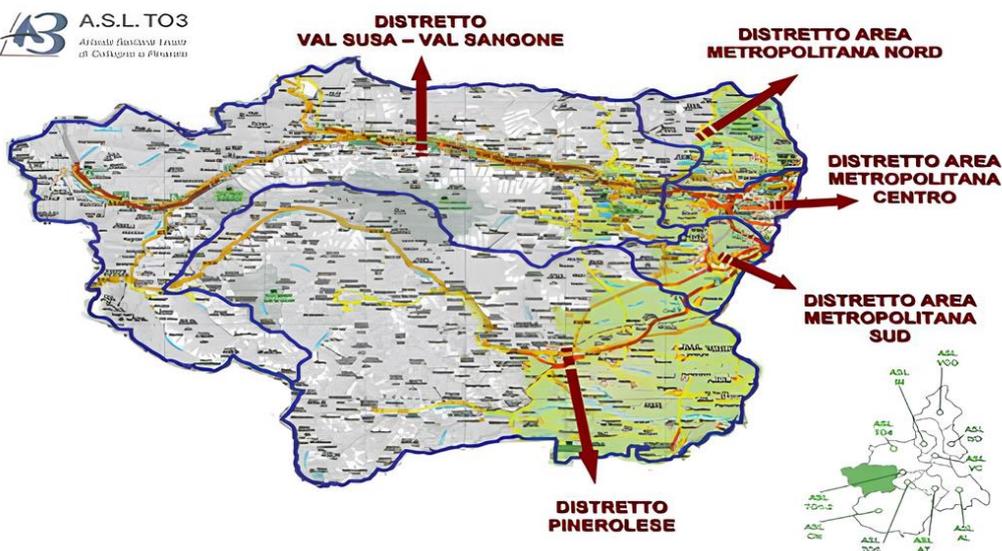


Figura 1. Territorio della A.S.L. TO3.

La rappresentazione percentuale per fasce di età della popolazione è 11,5% per il gruppo 0-14 anni, 37,4% per il gruppo 15-49 anni, 24,0% per il gruppo 50-64 anni, 12,8% per il gruppo 65-74 anni e 14,3% per il gruppo ≥75 anni.

Il territorio è caratterizzato da forti differenziazioni collegate a realtà sociali articolate: la popolazione è composta da un elevato numero di anziani, concentrati nei distretti montani, e da una popolazione più giovane nella cintura metropolitana e nella bassa Val di Susa. Le proiezioni demografiche effettuate dall'Istituto di ricerche socioeconomico della Regione Piemonte (IRES Piemonte) prevedono un rapido invecchiamento della popolazione, che avrà sicuramente un forte impatto sui bisogni di assistenza sanitaria, con particolare riferimento alle patologie croniche. Altro cambiamento importante, inoltre, sarà l'aumento del numero di cittadini stranieri sul territorio Aziendale, ad oggi presenti in misura inferiore rispetto alla media piemontese, e concentrati soprattutto nelle valli olimpiche.

Per quanto riguarda lo stato di salute della popolazione residente, la A.S.L. TO3 partecipa alla Sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (P.A.S.S.I.) che, tramite interviste telefoniche alla popolazione adulta (18-69 anni), raccoglie informazioni sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali connessi alle malattie croniche non trasmissibili e ai programmi di prevenzione. I dati sono raccolti da operatori della A.S.L. TO3 e analizzati in modo anonimo dall'Istituto Superiore di Sanità che li pubblica su Epicentro - Portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. Dai dati emerge come la percentuale di persone sedentarie rispetto al totale della popolazione adulta sia maggiore rispetto a quella dell'intero Piemonte, così come la percentuale di persone con eccesso ponderale e di bevitori a rischio.

| INDICATORE | A.S.L. TO3 | REGIONE PIEMONTE |
|--|------------|------------------|
| Livello di attività fisica: prevalenza di sedentari | 32,8% | 29% |
| Abitudine al fumo: prevalenza di fumatori | 11% | 25,4% |
| Situazione nutrizionale: prevalenza di persone in eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) | 39,14% | 38,5% |
| Consumo di frutta e verdura: prevalenza di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno | 7,9% | 12,3% |
| Bevitori a rischio: prevalenza di bevitori a rischio | 25,6% | 20,1% |

Tabella 2. Principali indicatori dello stile di vita. Fonte: Sorveglianza PASSI 2017-2020.

Per quanto riguarda le Cure Primarie, L'Azienda si avvale di 378 Medici di Medicina Generale, che assistono complessivamente una popolazione pari a 506.066 cittadini, e 48 Pediatri di Libera Scelta, che assistono 51.933 cittadini. Nel territorio aziendale sono presenti diverse strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale che erogano prestazioni ospedaliere e ambulatoriali in convenzione, dedicate a Neuropsichiatria, Recupero e Riabilitazione Funzionale e Lungodegenza, per un totale di 596 posti letto.

| STRUTTURE PRIVATO ACCREDITATO | DISTRETTO | PL | Fascia accreditamento |
|--|-------------------------|------------|-----------------------|
| Casa di Cura Villa Augusta | Area Metropolitana Sud | 80 | A |
| Casa di Cura Villa Patrizia | Area Metropolitana Sud | 25 | C |
| Casa di Cura Villa Serena | Area Metropolitana Sud | 140 | A |
| Casa di Cura Madonna dei Boschi | Val Susa - Val Sangone | 55 | A |
| Casa di Cura Villa Papa Giovanni XXIII | Area Metropolitana Nord | 145 | A |
| Casa di Cura Villa Iris | Area Metropolitana Nord | 151 | A |
| TOTALE POSTI LETTO IN CONVENZIONE | | 596 | |

Tabella 3. Posti letto (PL) presso strutture private accreditate con la A.S.L. TO3.

Nel territorio aziendale sono altresì presenti Strutture che erogano prestazioni sociosanitarie con le quali la A.S.L. TO3 sottoscrive specifici accordi:

- le strutture per assistenza anziani non autosufficienti sono 73 di tipo residenziale, per un totale di 3.788 posti letto, e 9 di tipo semiresidenziale;
- le strutture per assistenza psichiatrica sono 30 di tipo residenziale;
- le strutture per assistenza disabili sono 48 di tipo residenziale (501 posti letto autorizzati) e 21 di tipo semiresidenziale (centri diurni);
- le strutture per assistenza pazienti affetti da dipendenze sono 6, di cui 5 per tossicodipendenti e 1 per assistenza AIDS;
- Le strutture per minori sono 5 di tipo residenziale e 2 di tipo semiresidenziale.

Il territorio della A.S.L. TO3 presenta un importante tessuto economico con un totale di 36.027 aziende (12,4% delle aziende della Regione Piemonte) e 157.076 addetti (12,8% degli addetti della Regione Piemonte). Le ditte che occupano la maggior parte degli addetti sono di tipo manifatturiero (in particolare metalmeccaniche), seguite dalle ditte che si occupano di commercio e di costruzioni. Si tratta per il 95% di piccole imprese, con un numero di lavoratori pari o inferiore a 10; tuttavia, circa un terzo della popolazione lavorativa (il 29%) opera in aziende con un numero di lavoratori tra gli 11 e i 100 e il 36,1% è impiegata in aziende con più di 100 addetti.

Nella A.S.L. TO3 assume inoltre particolare importanza il patrimonio zootecnico, che in Piemonte è secondo per numerosità solo all'A.S.L. di Cuneo, rappresentando circa il 12% del patrimonio zootecnico totale piemontese; infatti, sul territorio della A.S.L. TO3 sono presenti allevamenti e animali come dettagliati nella tabella che segue:

| SPECIE ALLEVAMENTO | NUMERO ALLEVAMENTI | NUMERO CAPI |
|-----------------------------------|--------------------|---|
| Bovini | 1.429 | 94.193 |
| Ovini e caprini | 1.522 | 31.393 |
| Suini | 178 | 95.853 |
| Equidi | 1.495 | 6.330 |
| Lagomorfi (conigli non familiari) | 26 | 20.000 capi media/anno |
| Avicoli (>250 capi) | 19 | 413.625 capi media/anno per 206 gruppi anno |

| | | |
|------------------------------|----------------|---|
| Avicoli (altri <250 capi) | 52 | 3.065 capi media/anno per 97 gruppi anno |
| Apicoltura | 989 apicoltori | 16.311 alveari/2.530 nuclei in 2.491 apiari |
| Ittici | 53 impianti | Capacità produttiva di circa 2.000 ql/anno |
| Elicicoltura | 15 impianti | Per 54.670 mq di superficie |
| Camelidi e cervidi | 38 | |

Tabella 4. Patrimonio zootecnico della A.S.L. TO3. Fonte: Sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute, Anagrafe Nazionale Zootecnica. Dati al 01/01/2025.

1.2 Contesto interno

L'articolazione organizzativa di base della A.S.L. TO3 prevede la Direzione Generale, le Strutture in Staff ad essa, i Dipartimenti e le Strutture Organizzative. Le funzioni attribuite a ciascuna articolazione organizzativa si caratterizzano nelle seguenti aree:

- il livello centrale, con la Direzione Generale e le Strutture in Staff;
- il livello ospedaliero;
- il livello territoriale;
- il livello della prevenzione.

Nell'organizzazione aziendale si è altresì provveduto ad individuare diversi Dipartimenti: Dipartimento Medico, Dipartimento Chirurgico, Dipartimento Emergenza, Dipartimento Servizi Diagnostici, Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento Interaziendale Salute Mentale, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Interaziendale Continuità Assistenziale.

L'attività ospedaliera è assicurata dai tre Presidi presenti sul territorio:

- Ospedale degli Infermi di Rivoli;
- Ospedale Civile E. Agnelli di Pinerolo;
- Ospedale Civile di Susa

I posti letto sono 620, suddivisi in posti letto di ricovero ordinario e *day-hospital*.

| PRESIDIO | LETTI RICOVERO ORDINARIO | LETTI DAY-HOSPITAL | TOTALE |
|--|--------------------------|--------------------|------------|
| Ospedale Civile E. Agnelli di PINEROLO | 226 | 19 | 245 |
| Ospedale degli Infermi di RIVOLI | 254 | 18 | 272 |
| Ospedale Civile di SUSÀ | 46 | 8 | 54 |
| Polo Sanitario di VENARIA REALE | 30 | 1 | 31 |
| Presidio Sanitario di POMARETTO | 18 | 0 | 18 |
| TOTALE posti letto A.S.L. TO3 | 574 | 46 | 620 |
| Di cui letti NIDO | 23 | 0 | 23 |

Tabella 5. Posti letto suddivisi per ricovero ordinario e *day-hospital*.

Gli ospedali di Rivoli e Pinerolo sono classificati come ospedali *spoke*, con Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I livello, mentre l'ospedale di Susa è classificato come ospedale di base con Pronto Soccorso (PS) di area disagiata, al fine di tutelare le aree territoriali con tempi di percorrenza superiori ai tempi previsti dal Regolamento per un servizio di emergenza efficace.

Sul territorio aziendale è presente l'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano, con la quale sono avviati numerosi progetti di integrazione delle attività (es. Emodinamica). Tale integrazione si è rafforzata istituzionalmente con la creazione dei Dipartimenti Interaziendali di Salute Mentale e di Continuità Assistenziale.

La A.S.L. TO3 ha organizzato l'assistenza territoriale attraverso la suddivisione in cinque ambiti, chiamati Distretti Sanitari. Tali strutture costituiscono il vero nodo dei percorsi assistenziali fra prevenzione, ospedale e territorio. Nello specifico, il rafforzamento dei Distretti fa parte di un disegno nazionale che prevede il progressivo rafforzamento dell'assistenza territoriale, con un utilizzo più

appropriato degli ospedali dedicati alla fase acuta della cura, l'istituzione di servizi "cuscinetto" in grado di erogare un'assistenza medica locale di base evitando, se possibile, l'accesso inappropriato al PS dei casi a medio-bassa gravità.

Il Dipartimento di Prevenzione della A.S.L. TO3 persegue obiettivi di prevenzione delle malattie e delle disabilità, promuove la salute e il miglioramento della qualità degli ambienti di vita e di lavoro attraverso l'individuazione e la successiva rimozione delle cause di nocività e malattia siano esse di origine ambientale, umana od animale.

1.3 Produzione aziendale

Le prestazioni ambulatoriali sono destinate agli utenti le cui condizioni di salute e la tipologia di percorso diagnostico terapeutico non necessitano di ricovero ospedaliero, ma di accessi ripetuti al servizio. Le prestazioni ambulatoriali comprendono tradizionalmente le visite specialistiche, le prestazioni di laboratorio e la diagnostica per immagini. A queste vanno aggiunti gli interventi e le procedure ambulatoriali complesse, che possono essere erogati senza ricovero in completa sicurezza, prestazioni di tipo medico nella logica del *day-service*, in cui vi è una offerta multidisciplinare che risponde a problematiche cliniche, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) territoriali rivolti soprattutto a pazienti cronici.

Di seguito si riporta la tabella sintetica dei volumi di visite ambulatoriali suddivise per disciplina; separatamente, si riporta il volume degli esami di laboratorio effettuati. I cittadini possono accedere alle prestazioni telefonicamente e telematicamente attraverso il CUP regionale, di persona presso i centri di prenotazione della A.S.L. TO3 presenti sul territorio e le farmacie, direttamente presso le strutture per alcune prestazioni e, in alcuni casi, tramite accesso diretto.

| DISCIPLINA | QUANTITÀ |
|---------------------------------|----------|
| Allergologia | 3.803 |
| Altre prestazioni | 88.911 |
| Anatomia e istologia patologica | 18.489 |
| Anestesia | 4.001 |
| Angiologia | 2.797 |
| Cardiologia | 53.659 |
| Chirurgia generale | 32.623 |
| Chirurgia plastica | 599 |
| Chirurgia vascolare | 903 |
| Cure palliative | 303 |
| Dermatologia | 7.281 |
| Ematologia | 12.873 |
| Emodialisi | 354.640 |
| Endocrinologia | 75.215 |
| Gastroenterologia | 19.022 |
| Geriatrics | 5.239 |
| Medicina generale | 14.660 |
| Nefrologia | 9.731 |
| Neurologia | 32.022 |
| Neuropsichiatria infantile | 19.261 |
| Oculistica | 31.979 |
| Odontoiatria e stomatologia | 18.292 |
| Oncologia | 23.529 |

| | |
|--------------------------------------|------------------|
| Ortopedia e traumatologia | 32.711 |
| Ostetricia e ginecologia | 22.203 |
| Otorinolaringoiatria | 38.947 |
| Pediatria | 5.594 |
| Pneumologia | 10.665 |
| Psichiatria | 85.849 |
| Psicologia | 28.575 |
| Radiologia | 120.716 |
| Recupero e riabilitazione funzionale | 116.970 |
| Reumatologia | 3.750 |
| Terapia del dolore | 1 |
| Terapia intensiva | 59 |
| Urologia | 23.859 |
| TOTALE | 1.319.731 |

Tabella 6. Prestazioni ambulatoriali, escluse le prestazioni di laboratorio. Dati aggiornati a dicembre 2024.

| DISCIPLINA | QUANTITÀ |
|-------------------------------|-----------|
| Laboratorio Analisi Unificato | 4.519.804 |

Tabella 7. Volume delle prestazioni di laboratorio. Dati aggiornati a dicembre 2024.

I ricoveri possono essere erogati in regime ordinario, *day-hospital* o *day-surgery*, e avvengono su proposta del Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta o del Medico specialista ospedaliero. Queste modalità di ricovero programmate sono distinte dai ricoveri d'urgenza e prevedono l'assegnazione al paziente di una classe di priorità in base alle condizioni cliniche e alla patologia. Il ricovero per intervento chirurgico è preceduto da un pericovero, che prevede l'esecuzione degli accertamenti preoperatori e da visite di controllo successive. Il *day-hospital* si differenzia dal ricovero ordinario perché non prevede il pernottamento nella struttura ospedaliera. Di seguito si riporta il volume di ricovero suddiviso per classe di priorità:

| DISCIPLINA | CLASSE A | CLASSE B | CLASSE C | CLASSE D |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--|
| | Ricovero entro 30 giorni | Ricovero entro 60 giorni | Ricovero entro 180 giorni | Ricovero senza attesa massima definita |
| 08 - Cardiologia | 922 | 396 | 278 | 289 |
| 09 - Chirurgia Generale | 549 | 774 | 594 | 26 |
| 26 - Medicina Generale | 42 | 2 | | |
| 29 - Nefrologia | 171 | 228 | 22 | 2 |
| 32 - Neurologia | 78 | 4 | 2 | |
| 34 - Oculistica | 44 | 16 | 3 | 2 |
| 36 - Ortopedia e Traumatologia | 735 | 379 | 296 | 35 |
| 37 - Ostetricia e Ginecologia | 975 | 344 | 41 | 3 |
| 38 - Otorinolaringoiatria | 271 | 424 | 125 | 17 |
| 39 - Pediatria | 55 | 1 | | |
| 40 - Psichiatria | | | | 1 |
| 43 - Urologia | 762 | 341 | 132 | 41 |
| 49 - Terapia Intensiva | 529 | 173 | 3 | 100 |
| 50 - Unità Coronarica | 16 | 3 | | |

| | | |
|---|-----|-----|
| 56 - Recupero e Riabilitazione Funzionale | 14 | 268 |
| 60 - Lungodegenza | 284 | 2 |
| 62 - Neonatologia | 5 | |
| 64 - Oncologia | 113 | |

Tabella 8. Numero interventi programmati per classe di ricovero e di priorità. Dati aggiornati a dicembre 2024.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

Per Valore Pubblico le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono il livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale, sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders*, creato da un'amministrazione pubblica rispetto a un livello di partenza (*baseline*).

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

Nel caso di una Azienda Sanitaria, il Valore Pubblico è declinabile nel raggiungimento del più elevato livello di salute (fisica, psichica e sociale) della popolazione e del suo contesto di riferimento. Per il raggiungimento di questo obiettivo, l'Azienda deve utilizzare in modo congruo le risorse che le vengono affidate, garantendo elevate *performance* in termini di efficienza ed efficacia, e mettendo in atto tutte le azioni necessarie per proteggersi dagli eventuali rischi (corruttivi, clinici).

Partendo dalla centralità del ruolo del cittadino utente e dalla necessità del miglior soddisfacimento possibile dei suoi bisogni di salute, il modello organizzativo della A.S.L. TO3 permette di esercitare efficacemente le funzioni di governo, di supporto e di tutela della salute dei cittadini e di produzione di servizi.

I fattori critici di successo per la creazione di Valore Pubblico, per la A.S.L. TO3, sono:

- Sostenibilità economico-finanziaria;
- Qualità dei servizi erogati;
- Piena accessibilità dei cittadini ai servizi;
- Efficientamento delle strutture organizzative aziendali;
- Innovazione tecnologica e reingegnerizzazione dei processi;
- Integrazione ospedale – territorio;
- Anticorruzione e trasparenza.



Figura 2. Fattori che influenzano il Valore Pubblico.

Tali fattori sono basati su quattro fondamentali pilastri:

- pilastro della sostenibilità economica;
- pilastro della qualità clinica ed assistenziale;
- pilastro dell'area organizzativa;
- pilastro della promozione.

2.1.1 Pilastro della sostenibilità economica

Gli obiettivi di efficienza e di contenimento dei costi sono trasversali a tutti i Centri di Responsabilità (Strutture Complesse e Strutture Semplici) e sono il pilastro portante per la realizzazione di tutti gli altri obiettivi. Essi mirano ad un efficientamento delle risorse che consenta un miglioramento del rapporto tra produzione e costi sostenuti. Un focus specifico è stato posto sulla riduzione della spesa farmaceutica. Particolare attenzione viene inoltre posta all'implementazione di un sistema di contabilità analitica, con il passaggio da un documento di base, dove vengono raffrontati i costi sostenuti rispetto ai ricavi conseguiti, ad uno più preciso e strutturato che tenga conto anche dei costi ribaltati, consentendo il monitoraggio costante dell'andamento delle Strutture, con il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei Direttori.

Per la sostenibilità economico-finanziaria, di particolare interesse sono i settori più alto spendenti, quali quello farmaceutico, dei dispositivi medici e chirurgico. Ulteriori elementi che contribuiscono a garantire la sostenibilità del sistema sono la standardizzazione di procedure amministrative e la razionalizzazione e valorizzazione del patrimonio immobiliare e tecnologico della Azienda, oltre alla riduzione della mobilità passiva.

Indicatore di valore pubblico: presenza del sistema di contabilità analitica estraibile dal *data warehouse* aziendale.

Azioni di monitoraggio e controllo spesa farmaceutica

La A.S.L. TO3 si impegna per assicurare un monitoraggio e un controllo appropriato delle prescrizioni farmaceutiche, nel rispetto di protocolli di cura e terapie definiti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), e dei principi di economicità, efficienza ed efficacia.

In questo contesto, il gruppo di lavoro "Riduzione spesa farmaceutica per farmaci in DPC e in convenzionata", composto dal responsabile della S.S. Assistenza Primaria, dal Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera, dal Direttore della S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie, dal Coordinatore dell'Area Territoriale, dal Coordinatore dell'Area Ospedaliera, dalla S.C. Di.P.Sa. e dalla S.S. Controllo di Gestione, si prefigge i seguenti obiettivi:

- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- riduzione della spesa farmaceutica ospedaliera;
- riduzione della spesa farmaceutica territoriale.

La procedura di monitoraggio e controllo delle prescrizioni farmaceutiche prevede di informare i medici riguardo alle caratteristiche e ai costi dei trattamenti, identificare percorsi assistenziali con risultati terapeutici sovrapponibili e promuovere opzioni terapeutiche economicamente sostenibili. Particolare attenzione viene posta sulle classi di prodotto maggiormente spendenti:

- farmaci per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo (cosiddetti Inibitori di Pompa Protonica – IPP);
- farmaci prescritti in area diabetologica;
- farmaci prescritti in area cardiologica;
- farmaci prescritti in area reumatologica;
- farmaci prescritti in area oncologica e onco-ematologica;
- farmaci prescritti in area neurologica.

Viene inoltre predisposto un *report* mensile con focus sulle categorie merceologiche oggetto di azione e sui seguenti indicatori:

- analisi del *trend* di spesa suddiviso per ATC (classificazione anatomica terapeutica chimica dei farmaci) – Mese – Distretto – Struttura e Prescrittori interni (laddove disponibile);
- analisi del *trend* di spesa per paziente suddiviso per ATC – Mese – Distretto – Struttura.

Le analisi sono contestualizzate con valutazione a campione delle Lettere di Dimissione Ospedaliera all'interno delle quali è rilevata la Prescrizione Farmacologica al fine di valutarne l'aderenza alle linee guida dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

In merito alla prescrizione di farmaci ipolipemizzanti, si sottolinea l'efficacia di tale classe farmacologica nel migliorare il compenso glicemico e nel ridurre il rischio cardio-nefrovascolare, prevenendo o rallentando la comparsa di complicanze, che costituiscono la principale voce di spesa legata al diabete. Partendo da questo presupposto, a parità di indicazione terapeutica e nel rispetto delle necessità cliniche, si prescriverà il farmaco più economico per contenere la spesa

farmaceutica. A questo scopo, la S.C. Farmacia ha fornito tabelle sinottiche aggiornate sui prezzi dei farmaci come riferimento per la prescrizione.

Per quanto riguarda il consumo di ossigeno liquido a domicilio, l'Azienda è impegnata nel revisionare il percorso di gestione della terapia con Ossigeno al domicilio (LTOT), al fine di efficientare il processo di fornitura.

Si prevede lo sviluppo di un percorso di presa in carico distrettuale, con una collaborazione più stretta tra Nucleo Operativo di Continuità delle Cure (NOCC), Centrale Operativa Territoriale (COT), MMG, Infermieri di Famiglia o di Comunità (IFoC), specialisti territoriali, responsabili dell'integrazione dei dati (RID), e laboratori di analisi.

Infine, il "Gruppo interaziendale azioni di efficientamento spesa farmaceutica", coordinato dai Direttori Sanitari della A.S.L. TO3 e dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano e composto dai Direttori della S.C. Farmacia, dal responsabile della S.S. Assistenza Primaria, dalla S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie A.S.L. TO3, si pone l'obiettivo di favorire una maggiore appropriatezza prescrittiva da parte degli specialisti ospedalieri dell'A.S.O. San Luigi Gonzaga e di uniformare la prescrizione dei MMG del Distretto Area Metropolitana Sud alle caratteristiche degli altri distretti aziendali.

Per il triennio 2025-2027 si prevede di migliorare l'interrelazione anche con le aziende A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino e A.S.L. Città di Torino, sedi di centri di riferimento per varie patologie con le prescrizioni farmacologiche verso pazienti residenti in A.S.L. TO3, sulle quali la A.S.L. TO3 al momento non è in grado di effettuare un controllo, e che contribuiscono notevolmente all'aumento della spesa farmaceutica.

Indicatore di valore pubblico: riduzione della spesa farmaceutica rispetto all'anno precedente, a parità di qualità dell'assistenza.

Spesa per dispositivi medici

Al fine di razionalizzare la spesa per dispositivi medici, la S.C. Appalti e Logistica – S.S. Logistica e Magazzini, elabora analisi trimestrali dei consumi dei Centri di Costo (CDC), rilevando lo scostamento rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente per fornire ai servizi competenti i report elaborati, con particolare riguardo ai servizi con maggiore scostamento.

L'attività di verifica in merito all'appropriatezza della gestione dei Dispositivi Medici in uso ai singoli servizi è svolta, in collaborazione con la S.C. Farmacia, tramite ispezioni nei singoli servizi e dando corso a segnalazioni relativamente alle elevate scorte o alla presenza di materiale scaduto.

In caso di necessità di introduzione di nuovi dispositivi medici utili a migliorare la qualità dell'assistenza si procede secondo i seguenti punti:

- in caso di lotti deserti nelle procedure espletate dalla Società Di Committenza Regione Piemonte (SCR Piemonte) e/o in gare aggregate, l'Azienda procede autonomamente all'avvio di procedure di gara con invito rivolto a tutti gli operatori economici del settore. In caso di motivata urgenza, l'Azienda procede mediante affidamenti ponte per il tempo necessario all'espletamento della nuova gara;
- la commissione *Health Technology Assessment* (HTA) aziendale (si veda paragrafo "HTA") valuta le richieste di nuove introduzioni nel repertorio aziendale dei Dispositivi Medici da parte degli operatori sanitari. Da inizio 2023, la procedura è informatizzata: attraverso una piattaforma interna, i richiedenti inseriscono i dati relativi alla richiesta necessari alla valutazione, in modo tale che i soggetti facenti parte della Commissione (S.C. Provveditorato, S.C. Logistica, S.C. Farmacia, S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie, Direzione Sanitaria) possano fornire un parere sulla richiesta e conseguente introduzione o diniego nei confronti dello specifico prodotto, valutandone gli aspetti clinici, economici e amministrativi. Il parere espresso dalla Commissione è sottoposto alla valutazione finale della Direzione aziendale, che valida o meno il giudizio espresso e redige le relative indicazioni sulla modalità di acquisizione del prodotto (inserimento in futura gara, acquisizione urgente o di quota parte inattesa di gara).

Nei casi di urgenza la procedura di introduzione dei Dispositivi Medici prevede la compilazione e la sottoscrizione di un modulo aziendale da parte dell'operatore sanitario richiedente da sottoporre alla Direzione Sanitaria di Presidio, che autorizza o meno l'acquisizione del prodotto in urgenza. La S.S. Logistica, a fronte dell'autorizzazione, procede secondo norma all'acquisizione del Dispositivo

Medico che comunque non entra a fare parte del repertorio aziendale finché non è sottoposto alla procedura HTA.

Indicatore di valore pubblico: riduzione della spesa per dispositivi medici rispetto all'anno precedente, a parità di qualità dell'assistenza.

Spesa per beni e servizi

Efficientamento energetico

In merito alla gestione dei consumi di energia elettrica è stata acquisita dalla A.S.L. TO3 la figura dell'*Energy Manager*, con determina 808 del 10/05/2024, per la definizione e lo sviluppo di azioni finalizzate a promuovere il risparmio energetico.

L'azienda pone infatti attenzione anche alla sostenibilità ambientale, riconoscendo agli interventi di efficientamento un valore pubblico, sia in termini di contenimento della spesa, che di riduzione delle emissioni di anidride carbonica. I punti chiave del processo di razionalizzazione ed efficientamento sono descritti nella relazione prodotta dall'*Energy Manager* aziendale:

- fornitura del servizio calore;
- consumi di energia elettrica;
- sistema di cogenerazione.

Le principali azioni messe in atto o previste per l'efficientamento energetico sono altresì incluse nella relazione, e prevedono:

- ottimizzazione della produzione energetica;
- riduzione consumi utenze energivore;
- analisi degli impianti elevatori;
- impianti illuminanti;
- potenziamento del sistema *Building Management System (BMS)*;
- sostituzione serramenti esterni;
- ottimizzazione punti consegna energia elettrica.

Indicatore di valore pubblico: implementazione degli interventi di efficientamento energetico nelle tempistiche previste.

Analisi make or buy

L'analisi *make or buy* consente di definire se sia più "conveniente" (in termini di economicità, efficienza, efficacia) che un determinato servizio venga gestito da personale "interno" all'azienda o venga esternalizzato. Si riportano di seguito gli interventi di analisi *make or buy* condotte dalla A.S.L. TO3 nel rispetto dei principi di economicità, efficienza ed efficacia:

- Valutazione servizio di supporto infermieristico ai centri vaccinali della A.S.L. TO3;
- Valutazione servizi accessori appalto pulizie e sanificazione P.O. Rivoli;
- Valutazione servizi portineria e centralino;
- Valutazione servizi tecnici;
- Valutazione DEA P.O. Rivoli.

Indicatore di valore pubblico: riduzione dei costi per i servizi sopramenzionati, a parità di qualità di servizio.

Spesa per trasporti

È attivo presso il Presidio Ospedaliero di Rivoli un Punto Unico di Gestione Ambulanze, presso il quale è concentrata la gestione operativa delle convenzioni per i trasporti sanitari interospedalieri programmati e di trasporto su patologie autorizzabili e continuazione di cure con i comitati della Croce Rossa Italiana (CRI) e le organizzazioni di volontariato di cui alla D.G.R. 48-7791 del 30/10/2018. Tale organizzazione permette di assicurare una gestione efficace ed efficiente dei trasporti e l'utilizzo ottimale dei mezzi in convenzione. Obiettivo per il 2025 è quello di rendere ancora più efficiente il sistema di trasporti e gestione ambulazione della A.S.L. TO3.

Indicatore di valore pubblico: riduzione dei costi per trasporti, a parità di qualità di servizio.

2.1.2 Pilastro della qualità clinica ed assistenziale

La A.S.L. TO3 assicura l'erogazione delle prestazioni previste nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), quei diritti di salute che lo Stato, attraverso la Regione e quindi le Aziende Sanitarie, garantisce ai cittadini italiani in modo uniforme su tutto il territorio. La A.S.L. TO3 ha il mandato di erogare prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale, sia direttamente che attraverso l'accreditamento e gli accordi di fornitura con gli erogatori privati.

La qualità dei servizi erogati non può prescindere dalla qualità delle Strutture che erogano i servizi; tali strutture devono rispettare requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici. Ne è un esempio il Servizio Immuno-Trasfusionale, che provvede alla disponibilità del sangue (emocomponenti) necessario alla complessiva attività ospedaliera, dalla fase della raccolta alla distribuzione e compatibilizzazione e fino alla verifica degli eventi connessi con la trasfusione, servizio che risulta accreditato come da normativa regionale (D.G.R. 16-3927 del 15/10/2021).

L'erogazione dei servizi di qualità passa attraverso PDTA, attenzione alla qualità degli esiti, attenzione alle attività preventive, contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), contrasto del sovraffollamento in pronto soccorso, governo delle liste d'attesa e attenzione alle disuguaglianze.

Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA)

I Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA) sono strumenti che, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche più attuali e in relazione alle risorse disponibili, permettono di delineare, per una determinata patologia, il miglior percorso praticabile all'interno dell'Azienda. Lo scopo è di rendere più omogenei, strutturati e multidisciplinari i percorsi di presa in carico, ottimizzando la comunicazione tra professionisti e la rete dei servizi, cercando ove possibile di venire in contro alle esigenze dei pazienti, sempre in un'ottica di integrazione tra ospedale e territorio.

I PSDTA sono prodotti da gruppi di lavoro multidisciplinari, con il coinvolgimento anche dei rappresentanti dei pazienti. Nella definizione del Percorso, il gruppo di lavoro raccoglie tutte le informazioni sulle modalità aziendali di gestione della patologia e sulla condizione oggetto del Percorso, ricerca la letteratura di riferimento nazionale ed internazionale e le esperienze di altre realtà sanitarie, costruisce il nuovo Percorso individuando le persone alle quali è rivolto, le fasi da trattare e gli indicatori necessari per monitorarne i risultati.

Nella A.S.L. TO3 sono pienamente attivi PSDTA per le più frequenti patologie croniche (BPCO, scompenso cardiaco, diabete mellito, malattia renale cronica, malattia di Parkinson, patologie oncologiche).

Nel 2024 è stato avviato lo sviluppo di un percorso interno, in attesa della realizzazione di un PSDTA regionale, per la gestione multi-specialistica del paziente reumatologico. L'obiettivo principale è garantire l'appropriatezza terapeutico-prescrittiva, nonché l'adeguatezza nella prescrizione di prestazioni diagnostiche strumentali in ambito reumatologico.

È inoltre in corso un progetto di revisione del PSDTA riguardante lo scompenso cardiaco, che include tutte le attività che devono essere erogate dai vari professionisti coinvolti, a diversi livelli dell'organizzazione sanitaria, nel percorso di cura. L'obiettivo è rispondere alla domanda di salute del paziente, a partire dalla diagnosi e in tutte le fasi del percorso. L'attuale versione del PSDTA, attivo dal 2022, ha trovato scarsa applicazione nel territorio aziendale. Il gruppo di lavoro ha quindi posto l'accento sulle criticità che hanno portato a tale risultato. Dall'analisi delle diverse fasi, è stata posta particolare attenzione sull'arruolamento del paziente all'ingresso del percorso e sulla necessità di implementare una presa in carico per la fase di *end stage*. Sono state quindi proposte soluzioni facilitanti per migliorare l'intero processo.

Nel triennio 2025-2027 la A.S.L. TO3 ha come obiettivi di incrementare il numero di PSDTA, al fine di facilitare ed efficientare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, e di garantire piena implementazione dei PSDTA già attivati, monitorando l'implementazione tramite specifici indicatori.

Indicatori di valore pubblico: analisi sistematica dei percorsi previsti dai PSDTA specifici per patologia; schematizzazione dei processi attraverso *flowchart*; fotografia dello stato dell'arte al T0 relativamente all'attuazione dei percorsi stessi con focus specifico rivolto al rispetto delle tempistiche ed all'erogazione dei servizi previsti (individuando qualora necessario ulteriori indicatori di qualità);

analisi delle cause delle eventuali criticità e discrepanze dall'atteso riscontrate (inclusa l'inappropriatezza prescrittiva).

Qualità degli esiti

L'attenzione della A.S.L. TO3 in merito agli esiti delle procedure sanitarie si concentra soprattutto sugli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), strumento che consente di verificare che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il PNE si avvale di un set di indicatori clinici e strutturali che forniscono una valutazione delle performance ospedaliere e dei percorsi assistenziali. All'interno del NSG è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori "CORE", da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA. Tali indicatori sono suddivisi in tre macroaree: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

L'analisi di tali indicatori consente di identificare le aree di miglioramento, facilitando un confronto tra le strutture e il rafforzamento delle buone pratiche cliniche. Si riporta di seguito il dettaglio per la A.S.L. TO3 degli indicatori individuati come prioritari dalla Regione Piemonte.

Indicatori PNE

Uno degli indicatori di riferimento in questo contesto è il numero di interventi chirurgici per frattura del femore eseguiti entro 48 ore, sul totale dei ricoveri per diagnosi di frattura del collo del femore. In merito a questo indicatore, a livello aziendale nel periodo gennaio-ottobre 2024 si registra un miglioramento rispetto all'anno precedente, con un valore pari all'81,5% (target regionale $\geq 70\%$).

Un altro importante indicatore, utilizzato per la valutazione dell'emergenza cardiologica, è rappresentato dalla tempestività di accesso all'Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (PTCA) in pazienti con infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST (STEMI). L'indicatore viene calcolato sui 90 minuti dall'ammissione dei pazienti con STEMI nella struttura di ricovero. Nel periodo gennaio-ottobre 2024 si registra un valore aziendale del 79% di PTCA eseguite entro 90 minuti, superiore al target regionale di almeno il 60%.

Per quanto riguarda l'appropriatezza nell'assistenza al parto, nel periodo gennaio-ottobre 2024 il Presidio Ospedaliero di Pinerolo mostra una percentuale di parti con taglio cesareo sul numero di parti con nessun pregresso cesareo del 14,7%, raggiungendo l'obiettivo (target regionale $\leq 15\%$); il Presidio Ospedaliero di Rivoli ha una media percentuale di parti cesarei pari al 17,4%, leggermente al di sopra dello standard atteso.

Indicatori NSG-CORE

| AREA DISTRETTUALE | | TASSO/PERCENTUALE | | TASSO/PERCENTUALE | | |
|-------------------|--|-------------------|----------|----------------------|----------|---|
| | | (2023) | | (III trimestre 2024) | | |
| D03C | Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco | Piemonte | 221 | Piemonte | 157 | |
| | | ASL TO3 | 149 | ASL TO3 | 118 | |
| D04C | Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | Piemonte | 29 | Piemonte | 22 | |
| | | ASL TO3 | 13 | ASL TO3 | 9 | |
| D10Z | Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B | Piemonte | 85 | Piemonte | 90 | |
| | | ASL TO3 | 89 | ASL TO3 | 92 | |
| D14C | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti - Antibiotici | Piemonte | 4.658 | Piemonte | 3.429 | |
| | | ASL TO3 | 4.592 | ASL TO3 | 3.439 | |
| D22Z | Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) | CIA 1 | 4 | | 4 | |
| | | CIA 2 | Piemonte | 2 | Piemonte | 2 |
| | | CIA 3 | | 5 | | 3 |
| | | CIA 1 | ASL TO3 | 3 | ASL TO3 | 3 |

| | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------|--------------------------|----------|------|
| | | CIA 2 | 1 | | 1 |
| | | CIA 3 | 2 | | 1 |
| D27C | Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria | Piemonte | 7 | Piemonte | 6 |
| | | ASL TO3 | 8 | ASL TO3 | 8 |
| D30Z | Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | Piemonte | 44 | Piemonte | 33 |
| | | ASL TO3 | 41 | ASL TO3 | 28 |
| D33Za | Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura R1 R2 R3) | R1 | 0,03 | | 0,03 |
| | | R2 | Piemonte 10 | Piemonte | 9 |
| | | R3 | 37 | | 35 |
| | | R1 | 0,01 | | 0,02 |
| | | R2 | ASL TO3 4 | ASL TO3 | 4 |
| | | R3 | 33 | | 30 |
| AREA OSPEDALIERA | | TASSO/PERCENTUALE | TASSO/PERCENTUALE | | |
| | | (2023) | (III trimestre 2024) | | |
| H01Z | Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) in rapporto alla popolazione residente | Piemonte | 125 | Piemonte | 92 |
| | | ASL TO3 | 126 | ASL TO3 | 92 |
| H04Z | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato B Patto per la Salute 2010- 2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario | Piemonte | 0,09 | Piemonte | 0,08 |
| | | ASL TO3 | 0,09 | ASL TO3 | 0,08 |
| H05Z | Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni | Piemonte | 83 | Piemonte | 83 |
| | | ASL TO3 | 82 | ASL TO3 | 79 |
| H13C | Percentuale di pazienti over 65 con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario | Piemonte | 71 | Piemonte | 74 |
| | | ASL TO3 | 69 | ASL TO3 | 79 |
| H17C | Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti | Piemonte | 16 | Piemonte | 17 |
| | | ASL TO3 | 15 | ASL TO3 | 18 |
| H18C | Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥1.000 parti | Piemonte | 21 | Piemonte | 22 |
| | | ASL TO3 | 23 | ASL TO3 | 27 |
| AREA PREVENZIONE | | TASSO/PERCENTUALE | TASSO/PERCENTUALE | | |
| | | (2023) | (III trimestre 2024) | | |
| P01C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | Piemonte | 94 | Piemonte | 94 |
| | | ASL TO3 | 93 | ASL TO3 | 93 |
| P02C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la prima dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | Piemonte | 94 | Piemonte | 94 |
| | | ASL TO3 | 91 | ASL TO3 | 93 |

Tabella 9. Indicatori NSG CORE. Dati aziendali e regionali 2023 e al III trimestre 2024.

Indicatori di valore pubblico: indicatori previsti dal PNE e dal NSG (CORE).

Rischio Clinico

La segnalazione spontanea da parte degli operatori degli eventi avversi e/o dei quasi eventi mediante *Incident Reporting* (IR) è di fondamentale importanza ai fini della gestione del rischio in quanto rappresenta uno degli strumenti principali per l'identificazione dei rischi e dei pericoli insiti nell'organizzazione aziendale. L'IR rappresenta pertanto una delle fonti informative imprescindibili

sia per avviare un processo di mappatura dei rischi e dei pericoli a livello aziendale che anche per l'attivazione dei processi di analisi, audit e valutazione degli stessi al fine di una corretta individuazione ed applicazione delle azioni correttive mirate alla loro mitigazione/eliminazione.

La costante attività di formazione e sensibilizzazione degli operatori, la progressiva diffusione della cultura della non colpevolizzazione concretamente applicata presso la A.S.L. TO3 e l'implementazione di una piattaforma informatizzata disponibile sul sito *intranet* aziendale per la segnalazione degli eventi ha consentito di ottenere negli anni una maggiore adesione a tale attività e a favorire la cultura in ambito di sicurezza delle cure.

Anche per l'anno 2025, l'obiettivo è quello di diffondere ulteriormente una "cultura della sicurezza delle cure" promuovendo attivamente la cultura della gestione del rischio clinico nei processi di cura ed assistenziali in area ospedaliera attraverso la creazione di un gruppo di professionisti esperti che possano diventare punto di riferimento per la gestione del rischio. Tale gruppo di esperti rappresenta anche una comunità di pratica in grado di implementare l'adesione da parte degli operatori al sistema di IR per sviluppare ulteriormente la conoscenza dei rischi, attivi o latenti, che caratterizzano l'attività ospedaliera a diversi livelli, comportando il progressivo miglioramento delle azioni di sensibilizzazione degli operatori e di diffusione delle metodiche finora attuate a tale scopo.

Al medesimo scopo sono attivati gruppi di lavoro con la finalità di provvedere alla verifica ed all'aggiornamento, laddove necessario, delle procedure finalizzate alla riduzione del rischio in particolare nei seguenti ambiti:

- Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati;
- Revisione Piattaforma Aziendale di segnalazione eventi avversi (*Check No Risk*);
- Sicurezza del processo trasfusionale;
- *Surgical Safety Check List* (SSCL) e sicurezza nel percorso chirurgico;
- Mappatura proattiva dei processi a rischio in area Emergenza Urgenza (analisi a priori);
- Segnalazioni Eventi Sentinella (SIMES);
- Corretta identificazione del paziente.

Alla verifica ed aggiornamento delle procedure redatte in tali ambiti di attività ospedaliera, seguirà un attento monitoraggio sull'applicazione delle indicazioni aziendali fornite.

Indicatori di valore pubblico: individuazione di un gruppo di professionisti sanitari da parte della Direzione Medica di Presidio e della S.C. DiPSa, con ruolo di referenti per la gestione del rischio in ambito ospedaliero; attivazione di un percorso di formazione-ricerca-azione con definizione degli strumenti e delle metodologie utili per la mappatura, la valutazione e la gestione del rischio livello ospedaliero; partecipazione al percorso formativo aziendale da parte dei professionisti selezionati; realizzazione di una Istruzione Operativa per la corretta identificazione del paziente; dotazione presso tutti i punti di identificazione (sportelli, ambulatori, aree di degenza, pronto soccorso, ecc.) di adeguati strumenti di supporto alla identificazione del paziente (lettori delle tessere sanitarie, stampanti e lettori di braccialetti con *barcode* o *QR-code*); piena implementazione dell'utilizzo della piattaforma aziendale *check no risk* a seguito della costituzione del gruppo ospedaliero dei referenti rischio clinico e della formazione a cascata presso le unità operative e servizi; numero di audit clinici/RCA effettuati sul numero degli eventi sentinella segnalati.

Attività di prevenzione

I servizi per la prevenzione rivestono una importanza fondamentale per la salute dei cittadini per rinforzare i fattori che hanno effetti positivi sulla salute e per contrastare o rimuovere i fattori negativi mediante interventi:

- di prevenzione universale rivolti all'individuo (educazione sanitaria, promozione di stili di vita salutari, vaccinazioni, *screening*) con servizi che svolgono azioni di Igiene e Sanità Pubblica, servizi che si occupano di promozione della salute, di prevenzione delle malattie, di sostenere comportamenti di vita salutari;
- di prevenzione universale per gli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, azioni mirate rispetto agli incidenti sul lavoro, sull'inquinamento) con servizi specifici di vigilanza e controllo per il settore alimentare, veterinario, di sicurezza sul lavoro;
- di prevenzione nella popolazione a rischio, rivolta a particolari categorie di persone con specifici problemi di salute o a rischio di peggioramento per patologie già presenti.

Le strutture e le risorse dell'area della prevenzione operano in forte integrazione con i comuni e le reti sociali, i quali influenzano fortemente lo stato di salute della popolazione, agendo sui determinanti della salute (condizioni socioeconomiche, ambiti di vita, inquinamento, scuola, relazioni sociali). Operano inoltre in stretta sinergia con i servizi aziendali e interaziendali anche secondo le direttive del Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Le attività per il 2025-2027 prevedono la sempre maggiore attenzione verso le indicazioni del Piano Regionale della Prevenzione, oltre al potenziamento e all'efficientamento dei servizi in essere.

Attività vaccinale

Una attività che ha visto un notevole incremento è quella vaccinale rivolta alle fasce a rischio della popolazione, che si aggiunge all'attività routinaria rivolta ai bambini, agli adolescenti e agli adulti. Come da indicazioni del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 e dal Protocollo della Regione Piemonte "La vaccinazione dei soggetti che presentano un rischio aumentato di infezione batterica invasiva da batteri capsulati" (D.D. 576 del 23/04/2021), e ribadito nel nuovo PNPV 2023-2025 (approvato nella "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 131 del 05/06/2003, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento recante "Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025" e sul documento recante "Calendario nazionale vaccinale"). La vaccinazione anti Pneumococco è offerta:

- ai cittadini che compiono 65 anni, coorti di nascita 1952-1960 (offerta attiva dal 2017): il diritto è sempre valido, ogni anno si aggiunge la nuova coorte di sessantacinquenni.
- ai cittadini di qualunque età che presentano le condizioni di rischio previste dal PNPV 2023-2025.

In modo simile, secondo quanto previsto dalla Circolare Regione Piemonte Herpes Zoster DD-A14-1283-2021 (8 sett. 2021), la vaccinazione anti Herpes Zoster è offerta:

- ai cittadini che compiono 65 anni, coorti di nascita 1952-1960 (offerta attiva dal 2017): il diritto è sempre valido, ogni anno si aggiunge la nuova coorte di sessantacinquenni.
- ai cittadini di qualunque età che presentano le condizioni di rischio previste dal PNPV 2023-2025.

A partire da novembre 2022, fino a giugno 2023 compreso e da ottobre 2023 a giugno 2024, sono state effettuate sedute settimanali all'Ospedale degli Infermi di Rivoli e all'Ospedale Agnelli di Pinerolo, ad accesso diretto per le vaccinazioni anti Herpes Zoster e anti Pneumococco.

A partire da ottobre 2024 sono stati attivati due ambulatori settimanali dedicati alle vaccinazioni anti Herpes Zoster e anti Pneumococco presso i centri vaccinali di Rivoli e Pinerolo con accesso esclusivo su prenotazione.

Inoltre, facendo seguito alla Circolare Regione Piemonte 40830/A1409B_17/11/2021, è incrementata l'offerta della vaccinazione anti HPV, gratuita a:

- coorti di nascita Femmine (nate dal 1993) e Maschi (nati dal 2006);
- donne a 25 anni non vaccinate, in occasione della chiamata al primo *screening* citologico per HPV uomini con comportamenti sessuali verso persone dello stesso sesso;
- soggetti con infezione da HIV;
- donne trattate per lesioni di grado CIN 2 o superiore.

La vaccinazione è stata offerta a prezzo di costo nelle categorie richiedenti non rientranti nelle suddette categorie.

Nel periodo 2021-2023 sono state somministrate 4078 dosi di vaccino anti HPV negli ambulatori vaccinali adulti.

Nel solo 2024 sono state somministrate 3574 dosi nei pazienti fuori dalle coorti di nascita degli aventi diritto (pazienti appartenenti alle categorie di cui sopra e vaccinazioni in *co-payment*) e 4089 dosi nei pazienti appartenenti alle coorti di nascita aventi diritto (maschi nati nelle coorti 2006-2010 e femmine nate nelle coorti 1993-2010).

Nelle coorti di nascita 2011, 2012 e 2013 le coperture per prima dose sono ad oggi rispettivamente del 74%, 72% e 54% (in corso).

Tramite il recupero degli aventi diritto per età sono state raggiunte le seguenti coperture vaccinali (prima dose):

- Coorte maschi nati dal 2006 al 2010): 74%;
- Coorte femmine nate dal 2006 al 2010): 82%;
- Coorte femmine nate dal 1993 al 2005): 69%.

Infine, facendo seguito alla Circolare Regione Piemonte 364/A1409C/2022 del 07/03/2022, sono aumentate le vaccinazioni offerte nel paziente diabetico, comprendendo anche l'offerta gratuita di vaccinazione anti Meningococco B, Meningococco Quadrivalente ACWY e anti HBV (oltre alle già citate anti Pneumococco e Zoster).

Da ottobre 2024 ad oggi (in modo sporadico) prosegue la somministrazione della vaccinazione anti-Covid ai soggetti che ne fanno richiesta (prenotandosi direttamente al Numero Verde vaccinale e/o segnalando il nominativo su Piemonte ti Vaccina), presso i due ambulatori vaccinali adulti, sedi di Rivoli e Pinerolo.

In aggiunta a quanto previsto nel PNPV 2023-2025, tramite nota Regione Piemonte n.24637 del 16/10/2024, a partire da novembre 2024 è stata introdotta la campagna di immunoprofilassi contro la bronchiolite da virus respiratorio sinciziale (RSV) tramite utilizzo di anticorpo monoclonale (nirsevimab) rivolta alla coorte di nati nel 2024 in collaborazione tra centri vaccinali, pediatri di libera scelta e punti nascita. Nel 2024 sono state somministrate 1775 dosi di anticorpo monoclonale.

Attività di screening

Per quanto riguarda l'area degli Screening Oncologici (prevenzione del tumore al seno, del tumore cervico-vaginale, del tumore coloretale) è deliberato annualmente il Piano Aziendale di attività (nel 2024 d.d.g. N 419 del 24/04/2024). Per la programmazione e il monitoraggio dell'attività sono svolte riunioni periodiche tra la S.S. Prevenzione Attiva, responsabile del Programma 2 interaziendale di Prevenzione Serena, e i Responsabili delle Strutture operative della A.S.L. TO3 (S.S.D. Senologia, SS.CC. Radiologia, S.C. Gastroenterologia, SS.CC. Ostetricia e Ginecologia, S.S.D. Attività consultoriali, S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie) e dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (S.S.D. Endoscopia digestiva, Referente Screening del carcinoma del collo dell'utero).

Il Piano Aziendale prevede quali sono le strategie da adottare per raggiungere gli obiettivi regionali di attività del programma di Prevenzione Serena, definendo risorse impiegate, ambulatori dedicati, strategie per assicurare l'invito di tutta la popolazione target e per aumentare l'adesione.

La A.S.L. TO3 ogni anno garantisce l'invio della lettera di invito ai tre screening a tutta la popolazione target. Il raggiungimento degli *standard* regionali di adesione agli screening risente sia della numerosità della popolazione target, che varia a seconda degli anni, sia delle risorse umane e strumentali disponibili, sia della partecipazione dei cittadini: si riportano di seguito i risultati A.S.L. TO3 2023 e 2024.

| | VALORE ATTESO | VALORE MINIMO | INDICATORE | % RAGGIUNGIMENTO |
|---|---------------|---------------|-----------------|------------------|
| SCREENING MAMMOGRAFICO copertura da inviti | 100% | 97% | 58322 /57370 | 101,7% |
| SCREENING MAMMOGRAFICO copertura da esami | 55% | 50% | 25134 /57370 | 43,8% |
| SCREENING CERVICO-VAGINALE copertura da inviti | 100% | 97% | 25923 /23479 | 110% |
| SCREENING CERVICO-VAGINALE copertura da esami | 50% | 45% | 21434 /23479 | 91% |
| SCREENING COLORETTALE copertura da inviti | 100% | 97% | 58884 /51810 | 113,7% |
| SCREENING COLORETTALE copertura da esami | 40% | 35% | 23349 /51810 | 45,1% |

Tabella 10. Indicatori attività screening oncologici anno 2023. Fonte: dati CPO.

| | VALORE ATTESO | VALORE MINIMO | INDICATORE | % RAGGIUNGIMENTO |
|---|---------------|---------------|-----------------|------------------|
| SCREENING MAMMOGRAFICO copertura da inviti | 100% | 97% | 35458 /33186 | 106,8 % |
| SCREENING MAMMOGRAFICO copertura da esami | 63% | 60% | 23642 /33186 | 71,2% |
| SCREENING CERVICO-VAGINALE copertura da inviti | 100% | 97% | 46505 /45764 | 102% |
| SCREENING CERVICO-VAGINALE copertura da esami | 52% | 49% | 20494 /45764 | 45% |
| SCREENING COLORETTALE copertura da inviti | 100% | 97% | 71855 /65679 | 109,4% |
| SCREENING COLORETTALE copertura da esami | 53% | 50% | 25387 /65679 | 38,7% |

Tabella 11. Indicatori attività screening oncologici anno 2024. Fonte: dati CPO al 15/01/2025.

Le attività per il prossimo triennio prevedono la sempre maggiore attenzione verso le indicazioni del Piano Regionale della Prevenzione, oltre al potenziamento e all'efficientamento dei servizi in essere.

La A.S.L. TO3 partecipa alla campagna regionale di screening gratuito per prevenire, eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV), rivolto ai nati tra il 1969 e il 1989, con l'obiettivo di individuare precocemente l'infezione e prevenire complicazioni come cirrosi e carcinoma epatico. La A.S.L. organizza giornate dedicate allo screening gratuito, con accesso su invito e diretto, senza necessità di prenotazione. I cittadini, inoltre, possono effettuare la preadesione allo screening HCV attraverso il sito regionale, cui segue l'invio di una mail d'invito. L'esame proposto prevede la ricerca di anticorpi anti-HCV su sangue capillare prelevato tramite test pungidito.

Presso i punti prelievo ad accesso libero della A.S.L. TO3 è altresì possibile richiedere un prelievo venoso per la ricerca degli anticorpi anti-HCV, anche in occasione di altri prelievi.

Se la positività al test, sia capillare che venoso, è confermata da un successivo esame di approfondimento (HCV-RNA), segue una visita specialistica per la presa in carico e la terapia.

I soggetti che hanno partecipato allo screening da maggio 2022 a dicembre 2024 sono 21.656: di questi 29 sono risultati positivi (0.13%), tutti presi in carico dai centri specialistici. 13 pazienti sono stati dichiarati guariti.

Progetto di sensibilizzazione sui danni da esposizione a monossido di carbonio (CO)

Per il 2025, il Dipartimento di Prevenzione ha sviluppato un progetto di sensibilizzazione sui danni derivanti dall'esposizione al monossido di carbonio (CO), con i seguenti obiettivi specifici:

- identificare le principali fonti di CO;
- promuovere controlli periodici sugli impianti di riscaldamento a combustione;
- definire le procedure da seguire in caso di sospetta intossicazione.

Il progetto si rivolge principalmente a cittadini, professionisti sanitari e manutentori di impianti.

Le attività previste comprendono la distribuzione di materiali informativi, la realizzazione di incontri formativi e l'organizzazione di campagne di comunicazione mirate ai gruppi destinatari del progetto.

Indicatori di valore pubblico: indicatori previsti dal Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 di Regione Piemonte; capacità di centri vaccinali e di programmi con MMG/PLS a livello aziendale per assicurare le coperture vaccinali previste; copertura inviti screening oncologici (numero persone invitate + adesioni spontanee popolazione bersaglio annuale); copertura esami screening oncologici (numero persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee/popolazione bersaglio annuale); percentuale screening HCV effettuati su popolazione bersaglio.

Contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza

All'interno della A.S.L. TO3 è attivo e si riunisce regolarmente il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), un gruppo multidisciplinare di professionisti che ha la *mission* di monitorare e gestire il rischio infettivo all'interno di tutte le strutture sanitarie aziendali, sia nei Presidi Ospedalieri che nelle strutture Distrettuali. Tale Comitato è il garante dell'impegno della A.S.L. TO3 nell'erogare un'assistenza di elevata qualità basata sull'adozione di tutte le linee guida Nazionali e Internazionali sulle misure atte a contenere il fenomeno delle ICA. Inoltre, all'interno dell'Azienda è attivo il Gruppo di Lavoro aziendale sulla *stewardship* antibiotica che, in accordo con le attività previste dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR), si occupa del monitoraggio dei microrganismi resistenti agli antibiotici, dei dati di consumo degli antibiotici stessi e dell'appropriatezza prescrittiva mediante l'attuazione di audit periodici delle cartelle cliniche. In un'ottica *One Health*, al Gruppo di Lavoro partecipa anche una componente veterinaria dell'ASL per il monitoraggio del consumo di antibiotici e l'attività di sensibilizzazione sull'antimicrobico resistenza rivolta a destinatari specifici (veterinari, allevamenti, popolazione generale).

Per incrementare gli sforzi nel contrasto all'antimicrobico resistenza, nel 2024 è stato istituito un Tavolo di Lavoro aziendale con la Direzione aziendale, le Direzioni Mediche di Presidio, la S.C. Farmacia, la S.C. Laboratorio Analisi Unificato e i Direttori di Dipartimento e di Struttura interessati. L'obiettivo è identificare e applicare interventi di *stewardship* per migliorare la prescrizione di questa classe di farmaci, instaurando una collaborazione fra infettivologi e specialisti di altre discipline per favorire l'appropriatezza terapeutica e, dove possibile, la *de-escalation* della terapia.

Sia l'antimicrobico resistenza sia la prevenzione e il controllo delle ICA sono oggetto di interventi di formazione strutturati e accreditati ECM e di sopralluoghi periodici all'interno delle strutture di degenza al fine di incentivare l'adozione di comportamenti positivi e volti a ridurre il rischio di trasmissione di patologie infettive all'interno delle strutture sanitarie. L'attività di sensibilizzazione in merito al fenomeno dell'antibioticoresistenza si esplica anche all'esterno dei Presidi Ospedalieri attraverso interventi di formazione e informazione con MMG e PLS sotto forma di formazione a distanza (FAD).

La sensibilizzazione della popolazione sul rischio infettivo passa, invece, attraverso la produzione di opuscoli informativi e la promozione di momenti divulgativi. Ne è esempio la produzione di poster e brochure realizzati annualmente in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani (5 maggio) e della giornata europea dell'antimicrobico resistenza (18 novembre).

L'attenzione dell'Azienda al contrasto delle ICA si focalizza, per il prossimo triennio, sull'aggiornamento delle procedure esistenti a tema di igiene ospedaliera e di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA; sulla promozione di interventi di miglioramento dell'igiene delle mani e sulla attività di sorveglianza in accordo con le attività previste dal PNCAR. L'Azienda, inoltre, collabora alla diffusione del manuale di terapia antibiotica empirica per gli ospedali per acuti realizzato dal gruppo di lavoro di riferimento della Regione Piemonte e, quando sarà disponibile, alla diffusione di analogo manuale dedicato alle residenze sanitarie assistenziali.

Indicatori di valore pubblico: indicatori previsti dal PNCAR.

Gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso

Il sovraffollamento è la situazione in cui il normale funzionamento dei PS (o di altre strutture ospedaliere) è impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili (fisiche e/o umane). Il sovraffollamento in PS dipende non solo dall'aumento degli accessi, ma in prevalenza dall'aumento dei tempi di permanenza in PS, dopo il completamento della fase di cura iniziale, dei pazienti da ricoverare nei reparti degli ospedali (per indisponibilità di posti letto, spesso conseguente alla difficoltà di dimissione dei pazienti dai reparti medici e chirurgici); si tratta pertanto di un problema dei sistemi sanitari che si manifesta nei PS/DEA, ma riguarda tutta la filiera delle cure, dal territorio all'Ospedale e nuovamente al territorio. Il sovraffollamento ha conseguenze negative sui pazienti, sugli operatori e sul sistema. Per i pazienti, aumento morbilità, mortalità, eventi avversi; aumento del disagio e minore garanzia di rispetto della *privacy* e della dignità personale; ritardi nella presa in carico e nell'effettuazione delle indagini diagnostiche; ritardo nel controllo del dolore e nella somministrazione di terapie. Le persone più fragili (es. grandi anziani, portatori di *handicap*, pazienti affetti da problematiche di salute mentale e demenza), soffrono in modo particolare il sovraffollamento e le lunghe attese. Per gli operatori,

aumento dello stress lavoro-correlato e del *burn-out*; calo motivazione professionale; aumentato rischio di aggressioni verbali e fisiche. Per il sistema, inadeguata garanzia di erogazione dei LEA, blocco ambulanze, uso inappropriato servizi emergenza, aumento permanenza in PS e durata delle degenze, aumento contenziosi, aumento costi.

Nel 2024 è stato aggiornato dalla A.S.L. TO3 il Piano di Gestione del Sovraffollamento (PGS) con d.d.g. N 1113 del 18/12/2024, con l'obiettivo del contenimento dei tempi di permanenza in PS per tutti i pazienti. In particolare, nel piano si definiscono i tempi *standard* a cui tendere come riportati nelle Linee di Indirizzo Nazionali per il Triage, l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e la gestione del sovraffollamento nei Pronto Soccorso (Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2019 e della D.G.R. 7-3088 del 16/04/2021). Si definiscono inoltre gli indicatori da monitorare per analizzare il fenomeno del sovraffollamento, al fine di implementare azioni correttive per ridurre il tempo di *boarding* in PS e, conseguentemente, il sovraffollamento. La S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio Attività Sanitarie produce *report* periodici sul monitoraggio degli indicatori e li invia alle Strutture interessate dal fenomeno, quali le Strutture Cliniche e Chirurgiche, la Medicina D'Urgenza, le Riabilitazioni e le Direzioni Mediche di Presidio. L'obiettivo per il 2025 è quello di continuare le azioni intraprese per ridurre il *boarding* a livello aziendale, implementando strategie mirate a migliorare l'integrazione ospedale-territorio sia in fase di ricovero che di dimissione.

Indicatori di valore pubblico: indicatori previsti dal PGS aziendale.

Governo delle Liste di Attesa

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) è finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari e si realizza rispettando i criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza nella condivisione delle informazioni ai cittadini sui loro diritti e doveri. Un ruolo centrale è occupato dall'integrazione tra MMG e medici erogatori delle prestazioni sanitarie: nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite è obbligatorio inserire l'indicazione di prima visita/controllo, il quesito diagnostico e la classe di priorità, che può essere Urgente, Breve, Differibile, Programmata (U, B, D, P).

Anche per il 2025, La A.S.L. TO3 ha tra i propri obiettivi prioritari il recupero delle liste d'attesa e il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche erogate in Azienda e il recupero delle liste di attesa per gli *screening* oncologici. Questo obiettivo si inserisce in un quadro normativo regionale che promuove il recupero delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche. Nello specifico, la A.S.L. TO3 ha recepito la normativa regionale vigente di riferimento per il recupero liste di attesa, in particolare:

- Determinazione Dirigenziale Regionale 395/A1400B/2024 del 12/06/2024 con la quale la Regione ha ripartito i fondi per il recupero di produzione di prestazioni PNGLA e con la quale ha definito i volumi target da raggiungere per ciascuna prestazione PNGLA
- D.G.R. 7-8279 del 11/03/2024 inerente all'assegnazione ai direttori generali /commissari delle AA.SS.RR. degli obiettivi di attività per l'anno 2024, tra cui l'obiettivo 4.2 - Tempi di attesa e recupero produzione.
- D.G.R. 9-8256 del 04/03/2024, che delibera le prime indicazioni sull'aggiornamento del Piano Operativo regionale per il recupero liste di attesa per l'anno 2024.
- D.G.R. 16-7729 del 20/11/2023, che ha definito ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali, prevedendo una revisione delle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economica delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, con decorrenza a dar data dal 1/01/2024.
- D.G.R. 20-6920 del 22/05/2023, ad integrazione della D.G.R. 48-4605 del 28/01/2022 e della D.G.R. 4-4878 del 14/04/2022, che approva la nuova rimodulazione del piano regionale 2023 e dei piani aziendali per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di *screening* oncologici, fornendo le disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa nelle strutture pubbliche e private accreditate ed autorizzando le Aziende Sanitarie Regionali all'utilizzo delle risorse assegnate.

La A.S.L. TO3 ha annualmente deliberato il Piano Aziendale per il recupero liste di attesa, definendo i volumi di prestazioni da recuperare, in ambito ambulatoriale, chirurgico e di screening oncologici, e le modalità di attuazione del piano (d.d.g. N 405 del 29/04/2022, d.d.g. N 811 del 23/06/2023, d.d.g. N 1073 del 04/12/2024).

Si è inoltre provveduto ad assegnare ai Direttori di Struttura, fra gli obiettivi di *performance* aziendale, l'obiettivo di aumentare la produzione per riportarla almeno ai volumi 2019 (d.d.g. N 469 del 20/05/2022, d.d.g. N 650 del 24/05/2023, d.d.g. N 473 del 21/05/2024).

Per quanto riguarda l'Area Chirurgica, per migliorare la gestione dei ricoveri sono stati emessi i seguenti documenti:

- Regolamento di gestione dei blocchi operatori, con gli obiettivi di:
- uniformare le modalità operative di gestione dei blocchi operatori aziendali;
- ottimizzare l'impiego di risorse umane, strutturali, tecnologiche e logistiche;
- migliorare la qualità del servizio erogato;
- migliorare la sicurezza del percorso del paziente nel blocco operatorio;
- garantire la continuità di funzionamento delle sale operatorie attraverso l'attività degli operatori assegnati nei vari turni di servizio e di pronta disponibilità;
- Procedura di gestione liste di attesa (PS A.S.L. 008), con gli obiettivi di:
- garantire la pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa secondo criteri di accessibilità, equità e trasparenza mediante l'utilizzo di strumenti informatici funzionali alla gestione degli accessi;
- uniformare, a livello aziendale, le modalità di gestione delle liste d'attesa e delle agende di prenotazione;
- definire modalità di monitoraggio in modo prospettico al fine di consentire interventi tempestivi laddove risultano evidenti criticità nel rispetto dei tempi d'attesa;
- gestire in modo appropriato le risorse assegnate sulla base della consistenza e delle criticità delle liste d'attesa;
- garantire una corretta e trasparente informazione al paziente relativamente alla sua posizione in lista d'attesa;
- garantire il costante controllo sulle liste di attesa (pulizia e verifica).

La procedura prevede l'utilizzo di uno strumento informatico che ordina i pazienti in base ad uno score definito dalla Regione (Prot. Regionale 00051117 del 29/12/2022), che tiene conto della classe dell'intervento e del tempo trascorso in lista di attesa, permettendo nel corso dell'anno un costante monitoraggio, mensile, della pulizia e smaltimento dei pazienti in lista di attesa.

Percorso di tutela del cittadino nell'ambito del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali

Alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale presentano criticità che comportano l'assegnazione di prenotazioni che non rispettano i tempi di attesa massimi previsti dalla normativa vigente (PNGLA 2019-2021). La A.S.L. TO3 prevede allora l'attivazione di un Percorso di Tutela volto a garantire la prenotazione entro i tempi massimi di garanzia. Il cittadino che, in possesso di prescrizione dematerializzata per prestazioni di specialistica ambulatoriale, attraverso i canali istituzionali di prenotazione, non ottenga un appuntamento che rispetti i tempi di attesa previsti dalla normativa vigente come prima data proposta, ha la facoltà di attivare il Percorso di Tutela. L'utente non deve aver rifiutato una prima proposta di appuntamento entro i termini previsti dalla normativa. Per attivare il Percorso di Tutela, il cittadino deve presentare formale istanza. Gli operatori di governo del servizio destinatario dell'istanza del Percorso di Tutela analizzano la documentazione, verificano la storia della prescrizione dematerializzata dell'utente su CUP regionale / Hero. Se l'utente ha rinunciato al primo posto disponibile o se si tratta di "altro accesso" (non primo accesso) o in mancanza della classe di priorità, non si attiva il percorso di tutela e si propone il primo posto disponibile a CUP. Se l'utente ha correttamente gestito la pratica, il servizio procede prenotando sull'applicativo CUP Regionale eventuali posti resi disponibili nel frattempo per annullamenti, apertura di slot straordinari di agende, aperture di sedute in regime di Prestazione Aggiuntiva.

Progetti di presa in carico delle prestazioni specialistiche e diagnostiche successive al primo accesso

In ottemperanza alla D.G.R. 16-7729 del 20/11/2023 che, tra gli interventi di contenimento dei tempi di attesa, prevede la presa in carico da parte delle ASL della prenotazione di prestazioni e visite di controllo dei pazienti che afferiscono alla struttura per primo accesso, nel 2024 sono stati predisposti progetti ospedalieri e territoriali di riorganizzazione dei servizi, mettendo in atto le azioni idonee per garantire il raggiungimento di questo obiettivo a livello di tutti gli ambulatori.

I progetti si sono sviluppati lungo tre direttive:

- azioni sugli specialisti: è stato rinforzato il concetto di obbligo di emissione della prescrizione della ricetta dematerializzata a cura del medico specialista ambulatoriale, con conseguente prenotazione dei controlli e altre prestazioni a seguito di prima visita in capo allo specialista stesso, con disposizioni scritte e incontri con i rappresentanti di branca per gli specialisti ambulatoriali;
- azioni sui percorsi amministrativi interni: sono stati creati percorsi amministrativi interni in tutti i poliambulatori distrettuali e ospedalieri per la prenotazione dei controlli/prestazioni diagnostiche successivi alla prima visita, a supporto dello specialista ambulatoriale (in caso di specialista non prenotante, mancanza di posti a CUP per i controlli da prenotare, ecc.);
- azioni sulle agende: si prevede un'attività di monitoraggio costante sulle agende e relativo governo con le seguenti finalità:
 - modulazione continua e flessibile per specialità e per poliambulatorio, ove possibile, della percentuale di primi accessi/controlli;
 - modulazione delle classi di priorità nelle agende;
 - segnalazione immediata e risoluzione di criticità e problematiche mediante strumenti operativi a breve periodo.

Indicatori di valore pubblico: numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA eseguite rispetto al precedente anno in attività istituzionale e in attività aggiuntiva; numero di prestazioni chirurgiche monitorate dal PNGLA eseguite rispetto al precedente anno in attività istituzionale e in attività aggiuntiva; tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche rispetto al precedente anno di attività; diminuzione del tempo di latenza tra prescrizione dei controlli e data di prenotazione.

Azioni Positive

La A.S.L. TO3 dedica particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze di salute, analizzando le disparità geografiche e sociali che influenzano sia lo stato di salute che l'accesso ai servizi sanitari. Il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI) monitora costantemente diversi indicatori, fondamentali per la pianificazione di nuovi servizi e il miglioramento di quelli già esistenti. Gli indicatori, periodicamente aggiornati, includono i determinanti di salute, la prevalenza di malattie croniche, l'offerta di servizi sanitari, l'accesso agli stessi e gli esiti degli interventi sanitari.

In questo contesto, la Medicina di Genere riveste un ruolo centrale. Si tratta di un approccio interdisciplinare che studia come le differenze biologiche e socioculturali tra uomini e donne influiscano su malattie, diagnosi, trattamenti e prevenzione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il "genere" come l'insieme di norme sociali relative ai comportamenti, ruoli e azioni attribuiti ai diversi sessi, riconoscendo questa dimensione come fondamentale per la promozione della salute. Le disuguaglianze di genere si riflettono in vari ambiti: nei comportamenti di salute, nella prevalenza e gravità di molte malattie (sia croniche che infettive), nelle differenze nelle risposte alle terapie e negli effetti collaterali dei farmaci, nelle problematiche relative alla tossicità ambientale e farmacologica, nelle malattie professionali, nella salute mentale e nelle disabilità. Inoltre, si manifestano anche nell'uso dei servizi sanitari per attività di prevenzione (come *screening* e vaccinazioni), diagnosi, ricoveri, medicina d'urgenza e nell'assunzione di farmaci e dispositivi medici. La Direzione Generale della A.S.L. TO3 ha istituito, con d.d.g. N 373 dell'08/04/2022, un gruppo di lavoro interdisciplinare con l'obiettivo di integrare, in tutte le aree dell'Azienda, una nuova dimensione che tenga conto delle differenze di sesso e/o genere. Questo approccio non si limita solo agli aspetti biologici e clinici, ma abbraccia anche le dimensioni culturali, sociopsicologiche e sociali, con l'intento di promuovere una maggiore equità nei servizi sanitari offerti.

In A.S.L. TO3 è inoltre attivo il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.), istituito con d.d.g. N 725 del 7/10/2011, successivamente rinnovato nel 2015 (del. 2207/2015) e nel 2020 (del. 780/2020) e in fase di rinnovo nel 2025. Il C.U.G. svolge un'attività continua che include una serie di iniziative, sviluppate

grazie al contributo di sottogruppi di lavoro, finalizzate a promuovere la parità di genere, prevenire le discriminazioni e garantire il rispetto dei diritti e della dignità delle persone all'interno dell'Azienda. Le principali iniziative del C.U.G. sono riassunte di seguito:

- attivazione asilo nido aziendale/interaziendale, destinato ai figli del personale dipendente della A.S.L. TO3, nella fascia di età tra i 3 e i 36 mesi. Gli obiettivi sono migliorare la qualità di vita delle lavoratrici e dei lavoratori, facilitare un rientro più sereno dalla maternità, garantendo una migliore conciliazione dei tempi vita/lavoro, e promuovere le opportunità di carriera per le donne lavoratrici, valorizzando il loro apporto professionale;
- miglioramento dell'equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali dell'Azienda, mediante:
- mappatura, identificazione e valorizzazione dei percorsi formativi, professionali e delle capacità del personale, anche tramite la mobilità volontaria; creazione di ambienti di lavoro idonei, adeguati alle esigenze delle operatrici;
- trasformazione organizzativa orientata a promuovere un reale cambiamento in termini di parità di genere;
- introduzione di meccanismi premiali per la crescita professionale sulla base delle competenze e delle attitudini, senza discriminazioni;
- valorizzazione delle differenze di genere, garantendo pari opportunità di crescita professionale;
- somministrazione di un questionario anonimo per comprendere la situazione delle posizioni apicali femminili all'interno della A.S.L. TO3;
- integrazione della dimensione di genere per promuovere l'uguaglianza di genere nei progetti formativi, di ricerca e nei contenuti didattici, mediante:
- organizzazione di eventi e convegni per diffondere una cultura inclusiva rispetto al genere, con campagne di sensibilizzazione rivolte al personale dipendente e agli *stakeholder*. Gli indicatori di successo includono il numero di corsi attivati, la partecipazione per genere e la valutazione tramite questionari di apprendimento;
- monitoraggio della distribuzione di genere del personale di ricerca, valorizzazione delle disuguaglianze di genere nella ricerca e promozione della parità nell'accesso alle risorse di ricerca. Gli indicatori comprendono il numero di progetti di ricerca con impatti di genere e la percentuale di ricercatori di genere femminile tra i *principal investigator*;
- attivazione di corsi di sensibilizzazione sulle tematiche di genere e promozione di reti multidisciplinari tra il personale docente e ricercatore, al fine di aumentare la consapevolezza e favorire una cultura del rispetto. Gli indicatori sono il numero di corsi e la distribuzione per genere dei partecipanti;
- contrasto alla violenza di genere e alle molestie sessuali, mediante istituzione di uno sportello dedicato a supportare i dipendenti che riportano episodi di violenza di genere sul posto di lavoro. Questo sportello rappresenta un'opportunità per raccogliere informazioni non solo su episodi di violenza, ma anche sul benessere lavorativo percepito. L'obiettivo è garantire un ambiente privo di discriminazioni e violenze, fisiche o psicologiche, e promuovere il rispetto delle identità di genere. Il progetto include anche la realizzazione di eventi e convegni formativi per sensibilizzare sul concetto di genere e sulla terminologia ad esso associata, contribuendo a contrastare stereotipi e pregiudizi;
- implementazione del progetto "Cultura e clima organizzativo", che mira a coinvolgere il personale nei cambiamenti organizzativi prima della loro attuazione, favorendo la partecipazione al cambiamento aziendale. L'obiettivo finale è valorizzare il benessere dei lavoratori e delle lavoratrici, contrastando le discriminazioni, promuovendo una cultura del rispetto e riducendo le disuguaglianze di genere. Il progetto prevede un'analisi della realtà esistente e delle criticità nel clima organizzativo attraverso questionari e *focus group*.

Una analisi della situazione esistente è riportata nel documento "Gender equality plan", approvato con d.d.g. N 793 del 15/09/2022. Il documento, progettuale e programmatico, è uno strumento fondamentale per promuovere un cambiamento culturale e organizzativo, ridurre gli squilibri di genere e migliorare la parità. I dati aziendali sulle progressioni di fascia del personale non dirigente, che includono sia il personale maschile che femminile, mostrano che non vi sono discriminazioni di genere nelle progressioni di fascia. Le progressioni di carriera sono eseguite secondo principi di trasparenza e parità di genere. Inoltre, per questa categoria di personale non dirigenziale del

Comparto si riscontra raramente il fenomeno di “*leaky pipeline*”, letteralmente “tubo che perde”, una metafora utilizzata per indicare il fenomeno di progressivo abbandono delle carriere da parte del genere femminile.

Coerentemente con la normativa comunitaria e nazionale che indica la promozione dell'uguaglianza di genere, della parità e delle pari opportunità a tutti i livelli, la A.S.L. TO3 continuerà a favorire azioni volte all'attenzione dei temi della conciliazione, del contrasto alle discriminazioni, della promozione della cultura di genere e della valorizzazione delle differenze, ponendo una particolare impegno al benessere lavorativo e alla sicurezza nei luoghi di lavoro.

Attività di ricerca e innovazione

La A.S.L. TO3 promuove con determinazione la ricerca clinica e l'innovazione tecnologica, integrandole nei processi organizzativi e assistenziali per migliorare la qualità dei servizi offerti. In questo contesto, l'Azienda partecipa attivamente alle iniziative promosse dal DAIRI-R (Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione Regionale), contribuendo alla valorizzazione della ricerca sanitaria a livello regionale. Tra le attività rilevanti si annoverano la progettazione europea, volta all'ottenimento di finanziamenti per lo sviluppo di soluzioni innovative, e l'introduzione di percorsi di intelligenza artificiale, come *chatbot* e sistemi di automazione, per supportare sia i processi clinici sia quelli amministrativi. Inoltre, la A.S.L. TO3 investe in programmi formativi specifici sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale, finalizzati a sviluppare competenze digitali avanzate tra il personale sanitario e amministrativo. Queste attività riflettono l'impegno dell'Azienda nel favorire un approccio innovativo e sostenibile alla sanità pubblica.

Indicatori di valore pubblico: numero di progetti di ricerca e innovazione avviati; numero di progetti europei presentati e finanziati; percentuale di personale formato su competenze digitali e applicazioni di intelligenza artificiale; impatti misurabili sui percorsi assistenziali derivanti dall'adozione di soluzioni innovative.

2.1.3 Pilastro dell'area organizzativa

Fascicolo sanitario elettronico

La Missione 6 Salute del PNRR prevede il potenziamento e l'evoluzione del Fascicolo Elettronico (investimento M6C2 1.3.1) verso l'FSE 2.0, al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e professionisti sanitari. Ad oggi sono stati eseguiti gli interventi atti a garantire l'adeguamento applicativo alla versione accreditata FSE 2.0 delle seguenti tipologie documentali:

- Lettera Dimissione – Producer LDO;
- Verbale di Pronto Soccorso – Producer VPS;
- Referti di laboratorio – Sistema LIS;
- Referti di radiologia – Sistema RIS;
- Referti ambulatoriali per esterni – Piattaforma refertazione ambulatoriale generica;
- Referti ambulatoriali per esterni – Piattaforme verticali per refertazione ambulatoriale di ambito specifico (diabetologia – cardiologia - endoscopia).

Come richiesto dagli obiettivi regionali assegnati ai Direttori Generali, è stata realizzata e messa in produzione a fine 2024 una nuova funzionalità dell'applicativo aziendale che gestisce la cartella clinica, grazie alla quale l'operatore sanitario può accedere agevolmente alla documentazione presente nel FSE del paziente (ove il paziente abbia rilasciato il consenso).

Nel 2025 le iniziative sono finalizzate a diffondere tra gli operatori le informazioni in merito alla funzionalità sopra citata, che rappresenta un nuovo ed importante strumento per migliorare il percorso di cura del paziente, permettendo l'accesso alla storia clinica completa dello stesso. Si continuerà altresì con gli sforzi per incrementare le percentuali di copertura dei documenti firmati digitalmente rispetto ai dati provenienti dai flussi consolidati regionali mediante invio di *report* di dettaglio alle Direzioni Mediche di Presidio per l'analisi dei documenti non emessi digitalmente rispetto ai flussi consolidati, con invito a richiamare il personale eventualmente inadempiente e un manuale di istruzioni per il recupero dei documenti non emessi correttamente.

Le attività di monitoraggio ed efficientamento dei processi proseguiranno per tutto il 2025.

Promozione dell'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico

Oltre all'incremento delle percentuali di invio dei documenti sanitari nel FSE, è importante la diffusione della cultura digitale e dei servizi di accesso digitale alla sanità, come alternativa all'accesso fisico della popolazione agli sportelli territoriali e come accesso diretto alla documentazione sanitaria da parte degli operatori sanitari, per migliorare il processo di cura dei pazienti. In questo contesto, nel 2024 sono stati effettuati alcuni incontri frontali con la popolazione per la diffusione dei servizi di accesso digitale alla sanità (FSE, Salute Piemonte, servizi A.S.L. TO3: accessibilità digitale ai servizi sanitari con SPID, accessibilità alternativa senza SPID). Sono stati inoltre effettuati interventi di promozione dello strumento del Fascicolo Sanitario Elettronico destinati ai MMG della A.S.L. TO3 di tutti i distretti (circa 380 MMG) e sono stati organizzati corsi di formazione per il personale dipendente operante agli sportelli CUP territoriali.

Indicatori di valore pubblico: numero di documenti (Lettere di Dimissione Ospedaliere, Verbal di Pronto Soccorso, Referti di Specialistica Ambulatoriale, Referti di Esami Strumentali) firmati digitalmente ed inviati al Fascicolo Sanitario, rispetto al totale delle prestazioni prodotte; diminuzione degli accessi al CUP e incremento delle prenotazioni via web.

Percorsi LEAN per le sale operatorie e l'attività di integrativa e protesica

Il termine "innovazione" assume sempre di più il significato di sviluppo e miglioramento derivanti dall'avanzamento scientifico. In questa prospettiva si afferma l'idea che la conoscenza scientifica sia di per sé stessa fattore di salute, sicurezza e *comfort*. La A.S.L. TO3 ha deciso di investire in modo significativo sulla ricerca clinica e sull'analisi dei processi. Il *Lean thinking* è una metodologia di *management* che ha come obiettivo l'abbattimento degli sprechi, per creare processi standardizzati associati a bassi costi, grazie al contributo delle persone che ne fanno parte. Alla base della filosofia *Lean thinking* c'è la centralità del cliente (nel contesto sanitario il paziente), la ricerca degli sprechi e la responsabilizzazione delle risorse umane aziendali per creare valore aggiunto. Concettualmente il *Lean management* nasce con il *Toyota Production System*, un sistema manageriale e di produzione industriale, ed ha avuto origine al fine fronteggiare le condizioni negative in cui si trovava l'economia giapponese negli anni '50. Tali condizioni hanno determinato le basi per un modello gestionale caratterizzato da una maggiore attenzione ad evitare ogni tipo di spreco delle risorse: tempo, persone, materiali, spazio, trasporti.

Il viaggio che l'Azienda ha intrapreso per la diffusione del *lean management* inizia nel 2020, con l'erogazione di un corso FAD, analogo a quello che sarà nuovamente fruibile nel corso del 2025. Nel gennaio 2023 è stato lanciato il progetto "Comunità di Pratiche di *Lean Management* per il Miglioramento Continuo". Tale progetto mira a promuovere una cultura del miglioramento continuo attraverso formazione, collaborazione e coinvolgimento attivo del personale.

La Fase 1 ha visto la realizzazione del corso "*Lean thinking: metodi e strumenti per il miglioramento organizzativo in sanità*", accreditato ECM e strutturato in 5 edizioni, formando 88 professionisti da tutte le strutture aziendali.

La Fase 2 ha consolidato il *network* della Comunità di Pratiche, con un comitato centrale, facilitatori e quattro gruppi tematici che lavorano su aree chiave come i rapporti con i cittadini e la gestione dei processi interni.

Infine, nella Fase 3, è stata attivata sulla piattaforma *intranet* aziendale la sezione 'Miglioriamo l'Azienda', dove ogni dipendente può proporre idee e progetti, favorendo un coinvolgimento capillare e gratuito.

Considerando i notevoli costi operativi, vi è un forte interesse nel massimizzare l'efficienza della sala operatoria. Oltre al risparmio economico, il miglioramento dell'efficienza della sala operatoria può avere diversi benefici, tra cui il miglioramento della sicurezza dei pazienti, l'aumento della produttività della sala operatoria e il miglioramento della soddisfazione dei pazienti, dei chirurghi e del personale. Il processo che porta il paziente ad un'operazione chirurgica comporta una serie di passaggi e procedure su cui la metodica *Lean* può intervenire in modo efficace. In questo senso, numerosi studi hanno applicato il *Lean thinking* nel contesto di una sala operatoria, dimostrando come questa metodologia possa essere un efficace approccio per l'efficientamento di questo *setting*. È corso un progetto di analisi di processo, *Lean-based*, sulle divisioni di chirurgia all'interno

dei blocchi operatori. Il progetto si propone di affrontare la questione dell'efficientamento delle sale operatorie nei Presidi Ospedalieri di Pinerolo, Rivoli e Susa.

Gli obiettivi specifici del progetto risultano essere:

- entrare nel dettaglio del processo tramite un approccio *LEAN 5G* (recarsi sul posto, esaminare il processo, controllare fatti e numeri, riferirsi alla teoria, seguire gli *standard*);
- verificare l'attendibilità dei dati inseriti sui sistemi informativi aziendali ed intraprendere azioni di miglioramento in ottica di digitalizzazione del processo;
- analizzare la pianificazione delle sedute, verificando orari di inizio e fine e numero di interventi pianificati vs eseguiti;
- evidenziare all'interno del processo gli sprechi e intraprendere azioni di miglioramento;
- definire un set di indicatori di riferimento per il monitoraggio e il miglioramento continuo delle sale operatorie.

La regolamentazione del percorso chirurgico e l'organizzazione dei blocchi operatori sono oggetto di azioni di miglioramento continuo al fine di efficientare e omogeneizzare i percorsi a livello aziendale per quanto concerne l'assetto organizzativo. Tra gli elementi prioritari per la sicurezza e l'efficienza delle attività chirurgiche vi sono: il rispetto dei tempi di attesa previsti sul percorso chirurgico, la standardizzazione dell'intero percorso chirurgico, l'integrazione dei professionisti che interagiscono ai vari livelli del percorso e la conoscenza ed il rispetto delle pratiche di sicurezza nella gestione delle sale operatorie. Al fine di rendere *lean* il percorso e migliorare l'efficienza delle sale operatorie sono stati:

- definiti i ruoli, le responsabilità e i compiti delle diverse figure professionali coinvolti nella pianificazione delle attività chirurgiche/operative;
- definiti, pianificati e monitorati, sia a livello centrale che a livello locale, le attività che compongono il processo di programmazione chirurgica;
- definite le interfacce e le modalità di comunicazione tra i soggetti coinvolti;
- stabilite le regole di attività dei blocchi operatori aziendali;
- determinate le modalità gestionali ed organizzative per il governo dell'attività dei Blocchi operatori;
- raggiunti *standard* operativi atti a garantire la sicurezza e l'efficienza del sistema.

Questo processo di regolamentazione e di miglioramento continuo è stato possibile presso i Presidi Ospedalieri grazie a riunioni preliminari di regolamentazione dei processi e grazie a riunioni programmate settimanalmente e che vedono coinvolte tutte le professioni sanitarie. Il processo è in continua evoluzione ed è oggetto di azioni continue di miglioramento.

Nel corso del 2025 proseguono le attività di osservazione e monitoraggio dei processi, al fine del miglioramento continuo.

La metodica *Lean Management* è in fase di applicazione anche nel contesto della assistenza integrativa e protesica, area in cui il progressivo invecchiamento della popolazione e la maggiore capacità di assistenza messa a disposizione dal Servizio Sanitario hanno determinato negli ultimi anni un progressivo aumento di spesa, sia per l'aumento dei prezzi di approvvigionamento e la complessità tecnologica di alcuni dispositivi forniti, che per la numerosità delle persone assistite.

Un approccio *lean* è stato introdotto dal Coordinamento Territoriale per quanto riguarda la prescrizione di materiale da assorbimento, con la collaborazione dei Medici di MMG. Sul portale ECWMED il MMG prescrive quanto ritenuto appropriato e la trasmissione avviene direttamente dal Portale all'Assistenza Protesica, evitando quindi l'accesso degli utenti/familiari ai nostri CUP o via mail. La tipologia di settore, alto spendente, che coinvolge risorse interne ed esterne all'Azienda, sottoposta a numerosi vincoli di tipo normativo, richiede particolare attenzione. La spesa è concentrata in alcune categorie di dispositivi (prodotti per l'assorbimento, alimenti per celiaci, protesi acustiche) e l'iter che va dalla richiesta all'erogazione passa attraverso più figure professionali: il Medico Prescrittore, il Medico autorizzatore, il personale Amministrativo cui è demandato il governo delle pratiche di assistenza, relazione con il pubblico, aggiornamento dei Sistemi Informativi, i soggetti fornitori, comprese le farmacie convenzionate, il personale di magazzino che cura lo stoccaggio e il ritiro dei beni riutilizzabili, il ripristino, la sanificazione e lo smaltimento. Il processo è supportato da Sistemi Informativi tra loro integrati, che introducono un elemento di complessità per l'operatore. Nel 2022 è stata effettuata una analisi dettagliata dei processi e delle criticità, per le quali sono state proposte azioni di miglioramento implementate nel corso del 2023 e del 2024. Nel 2025 continuano le misure di efficientamento.

Le azioni che permangono in stato di attuazione sono: aumentare l'attenzione all'appropriatezza prescrittiva, anche tramite la formazione dei soggetti prescrittori, completare la digitalizzazione di tutti i processi, rivedere le procedure amministrative e sanitarie di autorizzazione anche migliorando gli accordi quadro per ottenere forniture dei dispositivi con prezzi concorrenziali, ottimizzare le quantità erogate e aumentare la percentuale di riutilizzo degli ausili, la razionalizzazione del processo di acquisto. Secondo una prospettiva triennale, le azioni strutturali che si intendono realizzare sono: l'inserimento di una risorsa con competenze tecniche utili alla valutazione dei preventivi e alla progettazione dei dispositivi di assistenza, la revisione dei sistemi informativi, l'aumento della Distribuzione Diretta rispetto alla distribuzione tramite farmacie convenzionate, l'aggiornamento dei listini tramite gare di appalto.

Infine, per valorizzare la creatività del personale è stato lanciato il *Lean Awards 2025*, un'iniziativa che premia i progetti più innovativi, favorendo la competizione sana e la collaborazione. Ogni progetto potrà diventare un esempio di eccellenza per l'intera organizzazione.

Indicatori di valore pubblico: indicatori di efficienza delle sale operatorie e del servizio di integrativa e protesica, come previsto dai rispettivi progetti; evidenza di implementazione dei protocolli aziendali.

Telemedicina

L'*Information and Communication Technology* (ICT) rappresenta un elemento importante per migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi in cui la deospedalizzazione deve essere supportata dalla continuità di cura tra ospedale e territorio; una potenzialità di miglioramento risiede nel passaggio da una modalità organizzativa prevalentemente fondata sul singolo contatto di cura alla realizzazione dei PSDTA con informatizzazione e analisi di *workflow* sanitari per facilitare la continuità di cura e la diffusione di buone pratiche organizzative, anche tra strutture ospedaliere diverse. Le più recenti metodologie di telemedicina e monitoraggio remoto dei pazienti potrebbero fornire un contributo determinante per il trattamento domiciliare dei pazienti, favorendone la deospedalizzazione ed una maggiore continuità assistenziale. La visita erogata a distanza è uno strumento innovativo attraverso cui il paziente riceve assistenza da remoto in termini di quesiti clinici, interpretazione di esami diagnostici e di consulenza specialistica.

La Regione Piemonte già a partire dal 2020 ha fornito indicazioni sulle Visite di Specialistica ambulatoriale erogabili in modalità televisita (d.d.g. N 6-1613 del 03/07/2020, "Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (televisita)". Facendo seguito alle indicazioni regionali, la A.S.L. TO3 ha implementato una serie di attività atte ad avviare e rendere pienamente efficienti prestazioni fornite in telemedicina: innanzitutto è stata deliberata con la d.d.g. N 207 del 25/03/2021 l'istituzione del "gruppo di lavoro per la governance e la gestione dell'implementazione dei progetti di telemedicina in azienda"; è stato successivamente organizzato un corso di Formazione sul Campo: "Le possibilità di sviluppo organizzativo date dalla telemedicina: dalla teoria alla pratica" ed incontri di audit realizzati nel 2022 presso le Strutture con lo scopo di analizzare i processi assistenziali ed individuare i punti di forza e gli ostacoli specifici (tecnologici/ tecnici/ amministrativi/ clinici).

Sulla base di quanto emerso durante il corso e negli audit, sono state pianificate le attività da implementare al fine di adattare la tecnologia ai processi e consentire lo sviluppo e la redazione del Piano di Telemedicina Aziendale 2023-24. Al fine di formalizzare l'approccio alla Telemedicina attraverso la definizione di protocolli chiari e condivisi a livello Aziendale, nel mese di dicembre 2023 è stata emessa e diffusa la PS ASL 036 – "La gestione delle attività di telemedicina nella A.S.L. TO3" che descrive nella sua prima versione, in particolare, le modalità erogative della televisita.

L'attività di Audit ha fornito elementi utili a favorire una significativa diffusione dell'erogazione in telemedicina da parte delle diverse strutture aziendali: tutte le SS.CC. coinvolte hanno dimostrato interesse e disponibilità a continuare a fare Telemedicina anche dopo la fine dell'emergenza Covid, accettando un incremento degli obiettivi in termini di prestazioni erogate. È inoltre emerso un potenziale interesse verso i teleconsulti specialistici fra professionisti, che potrebbero aumentare considerevolmente la quantità di prestazioni in Telemedicina. Tutti condividono una visione di Telemedicina saldamente inserita all'interno di percorsi di diagnosi, terapia e cura, e la necessità di formalizzare questo nuovo approccio attraverso la definizione di protocolli chiari e condivisi a livello

Aziendale. Emerge la considerazione che i vantaggi dovuti all'adozione di soluzioni di telemedicina sono:

- l'ICT rappresenta un elemento importante per migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi in cui la deospedalizzazione deve essere supportata dalla continuità di cura tra ospedale e territorio;
- una potenzialità di miglioramento risiede nel passaggio da una modalità organizzativa prevalentemente fondata sul singolo contatto di cura alla realizzazione dei PSDTA con informatizzazione e analisi di *workflow* sanitari per facilitare la continuità di cura e la diffusione di buone pratiche organizzative, anche tra strutture ospedaliere diverse;
- le più recenti metodologie di telemedicina e monitoraggio remoto dei pazienti potrebbero fornire un contributo determinante per il trattamento domiciliare dei pazienti, favorendone la de-ospedalizzazione;
- la visita erogata a distanza è uno strumento innovativo attraverso cui il paziente riceve assistenza a distanza in termini di quesiti clinici, interpretazione di esami diagnostici, consulenza specialistica.

I partecipanti all'Audit riconoscono un effettivo valore clinico alla Telemedicina, soprattutto nella misura in cui le televisite, i teleconsulti e il telecontrollo/telemonitoraggio si inseriscono in percorsi formalizzati e validati (anche, se del caso, attraverso HTA). Tutti i partecipanti all'Audit condividono il fatto che le visite di rinnovo dei Piani Terapeutici possano essere trasformate in televisite, ciò significa disporre di un potenziale di televisite annuali pari a parecchie migliaia.

In relazione a ciò è evidente che in una società caratterizzata da uno straordinario cambiamento sociale e dalla rivoluzione digitale (dispositivi intelligenti, robotica, intelligenza artificiale) le strutture sanitarie rappresentano il luogo ideale per le sperimentazioni che devono portare alla realizzazione di "Ospedali 4.0"; ambienti di ricerca in cui l'ospedale diventa un centro di cura in cui clinici e pazienti interagiscono con le tecnologie e l'automazione per sviluppare servizi migliori, migliorando la vita dei malati e degli operatori con una auspicabile riduzione dei costi.

La A.S.L. TO3 partecipa come protagonista a progetti di ricerca per la realizzazione di supporti alla diagnosi, sia nell'ambito dell'*imaging* che in quello della patologia clinica, basati sull'intelligenza artificiale. Nell'ottica di una progressiva sostituzione delle apparecchiature diagnostiche, è assolutamente necessario creare una cultura professionale congruente con le nuove tecniche diagnostiche.

Indicatori di valore pubblico: percentuale di visite eseguite in telemedicina rispetto allo *standard* previsto in sede di audit; numero di iniziative di teleradiologia implementate sul totale delle iniziative previste.

Health Technology Assessment (HTA)

L'HTA è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia, attraverso la valutazione di più dimensioni quali, ad esempio, l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale-organizzativo. La S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio delle Attività Sanitarie della A.S.L. TO3 presiede la Commissione Aziendale HTA. La Commissione svolge attività di valutazione delle tecnologie sanitarie basata sulle evidenze scientifiche al fine di fornire uno strumento di supporto utile alle scelte della Direzione Aziendale, coerenti con le esigenze e le specifiche finalità strategiche dell'Istituzione, rispettose dei vincoli economici e capaci di promuovere la qualità e l'appropriatezza. La Commissione HTA, nel corso dell'anno 2024, è stata convocata e si è riunita per quattro volte. Tutte le richieste pervenute nel corso dell'anno 2024 sono state prese in carico e vagliate dalla S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio delle Attività Sanitarie, per mezzo del Gruppo di lavoro HTA e, per quelle ritenute meritevoli, portate all'attenzione della suddetta Commissione per la loro valutazione.

In particolare, sono state presentate attraverso l'applicativo informatico, realizzato nel 2022, oltre 130 domande riferite a Ingegneria Clinica, Farmacia, Acquisti e Logistica e Pianificazione strategica, a cui si aggiungono oltre 70 richieste di arredi. Per sensibilità e complessità, circa il 15% delle richieste sono state discusse dalla Commissione HTA.

Inoltre, nel corso dell'anno 2024:

- si sono iscritti all'Albo degli Esperti aziendale circa 50 professionisti sanitari, di cui si possono avvalere sia la Commissione HTA che le Strutture aziendali;
- sono state prese in carico dalla Pianificazione strategica molteplici richieste, di seguito se ne citano alcune:
 - o videostiletto Pro Vu, dispositivo utilizzato nei pazienti obesi e nelle procedure per le quali anche l'utilizzo del fibroscopio non è dirimente;
 - o analisi del fabbisogno dei sistemi di riscaldamento pazienti;
 - o analisi del fabbisogno dei ferri chirurgici;
 - o protesi laparoscopica autobloccante 3D;
 - o progetto di comunicazione ipnotica;
 - o impianto drenante di *Baerveldt*;
 - o revisione dei moduli per la procedura di "Cessione in prova";
 - o istituzione di un tavolo di lavoro finalizzato alla definizione di quanto previsto dai DM riferiti all'identificativo unico del dispositivo (UD e UI);
 - o sistema di colangioscopia digitale a singolo operatore (D-SOC);
 - o camicia nefrostomica per *mini PERC (ClearPetra)*;
 - o robot per chirurgia ortopedica;
 - o censimento delle applicazioni di intelligenza artificiale in campo sanitario, come da richiesta della direzione regionale prot. 0074387 del 05/07/2024;
 - o sostituzione apparecchiature per fototerapia neonatale;
 - o dispositivo per l'analisi e il trasporto di escissioni della mammella (*Klinitray*);
 - o *pacemaker monocatetere RM compatibile*;
- oltre alle pratiche sopra elencate, sono in corso di valutazione le richieste di introduzione di dispositivi innovativi presso IRES Piemonte come di seguito indicati:
 - o *Gleamer Bone View (software IA per radiologia)*;
 - o *REMO di Morecognition (braccialetto per riabilitazione mano)*;
 - o *Fasciotens (dispositivo per chirurgia addominale)*;
 - o *Sirius Pintuition (sistema di localizzazione magnetica per lesioni mammarie)*;
 - o Robot Da Vinci.

Il lavoro della Commissione HTA aziendale proseguirà, come negli anni precedenti, con incontri e sedute programmate ogni due-tre mesi e nella sua funzione trasversale di supporto al Decisore in materia di valutazione di tecnologie sanitarie, secondo quanto previsto dalla recente D.G.R. 11-277 del 18/10/2024 "Governo delle tecnologie biomediche e dell'innovazione in sanità. Modifica della DRG 82-5513 del 03/08/2017 per il recepimento del DM Salute 09/06/2023 – Adozione del programma nazionale HTA".

Indicatore di valore pubblico: numero di richieste HTA prese in carico e risolte.

Assistenza territoriale

Il progressivo invecchiamento della popolazione porterà nei prossimi anni all'aumento di richiesta di servizi per malattie croniche e alla necessità di rimodulare le strutture organizzative aziendali, in linea con i parametri nazionali e regionali, per rispondere ai bisogni dei cittadini.

È necessario riorganizzare dunque i processi prevedendo maggiore integrazione tra ospedali e territorio al fine di soddisfare i bisogni emergenti. L'obiettivo è la presa in carico del paziente, tramite una medicina di iniziativa, più integrata e di più facile accesso. La Missione 6 del PNRR attiva numerose innovazioni nelle comunità locali, in particolare quelle del riordino dell'assistenza territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali) orientato a una sanità di iniziativa, di prossimità, con continuità nei percorsi di cura, integrazione tra interventi sanitari e non sanitari, efficienza gestionale. COT, Ospedali e Case di Comunità costituiranno il "sistema sanitario territoriale" che gestirà in modo integrato la domanda di salute socioassistenziale. A questo scopo è stato avviato un significativo investimento nella formazione di infermieri di famiglia e/o di comunità, che ha portato ad un aumento del numero di infermieri formati, passando da 24 nel 2021 a 69 attualmente. Si prevede di formare ulteriori 23 infermieri nel 2025. Rispetto alla valorizzazione delle professionalità presenti sul territorio è stata rivista l'organizzazione della Rete vulnologica aziendale per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee acute e croniche

(d.d.g. N 649 del 09/07/2024) attraverso l'implementazione di un nuovo modello assistenziale multidisciplinare basato sull'integrazione ospedale-territorio.

La realizzazione del PNRR sul territorio della A.S.L. TO3 prevede:

- 6 Centrali Operative Territoriali (COT): a Venaria, Collegno, Orbassano, Avigliana, Susa e Pinerolo, attivate tutte entro giugno 2024;
- 12 Case di Comunità (CdC): Venaria e Alpignano (Distretto Area Metropolitana Nord); Rivoli (attivata a ottobre 2024), Grugliasco e Collegno (Distretto AM Centro); Orbassano (Distretto AM Sud); Avigliana, Susa e Oulx (Distretto Val Susa e Val Sangone); Vigone, Cavour e Torre Pellice (Distretto Pinerolese);
- 4 Ospedali di Comunità (OdC): Pomaretto, Torre Pellice, Venaria e Giaveno.

Per la loro realizzazione è possibile adattare le strutture esistenti con i finanziamenti previsti che sono pari a 2.500.000 euro per gli Ospedali di Comunità, 1.500.000 euro per le Case della Comunità e 150.000 euro per le Centrali Operative Territoriali (nel finanziamento sono compresi anche arredi e attrezzature):

- vincolo ad utilizzare i già menzionati finanziamenti per le opere di adeguamento entro il 2026;
- valorizzazione delle strutture attive come gli ex ospedali oggi classificati presidi sanitari territoriali;
- accessibilità da parte della cittadinanza che si integri con la rete degli ambulatori della medicina e pediatria territoriale e che anticipi un accesso inappropriato ai Pronto Soccorso;
- criteri oro-geografici;
- densità di popolazione afferente;
- evidenza di attività qualificanti già presenti (nuclei CAVS oggi elemento valorizzante degli ospedali di Comunità).

Le Case della Comunità sono destinate a diventare punto di riferimento per la popolazione della comunità di riferimento. La collocazione è stata decisa attraverso due processi, uno politico, per indagare i punti su cui lavorare insieme agli *stakeholder* della comunità, e uno epidemiologico, grazie al lavoro del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia che ha indagato bisogni e disuguaglianze di salute di ciascun Distretto. Sono stati creati 5 tavoli di lavoro nelle realtà distrettuali a cui partecipano: Direttore Distretto, MMG, Pediatri Libera Scelta, rappresentanti di una delle case della salute già attive, DiPSa (Direzione delle Professioni Sanitarie), Ente Gestore di riferimento, gli specialisti ambulatoriali, Continuità Assistenziale (Ex Guardia Medica), la Promozione della salute, un rappresentante dei Sindaci del Distretto, le OO.SS. del territorio, il Servizio sociale.

Sono previste 12 Case di Comunità, di cui una da realizzarsi nel Comune di Oulx; per le 11 CdC finanziate con fondi PNRR (D.G.R. 25-5186 del 14/06/2023) risulta assegnato un totale di 16.338.273,00 euro. Alla data attuale sono approvati tutti i progetti esecutivi e sono stati inviati i conseguenti ordini di attivazione (OdA) per l'esecuzione dei lavori - Sub-lotto prestazionale 3. Nel 2024 proseguiranno i lavori; la piena operatività è prevista entro il 2026.

Nella Casa di Comunità di Rivoli, attiva dal 02/10/2024, si è promosso un progetto sperimentale di salute e di comunità rivolto agli over 65 fragili e polipatologici. In collaborazione con il Servizio di Epidemiologia e con i MMG abbiamo avuto accesso ai dati dei residenti dell'ambito territoriale afferente alla Casa di Comunità (Rivoli, Rosta, Villarbasse), potendo stimare un cluster attendibile di persone che secondo criteri stabiliti dai *background* di settore, potevano essere arruolati nel progetto, in quanto anziani fragili. Il Progetto, in sintesi, consiste nella chiamata attiva dei soggetti eleggibili, sul modello di prevenzione attiva, da parte del Distretto attraverso l'Infermiere di Comunità (IFoC). Dopo una prima rilevazione di eventuali problemi sanitari o sociosanitari, l'assistito è preso in carico con un percorso personalizzato, che può prevedere anche la discussione del caso in un Gruppo Interdisciplinare di Cure, similmente a quanto avviene per la rete oncologica, con l'attivazione proattiva delle prestazioni necessarie. Inoltre, la presa in carico potrà prevedere consulenze o visite effettuate mediante telemedicina. I primi dati del "Progetto Ambulatorio Multidisciplinare per la cronicità" sembrano essere promettenti, e nel corso del 2025 si attueranno diversi momenti di audit e di monitoraggio, sempre in collaborazione con la medicina generale. I MMG collaborano inoltre proattivamente attraverso il progetto obiettivo distrettuale di deprescrizione e riconciliazione farmacologica, che di fatto può essere assunto come parte del Progetto di comunità stesso.

Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità, alla luce delle risorse disponibili da PNRR il progetto aziendale prevede la conversione/ampliamento dei posti letto territoriali CAVS in 40 posti letto a

Venaria, 40 a Pomaretto, 40 a Giaveno e 20 Torre Pellice, a fronte della attuale disponibilità di 16 posti letto CAVS a Pomaretto, 20 posti letto CAVS a Giaveno, 20 posti letto CAVS a Torre Pellice. Unitamente alla conversione dei posti letto CAVS, verranno convertiti nelle sedi di Venaria e Pomaretto i posti di area Ospedaliera attualmente occupati dalle Lungo Degenze. La realizzazione di un nuovo setting assistenziale attraverso la rottura della barriera tra Lungodegenza e CAVS porterà molteplici vantaggi in termini di turnover dei posti letto attraverso una miglior gestione del ricovero in post acuzie. Alla data attuale sono approvati tutti i progetti esecutivi per gli OdC finanziati e sono stati inviati gli ordini di attivazione (OdA) per i conseguenti lavori - Sub-lotto prestazionale 3. Per garantire un efficace raccordo tra le strutture aziendali e il territorio, il documento di applicazione del DM77 per la A.S.L. TO3, approvato con d.d.g. N 802 del 21/06/2023, ha definito il ruolo del Referente di Distretto per la Promozione della Salute. Successivamente, la Direzione aziendale ha individuato, con il Protocollo N 0083507 del 16/08/2023, cinque figure, una per ciascun Distretto, coordinate dalla S.C. Promozione della Salute, a cui è affidato il compito di gestire i rapporti tra le strutture aziendali e le realtà esterne (scuole, comunità, enti locali, servizi sociali e terzo settore), includendo contesti rilevanti per la promozione della salute.

Indicatori di valore pubblico: rispetto delle tempistiche per la realizzazione di COT, CdC e OdC previsti dalla programmazione aziendale; miglioramento dell'appropriatezza di ricovero nei diversi setting di cura; riduzione del fenomeno del sovraffollamento in DEA.

Cure Domiciliari

Il D.M. 77 del 22/06/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" all'Allegato 1, punto 10 Assistenza Domiciliare, definisce le Cure domiciliari come "un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza".

Il medesimo D.M. individua come indicatore di Assistenza Domiciliare il numero di persone over 65 prese in carico in qualsiasi tipologia di cure domiciliari, sul numero di persone over 65 residenti in A.S.L. Lo *standard* è individuato nel 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente in tutte le tipologie di cura nell'anno 2024, corrispondente a una presa in carico di 15.305 pazienti.

Il *target* minimo è fissato dalla Regione Piemonte: per la A.S.L. TO3 e per l'anno 2024, è fissato in 18.366 soggetti (D.G.R. 7-8279 del 11/03/2024), con un obiettivo incrementale di 5.312 assistiti rispetto all'anno 2023.

La tabella seguente mostra gli assistiti over sessantacinquenni presi in carico in Cure Domiciliari nell'ASL TO3.

| ANNO | POPOLAZIONE | ASSISTITI | PERCENTUALE OVER 65 ASSISTITI |
|------|-------------|-----------|-------------------------------|
| 2019 | 148.024 | 7.160 | 4,84 % |
| 2022 | 149.585 | 7.723 | 5,16 % |
| 2023 | 150.044 | 13527 | 9,04% |
| 2024 | 153.052 | 19.840 | 12,96% |

Tabella 12. Numero di assistiti per anno. Fonte: dati SIAD.

Considerati gli indirizzi della Regione Piemonte, durante l'anno sono state attivate da parte delle Cure Domiciliari le seguenti strategie:

- valorizzazione dell'attività svolta da parte delle Cure Domiciliari: prelievi domiciliari, valutazioni domiciliari non esitate in prese in carico, Prestazioni Infermieristiche Estemporanee al domicilio, prestazioni domiciliari di specialistica ambulatoriale;
- potenziamento attività dei Medici di Medicina Generale: sensibilizzazione dei medici di tutti i Distretti all'incremento, nei limiti dell'appropriatezza, della Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), potenziamento delle ADP in RSA nei 5 Distretti, attivazione ADP durante i periodi di emergenza caldo, segnalazioni Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), ADI Cure Palliative (CP), Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), dimissioni protette;

- valorizzazione attività IFoC rispetto alle tematiche di promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria, educazione e aderenza terapeutica, follow up di soggetti con patologie croniche, educazione ed addestramento dei caregivers;
- monitoraggio dei soggetti ultrasessantacinquenni valutati da Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) e potenziamento degli interventi attivi di Lungo assistenza (passaggi OSS) con prestazioni di carattere sanitario (anche mono professionali);
- valorizzazione dell'attività vaccinale al domicilio ed in RSA da parte dei Medici di medicina Generale.

L'ASL TO3 ha attivato inoltre due progetti specifici:

- monitoraggio familiari conviventi ultrasessantacinquenni di soggetti in carico;
- monitoraggio soggetti che rientrano al domicilio senza attivazione ADI, ADI CP o SID dopo il periodo di inserimento in RSA in D.G.R. 10.

Nel corso del 2025 si prevede di mantenere il numero di assistiti presi in carico congruente con le indicazioni ministeriali e regionali.

Indicatore di valore pubblico: numero di persone over 65 prese in carico in qualsiasi tipologia di cure domiciliari, sul numero di persone over 65 residenti in A.S.L.

2.1.4 Pilastro della promozione

Comunicazione

Gli obiettivi strategici individuati nei precedenti paragrafi necessitano, per essere implementati, di attività informative e formative rivolte all'utenza e agli operatori aziendali.

La Comunicazione esterna rappresenta un impegno costante della A.S.L. TO3: i primi e più importanti interlocutori della Comunicazione aziendale rivolta verso l'esterno sono le testate giornalistiche, che rappresentano l'opinione pubblica, insieme agli amministratori locali rappresentanti di tutta la cittadinanza.

Lo scopo dell'attività della Comunicazione esterna è la valorizzazione del capitale rappresentato dalla Sanità pubblica. Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) è un bene comune da tutelare anche diffondendo informazioni corrette e puntuali rispetto ai servizi esistenti, alle modalità di accesso a quei servizi, alle strategie di gestione e di sviluppo introdotte e informazioni precise sui temi specifici della prevenzione della salute. Tutto ciò contribuisce alla creazione di una corretta "Cultura della Salute", con la partecipazione attiva degli specialisti e del personale coinvolto a vario livello, che investono il proprio tempo e la propria competenza al servizio di questa importante attività di divulgazione/informazione, contribuendo alla crescita sociale e all'indirizzo culturale del territorio. Particolare importanza rivestono poi campagne informative di promozione della salute e *brochure* informative per l'accesso ai servizi dell'Azienda.

La sfida principale per la Comunicazione per il 2025 rimane quella di comunicare il PNRR sul territorio aziendale: comunicati stampa e interviste specifiche *ad hoc* per una trasformazione condivisa con gli amministratori locali e con la popolazione del territorio.

Attenzione dell'Azienda viene inoltre posta alla revisione dei programmi formativi per il personale aziendale, programmi che vengono adeguati alle esigenze del miglioramento organizzativo e del benessere aziendale. Per il triennio 2025-2027 sono previste attività formative per sensibilizzare gli operatori interni ed esterni all'azienda in merito ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali attivati, e percorsi formativi per sensibilizzare il personale in merito all'efficientamento dei processi organizzativi e clinici aziendali.

Nel pilastro della promozione è inclusa anche l'attività formativa, declinata nel paragrafo "fabbisogno del personale e formazione" della sezione "organizzazione e capitale umano" del presente documento.

Indicatori di valore pubblico: numero di comunicati stampa prodotti rispetto al precedente anno; numero di post sui *social media* aziendali prodotti rispetto al precedente anno; attività formative previste nel 2025.

2.2 Performance

A partire dagli elementi generatori di Valore Pubblico, si sviluppano gli obiettivi strategici aziendali dai quali derivano gli obiettivi specifici di *performance* organizzativa e individuale. La finalizzazione del ciclo della *performance* delle aziende sanitarie verso il Valore Pubblico permette di tendere ad un equilibrio tra efficientamento e impatto sulla popolazione.

Il Piano della *Performance*, ora integrato nel presente documento, rappresenta lo strumento di programmazione attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della *performance* individuale ed organizzativa.

Il Piano delle *Performance* si pone dunque come momento di esplicitazione a tutti i soggetti "portatori di interesse" (*stakeholders*) interni ed esterni, dell'avvio del percorso del ciclo di Programmazione e Controllo aziendale:

- programmazione strategica pluriennale;
- programmazione gestionale annuale;
- definizione degli obiettivi operativi;
- attuazione, monitoraggio e valutazione.

Il Piano delle *Performance* recepisce gli indirizzi della programmazione regionale in materia di salute e di funzionamento del sistema sanitario, che rappresentano il primo punto di riferimento per la formulazione delle scelte strategiche aziendali, mediante la proposizione di un percorso di lavoro che la Direzione Strategica intende introdurre nel medio e lungo periodo e rispetto al quale orientare le scelte di programmazione di breve periodo.

Pertanto, a partire dalla pianificazione regionale e dagli obiettivi di mandato istituzionale la A.S.L. TO3 individua, in un'ottica di continuo miglioramento, gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio, in collegamento ed integrazione con gli strumenti relativi alla trasparenza, all'integrità ed al contrasto del fenomeno della corruzione.

2.2.1 Ciclo di gestione della *performance*

La *performance* si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato le *performance* raggiunte sia a livello organizzativo che individuale. Il ciclo di gestione della *performance*, definito dal D. Lgs. 150/2009, si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- individuazione da parte della Direzione Generale delle aree strategiche, degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi; condivisione e assegnazione degli obiettivi operativi ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa, Semplice Dipartimentale e di *Staff*;
- verifica e validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa e individuale e utilizzo dei sistemi premianti;
- 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.

Il Sistema si basa su due importanti processi aziendali che permettono di dare compiuta attuazione al Ciclo di Valutazione della *Performance* rimanendo nell'ambito delle disposizioni regionali in materia di programmazione e controllo e dei CCNL in materia di sistemi premianti; tali processi sono: il processo di *budget* e il processo aziendale di valutazione della *performance* organizzativa e individuale.

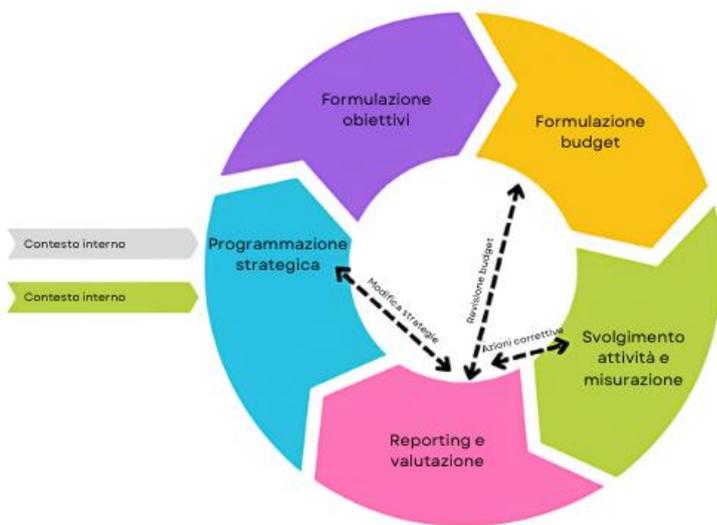


Figura 3. Il ciclo della performance.

2.2.2 Albero della performance

Il Piano esplicita il processo di definizione e di verifica degli obiettivi aziendali ed il legame che sussiste tra missione istituzionale, obiettivi strategici e obiettivi operativi, descrivendo con una sintesi coerente le attività in svolgimento e da realizzare.

Gli indirizzi strategici sono programmati e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo. Il punto di partenza è costituito dai documenti di programmazione regionali e nazionali, e dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale. Gli obiettivi generali individuati dall'Azienda sono di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli *stakeholder*, ma nel rispetto delle risorse economiche disponibili. Tali obiettivi sono stati definiti in continuità con quelli già individuati negli anni pregressi e attualmente in corso di implementazione, tenendo conto dei risultati ottenuti, dei target e dei valori attesi, adeguandoli all'attuale contesto emergenziale.

Il processo tiene conto del contesto esterno sociale ed epidemiologico e prevede la disamina delle risorse logistiche, umane e tecnologiche, al fine di programmare le strategie e, di conseguenza, le attività, con l'obiettivo di rispondere ai bisogni dell'utenza, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi e dell'appropriatezza delle prestazioni; non ha valore di controllo, ma stabilisce una modalità di azione dell'Azienda in un unico sistema integrato, basato sulla capacità di definire chiaramente la propria *mission*, collegandola a obiettivi di risultato, in accordo con il quadro normativo e la programmazione economico-finanziaria.

Gli obiettivi operativi descrivono materialmente le azioni che devono essere realizzate dai singoli dipartimenti e singole strutture della A.S.L. TO3 al fine di perseguire gli obiettivi strategici. Mentre gli obiettivi strategici hanno un orizzonte temporale triennale e guidano la strategia aziendale in un orizzonte di medio termine, gli obiettivi operativi con i rispettivi indicatori e valori attesi discendono dagli obiettivi strategici, vengono annualmente declinati e sono assegnati alle strutture organizzative mediante il processo di *budgeting* e, attraverso la produzione di un'apposita reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi. Un obiettivo strategico può quindi essere declinato in uno o più obiettivi operativi, ognuno dei quali può a sua volta essere assegnato ad una o più strutture ed includere uno o più indicatori.

L'albero delle *performance* è la mappa logica con la quale si rappresentano i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, piani operativi, risorse disponibili. Esso dimostra come le *performance* ai vari livelli e di varia natura contribuiscono, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, al mandato istituzionale e alla missione.

Gli obiettivi annuali costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'Albero della *performance*. Gli stessi vengono integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti. Gli obiettivi operativi sono dettagliati in schede in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target e responsabili.

È da sottolinearsi la ricerca che nel corso degli anni si è sempre di più affinata non solo nella definizione degli obiettivi, ma anche sulle loro misure e sui mezzi per conseguirli. La definizione del Piano della *performance* è quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano gli *standard* di riferimento.

2.2.3 Pianificazione

La funzione di programmazione della A.S.L. TO3 viene svolta ponendo particolare attenzione a tradurre nella realtà locale le linee di indirizzo in rapporto agli specifici bisogni di salute che emergono sul territorio. Per lo svolgimento di tale funzione la Direzione aziendale si avvale delle proprie Strutture cui sono demandati ruoli di programmazione. Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi.

Per programmazione si intende un processo continuo di previsione di risorse e di servizi che permetta di raggiungere determinati obiettivi secondo un ordine di priorità stabilito. La programmazione deve progettare prevedendo gli effetti delle azioni individuate e la loro efficacia attesa, decidendo la quantità delle risorse più adatte alle particolari situazioni sanitarie del territorio di riferimento.

Si tratta, quindi, di realizzare una programmazione aziendale articolata su due livelli: uno in linea con le macro-politiche sanitarie nazionali e regionali, l'altro con le proposte tecnico-operative provenienti dalle diverse Strutture e dai loro livelli di responsabilità.

L'Azienda, attraverso la pianificazione strategica, correla gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento. Tale processo consente l'integrazione fra la Direzione Generale e tutte le articolazioni organizzative all'interno dell'Azienda.

Il processo di pianificazione è articolato in modo integrato e flessibile in fasi successive:

- l'individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale e la definizione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive;
- la conseguente attivazione dei programmi di intervento predisposti e quella del "controllo" dei risultati conseguiti (intermedi e finali) a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento-scostamento verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

All'attività di programmazione, gestione e controllo è funzionale il sistema di *reporting*, che consente di analizzare e confrontare obiettivi prestabiliti e risultati conseguiti, indirizzando verso eventuali azioni correttive.

Alla luce di quanto sopra esposto si può affermare che gli obiettivi programmati, le connesse azioni strategiche ed il complesso degli indicatori misurabili e quantificabili che qualificano gli esiti della pianificazione del presente documento si devono sviluppare in coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Dal punto di vista del miglioramento della gestione finanziaria è obiettivo contrattuale dei nuovi Direttori Generali la tempestività del pagamento dei fornitori.

Partendo dalle aree strategiche individuate vengono declinati gli obiettivi strategici e da questi gli obiettivi operativi da assegnare alle varie strutture. Per ogni obiettivo operativo dovranno essere specificati: l'indicatore, il valore atteso, il peso e, dove necessario, le modalità di calcolo della percentuale di raggiungimento.

L'indicatore è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misura oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo. Deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:

- comprensibile: dovrà essere chiaro, contestualizzato, concreto, intelligibile;
- misurabile: l'obiettivo deve tradursi in un numero o in un valore atteso oggettivabile;

- accessibile: le risorse umane impegnate devono essere messe nelle condizioni operative di raggiungere il risultato, deve essere misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario;
- realistico: deve essere frutto di una riflessione ponderata che accerti i reali presupposti di fattibilità;
- temporale: ogni obiettivo ha un suo tempo di realizzazione;
- confrontabile: comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto ad organizzazioni simile e attività *standard*;
- affidabile: deve poter rappresentare e misurare un fenomeno.

Il valore atteso è il risultato che ci si prefigge di ottenere, ovvero il valore desiderato in corrispondenza di un'attività o processo misurato su un indicatore. Rappresenta un meccanismo efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti e dare inizio ad uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga è necessario che il valore atteso sia:

- ambizioso ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale, l'adeguatezza dei processi.
- quantificabile e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori.
- supportato da parte dei vertici organizzativi
- accettato dall'individuo/gruppo incaricato di raggiungerlo.

Il peso di un obiettivo rappresenta numericamente l'importanza e la valenza dell'obiettivo nell'ambito di quelli assegnati alla struttura. La definizione dei pesi è effettuata tenendo conto delle priorità aziendali individuate e condivise.

Con D.G.R. 25 – 6944 del 23/12/2013 la Regione Piemonte approva le linee guida per la costituzione degli OIV e delinea gli indirizzi per il processo del ciclo di gestione della *performance* che deve essere sviluppato in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio. Oggetto della valutazione è il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. Il processo attraverso cui è gestita l'attività di definizione e monitoraggio degli obiettivi aziendali e la valutazione si articola nelle seguenti fasi:

| |
|---|
| Definizione e identificazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori |
| Assegnazione degli obiettivi alle Strutture |
| Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse |
| Assegnazione e condivisione degli obiettivi da parte dei Responsabili delle Strutture al personale |
| Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi |
| Misurazione e valutazione annuale del raggiungimento degli obiettivi di struttura |
| Misurazione e valutazione annuale della <i>performance</i> aziendale e rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo |
| Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito |

Tabella 13. Processo di gestione dell'attività di definizione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi aziendali.

2.2.4 Obiettivi strategici

In linea con la *mission* aziendale, i valori di riferimento, e la creazione di valore pubblico, le scelte strategiche aziendali e le azioni implementate perseguono le finalità elencate nella sezione 2.1 (valore pubblico).

Come indicato sempre nella sezione 2.1, le aree strategiche (pilastri) individuate per il triennio 2024-2026 sono classificabili area organizzativa, qualitativa, economica e di promozione, che corrispondono a macro-obiettivi che l'azienda intende perseguire:

- Pilastro della sostenibilità economica, che prevede un incremento della qualità e della quantità dei servizi erogati a parità di risorse economiche, con focus sulla riduzione della spesa farmaceutica, sui settori alto spendenti, quali quello dei dispositivi medici e dell'attività chirurgica, sulla spesa di beni e servizi, sull'efficientamento energetico, sull'analisi *make-or-*

buy, sulla spesa trasporti e sull'implementazione di un sistema di contabilità analitica che si prefigge di implementare un documento strutturato che tenga conto anche dei costi ribaltati, per responsabilizzare le strutture su questo fronte;

- Pilastro dell'area organizzativa, che prevede obiettivi legati alla efficienza delle strutture organizzative aziendali, alla innovazione tecnologica e alla reingegnerizzazione dei processi, oltre che alla integrazione ospedale-territorio, quali la piena implementazione del FSE, l'implementazione di percorsi *LEAN* per sale operatorie e attività integrativa e protesica, l'attività di telemedicina, la HTA, e la riorganizzazione della assistenza territoriale, tramite l'implementazione di CoT, OdC e CdC, e l'incremento dell'Assistenza Domiciliare;
- Pilastro della qualità clinica ed assistenziale, che prevede obiettivi legati alla qualità dei servizi sanitari erogati, quali la stesura e la piena implementazione e il monitoraggio di PSDTA, l'attività clinica legata ai parti cesarei, alla esecuzione di PTCA, alle fratture di femore operate entro 48 ore, l'attività di rischio clinico e *incident reporting*, le attività di prevenzione, il contrasto delle infezioni correlate all'assistenza, la gestione del sovraffollamento del pronto soccorso, il governo delle liste d'attesa e l'attenzione alle disuguaglianze;
- Pilastro dell'area della promozione, che prevede attività legate ai programmi sulla trasparenza e anticorruzione, alla realizzazione di iniziative formative e informative, al *marketing* delle strutture e dell'attività dell'Azienda.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (Si.Mi.Va.P.) seguito attualmente dalla A.S.L. TO3 rispetta i principi ispiratori ed il dettato normativo del D. Lgs. 150/2009 e della citata D.G.R. 25 - 6944 del 23/12/2013.

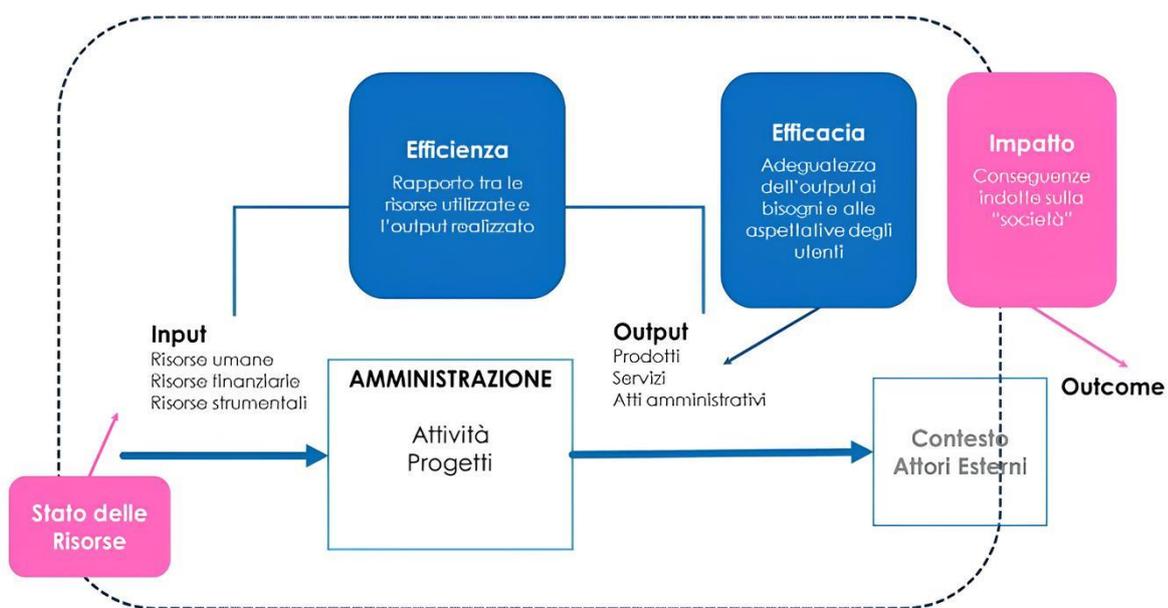


Figura 4. Il perimetro della performance organizzativa.

2.2.5 Dalla performance organizzativa alla performance individuale

Il sistema premiante

Il Piano della Performance rappresenta un utile strumento per la verifica del corretto impiego delle risorse nel perseguimento dei fini istituzionali e degli obiettivi definiti.

Il Sistema Premiante è l'ambito operativo dell'Azienda volto ad allineare il comportamento delle risorse umane alle aspettative dell'organizzazione, incentivando i comportamenti desiderati e disincentivando quelli non desiderati. Tale sistema è considerato parte del più ampio sistema di gestione e sviluppo delle risorse umane.

Il sistema premiante può svolgere la sua funzione quando l'applicazione degli incentivi e disincentivi avvenga sulla base di criteri oggettivi, in funzione dei comportamenti organizzativi tenuti (o agiti) dal personale o dei risultati dallo stesso conseguiti. Ne consegue la necessità di una stretta integrazione

del sistema incentivante con il sistema di valutazione del personale e, più precisamente, con le componenti di quest'ultimo deputate alla valutazione delle prestazioni.

Le modalità di gestione della *performance* organizzativa e individuale all'interno della A.S.L. TO3 sono definite dal Si.Mi.Va.P. A.S.L. TO3, aggiornato con d.d.g. N 515 del 04/06/2024.

Misurazione e valutazione della performance annuale individuale

La *performance* individuale rappresenta l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione; è il contributo fornito dal singolo al conseguimento della *performance* complessiva dell'organizzazione.

I parametri che compongono la *performance* individuale sono:

- i risultati, raggiunti attraverso attività e progetti di competenza dell'unità organizzativa di diretta responsabilità o appartenenza; i risultati dell'amministrazione nel suo complesso o dell'unità organizzativa sovraordinata cui il valutato contribuisce; i risultati legati ad eventuali obiettivi individuali specificamente assegnati. Tali risultati sono riferiti agli obiettivi annuali inseriti nel Piano della *performance* o negli altri documenti di programmazione;
- i comportamenti, che attengono al "come" un'attività viene svolta da ciascuno, all'interno dell'amministrazione; nell'ambito della valutazione dei comportamenti dei dirigenti/responsabili di unità organizzative, una specifica rilevanza viene attribuita alla capacità di valutazione dei propri collaboratori.

La *performance* individuale contribuisce alla *performance* organizzativa complessiva, che si completa con i risultati degli obiettivi specifici annuali.

La valutazione della *performance* individuale deve assolvere alla doppia funzione di soddisfare le esigenze normative nazionali, regionali e contrattuali e di fornire gli strumenti per una valutazione individuale – a qualsiasi livello – non come mero adempimento burocratico, ma come processo che può contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali. Il processo di valutazione individuale dovrebbe tendere sempre più a creare sinergie tra la dirigenza e i responsabili di struttura ed il comparto, ad integrare competenze di lavoro e responsabilità sul paziente-utente di medici, infermieri, amministrativi e cercare obiettivi di *performance* condivisibili da entrambe le aree di operatori.

I principi ispiratori di tale valutazione possono essere riassunti in:

- Progettazione di sistemi e metodologie di valutazione orientati allo sviluppo professionale e all'incentivazione del merito, dotati di strumenti evoluti di raccolta e gestione delle informazioni.
- Conoscenza e consapevolezza chiara, mediante condivisione, da parte di tutti gli interessati (valutati e valutatori), dei criteri e delle regole.
- Preventiva definizione dei valutatori, con particolare attenzione alla catena delle responsabilità gerarchico-funzionali e alla conoscenza diretta dell'attività del valutato da parte del valutatore.
- Trasparenza delle procedure e dei meccanismi di valutazione e loro applicazione puntuale e il più possibile oggettiva.
- Individuazione concordata di azioni organizzative, professionali e formative, che favoriscano il miglioramento di ambiti o modalità di svolgimento dell'attività lavorativa non conformi alle aspettative.
- Adeguata formazione dei valutatori, in modo da realizzare condivisione e comprensione delle metodologie di valutazione adottate e garantire omogeneità nelle attitudini valutative.

Le valutazioni annuali sulla *performance* individuale sono dettagliate nel Regolamento Si.Mi.Va.P. approvato con d.d.g. N 719 del 07/06/2023 e successivamente sottoposto a revisione annuale con d.d.g. N 515 del 04/06/2024.

Le valutazioni annuali sulla *performance* individuale hanno subito negli ultimi due anni (2023 sulla *performance* dell'anno 2022 e 2024 sulla *performance* dell'anno 2023) importanti variazioni:

- Passaggio dalle schede cartacee in uso all'utilizzo di procedure informatizzate, già avviato per la valutazione effettuata nell'anno 2023;
- introduzione della fase di autovalutazione del valutato nella valutazione effettuata nell'anno 2024, che ha permesso a ogni dipendente di poter esprimere la propria opinione circa il

proprio operato dell'anno 2023. La fase di autovalutazione era facoltativa e non aveva potere incisivo sulla valutazione del valutatore ma è stata introdotta "per alimentare la cultura della valutazione, sia per favorire l'allineamento tra le aspettative del valutatore e le attività e i comportamenti del valutato" come da Direttiva Valutazione PA 28/11/2023 – Ministro della Pubblica Amministrazione – Sen. Paolo Zangrillo.

- colloquio obbligatorio al termine del processo di valutazione nel caso in cui ci sia un disaccordo tra valutatore e valutato e la valutazione possa dare atto a una penalizzazione economica con decurtazione del sistema incentivante.

Secondo quanto stabilito Regolamento Si.Mi.Va.P la valutazione viene effettuata nei mesi aprile-maggio di ciascun anno e riguarda la *performance* individuale dell'anno precedente. Nel periodo dal 16 aprile al 5 maggio 2024, prolungato poi fino al 14 maggio 2024, sono state effettuate le valutazioni annuali della *performance* individuale riguardanti l'anno 2023. Le valutazioni annuali *on line* rispecchiavano in toto le schede riportate nel Regolamento Si.Mi.Va.P. ed erano divise in quattro sessioni:

- Dirigenti Responsabili di Struttura
- Dirigenti
- Professionisti della Salute e Funzionari
- Operatori e Assistenti

Il totale dei dipendenti valutati (a tempo indeterminato e determinato) era di 4201 unità e tutti hanno ricevuto una valutazione. Il feedback di ritorno da parte del valutato è stato fornito da 3018 dipendenti. L'autovalutazione facoltativa è stata compilata da 2423 dipendenti.

Si sono verificati i seguenti casi critici:

- 114 casi di dipendenti considerati non valutabili, che sono stati analizzati caso per caso verificando la motivazione che portava a una non valutabilità della *performance* individuale; di questi 114 casi, 55 sono stati ricondotti alle casistiche di effettiva non valutabilità, mentre gli altri hanno ricevuto una valutazione mediante la compilazione di una scheda cartacea;
- 21 casi la valutazione ha dato origine a un riconoscimento economico inferiore al 100% della produttività collettiva per il comparto o della retribuzione di risultato per la dirigenza; se il feedback del valutato concordava con la valutazione del valutatore non sono state intraprese altre azioni, mentre se il feedback non era presente o in disaccordo con la valutazione effettuata, il valutato e il valutatore sono stati contattati e gli si è proposto di effettuare il colloquio obbligatorio previsto nel Regolamento Si.Mi.VA.P.; solo in un caso è stato effettuato il colloquio mentre negli altri 20 casi si è arrivati a un accordo che non ha richiesto colloquio.

Nessuno dei valutati ha richiesto la valutazione di II Istanza presso l'OIV aziendale.

Di seguito viene riportata una tabella riassuntiva:

| SESSIONI | TOT. DIPENDENTI | PERSONALE ASSENTE | AUTO-VALUTAZIONE | VALUTAZIONE COMPLETATA (comprensiva di non raggiunto 100%) | NON RAGGIUNTO 100% | N/A | FEED BACK |
|--------------------------------|-----------------|-------------------|------------------|--|--------------------|-----|-----------|
| Direttori/ Dirigenti Struttura | 121 | 8 | 57 | 112 | 1 | 1 | 53 |
| Dirigenti | 565 | 0 | 302 | 563 | 7 | 3 | 315 |
| Funzionari | 2217 | 1 | 1326 | 2185 | 3 | 31 | 1720 |
| Assistenti | 1298 | 1 | 738 | 1276 | 10 | 20 | 930 |
| TOTALE | 4201 | 10 | 2423 | 4136 | 21 | 55 | 3018 |

Tabella 14. Risultati valutazione della performance anno 2023 (situazione al 28/05/2024). N/A: non valutabile.

Durante i mesi aprile-maggio 2025 verrà attivata la valutazione della *performance* individuale dell'anno 2024, che sarà preceduta dalla verifica dei manuali per il valutato ed il valutatore, che verranno inviati via mail a tutti i Direttori e Dirigenti Responsabili di Struttura e da momenti di formazione in presenza previsti nel mese di marzo 2025.

2.2.6 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Sulla base degli obiettivi strategici, sono declinati annualmente specifici obiettivi operativi, assegnati alle Strutture Organizzative Aziendali. Gli obiettivi operativi individuati per ciascun anno sono definiti con deliberazione del Direttore Generale previa consultazione con i Direttori e i Responsabili di Struttura, con approccio *bottom-up*. La definizione degli obiettivi operativi è effettuata sulla base dei quattro pilastri descritti nel paragrafo 2.2.4 "obiettivi strategici" (sostenibilità economica, area organizzativa, area della qualità clinica e assistenziale, area della promozione) e delle indicazioni pervenute a livello nazionale e regionale (es. D.G.R. 7-8279 dell'11/03/2024). È disponibile nella sezione "amministrazione trasparente" della A.S.L. TO3 la documentazione contenente l'aggiornamento degli obiettivi operativi annuali.

Al fine di favorire il perseguimento della *mission* aziendale i seguenti obiettivi strategici saranno, nel triennio 2025-2027, assegnati trasversalmente alla maggior parte delle Strutture aziendali:

| OBIETTIVO | INDICATORE | PILASTRI |
|--|---|--|
| Obiettivo di <i>budget</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Contenimento della spesa per il consumo di beni sanitari e farmaci - Appropriately prescrittiva | <ul style="list-style-type: none"> - Sostenibilità economica - Qualità clinica e assistenziale |
| Contributo al raggiungimento del pareggio di bilancio aziendale | <ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione degli Obiettivi di efficientamento aziendale con Rendicontazione aziendale trimestrale - Monitoraggio attuazione delle azioni approvate nel Piano delle Attività | <ul style="list-style-type: none"> - Sostenibilità economica |
| Riduzione dei tempi di <i>boarding</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento dell'appropriatezza di ricovero - Riduzione giornate ricovero rispetto all'anno precedente - Implementazione del Piano Aziendale di Gestione del Sovraffollamento | <ul style="list-style-type: none"> - Qualità clinica e assistenziale - Area organizzativa |
| Recupero delle prestazioni monitorate PNGLA | Incremento del numero di prestazioni monitorate PNGLA erogate rispetto all'anno precedente | <ul style="list-style-type: none"> - Sostenibilità economica - Qualità clinica e assistenziale - Area organizzativa |
| Riduzione della mobilità passiva | Riduzione della mobilità passiva rispetto all'anno precedente | <ul style="list-style-type: none"> - Sostenibilità economica - Qualità clinica e assistenziale |
| Monitoraggio e garanzia dei LEA - Sistema NSG | Rispetto degli <i>standard</i> definiti a livello ministeriale e regionale per gli indicatori NSG core (Assistenza Distrettuale, Assistenza Ospedaliera, Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica) | <ul style="list-style-type: none"> - Qualità clinica e assistenziale |
| Gestione dei percorsi interni di presa in carico dei pazienti | Ottimizzazione della presa in carico per visite di controllo, visite specialistiche e prestazioni specialistiche richieste in seguito a Primo Accesso | <ul style="list-style-type: none"> - Qualità clinica e assistenziale - Area organizzativa |
| Cure Domiciliari: garantire il domicilio come luogo privilegiato di cura | Aumento del numero di assistiti eleggibili presi in carico dalle Cure Domiciliari (over 65, conviventi fragili, pazienti trattati in ADI CIA1, 2, 3) | <ul style="list-style-type: none"> - Qualità clinica e assistenziale - Area organizzativa |
| Sorveglianza e controllo delle ICA e | Rispetto delle indicazioni nazionali e regionali in materia | <ul style="list-style-type: none"> - Qualità clinica e assistenziale |

| | | |
|--|--|--|
| dell'antimicrobico resistenza | | - Area organizzativa - Promozione |
| Implementazione di progetti LEAN | Efficientamento di processi clinici e amministrativi | - Sostenibilità economica - Qualità clinica e assistenziale - Area organizzativa - Promozione |
| Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 | <ul style="list-style-type: none"> - Alimentazione secondo gli <i>standard</i> regionali del FSE 2.0 con documenti clinico-sanitari firmati digitalmente (Lettere di Dimissione Ospedaliere, Verbal di Pronto Soccorso, Referti di Specialistica Ambulatoriale, Referti di Esami Strumentali) - Aumento della consultazione del FSE 2.0 da parte di medici specialisti aziendali - Diminuzione degli accessi al CUP e incremento delle prenotazioni via web | - Qualità clinica e assistenziale - Area organizzativa - Promozione |
| Implementazione di attività di telemedicina | Implementazione delle attività necessarie per favorire l'erogazione delle prestazioni in telemedicina, come previsto dal Piano di Telemedicina | - Qualità clinica e assistenziale - Area organizzativa |
| Formazione continua del personale aziendale | Partecipazione del personale sanitario ai corsi di formazione obbligatori previsti a livello aziendale | - Area organizzativa - Promozione |
| Garantire il corretto esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (A.L.P.I.) | <ul style="list-style-type: none"> - Produttività inferiore o uguale a quella assicurata per l'attività istituzionale - Impegno orario dei dipendenti in attività libero-professionale non superiore al 50% di quello di servizio | - Sostenibilità economica - Qualità clinica e assistenziale - Area organizzativa |

Tabella 15. Obiettivi trasversali, assegnati alla maggior parte delle Strutture aziendali.

2.2.7 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Il contributo di ciascun dipendente al conseguimento degli obiettivi dell'articolazione cui afferisce rappresenta la *performance* individuale; presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una comune visione dell'operatività basata sull'integrazione e sulla sinergia di differenti professionalità. Attraverso un processo a cascata gli obiettivi della struttura vengono tradotti dal Responsabile della struttura in azioni che coinvolgono tutto il personale che opera nella stessa. Il protocollo sul sistema premiante (che è parte del Si.Mi.Va.P.) lega la produttività e la retribuzione di risultato individuali alla *performance* organizzativa della struttura cui il dipendente è assegnato, in misura diversa in relazione al ruolo ricoperto, e alla valutazione individuale di ciascun dipendente effettuata dal Dirigente, secondo criteri e modalità individuati nel Si.Mi.Va.P., condivise dalle OO.SS. e validate da parte dell'OIV. La *performance* individuale del Dirigente Responsabile della struttura è determinata dalla *performance* organizzativa della Struttura e da altri ambiti di valutazione, tra i quali la capacità di valutazione del dipendente.

2.2.8 Performance e programmazione economico finanziaria e di bilancio

Il ciclo della *performance* è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica, l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio.

La *performance* è in stretta correlazione con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5 e art. 10. 150/2009), in modo da garantire il collegamento tra il sistema di obiettivi – le risorse effettivamente disponibili. Le politiche e le strategie aziendali vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di *budget*. In particolare, tramite il sistema di *budget*, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e, attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di realizzare tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi. Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, anche sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione.

Il sistema di *budget* è adottato dall'Azienda quale strumento gestionale e di programmazione annuale, ed è articolato in schede contenenti obiettivi di attività, economico-finanziari e progettuali per ogni Centro di Responsabilità aziendale (S.C., S.S. a valenza dipartimentale/aziendale).

Il bilancio previsionale della A.S.L. TO3 per l'annualità 2025 è visionabile sulla pagina "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale.

2.2.9 Performance, prevenzione della corruzione e trasparenza

Il D. Lgs. n.150/2009 individua fra gli strumenti per attuare il ciclo di gestione della *performance*, il Piano e la Relazione sulla *Performance* ma anche il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

L'art. 1, co. 8 della l. 190/2012, prevede che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario agli atti di programmazione strategico-gestionale, stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

Il Piano nazionale anticorruzione, ed in particolare la delibera Civit 6/2013, prescrive alle amministrazioni di procedere alla costruzione di un ciclo delle *performance* "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla *performance*, agli *standard* di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione. Nel presente Piano, il PTPCT e il Piano della *performance* vengono integrati in un unico documento, fornendo così una ancora più stretta sinergia tra *performance*, prevenzione delle attività corruttive e trasparenza. In particolare, si prevede che costituiscano obiettivi strategici della prevenzione della corruzione e della trasparenza:

- "Rispetto degli obblighi in materia di accesso civico semplice e accesso civico generalizzato", il cui indicatore sarà il rispetto dei tempi di risposta (Prevenzione della trasparenza);
- "Riduzione del rischio di corruzione", i cui indicatori saranno lo svolgimento di nuovo corso FAD e il numero audit da effettuare (Prevenzione della corruzione).

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 e 2.3.2 La valutazione del contesto interno ed esterno

La prima ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne. Nel richiamare i contenuti illustranti il contesto in cui opera questa Azienda come riportati nelle precedenti sezioni, in questa sede si evidenziano alcuni dati specifici in tema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La corruzione e l'illegalità in Italia e in Piemonte

Nel mese di ottobre 2019 ANAC ha pubblicato il lavoro "La corruzione in Italia (2016-2019) Numeri, luoghi e contropartite del malaffare", nell'ambito del quale sono stati esaminati i provvedimenti emessi dall'Autorità giudiziaria nell'ultimo triennio, con il supporto del personale della Guardia di Finanza impiegato presso l'Autorità stessa. Evidenziato che gli elementi tratti dalle indagini penali possono fornire importanti indicazioni riguardo la fenomenologia riscontrata in concreto e i fattori che ne agevolano la diffusione, favorendo l'elaborazione di indici sintomatici di possibili comportamenti corruttivi e preso atto del "buon" piazzamento del Piemonte, se si passa all'esame delle casistiche si apprende che il 74% delle vicende ha riguardato l'assegnazione di appalti pubblici, a conferma della rilevanza del settore e degli interessi illeciti a esso legati per via dell'ingente volume economico mentre il restante 26% è composto da ambiti di ulteriore tipo (procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari, ecc.); inoltre, su 152 episodi, 19 sono i casi che hanno riguardato il mondo sanitario (forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavanderia e pulizia), equivalente al 13% del totale.

In data 09/12/2020, in occasione della sedicesima Giornata Internazionale Contro la corruzione, l'associazione Libera ha pubblicato sul proprio sito (libera.it) il Rapporto "InSanità L'impatto della corruzione sulla nostra salute" nell'ambito del quale vengono illustrati anche gli esiti di un'indagine condotta nel novembre 2020 sulla percezione delle mafie e della corruzione, anche alla luce dell'emergenza pandemica, su un campione di 995 persone. Per l'81% degli intervistati "la corruzione in politica è lo specchio della società italiana", mentre il 71% degli intervistati ritengono che con "l'emergenza Covid-19 la corruzione in Italia si sta diffondendo ancora di più".

Agli intervistati è stato richiesto un giudizio inerente "il Governo nella lotta alla corruzione". Polarizzando le opinioni, viene fornito un dato aggregato tra coloro che hanno dato un giudizio tra 1 e 5 (dunque negativo) e coloro che hanno dato un giudizio tra 6 e 10 (dunque positivo) e tra 1 e 5 si colloca il 57% dei partecipanti. Per quanto concerne l'ambito territoriale, il Nord Est registra il 22%, dimostrando poco favore verso l'azione dell'esecutivo in campo di lotta alla corruzione, mentre il sud e le isole arrivano al 47%. Un'altra domanda del sondaggio chiedeva agli intervistati di localizzare dove fosse maggiormente diffusa la corruzione, tra nove possibili attività, scegliendo tra "molto diffusa" e "riguarda solo casi isolati". In questo caso la prevalenza delle grandi opere è netta e arriva all'85% mentre la domanda nella quale si fa menzione della sanità riceve il 65% di risposte "molto diffusa".

Ulteriori dati per la definizione del contesto in cui si trova ad operare il Paese sono offerti dal *Global Risk Profile* (GRP), che ha pubblicato l'edizione 2024 del *Global Corruption Index* (GCI), la quale fornisce una valutazione completa sullo stato della corruzione e di altri crimini dei colletti bianchi in tutto il mondo.

Dopo essersi classificata al primo posto nel 2019 e nel 2021, la Finlandia riprende il comando nel 2023. Il paese con i migliori risultati dell'anno scorso, la Norvegia, arriva al secondo posto quest'anno, mentre al terzo posto troviamo la Nuova Zelanda. L'Europa afferma il suo predominio tra i *top ten*, con, rispettivamente, Svezia (4°), Danimarca (5°) ed Estonia (6°).

Nel 2023 l'Italia risale una posizione e si colloca alla trentacinquesima posizione su 196, confermandosi tra i Paesi a basso rischio. Il punteggio di rischio (29,66) è migliorato rispetto al 2022 (29,83) e al 2021 (30,12), mostrando un *trend* positivo negli ultimi anni.

Altri elementi di riflessione sono offerti dall'indice della criminalità 2022 elaborato da "Il Sole 24 ore" sulla base dei dati del Dipartimento di Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, che fotografa le denunce presentate nel 2021 per singola provincia. Torino si colloca al 3° posto in Italia dopo le province di Milano e Rimini, con 111.515 reati denunciati (nel 2018 erano stati 128.186, nel 2019 ne erano stati denunciati 120.643 mentre nel 2020 i reati denunciati erano scesi a 95.335).

Dalla lettura della "Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia" (primo semestre 2023) si apprende:

"La capacità di adattamento delle organizzazioni criminali ai mutamenti degli scenari economici e l'attitudine a sfruttare le opportunità che questi offrono continua a destare la costante attenzione da parte delle autorità prefettizie, della magistratura e delle forze dell'ordine anche e soprattutto in relazione alle immissioni di finanziamenti pubblici dei prossimi anni. Ciò, in particolare, con riferimento a Regioni quali il Piemonte il cui tessuto socioeconomico è da tempo rientrato tra le mire criminali

delle mafie tradizionali ed in particolare della 'ndrangheta che qui si è affermata grazie alla sua spiccata vocazione imprenditoriale ed all'abilità di agire in maniera silente. Tale presenza è sancita anche da numerose sentenze, molte delle quali già passate in giudicato, che confermano come i sodalizi calabresi si siano insinuati tessendo talvolta rapporti mutualistici con taluni esponenti della sfera economico-produttiva e con sodalizi di altre matrici criminali mafiose. Le attività investigative eseguite negli ultimi anni documentano, infatti, come la 'ndrangheta si sia radicata in quest'area prevalentemente nel settore del narcotraffico, delle estorsioni, dell'usura, nel reimpiego di capitali illeciti in diversificate attività produttive e commerciali, condizionando gli equilibri economici e, talvolta, politici locali. Per quanto concerne le altre matrici criminali, le più recenti evidenze investigative e di analisi consentono di rilevare come la mafia siciliana continui a coltivare interessi nella Regione per lo più connessi ai settori dei trasporti ed a quello della ristorazione con finalità di riciclaggio. Seppur non vi siano segnali di radicamento di consorterie camorristiche in Piemonte, si è talvolta avuta contezza della presenza di soggetti ad esse contigui e in rapporti affaristici con esponenti dei locali gruppi 'ndranghetistici. Con riferimento alla criminalità straniera, continua a segnalarsi la coesistenza di una pluralità di gruppi etnici balcanici, africani e romeni, dediti per lo più al traffico ed allo spaccio di stupefacenti, allo sfruttamento della prostituzione e alla commissione di reati predatori. Nello specifico, le organizzazioni criminali albanesi confermano di aver ormai assunto un ruolo di primo piano in relazione al traffico internazionale di cocaina, spesso in interazione con esponenti di sodalizi 'ndranghetisti, mentre la criminalità maghrebina risulta, nell'area, per lo più dedicata allo spaccio di hashish ed ecstasy. Le associazioni di matrice nigeriana ripropongono da tempo, anche in Piemonte, gli schemi delinquenziali tipici dei "secret cult", così come confermato da recenti evidenze investigative e giudiziarie. La criminalità romena, invece, pare dedicata quasi esclusivamente alla commissione di reati predatori, comunque in grado di generare un diffuso allarme sociale. Ciò vale anche con riferimento a gruppi criminali di origine sinti insediatisi in Piemonte in relazione ai quali, talvolta, sono emerse sinergie con esponenti di sodalizi 'ndranghetisti specie per l'approvvigionamento e la custodia di armi. Da ultimo, si segnala la presenza di bande di minorenni, per lo più di origine nordafricana, che si sono resi spesso responsabili di rapine e aggressioni."

Nella città di Torino, come nella provincia, le attività di polizia giudiziaria svolte e gli importanti esiti giudiziari a queste connesse hanno permesso di individuare l'operatività di più locali di 'ndrangheta, per quanto concerne i Comuni dell'A.S.L. TO3, il locale di Rivoli espressione delle consorterie di Cirella di Plati e della 'ndrina ROMEO di San Luca e il locale di Giaveno impiantato dai BELLOCCO-PISANO del locale di Rosarno (RC) e da esponenti della famiglia palermitana MAGNIS.

L'Indice di Percezione della Corruzione 2023 elaborato da *Transparency International*, presentato il 30/01/2024, ha collocato l'Italia al quarantaduesimo posto, con un punteggio di 56 confermando il punteggio dello scorso anno e guadagnando una posizione nella classifica globale dei 180 Paesi oggetto della misurazione. Con un punteggio medio di 65 su 100, l'Europa occidentale e l'Unione europea (UE) è la regione con il punteggio più alto nell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI). Tuttavia, per più di un decennio non ci sono stati avanzamenti e l'Italia è risultata, in questa area geografica, tra i paesi che hanno registrato maggiori progressi dal 2012 al 2023, nonostante resti ancora sotto la media del punteggio europeo. Il CPI 2023 ha confermato l'Italia al diciassettesimo posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea.

In Italia, a undici anni dalla legge anticorruzione, sono stati compiuti passi significativi nel contrasto della corruzione e nell'Indice di Percezione della Corruzione 2023 viene confermato il trend positivo dell'ultimo decennio, beneficiando delle misure anticorruzione adottate compreso un nuovo codice degli appalti che ha portato a una maggiore trasparenza.

In occasione della giornata dell'Integrità in Sanità promossa da *Transparency International* il 09/04/2024, il Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, Giuseppe Busia, ha partecipato con un intervento: Sappiamo quanto è importante il ruolo della sanità e lavorare sull'integrità in sanità significa garantire che la tutela dei diritti e quel servizio essenziale che la sanità fa sia realizzato al meglio. Essenziale sempre ed essenziale soprattutto in questo momento dei grandi investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza dove tante risorse finalmente stanno affluendo verso la sanità. E occorre non solo evitare che queste risorse finiscano in mani sbagliate ma evitare che siano sprecate, perché da queste è legato il successo e la vita, in molti casi, delle persone. Per fare questo dobbiamo lavorare sulla prevenzione della corruzione, applicare regole che evitino che si crei corruzione, ma soprattutto imparare a coniugare le regole di prevenzione della corruzione con

l'efficienza amministrativa.". Nella stessa occasione, Sabina Bellotti del Dipartimento Funzione Pubblica e referente nazionale per le Politiche per il Governo aperto ha dichiarato: Sulla diffusione di una cultura dell'integrità, perché preferiamo parlare di cultura dell'integrità piuttosto che di prevenzione della corruzione, sono d'accordo sul fatto che si respira oggi, forse, un'aria nuova, perché sono cambiate molte cose anche a livello internazionale, perché nel nostro Paese si sta facendo un gran lavoro di collaborazione interistituzionale, aperta anche alla società civile a cura del MAECI, portando poi l'esperienza e le pratiche positive dell'Italia non soltanto a livello nazionale, ma facendole conoscere nel mondo. Questo è importante. (...) C'è un tema di cambiamento epocale di visione della Pubblica Amministrazione e dobbiamo lavorare da subito su chi sta dentro le amministrazioni per evitare che la cattiva amministrazione produca danno.

Il 06/06/2024 l'ISTAT ha pubblicato il rapporto "La corruzione in Italia - anno 2022-2023". Da tale documento risulta: *"Le domande utili a studiare il fenomeno della corruzione sono state introdotte per la prima volta nell'Indagine sulla sicurezza dei cittadini nel 2015-16, approfondimento ripetuto nell'edizione dell'Indagine 2022-23. L'obiettivo è stimare il numero di famiglie coinvolte in dinamiche corruttive: alle persone tra i 18 e gli 80 anni di età viene chiesto, infatti, se a loro stessi o ad un familiare convivente sia stato suggerito o richiesto di pagare, fare regali o favori in cambio di facilitazioni per avere un servizio o un'agevolazione. L'attenzione è rivolta alle esperienze dirette e si approfondisce con domande dedicate se vi siano stati scambi, di quali entità, con quali modalità e quali esiti, oltre all'eventuale denuncia dell'episodio. È rilevata anche la conoscenza indiretta di casi di corruzione: viene chiesto al rispondente se fatti simili siano accaduti nel proprio ambiente ad amici, colleghi e familiari."* Con riguardo al settore della sanità, secondo l'Istituto di statistica: *"Tra le famiglie che si sono rivolte alla sanità nel corso della loro vita (21milioni 950mila), l'1,3% (circa 295mila) ha avuto richieste di denaro, regali o altro per ottenere o velocizzare il servizio o per ricevere assistenza."*

Oltre il 90% dei cittadini si dichiara molto o abbastanza d'accordo con le affermazioni "tutti dovremmo combattere la corruzione denunciando i casi di cui si viene a conoscenza" (90,7%, 39milioni e 300mila) e "la corruzione è un danno per la società" (92,4%, circa 40 milioni).

Meno diffuso è invece l'accordo rispetto all'affermazione per cui "la corruzione riguarda solo le grandi imprese e i politici" (31,8% molto o abbastanza d'accordo), percentuale che supera il 35% per il Nord-ovest e il Centro, diminuisce al 25% circa per il Nord-est e tra gli under trentaquattrenni (29,2%). Anche l'"inevitabilità" della corruzione è un'opinione meno diffusa: il 29,4% dei cittadini ritiene che la corruzione sia naturale e inevitabile, sebbene questa percentuale raggiunga il 38,6% al Centro e soprattutto sia più elevata (51,3%) tra quelli che conoscono personalmente chi ha vissuto episodi di corruzione.

L'accordo circa l'affermazione "denunciare i fatti di corruzione è inutile" è ancora minore (23,1% dei cittadini), con quote maggiori per chi ha un titolo di studio medio basso (26,1% tra chi ha la licenza media e 28,2% licenza elementare o nessun titolo di studio).

L'opinione su chi denuncia episodi di corruzione è decisamente positiva per il 95,7% dei cittadini; solo il 3,1% ha indicato definizioni connotate negativamente.

Infine, in questa sede si vuole altresì segnalare che, anche nel 2024, non ci sono stati reclami o segnalazioni di situazioni riconducibili alla mancanza di trasparenza o di integrità; dal 01/12/2022 è stata anche attivata un'indagine di *customer satisfaction* per quanto concerne l'esperienza del ricovero nei presidi ospedalieri aziendali e, in tale contesto, si è provveduto a richiedere agli utenti se gli operatori abbiano tenuto nei confronti dei pazienti e dei familiari comportamenti corretti, evitando discriminazioni e/o favoritismi. Nel periodo maggio 2023-maggio 2024 sono state raccolte 1842 risposte, con soltanto 43 giudizi negativi sul comportamento tenuto dagli operatori, con una soddisfazione pertanto del 97,66%.

L'organizzazione della prevenzione della corruzione nell'A.S.L. TO3

Nel sottolineare che solo una partecipazione attiva e il coinvolgimento di tutti coloro che a vario titolo partecipano all'attività dell'A.S.L. TO3 consentono la creazione di un tessuto culturale favorevole e, conseguentemente, il successo dell'intera politica di anticorruzione, di seguito si vanno a riportare le principali competenze dei soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'A.S.L. TO3 ovvero:

- il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- i Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza;

- tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione e il Collegio Sindacale;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- tutti i dipendenti dell'A.S.L. TO3;
- i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda:

- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano, direttamente o indirettamente, finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- valorizza in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- assicura al R.P.C.T. un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Alla luce dei criteri contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, il Direttore Generale, con d.d.g. N 1017 del 21/12/2016, ha individuato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Dott. Fabrizio Blanc per il biennio 2017-2018, l'incarico è stato prorogato anche per il periodo 2019 – 2023. Da ultimo, con d.d.g. N 145 del 06/02/2023, l'incarico è stato ulteriormente prorogato fino al 31/01/2024 (in tale contesto è stato anche stabilito che il sostituto fosse la Dott.ssa Anna Maria Araldo).

Con determinazione dirigenziale 915 del 27/06/2023 avente ad oggetto "Dott. Blanc Fabrizio dipendente a tempo indeterminato – Dirigente Amministrativo – concessione aspettativa senza assegni ex art. 3 bis comma 11 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i.", è stata concessa al Dott. Blanc Fabrizio, l'aspettativa a decorrere dal 23/06/2023 e per la durata di anni tre, salvo quanto previsto dall'art. 7 del contratto di prestazione d'opera intellettuale sottoscritto dallo stesso.

Dal 23/06/2023 il ruolo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è stato svolto dal sostituto, Dott.ssa Anna Maria Araldo.

Alla luce dei criteri contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022, il Direttore Generale, con d.d.g. N 1447 del 29/11/2023, ha individuato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, la Dott.ssa Renata Vercesi per il triennio 01/12/2023 – 01/12/2026.

Con nota del 12/12/2023 (ns. prot. 124318) l'A.N.A.C. ha comunicato che la Dott.ssa Renata Vercesi ha ultimato la procedura di richiesta di attivazione del profilo di Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza per l'amministrazione Azienda Sanitaria Locale TO3. Passaggio necessario al fine dell'attivazione del profilo di R.P.C.T. che si configura come incarico aggiuntivo a quello di dirigente titolare di incarico di direzione di struttura complessa.

Al Responsabile sono attribuiti prioritariamente i seguenti compiti:

- elaborare e proporre al Direttore Generale il Piano di Prevenzione della Corruzione (art. 1 comma 8 L. 190/2012), da intendersi ora come sezione del PIAO;
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1 comma 10 lett. a) L. 190/2012);
- proporre modifiche del Piano, anche in corso di vigenza, in caso di accertate significative violazioni non espressamente previste o in seguito a cambiamenti significativi dell'organizzazione (art. 1 comma 10 lett. a) L. 190/2012);
- pubblicare sul sito web dell'amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno (art. 1 comma 14 L. 190/2012) ovvero secondo le indicazioni dell'ANAC, una relazione con i risultati dell'attività svolta;
- convocare incontri con i Referenti al fine di monitorare il rispetto del Piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività;

- vigilare sul rispetto delle disposizioni del D. Lgs. 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (art. 15 D. Lgs. 39/2913) per quanto applicabile;
- curare la diffusione della conoscenza del codice di comportamento aziendale e collaborare con l'U.P.D. per il monitoraggio dello stesso (art. 54 D. Lgs. 165/2001);
- vigilare sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e in materia di trasparenza;
- gestire le segnalazioni in materia di *whistleblowing*.

Sebbene il PNA evidenzi la necessità di una struttura organizzativa a supporto del R.P.C.T., posta al servizio di quest'ultimo per lo svolgimento dell'incarico in discorso, l'Azienda non si è dotata di un ufficio adeguato, per qualità del personale e per mezzi tecnici, a sostegno del R.P.C.T., mancanza che rappresenta certamente un punto di debolezza della strategia di prevenzione della corruzione, soprattutto per quanto concerne la possibilità di effettuare verifiche ed analisi dei vari processi mappati nel P.T.P.C.; in particolare, con nota prot. 0071297 del 29/07/2022, sono state formulate alla Direzione Generale proposte operative sulla tematica in discorso.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è a disposizione del personale per eventuali approfondimenti circa i contenuti del Piano di Prevenzione della Corruzione nonché del Codice di comportamento, previa richiesta di appuntamento.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione

In considerazione della complessità dell'assetto organizzativo dell'Azienda e dell'impegnativo compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, l'Azienda ha ritenuto di affiancare al Responsabile un gruppo di Referenti che operano sotto il diretto coordinamento del medesimo, individuati con provvedimento del Direttore Generale n. 4 del 25/01/2017.

Valutata l'opportunità di revisionare la rete aziendale dei referenti per la gestione del rischio corruttivo, riducendo il numero degli stessi e specificando, al fine di evitare dubbi interpretativi, le aree di rischio nell'ambito delle quali tali referenti devono svolgere la loro specifica funzione, con d.d.g. N 584 del 07/10/2019 si è proceduto a rivedere la composizione di tale gruppo come segue:

| REFERENTE INDIVIDUATO | AREA DI RISCHIO |
|---|--|
| Direttore Dipartimento di Prevenzione | Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Coordinatore Area Territoriale | Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Direttore S.C. Acquisti e Logistica | Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture) |
| Direttore S.C. Personale e Gestione risorse umane | Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale) |
| Direttore S.C. Risorse Finanziarie | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Direttore Dipartimento di Prevenzione | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni |
| Direttore S.C. Personale e Gestione risorse umane | Incarichi e nomine |
| Direttore S.C. Contenzioso e Patrimoniale | Affari legali e contenzioso |

| | |
|--|---|
| Direttore S.C. Assetto istituzionale e Affari generali | Attività libero professionale |
| Direttore S.C. Direzione Medica Rivoli | Liste di attesa |
| Direttore S.C. Pianificazione strategica e monitoraggio attività sanitarie | Rapporti con soggetti erogatori |
| Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera | Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni |
| Direttore S.C. Direzione Medica Pinerolo | Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero |

Tabella 16. Composizione del gruppo di gestione del rischio corruttivo.

Nelle more della revisione della d.d.g. N 584 del 07/10/2019, sia alla luce delle modifiche apportate al Piano di Organizzazione Aziendale con la d.d.g. N 900 del 14/10/2022 che dei collocamenti in quiescenza dei professionisti che svolgevano l'incarico di Referente della prevenzione della corruzione, si precisa che l'incarico in discorso viene ricoperto dalla figura dirigenziale di massimo livello presente all'interno dell'articolazione organizzativa di riferimento.

L'incarico di Referente della prevenzione della corruzione si configura come incarico aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto dal dirigente individuato e non dà luogo ad alcuna remunerazione. I Referenti sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure per l'implementazione del Piano di prevenzione della corruzione.

I Referenti, relativamente al proprio settore di competenza, devono in particolare:

- svolgere l'attività di analisi dei processi e di valutazione dei rischi, nonché di proposta e definizione delle misure per la redazione del Piano di prevenzione della corruzione aziendale;
- garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare nel rispetto dei termini previsti nella sezione del Piano concernente la trasparenza;
- curare l'applicazione di circolari, indirizzi e protocolli condivisi, monitorarne il rispetto e segnalare al R.P.C.T. eventuali criticità ed anomalie;
- collaborare all'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;
- partecipare agli incontri convocati dal R.P.C.T. e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività, relazionando sulle misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione già attuate e le proposte di eventuali ulteriori misure da adottare;
- comunicare tempestivamente al R.P.C.T. fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza ovvero delle misure di prevenzione della corruzione;
- fornire nei tempi richiesti gli elementi per l'adozione dei "protocolli di legalità" e dei "patti di integrità" che dovranno essere osservati dai fornitori di beni, servizi e consulenze.

I Dirigenti

Tutti i dirigenti devono:

- fornire al Referente dell'area di competenza ovvero al R.P.C.T. le informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, collaborando così nella fase di individuazione ed analisi del rischio;
- proporre misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché le azioni di miglioramento delle stesse;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel Piano e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del personale di riferimento;

- controllare l'applicazione delle misure di prevenzione e contrasto individuate, che devono essere verificate e monitorate;
- assicurare l'osservanza del Codice di Comportamento e verificarne le ipotesi di violazione;
- avanzare proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente alla struttura di competenza;
- comunicare i nominativi del personale con priorità di formazione;
- segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia costituente la mancata attuazione del presente Piano, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure, nel caso in cui non rientrino nella propria competenza dirigenziale, proponendo al R.P.C.T. le azioni necessarie.

L'Organismo Indipendente di Valutazione e il Collegio Sindacale

Nell'ambito della prevenzione della corruzione l'Organismo Indipendente di Valutazione:

- partecipa al processo di gestione del rischio fornendo supporto metodologico al R.P.C.T. e agli altri attori;
- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della *performance* e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;
- esprime parere obbligatorio nell'ambito della procedura di adozione del Codice di Comportamento; assicura il coordinamento tra i contenuti del codice ed il sistema di misurazione e valutazione della *performance* e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale;
- attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite dall'ANAC.

Con d.d.g. N 886 del 07/07/2023, il Dott. Antonio Jannelli è stato nominato componente dell'organismo indipendente di valutazione (O.I.V.) con funzioni di Presidente per il triennio 2023-2026.

A seguito di emissione di avviso di procedura selettiva pubblica finalizzata all'acquisizione di manifestazioni di interesse per la nomina di 2 componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione della *performance* in forma collegiale, approvato con d.d.g. N 1517 del 20/12/2023, con d.d.g. N 79 del 25/01/2024 sono stati individuati quali componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per il triennio 2024-2026:

- Dott.ssa Teodori Daniela Laura: componente;
- Dott. Polimeni Joseph: componente.

Il Collegio Sindacale verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche su quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.

Al fine di realizzare quanto sopra, in aderenza a quanto suggerito nel PNA 2016, nel corso del 2018 è stato organizzato un sistema di controllo concernente gli affidamenti diretti, strutturando flussi informativi tra il R.U.P., il R.P.C.T. e il Collegio Sindacale, anche al fine di consentire di verificare, nel caso in cui l'appaltatore individuato risulti già affidatario del precedente appalto, se la scelta sia sorretta da idonea motivazione; nei propri verbali il Collegio Sindacale ha proceduto a dare conto della ricezione e dell'analisi di tali documenti. Il R.P.C.T. con nota prot. 130748 del 09/12/2024 ha confermato ai Direttori delle Strutture interessate la necessità di provvedere alla rilevazione trimestrale degli affidamenti diretti.

A seguito della ricezione delle designazioni da parte delle Amministrazioni di riferimento, con d.d.g. N 61 del 27/01/2022 sono stati individuati i seguenti componenti del Collegio Sindacale per il triennio 2022-2025:

- Alberto De Gregorio – Presidente (designato dalla Regione Piemonte);
- Luca Asvisio – Componente (designato dal Ministero della Salute);
- Elisabetta Anna Castelli – Componente (designato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze).

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) per il personale del comparto e per il personale dirigente collabora con il R.P.C.T. alla predisposizione del Codice di Comportamento e ne cura

l'aggiornamento; esamina le segnalazioni di violazione del Codice di Comportamento e la raccolta degli atti delle condotte illecite accertate e sanzionate e può chiedere parere facoltativo all'ANAC, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per la violazione del Codice di Comportamento. Inoltre, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari informa il R.P.C.T. dell'attivazione di procedimenti disciplinari attinenti all'ambito della corruzione al fine di valutare la necessità di implementare idonee misure di prevenzione del presente Piano e fornisce dati e informazioni circa la situazione di tali procedimenti disciplinari per la redazione della relazione da redigersi dal R.P.C.T. al termine di ogni annualità.

A seguito delle profonde modifiche dettate dal D. Lgs. 75/2017, con d.d.g. N 460 del 01/08/2017, si è proceduto ad approvare il Codice disciplinare per il personale del comparto e il Codice disciplinare per il personale della dirigenza; alla luce dei contenuti del C.C.N.L. della Dirigenza dell'Area Sanità, con d.d.g. N 528 del 10/08/2020 si è poi proceduto ad aggiornare il Codice della Dirigenza mentre con d.d.g. N 1092 del 15 dicembre 2022 è stato aggiornato il Codice disciplinare per il personale del comparto.

Con d.d.g. N 998 del 04/08/2023 l'Azienda ha proceduto alla nomina del nuovo Ufficio Procedimenti Disciplinari (area comparto e aree dirigenziali).

Sono attualmente componenti titolari dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari:

- per l'Area Comparto la Dott.ssa Carmen Fornelli, la Sig.ra Anna Guarino e la Dott.ssa Alessandra Revel;
- per la Dirigenza dell'Area Sanità la Dott.ssa Simona Martina, il Dott. Andrea Bianciotto e il Dott. Massimiliano Parlanti Garbero;
- per la Dirigenza non appartenente all'Area Sanità la Dott.ssa Simona Martina, il Dott. Andrea Bianciotto e l'Ing. Federico Ferrero;
- per la Specialistica Convenzionata la Dott.ssa Simona Martina, il Dott. Andrea Bianciotto e la Dott.ssa Antonella Carozzo;
- per i Medici di Medicina Generale la Dott.ssa Simona Martina, il Dott. Andrea Bianciotto e la Dott.ssa Angelica Salvadori;
- per i Pediatri di Libera Scelta la Dott.ssa Simona Martina, il Dott. Andrea Bianciotto e la Dott.ssa Rossana Borgarello.

Con d.d.g. N 898 del 04/10/2024 si è infine proceduto alla variazione di un componente supplente all'interno dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

I componenti dell'U.P.D. sono a disposizione del personale per eventuali approfondimenti circa i contenuti del codice di comportamento, previa richiesta di appuntamento; l'incontro deve essere calendarizzato, di norma, entro tre giorni.

I dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale TO3

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C., segnalano per iscritto le situazioni di illecito al proprio dirigente o al R.P.C.T., nonché i casi di personale conflitto di interessi, secondo la procedura esplicitata all'art. 7 del Codice di Comportamento aziendale.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, L. 190/2012).

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nell'allegato 2 del P.I.A.O. per quanto applicabili e segnalano le situazioni di illecito.

2.3.3 Mappatura dei processi che espongono l'azienda a rischi corruttivi

Preliminarmente si precisa che, con nota prot. 0081877 del 08/09/2022 avente ad oggetto "Obiettivi strategici in materia di anticorruzione e di trasparenza da sviluppare nell'ambito del Piano Integrato di Attività ed organizzazione per il triennio 2023-2025", il Direttore generale ha comunicato gli obiettivi da perseguire durante la vigenza del PIAO 2023-2025 in tema di anticorruzione, costituiti da:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo ai processi di attuazione del PNRR;
- redazione regolamentazione interna in tema di conflitti di interesse;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione tra il personale;

- partecipazione del RPCT alle reti presenti in ambito territoriale.

La legge prevede espressamente l'obbligo per ciascuna amministrazione di effettuare una "mappatura" dei processi, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti elaborate nell'esercizio delle proprie funzioni. La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione; inoltre una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Con la nota prot. 93863 del 04/10/2019 era stato chiesto ai vari dirigenti aziendali che i singoli processi, oltre ad essere identificati, fossero anche descritti, per comprendere meglio le modalità di svolgimento, procedendo altresì a riportare:

- una breve descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha);
- le attività che scandiscono e compongono il processo;
- la responsabilità complessiva del processo e i soggetti che svolgono le attività dello stesso,
- ovvero gli elementi di base o nucleo imprescindibile per ciascun processo mappato.

In osservanza a quanto riportato negli obiettivi strategici del P.T.P.C. 2020-2022, con nota prot. 0048401 del 18/05/2020, è stato ricordato ai dirigenti responsabili dei processi che la descrizione degli stessi doveva essere opportunamente implementata attraverso la compilazione, per ciascun processo mappato, del modulo M AG 107, che si trasmetteva in allegato alla comunicazione in discorso, ove veniva richiesto di indicare:

- gli input (ovvero gli elementi in ingresso che innescano il processo);
- l'output (ovvero il risultato atteso del processo);
- i tempi di svolgimento del processo;
- i vincoli del processo;
- le criticità del processo,
- unitamente alle istruzioni operative di cui alla scheda S AG 005, elaborata proprio per facilitare la compilazione del modulo in discorso.

Il R.P.C.T. ha quindi provveduto a raccogliere tutto il materiale di cui sopra, che costituisce un'importantissima banca dati aziendale.

Ricordato che un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente), in vista della redazione della presente sottosezione, è stato quindi richiesto, come negli anni precedenti, con nota prot. 98868 del 20/09/2024, ai vari dirigenti aziendali, una valutazione circa la necessità di rivedere la mappatura dei processi in essere avendo cura, in caso di individuazione di un nuovo processo, di esplicitare tutti gli elementi sopra riportati.

L'elenco dei processi risulta quindi suddiviso ed aggregato in aree di rischio, intese come raggruppamenti omogenei di processi.

Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica amministrazione, ancorché l'esperienza internazionale e nazionale abbia mostrato che vi sono delle aree di rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte.

Nel PNA 2019 sono state opportunamente riassunte le aree di rischio certamente presenti nel mondo sanitario, così come risulta dal prospetto sotto riportato:

| AREA DI RISCHIO | PREVISIONE NORMATIVA |
|--|--|
| Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012) |

| | |
|---|--|
| Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario | Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012) |
| Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture) | Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento |
| Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale) | Aree di rischio generali - Legge 190/2012 – PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10 |
| Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b) |
| Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni | Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b) |
| Incarichi e nomine | Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b) |
| Affari legali e contenzioso | Aree di rischio generali – Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b) |
| Attività libero professionale | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITÀ del PNA 2016 |
| Liste di attesa | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITÀ del PNA 2016 |
| Rapporti con soggetti erogatori | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITÀ del PNA 2016 |
| Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITÀ del PNA 2016 |
| Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero | Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITÀ dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITÀ del PNA 2016 |

Tabella 17. Aree di rischio. Fonte dati: PNA 2019.

In aggiunta alle aree di rischio sopra indicate, sono state confermate ulteriori aree di rischio, individuate con il contributo del gruppo spontaneo costituito tra i RR.PP.CC.TT. delle aziende sanitarie piemontesi, costituite da:

- relazioni con il pubblico;
- certificazioni, attestazioni, vidimazioni, emissione documenti.

Gli esiti finali dell'attività in discorso sono riportati nell'allegato 1 - Mappatura dei processi per singola area di rischio mentre l'indicazione degli elementi di base o nucleo imprescindibile di ciascun processo mappato sono riportati nell'allegato 2 - Descrizione dei processi per singola area di rischio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2022-2024, Piano pubblicato al [link https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/trasparenza](https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/trasparenza) sezione Altri contenuti/ Prevenzione della corruzione.

Alla luce del contenuto del PNA 2022 è stata infine valutata l'opportunità di mappare ulteriori processi così come meglio descritti nell'allegato 1 del presente Piano (Processi attuativi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), ove sono anche riportati i rischi corruttivi e la loro valutazione oltre alle misure per contrastare i medesimi.

A seguito della modifica del Piano di Organizzazione Aziendale approvato con d.d.g. N 900 del 14/10/2022 avente ad oggetto "Modifiche al Piano di Organizzazione Approvato con d.d.g. N 81 del 31/01/2022 ed oggetto di approvazione della Regione Piemonte con D.G.R. 23-4919 del 22/04/2022", nella sezione C) – Nuove Misure di prevenzione della corruzione programmate per l'anno 2024 era stata inserita la misura "Revisione della mappatura dei processi da parte delle strutture amministrative oggetto di variazioni nel nuovo POA, identificazione e valutazione dei rischi, individuazione di misure di prevenzione della corruzione", prevedendo come indicatore la "Presenza modulo M AG 105, 106 e 107 per tutti i processi delle strutture amministrative oggetto di variazione nel nuovo POA", ovvero per la struttura S.C. Acquisti e Logistica che ha provveduto a trasmettere la revisione della mappatura dei processi con nota Prot. 0099845 del 23/09/2024.

Con d.d.g. N 1090 e N 1089 del 01/09/2023 sono stati conferiti gli incarichi di Direttore e contestualmente attivate rispettivamente le strutture S.C. Tecnico e S.C. Ingegneria clinica e Innovazione digitale; con d.d.g. N 49 del 24/01/2024 è stato altresì conferito l'incarico di Direttore e contestualmente attivata la S.C. Acquisti e Logistica. L'attivazione delle nuove strutture ha determinato una suddivisione delle responsabilità; l'entrata in vigore del Nuovo Codice Appalti ha inoltre modificato il numero e la descrizione dei processi.

Le risultanze sono state inserite nella Sezione B) Misure di prevenzione della corruzione in essere per singoli processi modificando:

- la denominazione del processo;
- direttore della struttura che ha la responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo;
- misure esistenti;
- indicatore;
- valore atteso.

2.3.4 L'identificazione e la valutazione del rischio corruttivo

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio) e si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

L'identificazione degli eventi rischiosi ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Gli specifici rischi per ciascuna delle attività di cui si compongono i processi mappati sono riportati nell'allegato 3 – Registro dei rischi del P.T.P.C. 2022-2024, Piano pubblicato al [link https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/trasparenza](https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/trasparenza) sezione Altri contenuti/ Prevenzione della corruzione.

Per quanto concerne la fase della valutazione dei rischi, in questa sede si vuole ricordare che il PNA 2019 ha suggerito di adottare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza, specificando che l'allegato 5 del PNA 2013 era superato dalla nuova metodologia indicata nell'allegato 1 del PNA 2019 e che solo a questo ultimo si deve fare riferimento; al fine di rispondere alle indicazioni ricevute è stato elaborato il modulo M AG 105 – Analisi dei rischi, che è stato compilato per ciascun processo mappato.

ANALISI DEI RISCHI

AREA _____

DENOMINAZIONE DEL PROCESSO

INDICATORI SOGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO

| DESCRIZIONE DELL'INDICATORE | STIMA DEL RISCHIO | | |
|--|-------------------|----------|----------|
| Effetti del processo | B | M | A |
| Livello di interesse "esterno" | B | M | A |
| Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda | B | M | A |
| Complessità del procedimento ed eventuale coinvolgimento di una pluralità di amministrazioni | B | M | A |
| Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata | B | M | A |
| Opacità del processo decisionale | B | M | A |
| Presenza di controlli | B | M | A |
| Frazionabilità del processo | B | M | A |

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE: _____

Data _____ Firma _____

| | | |
|---|---|--|
|  | M AG 105 ANALISI DEI RISCHI | Rev. 1 Data di emissione: 1 dicembre 2023 Approvato ed emesso in originale |
|---|---|--|

INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO

| DESCRIZIONE DELL'INDICATORE | STIMA DEL RISCHIO | |
|--|-------------------|-----------|
| Presenza di precedenti giudiziari e/o disciplinari a carico di dipendenti dell'Amministrazione | NO | SI |
| Presenza di segnalazioni | NO | SI |
| Articoli presenti sulle rassegne stampa | NO | SI |

INDICATORI SOGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO

| DESCRIZIONE DELL'INDICATORE | STIMA DEL RISCHIO | | |
|---|-------------------|----------|----------|
| Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano | B | M | A |
| Grado di attuazione delle misure di trattamento | B | M | A |

| EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL R.P.C.T. |
|-------------------------------------|
| |

IL R.P.C.T.: Dott.ssa Renata VERCESI

Data _____

Firma _____

Per agevolare la compilazione del Modulo M AG 105 – Analisi dei rischi è stata redatta la scheda S AG 004 – Elementi per la stima del rischio come sotto riportati:

| | | |
|---|---|--|
|  | <p>S AG 004</p> <p>ELEMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO</p> | <p>Rev. 0 Data di emissione: 28 novembre 2019 Approvato ed emesso in originale</p> |
|---|---|--|

DATI SOGGETTIVI

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

DATI OGGETTIVI

- DATI SUI PRECEDENTI GIUDIZIARI E/O SUI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI A CARICO DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:
 - i reati contro la PA;
 - il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);
 - i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei conti);
 - i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.Tali dati possono essere reperiti dall'Ufficio Legale dell'amministrazione o tramite l'Avvocatura (se presenti all'interno dell'amministrazione), o dall'Ufficio procedimenti disciplinari e l'Ufficio Approvvigionamenti/Contratti. Si può ricorrere anche alle banche dati on-line già attive e liberamente accessibili (es. es. Banca dati delle sentenze della Corte dei conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione).
- LE SEGNALAZIONI PERVENUTE, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di *whistleblowing*, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello

- relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer *satisfaction*, che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.
- ULTERIORI DATI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE (es. rassegne stampa, ecc.).

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

B Basso rischio

M Medio rischio

A Alto rischio

I soggetti che hanno effettuato la stima ovvero hanno curato il coordinamento della stima dei rischi relativamente ai processi mappati sono quelli riportati nell'allegato 4 del P.T.P.C. 2022-2024 mentre gli esiti della valutazione sono riportati nell'allegato 5 – Quantificazione della stima dei rischi del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2022-2024, Piano pubblicato al [link https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/trasparenza](https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/trasparenza) sezione Altri contenuti/ Prevenzione della corruzione, da cui risulta che i 159 processi mappati sono stati così valutati:

- a basso livello di rischio: 64 procedimenti;
- a medio livello di rischio: 67 procedimenti;
- ad alto livello di rischio: 28 procedimenti.

Dei quattro processi mappati nel 2023 in relazione al PNRR, tre sono stati classificati a medio livello di rischio mentre uno ad alto livello di rischio.

A seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs. 36/2023 avente ad oggetto "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 78 del 21/06/2022, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici" sono stati riesaminati tutti i processi dell'Area 3 "Contratti Pubblici" per adeguarli alle nuove disposizioni normative. A seguito di tale riesame, i processi mappati risultano essere 155, oltre ai processi relativi al PNRR, che sono stati così valutati:

- a basso livello di rischio: 63 procedimenti;
- a medio livello di rischio: 67 procedimenti;
- ad alto livello di rischio: 25 procedimenti.

Dei 7 processi mappati nel 2024 dalla S.C. Acquisti e Logistica a seguito dell'attivazione della nuova Struttura Complessa Acquisti e Logistica, 1 è stato classificato a basso livello di rischio, 2 a medio livello di rischio mentre 4 ad alto livello di rischio. Non si tratta di processi nuovi, in quanto già esistenti e mappati quando l'organizzazione aziendale contemplava le Strutture Complesse di Provveditorato e Gestione appalti e Logistica. Il riesame di tali processi è risultato necessario alla luce dell'accorpamento di tali strutture nella S.C. Acquisti e Logistica.

2.3.5 La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi.

Sulla base degli esiti dell'analisi del rischio sono quindi state esaminate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi alla corruzione, da attuare nel rispetto dei principi di sostenibilità economica ed organizzativa, nonché delle altre indicazioni contemplate nell'allegato 1 del PNA 2019; inoltre, particolare attenzione è stata posta sul grado di efficacia delle misure già attuate e sulla possibilità di un loro miglioramento, anche con la necessità di evitare un appesantimento dell'attività amministrativa, dando preferenza all'individuazione delle misure con il miglior rapporto costo/efficacia.

Ricordato che le misure generali per la prevenzione della corruzione intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e che, invece, le misure specifiche agiscono in modo puntuale su alcune specifiche tematiche, in questa sede si vuole evidenziare come l'individuazione e la programmazione delle misure rappresentano il "cuore" della prevenzione della corruzione, poiché tutte le attività espletate in precedenza hanno proprio la finalità di consentire di addivenire ad una

corretta identificazione delle misure ed una giusta calendarizzazione delle stesse nel corso degli anni di vigenza del Piano; peraltro, in questa sede si precisa che non è pervenuta alcuna proposta da parte dei dirigenti titolari dei processi circa l'individuazione di nuove misure per gli anni 2024 e seguenti.

Oltre alla Trasparenza (ivi compreso accesso civico semplice e accesso generalizzato) di cui si dirà nell'apposita sezione, nell'ambito dell'A.S.L. TO3 vengono osservate le seguenti misure generali per la riduzione del rischio:

- Codice di Comportamento;
- Formazione;
- Rotazione del personale;
- Astensione in caso di conflitto di interessi;
- Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali;
- Autorizzazione agli incarichi esterni;
- Attività successive alla cessazione dal servizio;
- Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.;
- Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (*whistleblower*);
- Patti di integrità negli affidamenti;
- Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- Nomina del Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA);
- Nomina del "gestore" nei casi sospetti di operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- Set di dati minimi all'interno degli atti relativi ad appalti;
- Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti.

Codice di comportamento

Il Codice di Comportamento aziendale è elemento complementare della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. dell'A.S.L. TO3, poiché rappresenta una delle misure principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato.

Nel 2017 l'Azienda, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5 del D. Lgs. 165/2001, dal D.P.R. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle linee guida della Autorità Nazionale Anticorruzione, ha adottato un nuovo Codice di Comportamento approvato con d.d.g. N 609 del 20/10/2017.

Considerato che la Regione Piemonte, con D.G.R. 9-4694 del 25/02/2022 avente ad oggetto "Approvazione Linee guida per la predisposizione dei Codici di comportamento delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte", ha dettato disposizioni a cui si debbono attenere le Aziende Sanitarie della nostra regione nella redazione del Codice in discorso, è stato attivato l'iter per aggiornare il medesimo; dopo aver attivato una "procedura aperta alla partecipazione", dal 7 aprile al 6 maggio 2022 la bozza predisposta è stata pubblicata sul sito *internet* dell'Azienda, senza che siano pervenute proposte di modifica o integrazione da parte di alcuno e l'11/05/2022 è stato acquisito il parere favorevole dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione; infine, il 18/05/2022 è stata adottata la d.d.g. N 458 di revisione del Codice di Comportamento aziendale, successivamente pubblicato sul sito *internet* e *intranet* aziendale.

Con D.P.R. 81 del 13/06/2023 (Regolamento concernente modifiche al D.P.R. 62 del 16/04/2013, recante "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del D. Lgs. 165 del 30/03/2001) è stato modificato il D.P.R. 62/2013 inserendo specifiche disposizioni rispetto all'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e dei social media.

Si è proceduto, pertanto, ad aggiornare il Codice di comportamento dei dipendenti dell'A.S.L. TO3, aggiornamento che è stato pubblicato dal 20/12/2023 e fino al 19/01/2024 sul sito *internet* all'indirizzo <https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/trasparenza> per consentire a chiunque di presentare proposte ed osservazioni.

L'OIV ha espresso parere favorevole sul testo rinnovato, con attestazione in data 30/01/2024 pubblicata in Amministrazione Trasparente.

Le variazioni al Codice di Comportamento sono state, altresì, comunicate con nota prot. 127176 del 19/12/2023 alle OO.SS. della Dirigenza Area Sanità e Dirigenza P.T.A., alle OO.SS. del Comparto, alle

R.S.U. del Comparto e con nota prot. 0127181 del 19/12/2023 ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle SS.CC. e ai Dirigenti Responsabili delle SS.SS. in Staff.

A seguito delle suddette comunicazioni e pubblicazioni, non sono pervenute al RPCT proposte di modifica o di integrazione da parte di alcuno. Pertanto, con d.d.g. N 298 del 18/03/2024 è stata approvata la Revisione del Codice di Comportamento dell'ASL TO3.

Nel Codice di comportamento è stato esplicitato che il medesimo si applica a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo presso l'A.S.L. TO3 e, in particolare, a:

- dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo;
- collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto e incarico, conferito a qualsiasi titolo, compresi volontari e tirocinanti;
- personale universitario convenzionato;
- medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali per quanto compatibile con la convenzione vigente;
- medici in formazione specialistica, ricercatori a tempo determinato, dottorandi;
- soggetti che ricoprono ruoli e/o svolgono funzioni strategiche in seno all'organizzazione (Direttore generale, amministrativo e sanitario, OIV e Collegio Sindacale);
- personale operante a qualsiasi titolo nelle imprese fornitrici di beni e/o servizi o che realizzano opere in favore dell'Azienda;
- personale somministrato dalle agenzie per il lavoro.

Nel Codice sono state inserite molteplici specifiche aziendali per guidare il comportamento che deve essere osservato, in particolare nelle seguenti materie:

- presenza in servizio;
- utilizzo delle risorse e rispetto dell'ambiente;
- molestie e mobbing sul luogo di lavoro;
- rapporti con la stampa e con i mezzi di comunicazione;
- rapporti con le società farmaceutiche e/o produttrici di dispositivi medici e non;
- liste d'attesa;
- libera professione;
- sperimentazioni e studi clinici;
- attività conseguenti al decesso ospedaliero;
- pagamento del ticket;
- comportamento dei dirigenti.

Nel Codice di Comportamento dell'A.S.L. TO3 sono presenti apposite tabelle (una relativa al personale del comparto e una per il personale della dirigenza) nell'ambito delle quali, per ciascuna fattispecie individuata dal Codice come condotta considerata in contrasto con i doveri di comportamento, sono riportate le conseguenti sanzioni, consentendo quindi ai destinatari una facile comprensione degli effetti ricollegati ai vari comportamenti oltreché evitare applicazioni discrezionali da parte dell'U.P.D.; ogni Direttore/Dirigente Responsabile è obbligato ad attivare un procedimento disciplinare ogni qualvolta se ne manifestino i presupposti, secondo quanto previsto dall'art. 55 bis del D. Lgs. 165/2001 e del Codice disciplinare aziendale, nell'ambito del quale sono ribadite tutte le tempistiche da rispettare.

Anche per il prossimo triennio è confermato il monitoraggio dell'applicazione del Codice di Comportamento attraverso l'acquisizione di apposite dichiarazioni sottoscritte dai Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali (ovvero i soggetti competenti ad irrogare la sanzione del richiamo verbale) e dall'U.P.D. (competente ad irrogare le sanzioni dal richiamo scritto al recesso dal rapporto di lavoro).

Formazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito dell'azione di prevenzione della corruzione e consente di raggiungere, tra l'altro, i seguenti obiettivi:

- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;

- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Sulla base di quanto sopra l'Azienda, seguendo le indicazioni esplicitate nel P.N.A., intende confermare la programmazione ed attuazione di adeguati percorsi di formazione in materia di anticorruzione, articolati su più livelli:

- **FORMAZIONE GENERALE**, rivolta alla generalità del personale, che abbia come caratteristica principale la diffusione dei principi normativi e la contestualizzazione dei profili di rischio legati alle attività svolte in Azienda. Nel corso del 2023 si è conclusa l'erogazione del corso FAD "Anticorruzione e Trasparenza nell'A.S.L. TO3" mentre sarà possibile fruire del corso FAD "Ecologia delle relazioni dell'agente pubblico" programmato per il 2023, fino alla fine del mese di marzo 2024.

Nell'anno 2024 il RPCT in collaborazione con il Direttore della S.C. Formazione, Qualità e gestione del rischio clinico ha predisposto il corso FAD "Principi dell'etica pubblica e del Codice di Comportamento aziendale" che avrà durata triennale, con conclusione dell'erogazione il 31/12/2026.

- **FORMAZIONE AVANZATA**, diretta al R.P.C.T., ai Referenti, ai dirigenti e al personale operante nelle aree di rischio, con l'obiettivo di definire le responsabilità e le procedure da attivare per evitare/segnalare il verificarsi di episodi di corruzione.

In data 13 maggio 2024 si è svolto in presenza il Corso avanzato "La prevenzione della corruzione e la trasparenza in materia di contratti pubblici", rivolto ai professionisti che operano nell'area dei contratti pubblici e a cui ha partecipato anche il RPCT; la giornata è stata dedicata ad un approfondimento in materia di contratti pubblici, con particolare riferimento alle misure necessarie ad assicurare il rispetto delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza a seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs. 36/2023 recante il Nuovo Codice dei contratti pubblici.

L'attuazione della misura consistente nell'organizzazione e nella gestione dei corsi di formazione è posta in capo al Direttore della Struttura Complessa Formazione, Qualità e gestione del rischio clinico delle attività sanitarie che si avvale del R.P.C.T. per l'individuazione dei contenuti formativi, l'elaborazione delle relative linee strategiche e programmatiche e la rilevazione del c.d. "fabbisogno formativo" inerente la materia, nonché sulla base dei nominativi del personale con priorità di formazione trasmessi dai Referenti per la prevenzione della corruzione.

Nell'anno 2024 è stato introdotto un corso rivolto ai neoassunti dell'ASL TO3 con lo scopo di presentare loro l'Azienda; il programma dell'evento prevede, tra gli altri, un intervento del RPCT in materia di Codice di Comportamento.

Rotazione del personale

La rotazione del personale è considerata una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. Anche alla luce della scarsa applicazione di tale misura, l'allegato 2 del PNA 2019 è interamente dedicato alla rotazione "ordinaria" del personale; l'art. 1 c. 4 lett. e) della L.

190/2012 prevede infatti che spetti ad ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione, ancorché ANAC ritenga che la finalità sostanziale della misura e lo scopo della norma portino a ritenere che l'ambito soggettivo sia riferibile a tutti i pubblici dipendenti.

In applicazione dei contenuti del P.T.P.C. 2020-2022, con nota prot. 0087670 del 21/09/2020 è stata trasmessa alla Direzione generale, da parte del R.P.C.T., una bozza di regolamento per disciplinare la materia in discorso, concernente sia la rotazione ordinaria che la rotazione straordinaria, affinché la stessa potesse essere deliberata dopo il necessario passaggio sindacale.

Dal momento che l'Azienda deve comunque chiarire nella propria sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" i criteri e la programmazione della rotazione, affinché questa sia realmente funzionale alle esigenze di prevenzione dei fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione ed in attesa dell'approvazione del relativo regolamento, si precisa quanto segue.

Nel ricordare che sono esclusi dalla rotazione ordinaria i dirigenti appartenenti all'Area Sanità che espletano la propria attività in ragione del possesso di titoli, competenze specialistiche nonché di expertise consolidate, nell'A.S.L. TO3 la rotazione, nel rispetto delle esigenze organizzative, deve avvenire sulla base di uno dei seguenti criteri:

- territoriale, con assegnazione del dirigente ad un diverso ambito territoriale;
- per competenza, con assegnazione del dirigente ad altra struttura.

In particolare:

- la rotazione degli incarichi dirigenziali da realizzarsi su base territoriale interessa le seguenti strutture complesse dell'area sanitaria:
 - o Distretto Area Metropolitana Centro;
 - o Distretto Area Metropolitana Nord;
 - o Distretto Area Metropolitana Sud;
 - o Distretto Pinerolese;
 - o Distretto Val Susa Val Sangone;
 - o Direzione Medica P.O. Pinerolo;
 - o Direzione Medica P.O. Rivoli;
 - o S.C. Psichiatria Area Nord;
 - o S.C. Psichiatria Area Sud,
- la rotazione degli incarichi dirigenziali da realizzarsi in relazione al trasferimento della competenza interessa le seguenti strutture dell'area amministrativa:
 - o S.C. Acquisti e Logistica;
 - o S.C. Contenzioso e Patrimoniale;
 - o S.C. Personale e Gestione delle risorse umane,
 - o S.C. Assetto istituzionale e Affari generali;
 - o S.C. Risorse finanziarie.

Il Direttore della S.C. Personale e Gestione delle risorse umane provvede a trasmettere, entro il 30 giugno di ogni anno, alla Direzione Amministrativa e alla Direzione Sanitaria, l'elenco dei dirigenti in servizio presso le strutture interessate dalla rotazione con le date di scadenza dei relativi incarichi e, sulla base della documentazione ricevuta, viene elaborato il Piano annuale di rotazione dei dirigenti, da applicare per l'anno successivo, Piano che deve essere trasmesso al R.P.C.T. per la verifica dell'applicazione concreta dello stesso.

La misura della rotazione può comunque essere sostituita dalla dimostrazione che, nell'ambito della struttura, sono state implementate misure alternative alla stessa e dirette ad evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi.

A tal proposito, nel corso del 2023 sono stati collocati in quiescenza il Direttore della S.C. Distretto Pinerolese, il Direttore della S.C. Gestione Appalti e Logistica e tutta l'area amministrativa è stata oggetto di profonda revisione, nel dettaglio:

- con d.d.g. N 386 del 28/03/2023 è stato conferito l'incarico quinquennale di Direttore della S.C. Contenzioso e Patrimoniale;
- con d.d.g. N 1413 del 21/11/2023 è stato conferito l'incarico di sostituzione a tempo determinato di Direttore della S.C. Assetto istituzionale e Affari generali.

In base alle modifiche del Piano di Organizzazione Aziendale approvato con d.d.g. N 900 del 14/10/2022, sono state attivate le SS.CC. Tecnico e Ingegneria clinica e Innovazione digitale e

contestualmente sono stati conferiti gli incarichi ai nuovi direttori; di seguito gli estremi degli atti di individuazione dei nuovi direttori:

- con d.d.g. N 1089 del 01/09/2023 è stato conferito l'incarico quinquennale di Direttore della S.C. Ingegneria clinica e Innovazione digitale;
- con d.d.g. N 1090 del 01/09/2023 è stato conferito l'incarico quinquennale di Direttore della S.C. Tecnico.

Con d.d.g. N 881 del 07/07/2023 è stata attivata la procedura per il conferimento di incarico quinquennale per la copertura dell'incarico di Direttore di S.C. Acquisti e Logistica, considerato che l'unica candidata partecipante e ammessa alla selezione non si è presentata, con d.d.g. N 1408 del 21/11/2023 si è proceduto con un nuovo avviso di selezione interna per il conferimento dell'incarico di Direttore della S.C. Acquisti e Logistica, che si è concluso con la nomina del nuovo Direttore; di seguito gli estremi dell'atto:

- con d.d.g. N 49 del 24/01/2024 è stato conferito l'incarico quinquennale di Direttore della S.C. Acquisti e Logistica.

A seguito della nomina del Direttore della S.C. Acquisti e Logistica, nel 2024 è stata attivata la S.C. Acquisti e Logistica, che ha accorpato in sé la S.C. Provveditorato e la S.C. Gestione appalti e Logistica, dando così piena attuazione alle modifiche previste dal Piano di Organizzazione Aziendale.

Altre importanti variazioni intervenute nell'anno 2024 che garantiscono la misura della rotazione, riguardano gli incarichi dirigenziali su base territoriale, e nel dettaglio:

- con d.d.g. N 551 del 13/06/24 veniva conferito l'incarico di sostituzione a tempo determinato di Direttore della S.C. Direzione Medica Rivoli;
- con d.d.g. N 681 del 17/07/2024 veniva conferito l'incarico di sostituzione a tempo determinato di Direttore della S.C. Distretto Val Susa e Val Sangone;
- con d.d.g. N 861 del 24/09/2024 veniva conferito l'incarico di sostituzione a tempo determinato di Direttore della S.C. Direzione Medica Pinerolo;
- con d.d.g. N 906 del 08/10/2024 veniva conferito l'incarico quinquennale di Direttore della S.C. Distretto Pinerolese.

Viene confermata la misura della rotazione straordinaria quale misura positiva di carattere cautelare in caso di coinvolgimento del dipendente in fatti di natura corruttiva, a seguito di:

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

Ferma restando la possibilità di adottare un provvedimento di sospensione del rapporto di lavoro, l'Azienda, per il tramite della S.C. Personale e Gestione delle risorse umane, procede:

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

L'attuazione della misura della rotazione ordinaria e straordinaria è in capo al Direttore della S.C. Personale e Gestione delle risorse umane.

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

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

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

Ricordato che:

- l'interesse non necessariamente deve avere carattere patrimoniale ma può essere anche di altra natura, come ad esempio una situazione di amicizia o di natura politica o per

assecondare pressioni dei superiori gerarchici e, in generale, tutto ciò che possa pregiudicare l'imparzialità del dipendente;

- occorre considerare anche gli interessi del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, nonché i soggetti e le organizzazioni con cui il dipendente, o il coniuge, abbia causa pendente o grave,

la disciplina aziendale della tematica è prevista all'art. 7 del Codice di comportamento a cui si rinvia per quanto concerne termini e modalità di applicazione dell'istituto; tale norma è confermata nel regolamento sull'adozione delle determinazioni dirigenziali (d.d.g. N 1156 del 23/12/2024) laddove si prevede che "nel caso la determinazione interessi il Dirigente (obbligo di astensione), questa viene assunta da altro Dirigente".

In particolare si evidenzia che l'interessato è tenuto a comunicare per iscritto tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dal momento in cui il conflitto potenziale o attuale si è manifestato o in cui la variazione delle condizioni si è verificata, al dirigente responsabile della struttura, ovvero, laddove si tratti di dirigenti apicali, al Direttore del Dipartimento o in mancanza, al Direttore Sanitario o Amministrativo, le ragioni che possono comportare un conflitto d'interesse con l'Azienda; copia della segnalazione deve essere trasmessa anche al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, per la verifica rispetto ai tempi di presentazione delle dichiarazioni.

I destinatari della comunicazione di cui sopra, dopo aver esaminato le circostanze segnalate e valutato se tale situazione realizza o meno un conflitto di interessi, adottano le determinazioni conseguenti, esplicitando per iscritto la necessità che colui che ha segnalato il conflitto di interessi sia sollevato dall'incarico ovvero le motivazioni per le quali può essere consentito ugualmente al medesimo di svolgere l'incarico. Nel caso in cui il soggetto sia sollevato dall'incarico, il responsabile dell'ufficio provvede, nel rispetto del principio di proporzionalità, a:

- rappresentare al vertice aziendale l'esistenza del conflitto d'interessi;
- proporre l'affidamento dell'interessato ad altro incarico;
- proporre il trasferimento dell'interessato ad altro ufficio,

mentre, nel caso in cui sia necessario sollevare colui che ha segnalato il conflitto di interessi dall'incarico, l'attività dovrà essere affidata dal dirigente responsabile della struttura ad altra risorsa ovvero, in carenza di soggetti professionalmente idonei, il medesimo dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. La rendicontazione delle attività realizzate dal soggetto che ha valutato il conflitto di interesse deve essere trasmessa al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, per la verifica sull'effettiva adozione dei provvedimenti conseguenti. La violazione sostanziale della norma, che si concretizza 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.

Alla luce dell'importanza della tematica in discorso:

- in data 04/07/2018, l'Azienda ha proceduto ad organizzare il corso "La gestione del conflitto di interessi in sanità", che ha visto la partecipazione di un centinaio di operatori e, considerato che una delle misure previste nel P.T.P.C. 2019-2021 era costituita dall'"Acquisizione di dichiarazione di assenza di conflitti di interessi, anche potenziali, nonché sull'insussistenza di procedimenti penali da parte di tutti i soggetti che a diverso titolo partecipano al procedimento", in ottica di collaborazione ed al solo fine di agevolare l'attuazione di tale misura, con nota prot. 0013034 del 08/02/2019 è stato trasmesso il modello riportato nella pagina seguente, modello da contestualizzare a seconda dei processi gestiti dalla struttura;
- nel PIAO dell'A.S.L. TO3, valido per il triennio 2023-2025, approvato con d.d.g. N 439 del 31/03/2023; oltre alla redazione della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", sono state indicate le misure di prevenzione della corruzione in essere con i vari indicatori di verifica nonché le nuove misure da adottare nel corso del 2023 e, tra queste, è stata prevista la redazione di una informativa che ricordi a tutti i dipendenti le norme e le procedure in tema di conflitti di interesse. Con nota prot. 59739 del 12/06/2023, la S.C. Assetto istituzionale e Affari generali, ha trasmesso a tutti i Direttori di SS.CC., Dirigenti Responsabili di SS.SS. Dipartimentali l'informativa in tema di conflitti di interesse dove si precisa: che cosa è un conflitto di interessi, quali sono le disposizioni di legge in materia, quali obblighi sono posti in capo ai dipendenti pubblici, quali tipi di conflitto di interesse esistono, a chi spetta la valutazione sull'esistenza di

una situazione di conflitto di interessi, quali sono le conseguenze giuridiche, a carico del dipendente, derivanti dalla violazione dell'obbligo di comunicazione e dell'obbligo di astensione.

Una volta sottoscritto il modello di assenza di conflitti di interesse è onere di ciascun dipendente verificare la necessità di aggiornamento dello stesso, segnalando tempestivamente le eventuali variazioni intervenute.

Per quanto concerne l'accertamento dell'assenza di conflitti di interessi dei consulenti si prevedono quali misure di prevenzione della corruzione le seguenti:

- il rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- l'aggiornamento della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- il dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- l'effettuazione del dovuto controllo delle suddette dichiarazioni da parte della struttura complessa che ha conferito l'incarico;
- l'audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche.
- L'attuazione della misura è posta in capo a tutti i Direttori / Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali che gestiscono processi.



ASSENZA INCOMPATIBILITÀ, CONFLITTO DI INTERESSI E PROCEDIMENTI PENALI

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____
dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale TO3
in servizio presso la struttura _____
con la qualifica di _____

D I C H I A R A

- di non essere a conoscenza della presenza di procedimenti penali a proprio carico;
- l'assenza, nell'ambito del processo

(inserire la descrizione del processo così come mappato sul piano)

di alcuna delle situazioni di incompatibilità e di conflitto di interessi previste dall'art. 1, comma 41, della Legge n. 190/2012 e dagli art. 6 e 7 del Codice di Comportamento dell'A.S.L. TO3 con i soggetti coinvolti nel processo stesso.

Il dichiarante

_____, lì _____

Art. 1, comma 41, Legge 190/2012. Conflitto di interessi

Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Art. 6 Codice di Comportamento dell'ASL TO3 Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse

1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:
 - 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;
 - 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 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 Codice di Comportamento dell'ASL TO3 Obbligo di astensione

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. Sull'astensione decide il responsabile dell'uffici.

Inconferibilità e incompatibilità incarichi dirigenziali

Il D. Lgs. 39 del 08/04/2013 definisce:

- "inconferibilità" la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi dirigenziali a coloro che:
- abbiano riportato condanne penali per i reati contro la P.A. previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice penale anche con sentenza non passata in giudicato;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico;
- "incompatibilità" l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 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 la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento mentre, se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, la causa dovrà essere rimossa entro 15 giorni mediante rinuncia ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro, pena la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D. Lgs. 39/2013).

L'inconferibilità e l'incompatibilità come sopra descritte rappresentano misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, affinché gli stessi restino al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato. Il legislatore, infatti, ritiene necessario evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la precostituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita ovvero che il contemporaneo svolgimento di alcune attività possa generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

Per quanto concerne le Aziende Sanitarie occorre precisare che la delibera ANAC 149 del 22/12/2014 e la sentenza della III sezione del Consiglio di Stato 5583/2014 avevano precisato che "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1 commi 49 e 50 della L. 190/2012 e dagli artt. 5, 8, 10, 14 del D. Lgs. 39/2013". Successivamente la delibera ANAC 1146 del 25/09/2019 ha ampliato il novero dei soggetti tenuti ad osservare la normativa in discorso disponendo "che gli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario, rientrano nella definizione di "incarichi dirigenziali interni e esterni" di cui all'art. 3, comma 1, lett. c) del D. Lgs. 39/2013.

Rispetto alla procedura per il conferimento degli incarichi di direttore amministrativo e di direttore sanitario si ritiene necessario adottare la seguente procedura:

- preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico e pubblicazione delle stesse in "Amministrazione Trasparente";
- attivazione della verifica entro quindici giorni dal rilascio della dichiarazione;
- pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 33/2013 e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del D. Lgs. 39/2013.

L'acquisizione delle dichiarazioni è posta in capo al Direttore della S.C. Personale e Gestione delle risorse umane mentre l'attività di verifica in materia di inconferibilità e incompatibilità è rimessa al R.P.C.T. e i procedimenti di accertamento delle situazioni di inconferibilità e sanzionatori devono svolgersi nel rispetto del principio del contraddittorio, affinché sia garantita la partecipazione degli interessati.

Quale misura di prevenzione della corruzione viene confermata per il prossimo triennio l'acquisizione annuale, a cura del R.P.C.T., delle dichiarazioni del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario unitamente all'acquisizione delle dichiarazioni dei dirigenti dell'area Professionale, Tecnica e Amministrativa circa il mantenimento delle condizioni che legittimano la prosecuzione degli incarichi

dirigenziali, con relativa pubblicazione in "Amministrazione Trasparente", nonché l'effettuazione delle verifiche delle singole posizioni soggettive, con particolare attenzione in ordine all'assenza di condanne per i reati contro la pubblica amministrazione.

Autorizzazione incarichi esterni

L'Azienda, per il tramite della S.C. Personale e Gestione delle risorse umane, affida gli incarichi esterni in applicazione del Regolamento per le autorizzazioni agli incarichi extra istituzionali aggiornato, da ultimo, con la d.d.g. N 249 del 23/04/2020. Come previsto dall'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, così come modificato dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri dipendenti, l'A.S.L. TO3 verifica l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale; il Regolamento di cui al capoverso precedente prevede la comunicazione da parte del dipendente per gli incarichi che non sono soggetti ad autorizzazione.

La procedura per il rilascio dell'autorizzazione è la seguente:

- il dipendente che richiede di essere autorizzato a svolgere un'attività per la quale non sia prevista un'incompatibilità assoluta, deve presentare apposita domanda preventiva 15 giorni prima dell'inizio della prestazione occasionale al Direttore della S.C. Personale e Gestione risorse umane utilizzando il modulo "Modulo richiesta autorizzazione attività occasionale" – M PGRU 050 - disponibile sull'applicativo *Intranet* – Strutture con Bacheche/Utility – S.C. Personale e Gestione risorse umane - S.S. Organizzazione e Sviluppo – Moduli, corredato del parere favorevole del Responsabile della Struttura di assegnazione in ordine alla compatibilità, anche temporale, dell'incarico con l'attività della struttura di appartenenza, e dovrà allegare la richiesta del soggetto che intende conferire l'incarico. Nel caso in cui il richiedente sia Direttore di una Struttura Complessa, il parere in ordine alla compatibilità dell'incarico viene espressa dal Direttore di Dipartimento o dal Direttore Amministrativo o Sanitario, in relazione alle specifiche competenze;
- la domanda deve precisare:
 - o l'oggetto dell'incarico;
 - o il soggetto a favore del quale l'attività è prestata (esatta denominazione, eventuale ragione sociale, sede, codice fiscale e/o partita I.V.A.);
 - o le modalità e il luogo di espletamento dell'attività medesima con espressa indicazione che l'attività verrà espletata al di fuori dell'orario di lavoro con possibilità di riscontro tramite sistemi automatici di rilevazione presenze qualora l'impegno preveda un'uscita e rientro in servizio nel corso della giornata;
 - o la quantificazione della durata e dell'impegno orario e giornaliero richiesto;
 - o il compenso lordo presunto;
 - o il numero delle ore o giornate dedicate e l'ammontare dei compensi percepiti per lo svolgimento di altri incarichi nello stesso anno solare;
 - o l'impegno a non utilizzare beni aziendali;
 - o che al momento della domanda sia stato reso il debito orario contrattualmente previsto.

Nella domanda diretta ad ottenere l'autorizzazione potrà altresì essere indicato ogni altro elemento altrimenti utile e, in particolare, la concreta illustrazione dei vantaggi derivanti all'Ente, anche in termini di immagine, della maggior professionalità acquisibile da parte del richiedente attraverso l'espletamento dell'incarico;

- l'istruttoria volta al rilascio dell'autorizzazione è curata dalla S.C. Personale e Gestione risorse umane il cui Direttore, entro il termine di trenta giorni, può sospendere il procedimento richiedendo ulteriori elementi di valutazione sia all'interessato, sia al dirigente della struttura alla quale il dipendente è stato assegnato. In tale ipotesi il termine viene sospeso e ricomincia a decorrere dalla data di ricevimento della documentazione richiesta.

L'istruttoria in discorso viene espletata, anche a fronte di richieste formulate direttamente dai soggetti pubblici o privati interessati a conferire l'incarico ad un dipendente specificamente individuato, sempre nell'ambito della S.C. Personale e Gestione risorse umane, il cui Direttore, entro il medesimo termine di trenta giorni, provvederà anche all'acquisizione, oltreché degli elementi di valutazione eventualmente non indicati in domanda, anche dei necessari pareri nonché della disponibilità del dipendente cui la richiesta si riferisce; l'espletamento dell'incarico non può iniziare prima dell'acquisizione dell'autorizzazione e, pertanto, qualora

la richiesta sia presentata successivamente all'effettuazione della prestazione, si intenderà non autorizzata;

- la S.C. Personale e Gestione risorse umane provvede alla effettuazione di controlli, di norma, entro il termine dell'anno successivo relativamente alle autorizzazioni rilasciate nell'anno precedente, circa l'effettivo svolgimento dell'attività al di fuori dell'orario di lavoro e di pronta disponibilità.

Infine, si vuole evidenziare che l'abrogazione del comma 12 dell'art. 3 della L. 56 del 2019 ha avuto come conseguenza che non sia più necessaria l'autorizzazione dell'Amministrazione per la partecipazione alle commissioni di concorso e che tali incarichi si considerano a tutti gli effetti di legge effettuati in costanza di servizio.

L'attuazione della misura rientra nella competenza del Direttore della S.C. Personale e Gestione delle risorse umane.

Attività successive alla cessazione dal servizio

La L. 190/2012 ha previsto per la prima volta una disciplina generale diretta a ridurre il rischio di situazioni di corruzione che trovano manifestazione nell'impiego del dipendente successivamente alla cessazione del precedente rapporto di lavoro con la P.A.; in particolare la norma prevede il divieto per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale (sia mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato o l'affidamento di incarico o di consulenza) presso i soggetti privati che erano destinatari dell'attività dell'Amministrazione per il tramite dei citati poteri.

Tenuto conto della finalità della norma, può ritenersi che fra i poteri autoritativi e negoziali sia da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere, in generale, vantaggi o utilità al privato quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere.

Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, indipendentemente dalla durata a tempo indeterminato o a tempo determinato del contratto di cui è titolare, che durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente pubblico l'opportunità di una assunzione ovvero l'affidamento di incarichi o consulenze da prestare a favore degli stessi, una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

La norma in discorso dispone delle sanzioni particolarmente rilevanti nel caso di sua inosservanza, visto che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti.

Si precisa che in merito all'interpretazione dell'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. 165/2001, l'ANAC si è pronunciata con un orientamento secondo il quale le prescrizioni ed i divieti descritti trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto dell'Amministrazione, ma anche ai dipendenti che, pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri, sono tuttavia competenti ad elaborare atti endo-procedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto da altro soggetto.

L'accertamento in merito alle fattispecie in discorso nonché dei poteri sanzionatori sono in capo all'ANAC.

Tra le misure di prevenzione per prevenire il fenomeno in discorso sono individuate le seguenti:

- nei contratti di conferimento incarico viene inserita la frase "Il dirigente si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda eventuali situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, che dovessero insorgere durante il periodo di svolgimento dell'incarico. Il dirigente dichiara, inoltre, di conoscere e di impegnarsi a rispettare il divieto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. 165/2001";

- l'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale (sia a tempo indeterminato che a tempo determinato) contenenti specificamente il divieto di *pantouflage*;
- previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda di cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage*, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- previsione della misura di comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro;
- la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del già menzionato divieto, per quanto di conoscenza, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del D. Lgs. 50/2016;
- inserimento di apposite clausole nei patti di integrità sottoscritti dai partecipanti alle gare, ai sensi dell'art. 1, co. 17, della L. 190/2012;
- promozione di specifiche attività di sensibilizzazione sul tema;
- consulenza e/o supporto agli ex dipendenti che prima di assumere un nuovo incarico richiedano assistenza per valutare l'eventuale violazione del divieto;
- attivazione di verifiche secondo le modalità operative da individuarsi a seguito delle indicazioni che verranno fornite in merito da ANAC.

L'attuazione delle misure di cui ai punti 1), 2), 3) e 4) è demandata al Direttore della S.C. Personale e Gestione delle risorse umane; l'attuazione delle misure di cui ai punti 5), e 6) è demandata al Direttore della S.C. Acquisti e Logistica, al Direttore della S.C. Tecnico e al Direttore S.C. Ingegneria clinica e Innovazione digitale mentre l'attuazione delle misure di cui ai punti 7), 8) e 9) è demandata al RPCT.

Con delibera 493, approvata dal Consiglio dell'Autorità del 25/09/2024, Anac ha emanato delle Linee Guida, fornendo indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di *pantouflage*; ciò allo scopo di affinare le indicazioni già elaborate in passato, orientando ancor meglio le amministrazioni nella individuazione delle misure di prevenzione del *pantouflage*. Anac ha precisato che le Linee Guida approvate sono da intendersi come integrative di quanto indicato già nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Le suddette Linee Guida sono state trasmesse alle Strutture aziendali interessate dall'adozione delle misure di prevenzione del fenomeno "*pantouflage*" con nota prot. 121702 18/11/2024.

Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.

La misura mira ad evitare la presenza di soggetti condannati, anche in via non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, all'interno di organi amministrativi cui sono affidati poteri decisionali, indipendentemente dalla qualifica di appartenenza.

Come espressamente previsto dall'art. 35 bis D. Lgs. 165/2001, tali soggetti:

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

L'attuazione delle misure di cui ai punti 1) e 2) è demandata al Direttore della S.C. Personale e Gestione delle risorse umane, mentre la misura di cui al punto 3) è demandata al Direttore della S.C. Acquisti e Logistica e al Direttore della S.C. Tecnico.

La violazione delle norme sopra indicate si traduce nell'illegittimità dei provvedimenti conclusivi del relativo procedimento.

A tal fine, contestualmente all'accettazione di qualsiasi incarico tra quelli sopra individuati, il dipendente dovrà sottoscrivere una dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 del D.P.R. 445/2000 in cui attestare l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale.

Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)

La tutela del dipendente che segnala situazioni di illecito (c.d. *whistleblower*) costituisce una misura che mira a consentire l'emersione di fenomeni corruttivi.

Con d.d.g. N 3869 del 9 dicembre 2014 era stata approvata la procedura per la segnalazione di condotte illecite; in particolare era stato creato un canale di comunicazione dedicato per l'inoltro delle segnalazioni (anticorruzione@aslto3.piemonte.it), visibile solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

La legge 179/2017 ha successivamente introdotto nuove e importanti tutele per coloro che segnalano e ha obbligato le pubbliche amministrazioni ad utilizzare modalità anche informatiche e strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.

In relazione a quanto sopra, dal mese di novembre 2018, l'A.S.L. TO3 ha attivato un nuovo canale informatico di *whistleblowing* nell'ambito del progetto *WhistleblowingPA* promosso da *Transparency International Italia* e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali; pertanto, da tale data le segnalazioni possono essere effettuate accedendo all'indirizzo <https://aslto3.whistleblowing.it>.

L'utilizzo del canale sopra descritto risponde alla previsione normativa poiché:

- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario e può essere inviata in forma anonima;
- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e gestita garantendo la confidenzialità del segnalante;
- la piattaforma permette il dialogo, anche in forma anonima, tra il segnalante e il R.P.C.T. per richieste di chiarimenti o approfondimenti, senza quindi la necessità di fornire contatti personali;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall'interno dell'Ente che dal suo esterno e la tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

Sia sull'*homepage* del sito *internet* che sull'*homepage* dell'*intranet* aziendale è stato inserito apposito *banner*, collegato all'indirizzo <https://aslto3.whistleblowing.it> per agevolare i dipendenti/collaboratori dell'Ente ovvero i cittadini che vogliono inviare una segnalazione; la nuova modalità è stata riportata anche in Amministrazione Trasparente.

In data 15/04/2022 è stata adottata l'istruzione operativa "*Whistleblowing Policy*" (IO AG 023 che sostituisce la precedente istruzione IO AG 028); tale istruzione è stata redatta sulla base delle indicazioni della delibera dell'ANAC 469 del 09/06/2021 avente ad oggetto "Schema di Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del D. Ls. 165/2001 (c.d. *whistleblowing*)" ed è stata debitamente pubblicata in Amministrazione Trasparente, unitamente alla Modulo M ASL 075 Segnalazioni di illeciti e irregolarità (*whistleblower*) - Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali dei soggetti che segnalano un illecito o una irregolarità.

Nel mese di dicembre 2023, con la nomina del nuovo R.P.C.T., si è proceduto ad aggiornare l'istruzione operativa "*Whistleblowing Policy*" (IO AG 023) modificandone anche la tipologia di documento generando pertanto la procedura specifica PS ASL 019; tale procedura è stata redatta sulla base delle indicazioni della delibera dell'ANAC 311 del 12/07/2023 - Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne - ed è stata debitamente pubblicata in Amministrazione Trasparente, unitamente al modulo M ASL 075 Segnalazioni di illeciti e irregolarità (*whistleblower*) - Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali dei soggetti che segnalano un illecito o una irregolarità.

Con d.d.g. N 45 del 22/01/2024 recante "Adeguamento dell'istituto "WHISTLEBLOWING POLICY" – approvazione procedura aziendale" si è approvata la procedura aziendale PS ASL 019 avente ad oggetto "Whistleblowing Policy".

Principali novità

Segnalazione

- Possibilità **estesa** ad ulteriori categorie di **sogetti interni** all'Organizzazione
- Possibilità **estesa** ai **sogetti esterni** collegati all'Organizzazione
- Relativa, **oltre ai reati 231, a illeciti e violazioni di norme nazionali ed europee**

Canale

- **Canali interni che garantiscano 3 forme di segnalazione:** scritta, orale e con incontro diretto
- **Garanzia di anonimato**
- **Possibilità** del segnalante di effettuare **segnalazione esterna o divulgazione pubblica**

Protezione

Previsione di **misure di protezione e sostegno** in favore del **segnalante**, oltre al divieto di atti ritorsivi e discriminatori.

Gestione operativa

- **Designazione** di un **sogetto competente** a gestire le segnalazioni
- **Rispetto di tempistiche mandatorie** (7 giorni per presa in carico e 90 giorni per la chiusura dell'indagine)
- **Rispetto di modalità operative** nelle attività di gestione della segnalazione (es. interlocuzioni, riscontro)

Archiviazione

Introdotta il **vincolo della conservazione della documentazione**, inerente la segnalazione, **non oltre 5 anni** dalla comunicazione dell'esito finale della procedura di segnalazione

Divulgazione

- **Attività di formazione interna**
- **Informazione esterna** sulle modalità di segnalazione

Introdotto un sistema Sanzionatorio

- **Sanzioni a carico delle Organizzazioni:** da **10.000 a 50.000 €** in specifici casi che comprendono la mancata implementazione del Sistema Whistleblowing o l'errata gestione delle segnalazioni
- **Sanzioni a carico del segnalante:** da **500 a 2.500 €** in caso di responsabilità penale

AON

Figura 5. Principali novità Whistleblowing Policy - Approvazione procedura aziendale.

Ribadito che l'attuazione della misura in discorso rientra nelle competenze del R.P.C.T., si evidenzia che dall'entrata in funzione dell'applicativo non sono arrivate segnalazioni per cui si siano potute applicare le disposizioni in discorso; nel corso del 2022 è pervenuta una segnalazione anonima che, anche alla luce del disposto dell'art. 8 comma 8 del Codice di Comportamento dell'A.S.L. TO3, laddove si prevede che "Le segnalazioni pervenute dall'esterno sono trasmesse direttamente al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e quelle anonime sono prese in considerazione solo se adeguatamente circostanziate", è stata istruita con la necessaria diligenza.

Patti di integrità negli affidamenti

Nell'ambito di una delle aree a più alto rischio, quale quella degli acquisti, l'Azienda ha implementato, fra le misure preventive, quella relativa all'adozione, in qualità di stazione appaltante, dei "Patti d'integrità" che i concorrenti ad una gara d'appalto devono accettare come presupposto condizionante la loro partecipazione.

Ricordato che il patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo, la legittimità di questa tipologia di misure è sancita, tra l'altro, da una specifica determinazione 4/2012 dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici, che ha evidenziato come l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità, attraverso la presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta, comporti in realtà l'accettazione di regole comportamentali già doverose per tutti i concorrenti e che in caso di loro violazione aggiungono anche sanzioni di carattere patrimoniale alla comune conseguenza dell'estromissione dalla gara.

Con d.d.g. N 4070 del 19/12/2014 è stato approvato il modello "Patti di integrità" per cui, dal 01/01/2015, tale modello deve essere sottoscritto contestualmente alla presentazione della documentazione di rito richiesta dal bando di gara ad ogni offerente, con riferimento a tutti i contratti stipulati dall'A.S.L. TO3 per appalti di lavori, servizi, forniture, modello che sarà aggiornato nel corso del 2023.

Nel PIAO dell'A.S.L. TO3, valido per il triennio 2023-2025, approvato con d.d.g. N 439 del 31/03/2023, oltre alla redazione della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", sono state indicate le misure di prevenzione della corruzione in essere con i vari indicatori di verifica nonché le nuove misure da adottare nel corso del 2023 e, tra queste, era stato previsto un aggiornamento del Patto di integrità relativo alle procedure di gara finalizzate alla stipula di contratti pubblici secondo le vigenti disposizioni in materia di anticorruzione e contratti pubblici. Con d.d.g. N 439 del 31/03/2023 avente ad oggetto "Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 dell'A.S.L. TO3", è stato approvato lo schema di patto di integrità aggiornato secondo le vigenti disposizioni in materia di anticorruzione e contratti pubblici.

L'attuazione della presente misura è demandata al Direttore della S.C. Acquisti e Logistica e al Direttore della S.C. Tecnico.

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

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

Fra queste azioni di sensibilizzazione rientra:

- la consultazione pubblica propedeutica all'approvazione dei documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali sul tema della trasparenza e della prevenzione della corruzione;
- la raccolta da parte dell'Ufficio per la Relazione con il Pubblico (URP) dei reclami e delle segnalazioni da parte degli utenti e di tutti i cittadini, atti che possono inerire anche episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitti d'interesse.
- L'attuazione delle misure di cui sopra è demandata al R.P.C.T. e al Direttore della S.C. Assetto istituzionale e Affari generali.

Nomina del Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

Con il comunicato del 28/10/2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA). Anche il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano delle singole Amministrazioni, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Con d.d.g. N 955 del 03/11/2022 la Dott.ssa Mina Imperiale è stata individuata quale Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (R.A.S.A.) dell'A.S.L. TO3.

Nomina del "gestore" nei casi sospetti di operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo

Con d.d.g. N 3 del 25/01/2017 il R.P.C.T. è stato anche individuato quale soggetto "gestore" delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni alla UIF nei casi sospetti di operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo mentre, con d.d.g. N 965 del 10/11/2022, è stato approvato l'aggiornamento della procedura PS AG 001 avente ad oggetto "Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo", debitamente trasmessa a tutte le articolazioni organizzative interessate con nota prot. 0105073 del 14/11/2022; nel contempo si è provveduto ad aggiornare la scheda S AG 003 avente ad oggetto "Indicatori di anomalia - Provvedimento UIF del 23/04/2018 (G.U. Serie Generale 269 del 19/11/2018)" e il modulo M AG 094 avente ad oggetto "Segnalazione di operazione sospetta ai sensi e per gli effetti del provvedimento UIF del 23/04/2018", nonché ad attivare una casella di posta elettronica a cui inviare le segnalazioni necessarie di valutazione da parte del gestore (antiriciclaggio@aslto3.piemonte.it).

Considerato che il comma 5 dell'art. 6 del D.M. 25/09/2015 avente ad oggetto "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione", prevede che la persona individuata come gestore può coincidere con il responsabile della prevenzione della corruzione previsto dall'art. 1, comma 7, della legge 190/2012, con la nomina del

nuovo R.P.C.T. si è proceduto, con d.d.g. N 1506 del 18/12/2023 a nominare il medesimo, soggetto gestore delle segnalazioni.

Set di dati minimi all'interno degli atti relativi ad appalti

In adesione alle indicazioni contenute nel PNA 2016, negli atti relativi agli appalti devono essere indicati i seguenti elementi:

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di global service comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, evidenziando eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sottosoglia);
- importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto (ad es. per materiali connessi all'utilizzo e/o per manutenzioni);
- termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/una tantum), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP.

L'attuazione della misura in discorso è demandata al Direttore della S.C. Acquisti e Logistica, al Direttore della S.C. Tecnico, al Direttore della S.C. Ingegneria clinica e Innovazione digitale e al Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera.

Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti

Le finalità del monitoraggio vanno individuate nell'ambito delle disposizioni dell'art. 7, comma 2, della legge 69/2009, dove si stabilisce che "il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti rappresenta un elemento di valutazione dei dirigenti; di esso si tiene conto al fine della corresponsione della retribuzione di risultato".

Con nota prot. 35110 dell'08/04/2020 i dirigenti aziendali sono stati nuovamente invitati a vigilare sul rispetto delle tempistiche dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura, anche al fine di far emergere eventuali inefficienze o fenomeni di "cattiva amministrazione". La misura in discorso è demandata a tutti i dirigenti aziendali, ciascuno per la parte di propria competenza.

Le misure per contrastare i rischi corruttivi sono indicate nell'Allegato 2 del presente Piano (Misure di prevenzione della corruzione), che è stato predisposto in tre sezioni:

- sezione A: misure di prevenzione della corruzione generali;
- sezione B: misure di prevenzione della corruzione in essere nei singoli processi, con evidenza del soggetto responsabile dell'attuazione, dell'indicatore e del valore atteso;
- sezione C: nuove misure di prevenzione della corruzione programmate per l'anno 2025, con evidenza del soggetto responsabile dell'attuazione, dell'indicatore, del valore atteso, dei tempi di realizzazione e delle modalità di rendicontazione.

Contribuiscono infine a rafforzare il sistema di prevenzione di rischio corruttivo anche l'attività della S.C. Formazione, Qualità e gestione del rischio clinico delle attività sanitarie, l'adozione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), la presenza di un Servizio Ispettivo Interno, la puntuale disciplina attraverso leggi e regolamenti di molte attività.

2.3.6 Il monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure.

Il monitoraggio e la vigilanza delle misure individuate non riguardano soltanto le attività di semplice controllo della loro attuazione, ma si estendono a tutti gli interventi di implementazione e di miglioramento del suo contenuto.

Le tipologie di monitoraggio sono organizzate su tre livelli.

Il monitoraggio di I livello viene espletato in modo differente a seconda che si faccia riferimento a misure di prevenzione della corruzione già in essere ovvero se si tratti di misure programmate per gli anni a venire:

- nel caso di misure già in essere, ogni titolare del processo mappato deve provvedere a compilare il modello M AG 102 "Rispetto delle misure anticorruzione esistenti contenute nella presente sottosezione del "P.I.A.O.", con il quale si dichiara l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione in essere come prassi consolidata alla luce degli indicatori e del valore atteso.
- nel caso di nuove misure, ogni titolare del processo mappato deve provvedere a compilare:
 - o il modello M AG 108 "Nuove misure di prevenzione della corruzione – monitoraggio;
 - o il modello M AG 097 "Attuazione delle nuove misure individuate e contenute nel P.T.P.C.", modelli che dovranno essere compilati secondo le tempistiche dettagliate nella sezione C dell'allegato 2 del presente Piano, fornendo altresì una valutazione in ordine all'utilità della misura relativamente ai rischi corruttivi che si vogliono contrastare.

I monitoraggi di II livello riguardano invece i controlli posti in essere da un soggetto diverso da chi gestisce l'attività ed hanno ad oggetto le misure programmate per il 2025 nonché la verifica di alcuni processi selezionati.

Per quanto riguarda le misure programmate per l'anno 2025, il R.P.C.T. provvederà a verificare quanto attestato nella documentazione redatta dal soggetto individuato quale responsabile della misura, richiedendo integrazioni o specifiche nel caso di mancata o carente attuazione della misura. Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio di II livello, il R.P.C.T. tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio, tenendo conto anche dell'esigenza di includere i processi/attività non verificati negli anni precedenti, avvalendosi del gruppo di audit per l'effettuazione delle verifiche.

Il gruppo di audit dovrà procedere, in particolare, a verificare se:

- sono chiaramente individuati compiti e responsabilità;
- sono correttamente definite le procedure per l'espletamento dell'attività;
- risultano rispettati i dettami normativo/regolamentari di riferimento;
- vengono adottate adeguate misure di prevenzione del rischio;
- è necessario adottare azione correttive per la risoluzione di criticità riscontrate nei processi al fine di evitare il ripetersi;
- è necessario adottare azioni preventive orientate a rimuovere il verificarsi di potenziali anomalie nella gestione del processo.

A tal fine nel corso del 2018 è stata definita un'apposita procedura con cui svolgere le attività di monitoraggio e controllo sulla gestione del rischio corruzione delle strutture aziendali attraverso degli audit, concernenti le misure di prevenzione della corruzione; nel corso del prossimo triennio, il gruppo di audit dovrà essere opportunamente integrato con professionalità operanti nel settore degli appalti.

Le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del R.P.C.T. poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che vengono attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al R.P.C.T. in corso d'anno tramite il canale del *whistleblowing* o con altre modalità (es. reclami o segnalazioni).

I monitoraggi di III livello sono quelli posti in essere da un soggetto esterno all'Azienda; possono essere periodici o una tantum, attesi o concordati oppure comunicati dall'ente istituzionale che lo metterà in atto e rientrano in questa ultima casistica quelli realizzati da parte delle forze di polizia, delle Procura e delle attività giudiziarie o amministrativo-contabili o da ANAC. A tal proposito si ricorda che ANAC, con nota del 03/06/2022 (ns. prot. 52210) ha richiesto informazioni sul procedimento di affidamento in concessione di servizi relativi al sistema RIS-CVIS-PACS integrato, al supporto gestionale RM per i PP.OO. di Rivoli e Pinerolo e di TAC per il P.O. di Venaria; con nota del 24/06/2022 (ns. prot. 59480) è stata riscontrata la richiesta allegando altresì tutta la documentazione ritenuta rilevante.

Nella relazione annuale predisposta da parte del R.P.C.T., secondo lo schema tipo elaborato dall'ANAC, viene data contezza dell'attività di cui sopra; la relazione è pubblicata anche sul sito web aziendale.

Nel corso del 2024 si è proceduto a riesaminare i processi espletati nell'ambito della S.C. Pianificazione Strategica e monitoraggio attività sanitarie, della S.C. Direzione Medica Rivoli e della S.C. Direzione Medica Pinerolo, come risulta dai verbali depositati agli atti; nel corso del 2025, verrà portata avanti l'attività di audit nei confronti dei processi in cui è insito un rischio corruttivo, così come mappati nel presente documento.

In analogia a quanto realizzato a partire dal 2020, dopo il primo semestre 2025 e comunque entro il 31/07/2025, si dovrà procedere al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione della corruzione, momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti dalla tematica, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e i risultati raggiunti al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio ovvero individuare nuove misure di prevenzione della corruzione. Il riesame periodico è coordinato dal R.P.C.T. e coinvolgerà i referenti per la prevenzione e l'Organismo Indipendente di Valutazione; la relazione redatta dal R.P.C.T. dovrà essere pubblicata in Amministrazione Trasparente e trasmessa al Direttore generale.

2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del Decreto Legislativo 33/2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato

Preliminarmente si precisa che, con nota prot. 0081877 del 08/09/2022 avente ad oggetto "Obiettivi strategici in materia di anticorruzione e di trasparenza da sviluppare nell'ambito del Piano Integrato di Attività ed organizzazione per il triennio 2023-2025", il Direttore generale ha comunicato che gli obiettivi da perseguire durante la vigenza del PIAO 2023-2025 in tema di trasparenza, sono i seguenti:

- incremento dei livelli di trasparenza, attraverso la pubblicazione di dati e informazioni non obbligatorie;
- incremento della formazione in materia di trasparenza tra il personale;
- partecipazione del R.P.C.T. alle reti presenti in ambito territoriale.

Come noto, il D. Lgs. 97/2016 ha abrogato l'obbligo di predisposizione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), documento previsto originariamente dal D. Lgs. 150/2009, nel quale dovevano essere definite le misure, i modi e le iniziative per l'attuazione degli obblighi di pubblicazione tra cui, in particolare, le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi delle informazioni da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente". Il legislatore, nel suo intento di semplificazione degli adempimenti ed alla luce dell'implementazione nell'ordinamento dell'accesso civico semplice e dell'accesso generalizzato sulla scorta di quanto previsto dal FOIA (Freedom of Information Act, la legge sulla libertà di informazione statunitense), ha ora stabilito la necessità di elencare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Ai fini di ottemperare a tutti gli obblighi di pubblicazione, si provvede ad utilizzare l'allegato della deliberazione dell'ANAC 1310 del 28/12/2016 avente ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016", secondo quanto risulta dall'allegato 3 del presente Piano (Elenco degli obblighi di pubblicazione), ove risulta indicato per ogni pubblicazione:

- denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie);
- denominazione sottosezione livello 2 (Tipologie di dati);
- riferimento normativo;
- denominazione del singolo obbligo;
- contenuti dell'obbligo;
- dirigente responsabile elaborazione dei dati;
- dirigente responsabile della trasmissione dei dati;

- dirigente responsabile della pubblicazione;
- termine di scadenza per la pubblicazione;
- monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile.

In analogia a quanto realizzato durante la vigenza dei precedenti PP.TT.PP.CC. è confermato un monitoraggio da effettuare da parte del R.P.C.T. sugli obblighi di pubblicazione, con la collaborazione del dirigente responsabile dell'obbligo e/o del referente della prevenzione della corruzione di riferimento.

Ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 33/2013, i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4; decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili previa istanza di accesso civico generalizzato. I soggetti identificati come responsabili della pubblicazione nell'allegato 3 della presente sottosezione del PIAO, sono altresì tenuti a verificare gli obblighi di de-pubblicazione, una volta trascorsi i termini di riferimento.

Le pubblicazioni devono essere realizzate ponendo la massima attenzione da quanto previsto dalla normativa che disciplina la tutela dei dati personali e, in particolare, del Regolamento Generale sulla Protezione Dati (regolamento UE 2016/679) – G.D.P.R.

Rispetto agli obblighi ulteriori di pubblicazione, questa Azienda provvede a pubblicare:

- l'elenco delle deliberazioni del Direttore Generale;
- l'elenco delle determinazioni adottate dai dirigenti aziendali suddivise per mesi;
- i report prodotti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- i provvedimenti aziendali concernenti l'attuazione del PNRR.

L'entrata in funzione nell'ottobre del 2018 del nuovo applicativo informatico per la gestione delle delibere e delle determine ha consentito di migliorare la *performance* nell'ambito delle pubblicazioni; è stato infatti previsto, al termine dell'iter approvativo, un apposito alert al funzionario istruttore del provvedimento circa la necessità di procedere alla pubblicazione di quell'atto nella sezione "Amministrazione Trasparente", evitando così dimenticanze in merito.

Per quanto concerne l'accesso civico semplice, introdotto dall'art. 5 comma 1 del D. Lgs. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016, si ricorda che è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria secondo le vigenti disposizioni normative, qualora le pubbliche amministrazioni ne abbiano omesso la pubblicazione. La richiesta di accesso civico è gratuita, non deve essere motivata e deve essere presentata al R.P.C.T., che ha la responsabilità del processo; in caso di ritardo o mancato riscontro, il richiedente può rivolgersi direttamente alla Direzione Generale dell'Azienda.

Nel corso di questi anni non sono pervenute richieste di accesso civico semplice.

Per quanto concerne l'accesso generalizzato, introdotto dall'art. 5 comma 2 del D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. 97/2016, si ricorda che è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati ulteriori a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del suddetto decreto legislativo; l'A.S.L. TO3 ha adottato apposito regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dell'accesso civico generalizzato (d.d.g. N 664 del 23/11/2017).

La richiesta di accesso generalizzato è gratuita, non deve essere motivata, ma occorre identificare in maniera chiara e puntuale i documenti o gli atti di interesse per i quali si fa richiesta; non sono, dunque, ammesse richieste di accesso generiche e l'Amministrazione non è tenuta a produrre dati o informazioni che non siano già in suo possesso al momento dell'istanza. Nel caso di richiesta relativa a un numero manifestamente irragionevole di documenti, tale da imporre un carico di lavoro in grado di compromettere il buon funzionamento dell'amministrazione, la stessa può ponderare, da un lato, l'interesse all'accesso ai documenti e, dall'altro, l'interesse al buon andamento dell'attività amministrativa. L'accesso generalizzato è escluso nei casi contemplati dall'art. 5 bis), commi 1 e 2 del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i., laddove comporti un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici ivi previsti; l'accesso è altresì escluso se costituisce un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati: a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia; b) la libertà e la segretezza della corrispondenza; c) gli interessi economici e

commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali. L'istanza, che può essere trasmessa sia in forma cartacea che per via telematica secondo le modalità previste dal D. Lgs. 82/2005, e successive modificazioni, deve essere presentata alla S.S. Legale dell'A.S.L. TO3. Nelle ipotesi di mancata risposta entro il termine di 30 giorni (o in quello più lungo nei casi di sospensione per la comunicazione al controinteressato), ovvero nei casi di diniego totale o parziale, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (che decide con provvedimento motivato entro 20 giorni).

La responsabilità del processo è in capo al Dirigente Responsabile della S.S. Legale.

Il Dirigente Responsabile della S.S. Legale dovrà trasmettere al R.P.C.T., con cadenza quadrimestrale, apposita relazione contenente:

- il numero di istanze di accesso civico "generalizzato" pervenute;
- la corretta tenuta del registro degli accessi;
- il numero di istanze che non sono state accolte e le relative motivazioni.

Nel corso di questi anni non sono pervenute al R.P.C.T. richieste di riesame dei provvedimenti adottati dalla S.S. Legale fatta eccezione per il 2023 in cui sono state presentate due istanze di riesame all'R.P.C.T.

Allegati relativi alla sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza

- Allegato 1 *Processi attuativi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*
Allegato 2 *Misure di prevenzione della corruzione (con sezioni A – B e C)*
Allegato 3 *Elenco degli obblighi di pubblicazione*

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

31. Organizzazione

L'articolazione organizzativa e funzionale della A.S.L. TO3 riprendendo i contenuti del PSSR 2012-2015 e della programmazione regionale delle reti ospedaliere e territoriali si fondano:

- sulla ripartizione tra le funzioni di tutela generale della salute della collettività, di competenza della Regione, e quella di tutela specifica della salute e del percorso clinico assistenziale tra Ospedale e Territorio affidata alle Aziende Sanitarie Locali, per l'area geografica di competenza (anche attraverso l'integrazione di funzioni su aree omogenee);
- sulla differenziazione tra le funzioni di prevenzione, tutela ed assistenza primaria, di competenza delle A.S.L., da quelle proprie dell'assistenza sanitaria specialistica di competenza degli Ospedali della A.S.L. stessa, delle Aziende Sanitarie Ospedaliere (A.O.), delle Aziende Ospedaliere Universitarie (A.O.U.) e delle altre Strutture erogatrici pubbliche e private di cui ritiene di avvalersi il Servizio Sanitario Regionale nell'ambito della programmazione sociosanitaria di sistema.

Le funzioni di erogazione dell'assistenza primaria e specialistica possono essere assicurate sia attraverso i servizi, le attività e le prestazioni direttamente gestiti da A.S.L. ed A.O./A.O.U., sia mediante soggetti terzi compresi gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e le Strutture private accreditate e si caratterizzano:

- sulla articolazione per livelli di differente complessità funzionale delle Strutture erogatrici dei servizi; in particolare l'assistenza sanitaria specialistica, di maggiore complessità clinica e tecnologica, è assicurata da una rete di Strutture pubbliche e private accreditate ordinate per differenti livelli di complessità funzionale;
- sulla ricerca dell'equilibrio tra l'accessibilità ai servizi, la sostenibilità economica e la qualità dell'assistenza.

L'Ospedale rappresenta l'ambito di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie in elezione ed in urgenza, anche con forme di gestione diurna dei pazienti.

Il Distretto è il contesto di analisi dei bisogni, di assicurazione dei livelli essenziali di assistenza e delle cure primarie, ove si fornisce una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alla cronicità ed alle situazioni di fragilità sociale.

Lo sviluppo ed il potenziamento delle attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

L'articolazione organizzativa di base della A.S.L. TO3 prevede pertanto la Direzione Generale, le Strutture in staff alla Direzione, i Dipartimenti e le Strutture Organizzative.

Le funzioni attribuite a ciascuna articolazione organizzativa si caratterizzano nelle seguenti aree:

- il livello centrale, con la Direzione Generale e le Strutture in Staff;
- il livello ospedaliero;
- il livello territoriale;
- il livello della prevenzione.

L'articolazione organizzativa di base della A.S.L. TO3 prevede la Direzione Generale, le Strutture in staff alla Direzione, i Dipartimenti e le Strutture Organizzative. Le funzioni attribuite a ciascuna articolazione organizzativa si caratterizzano nelle seguenti aree:

- il livello centrale, con la Direzione Generale e le Strutture in Staff;
- il livello ospedaliero;
- il livello territoriale;
- il livello della prevenzione.

Nell'organizzazione aziendale si è altresì provveduto ad individuare:

- il Dipartimento Medico;
- il Dipartimento Chirurgico;
- il Dipartimento Emergenza;
- il Dipartimento Servizi Diagnostici;
- il Dipartimento Materno-Infantile;
- il Dipartimento Interaziendale Salute Mentale;

- il Dipartimento Patologia delle Dipendenze;
- il Dipartimento di Prevenzione;
- il Dipartimento Interaziendale Continuità Assistenziale.

Si rimanda all'Atto Aziendale (d.d.g. N 1919 del 19/10/2015 e ss.mm.ii. da ultimo modificato con d.d.g. N 900 del 14/10/2022) per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale, e in particolare all'allegato "Organigramma delle Strutture Organizzative".

La A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano rappresenta per la A.S.L. TO3 e il suo territorio una fondamentale componente per realizzare sinergie e collaborazioni sia in campo sanitario che in campo amministrativo.

La collaborazione si realizza, in campo sanitario, principalmente nei seguenti ambiti: Dipartimento Interaziendale Continuità Assistenziale, Dipartimento Interaziendale Salute Mentale, Emodinamica.

Altre forme di collaborazione in campo sanitario sono attuate nei seguenti ambiti: Oncologia, Anatomia Patologica, TrASFusionale

Ulteriore collaborazione interaziendale è realizzata con la A.O. Mauriziano per quanto concerne la Fisica Sanitaria.

La A.S.L. TO3 partecipa altresì, per il tramite delle proprie strutture di riferimento, al Dipartimento "Malattie ed Emergenze Infettive" (che si occupa del coordinamento delle diverse unità operative delle aziende sanitarie coinvolte nella gestione delle malattie infettive e delle relative emergenze) nonché al Dipartimento "Contabilità e Risorse" (che raggruppa le strutture delle A.S.R. che si occupano di Gestione Contabile e Finanziaria, Contabilità Analitica e Contabilità di Progetto), secondo quanto stabilito dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 9-3584 del 23 luglio 2021.

3.2 Capitale umano

Le risorse umane della A.S.L. TO3 rappresentano dunque la componente fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, poiché i servizi offerti dipendono in larga misura dalle capacità professionali, tecniche, culturali, relazionali ed assistenziali del personale e rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale: tutelare la salute dei cittadini. Il personale è suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo. Il personale è suddiviso in cinque ruoli: sanitario, sociosanitario, professionale, tecnico e amministrativo. Per svolgere l'attività istituzionale, la A.S.L. TO3 si avvale della collaborazione di:

- personale dipendente;
- personale operante con altre forme contrattuali (consulenti, personale di ditte esterne);
- personale tirocinante o borsista;
- personale convenzionato (MMG, PLS, Medici di Continuità assistenziale, Specialisti convenzionati).
- La gestione delle risorse umane è un processo complesso che si esplica attraverso le seguenti fasi:
 - pianificazione;
 - reclutamento;
 - allocazione;
 - formazione;
 - valorizzazione;
 - valutazione.

La A.S.L. TO3 si avvale della collaborazione di 4036 dipendenti (dato aggiornato al 01/01/2025), la cui suddivisione è rappresentata nella tabella sottostante:

| AREE CONTRATTUALI | | FABBISOGNI PERSONALE aziendale | PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato | PERSONALE DIPENDENTE a tempo determinato | PERSONALE ATIPICO | PERSONALE INTERINALE | SPECIALISTI AMBULATORIALI |
|-------------------|--------------------|--------------------------------|--|--|-------------------|----------------------|---------------------------|
| Dirigenza | Dirigenza | | | | | | |
| Area Sanità | Medico Veterinaria | 672 | 541 | 29 | 18 | 0 | 107 |

| | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------|-------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | Dirigenza Sanitaria | 54 | 52 | 1 | 0 | 0 | 47 |
| Dirigenza Funzioni Locali | Dirigenza Professionale | 8 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Dirigenza Tecnica | 4 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Dirigenza Amministrativa | 16 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | TOTALE DIRIGENZA | 754 | 615 | 30 | 18 | 0 | 154 |
| Area Comparto | Ruolo Sanitario | 2268 | 1991 | 13 | 0 | 34 | 0 |
| | Ruolo Tecnico | 283 | 210 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| | Ruolo Sociosanitario | 732 | 617 | 24 | 0 | 42 | 0 |
| | Ruolo Amministrativo | 729 | 533 | 2 | 0 | 3 | 0 |
| | Ruolo Professionale | 2 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| | TOTALE COMPARTO | 4014 | 3352 | 39 | 4 | 85 | 0 |
| TOTALE GENERALE | | 4768 | 3967 | 69 | 22 | 85 | 154 |

Tabella 18. Suddivisione personale dipendente al 01/01/2025.

3.3 Fabbisogno del personale e formazione

Il piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP) costituisce lo strumento strategico e programmatico per la individuazione delle esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali e agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi resi ai cittadini.

Si tratta di importanti principi introdotti dall'art 6 del D. Lgs. 165/2001, così come modificato dal D. Lgs. 75/2017, che tutte le amministrazioni pubbliche devono perseguire al fine di raggiungere l'ottimale impiego delle risorse pubbliche e distribuzione delle risorse umane.

Per le Aziende e gli Enti del S.S.N. alla base del PTFT devono essere inseriti, quali elementi pregiudiziali, la programmazione e pianificazione dell'attività con la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, in relazione ai vincoli nazionali e regionali. A fronte della pianificazione delle attività occorre organizzare le Strutture e gli uffici aziendali in modo da accrescere l'efficienza, razionalizzare i costi e realizzare la migliore utilizzazione del personale; in particolare, per consentire di determinare gli effettivi fabbisogni e l'ottimale funzionamento delle Strutture, occorre ottimizzare l'allocazione delle risorse umane disponibili anche tenuto conto della vigente normativa in materia di orario di lavoro. L'esigenza di definizione dei fabbisogni di personale comporta una attività di analisi articolata sotto un duplice profilo:

- Quantitativo: riferito alla consistenza numerica del personale necessario ad assolvere alla mission aziendale, nel rispetto dei vincoli di budget di spesa assegnati a livello regionale;
- Qualitativo: riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali maggiormente rispondenti alle esigenze aziendali, in relazione alla evoluzione organizzativa derivante anche dall'attivazione di nuove attività.

Il Piano, pur sviluppandosi in prospettiva triennale, deve essere adottato annualmente con la conseguenza che può essere modificato di anno in anno in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.

I PTFP delle Aziende sono approvati a livello regionale, secondo quanto previsto dalla disciplina regionale in materia e, con riferimento a quest'ultimo aspetto, la D.G.R: 30- 7328 del 31/07/23 ha approvato i PTFP delle Aziende Sanitarie Regionali per il triennio 2022-2024, tra i quali è presente il Piano di questa Azienda, che è stato elaborato alla luce dei principi esplicitati nella normativa di riferimento e succintamente sintetizzati negli aspetti di maggiore rilevanza.

L'aggiornamento e la riqualificazione continua rappresentano gli strumenti di natura strategica per lo sviluppo delle risorse umane, ai fini del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalla

Azienda. Al fine di garantire la valorizzazione delle risorse interne, la A.S.L. TO3 predispone un piano formativo aziendale annuale.

Con d.d.g. N 1395 del 20/11/2023 l'Azienda ha provveduto a prendere atto dell'approvazione regionale dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale (PTFP) per gli anni 2022/2024, così come indicato nella D.G.R. 30-7328/2023/XI del 31/07/2023.

Formazione del personale

La formazione del personale (dipendente e convenzionato) costituisce una delle principali leve strategiche di sviluppo organizzativo. Attraverso la formazione l'azienda garantisce una corretta gestione del patrimonio di competenze presente nelle proprie strutture e servizi, presidiando il processo che va dalla valutazione dei fabbisogni formativi alla valutazione degli obiettivi e degli esiti delle azioni formative messe in campo. Il processo, pertanto, parte da una ricognizione periodica (almeno una volta l'anno) dei fabbisogni espressi dalle diverse strutture aziendali e che esita nel Piano di formazione aziendale. A tale pianificazione si aggiunge nel corso dell'anno la realizzazione di iniziative formative "*just in time*" derivanti da esigenze specifiche e contingenti che possono emergere a seguito di situazioni organizzative (nuove modalità operative), tecniche (nuove strumentazioni adottate), professionali (esigenze di acquisizione di competenze legate a problematiche sanitarie emergenti, ad es. Covid-19). A seguito della pianificazione le diverse proposte formative vengono prese in carico per una specifica attività di progettazione formativa (didattica) e di programmazione, ovvero di calendarizzazione e di realizzazione in base alle diverse esigenze e modalità di erogazione (formazione d'aula, a distanza o sul campo). Al termine di ciascun percorso formativo sono previsti diversi livelli di valutazione (gradimento corso, gradimento docenti, apprendimento) e sulla base dei dati che emergono dai diversi strumenti di valutazione si procede, nel caso, ad una revisione del progetto (validazione del programma, dei docenti, della didattica). Periodicamente (generalmente annualmente) vengono prodotti e pubblicati specifici report sull'attività svolta per un monitoraggio e controllo condiviso della produzione formativa con la committenza (Direzione Generale).

Accanto alla formazione interna (prodotta) l'azienda mette a disposizione dei dipartimenti aziendali uno specifico budget per la formazione esterna (acquistata), ovvero per consentire ai dipendenti afferenti a ciascuna struttura, sulla base di una valutazione delle necessità di sviluppo professionale e/o organizzativo, di accedere ad iniziative formative organizzate da enti diversi dall'azienda (altri provider pubblici o privati) per acquisire competenze specifiche non acquisibili attraverso la formazione interna organizzata dall'azienda.

Infine, esiste la possibilità che i professionisti accedano, attraverso apposita autorizzazione, ad eventi formativi sponsorizzati da ditte e aziende esterne (case farmaceutiche o del settore biomedicale, in genere).

Tutta l'attività formativa (interna ed esterna) è gestita attraverso una piattaforma aziendale che consente l'automatizzazione del processo con diverse funzionalità legate soprattutto ai passaggi autorizzativi per l'accesso ai corsi, alla gestione della documentazione, alla gestione dei flussi informativi utili e necessari per un corretto monitoraggio e controllo dell'intero processo compresi gli aspetti economico finanziari legati ai costi e alla spesa.

3.4 Lavoro agile

Con il perdurare della situazione di emergenza sanitaria da Covid-19 si è imposta la necessità per le Pubbliche Amministrazioni di ricorrere al lavoro agile. A partire dal D.P.C.M. del 23/02/2020 (G.U. n. 45 del 23/02/2020) il lavoro agile è stato, infatti, previsto quale misura straordinaria e provvisoria da applicare nell'ambito delle aree considerate a rischio.

In seguito, con l'evolversi della situazione epidemiologica, l'istituto è stato normato dal D.L. n. 18/2020 convertito nella L. n. 27/2020 il cui art. 87 ha espressamente individuato il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa per tutte le Pubbliche Amministrazioni.

L'Azienda è stata in grado di adattarsi in tempi rapidi a questo nuovo contesto dando applicazione all'istituto del lavoro agile in via straordinaria ed eccezionale, con un rilevante impegno, da parte di tutti/e i/le lavoratori/lavoratrici, in termini di adattabilità, flessibilità e responsabilità.

L'esperienza maturata durante la fase emergenziale ha rappresentato un punto di partenza al fine di definire una disciplina ordinaria, ma al contempo sperimentale, del lavoro agile inteso quale nuova modalità spazio-temporale di svolgimento della prestazione lavorativa.

Alla luce di quanto sopra esposto la A.S.L. TO3, con d.d.g. N 600 del 30/06/2022 avente ad oggetto "Approvazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)," ha approvato il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) al quale si fa rinvio per una dettagliata esposizione circa le modalità e procedure con le quali procedere alla attivazione della prestazione lavorativa nella forma del Lavoro Agile.

Caratteristiche

La modalità applicativa del lavoro agile, se riferita al contesto di un'Azienda Sanitaria Locale assume caratteristiche peculiari, a causa della tipologia di attività prestate le quali, per la maggioranza, richiedono la presenza in sede dell'operatore sanitario. Per tale ragione accede a tale modalità di norma soltanto il personale addetto a funzioni non sanitarie (ruolo amministrativo e, talvolta, tecnico e professionale più facilitato nello svolgere le prestazioni di lavoro anche a distanza.). Il personale sanitario vi accede per le sole attività per le quali è ammissibile il lavoro agile o in quanto impossibilitato per motivi di salute a svolgere funzioni sanitarie. In ogni caso, comunque, rimangono esclusi tutti i dipendenti operanti in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazione non remotizzabile. Attraverso il ricorso al lavoro agile la A.S.L. TO3 in particolare intende perseguire i seguenti obiettivi:

- introdurre azioni che permettano di avvalersi delle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa esterna per i dipendenti che svolgono attività che non richiedono necessariamente la presenza in sede;
- razionalizzare e rafforzare l'organizzazione del lavoro secondo modelli incentrati sul conseguimento dei risultati (organizzazione del lavoro per obiettivi e risultati);
- incrementare l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa;
- incrementare la produttività attraverso miglioramento della performance individuale;
- garantire le pari opportunità;
- realizzare economie di gestione attraverso l'impiego flessibile delle risorse umane e la razionalizzazione degli spazi e delle risorse strumentali;
- responsabilizzare i singoli dipendenti al fine di evidenziarne competenze e professionalità;
- favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro;
- migliorare l'integrazione lavorativa dei soggetti la cui presenza fisica in ufficio possa risultare gravosa o problematica in ragione di condizioni di disabilità o particolari fragilità, ovvero in ragione di impedimenti di natura personale o familiare, anche temporanea.
- promuovere la modalità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro per contenere l'impatto ambientale.

Accesso e gestione Lavoro Agile

Può avvalersi dello strumento "lavoro agile" il personale della A.S.L. TO3, appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico, professionale e sanitario che svolge mansioni idonee ad essere svolte a distanza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale. È prevalentemente in presenza lo svolgimento della prestazione lavorativa da parte dei Dirigenti, dei titolari di incarichi di funzione/coordinamento e dei responsabili dei procedimenti amministrativi.

Lo svolgimento della prestazione in lavoro agile da parte della Dirigenza, qualora richiesto, sarà autorizzato dalla Direzione Generale in conformità ai principi disposti nel POLA. La programmazione e l'individuazione delle tipologie di attività idonee allo svolgimento a distanza, è effettuata dai rispettivi Dirigenti responsabili. L'attivazione del lavoro agile ha carattere volontario, pertanto è necessaria una richiesta del/della dipendente interessato/a. In linea generale sono svolte in regime di lavoro agile le attività che:

- siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- non richiedono necessariamente la costante presenza fisica nell'ufficio;
- prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- siano pianificabili e consentano la gestione in autonomia delle attività in funzione degli obiettivi assegnati;

- siano sottoponibili a verifica in merito alla loro corretta esecuzione e ai risultati conseguiti;
- siano eseguibili con strumentazione informatica e digitale idonea.

L'accesso al lavoro agile avviene con adesione volontaria, con garanzia di adeguata turnazione dei dipendenti, sulla base della individuazione, da parte dei Dirigenti/ Responsabili, delle possibili prestazioni lavorative da svolgersi in modalità agile. L'accesso avviene in conformità all'obiettivo di permettere, al 15 per cento della totalità dei dipendenti che vi possono accedere, lo svolgimento delle prestazioni lavorative a distanza, con garanzia di opportuna turnazione tra gli interessati. La percentuale del 15 per cento costituisce riferimento per la prima fase sperimentale di attuazione del Piano; successivamente, dopo almeno 1 anno di attuazione, la percentuale del 15 per cento può essere superata in caso di sperimentazione positiva.

La percentuale viene calcolata con riferimento ad ogni singola Struttura, fatte salve eventuali estensioni oggetto di specifica valutazione della Direzione Aziendale, su richiesta del Direttore della Struttura, fermo restando comunque il limite percentuale massimo previsto a livello aziendale rispetto agli aventi diritto.

I dipendenti autorizzati allo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile sottoscrivono un apposito Accordo Individuale con il proprio Responsabile, di durata definita e rinnovabile nel quale vengono indicati, in particolare: la durata, le giornate in cui il dipendente effettuerà la prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, la precisazione che la prestazione lavorativa è svolta senza vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere o settimanali stabilite dai CCNL vigenti, la precisazione che lo svolgimento della prestazione lavorativa a distanza non produce penalizzazioni in merito al trattamento economico e alle progressioni di carriera, le fasce di reperibilità concordate con il Dirigente/Responsabile, la previsione del diritto alla disconnessione, gli obiettivi generali e specifici da perseguire, i doveri di riservatezza e di correttezza generali a cui il dipendente deve attenersi e le opportune precisazioni in materia di sicurezza sul lavoro.

Al fine di accompagnare il percorso di consolidamento del lavoro agile nell'ambito del piano dell'attività della formazione saranno previste specifiche iniziative formative per il personale interessato dall'esecuzione della prestazione lavorativa.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L'attuazione delle strategie e degli obiettivi di questo Piano è assicurata da numerosi strumenti già attivi e normati a livello nazionale e regionale che permettono il monitoraggio sia degli strumenti di attuazione che dei risultati ottenuti. L'attività coinvolge diverse strutture aziendali (S.S. Controllo di Gestione, S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio delle Attività Sanitarie) e organi quali il Collegio sindacale e l'Organismo Indipendente di Valutazione.

Per quanto riguarda la *performance* aziendale, sia vista nell'insieme, che singolarmente nelle unità organizzative in cui si articola, fino ai singoli dipendenti, il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi viene effettuato secondo le modalità previste dal D. Lgs. 150/2009 e s.m.i., in accordo con il Sistema di Misurazione e Valutazione delle *Performance* (Si.Mi.Va.P.) vigente.

La *performance* viene monitorata mediante produzione di reportistica periodica che viene condivisa tra la Direzione aziendale, le singole strutture, i dipartimenti, al fine di rendere partecipato il processo di controllo interno e di gestire in corso d'anno eventuali criticità. Nello specifico, su alcuni temi come recupero prestazioni, telemedicina, sovraffollamento del pronto soccorso, controllo delle infezioni, controlli sicurezza alimentare sono stati costituiti appositi tavoli di monitoraggio per l'andamento delle aree ritenute strategiche e meritevoli di particolare attenzione.

L'OIV svolge il monitoraggio dello stato di avanzamento e di sviluppo delle attività connesse agli obiettivi specifici e operativi, assegnati alle strutture Aziendali. La raccolta dei dati viene effettuata mediante supporto informatico o rendicontazione tramite relazioni, nelle tempistiche previste dal Sistema vigente, permette la verifica in itinere dello stato di avanzamento dell'attività monitorata, rileva eventuali scostamenti e permette tempestive azioni correttive.

In particolare, le *performance* della A.S.L. TO3 sono analizzate e valutate secondo le seguenti dimensioni:

- Efficacia esterna: in questo ambito sono considerati gli aspetti di maggior interesse diretto per il paziente, il cittadino e gli altri portatori di interesse, quali ad esempio adeguati volumi di produzione, i tempi di attesa, i percorsi di accesso, l'integrazione con il territorio.
- Economicità-Efficienza produttiva: in questo ambito sono inclusi aspetti che devono garantire la sostenibilità nel tempo delle attività e dei servizi erogati, sia in termini economico-finanziari (assicurando il necessario equilibrio finanziario, economico e patrimoniale), sia per quanto attiene agli investimenti (assicurando così il necessario sostegno all'innovazione ed allo sviluppo), sulla base delle risorse disponibili.
- Efficacia interna ed organizzativa: in questo ambito sono inclusi aspetti importanti dal punto di vista organizzativo, talvolta non immediatamente riconoscibili da parte degli utenti, ma comunque fondamentali per garantire adeguati *standard* di qualità ed il pieno rispetto delle normative; si valutano la capacità delle articolazioni dell'Azienda di raggiungere gli obiettivi definiti e le proprie finalità; l'efficacia del modello organizzativo in termini di formazione del personale, sviluppo delle competenze, benessere organizzativo, pari opportunità; si pensi anche, ad esempio, alla gestione del rischio clinico, alla sicurezza delle cure ed alla qualità, alla formazione del personale e all'innovazione tecnologica e di processo, ma anche al rispetto delle normative sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza.

La Direzione aziendale svolge il monitoraggio e predispone le eventuali azioni correttive rispetto al Piano di Fabbisogno del Personale. Per quanto attiene il monitoraggio dei Rischi Corruttivi, si fa riferimento alla sezione apposita di questo documento.

Per la valutazione complessiva dell'attuazione del PIAO e il suo aggiornamento, si prevede almeno un momento di verifica semestrale a cura del gruppo di lavoro costituito per la redazione del Piano.