



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

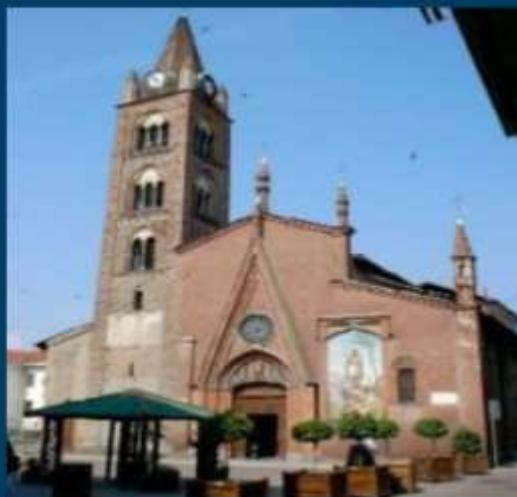
Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

[www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

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



 **REGIONE  
PIEMONTE**

[www.regione.piemonte.it/asanita](http://www.regione.piemonte.it/asanita)

# INDICE

Premessa .....	pag. 4
SEZIONE 1: SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE.....	pag. 5
1.1 L'azienda in sintesi.....	pag. 6
1.2 Chi siamo.....	pag. 7
1.3 Cosa facciamo.....	pag. 8
1 Attività di ricovero .....	pag. 11
2 Attività ambulatoriale .....	pag. 13
3 Confronto dati di attività degli esercizi 2023 e 2024 .....	pag. 14
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	
2.1 VALORE PUBBLICO.....	pag. 17
2.1.1 Azioni di efficientamento .....	pag. 19
2.2 PERFORMANCE.....	pag. 25
2.2.1 Albero della performance .....	pag. 25
2.2.2 Ciclo della performance .....	pag. 26
2.2.3 Criteri generali per l'individuazione e valutazione degli obiettivi per l'anno 2025.....	pag. 28
2.2.4 Performance individuale .....	pag. 32
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	pag. 33
2.3.1 PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) 2025-2027.....	pag. 33
Premessa.....	pag. 33
1 Disposizioni normative.....	pag. 34
2 Obiettivi e finalità del Piano di Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 8 legge 190/2012) .....	pag. 35
3 Elaborazione ed adozione del piano.....	pag. 35
4 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione.....	pag. 36
5 Gestione del rischio.....	pag. 38
6 Misure per la riduzione del rischio.....	pag. 43
7 Misure ulteriori per la riduzione del rischio.....	pag. 56
8 Rapporti con società ed enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni .....	pag. 58
2.3.2 SEZIONE TRASPARENZA 2025 – 2027.....	pag. 59
1 Obiettivi strategici in materia di trasparenza.....	pag. 60
2 Responsabili/referenti della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati.	pag. 60
3 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza...	pag. 61
4 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico.....	pag. 62
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	pag. 63
3.1.1 LINEE STRATEGICHE PER L'ORGANIZZAZIONE .....	pag. 63
3.1.2 ORGANIGRAMMA .....	pag. 63
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	pag. 73
1 Principi generali.....	pag. 73
2 Normativa di riferimento.....	pag. 73
3 Applicazione obiettivi perseguiti.....	pag. 75
4 Caratteristiche e disciplina del lavoro agile.....	pag. 75
5 Destinatari e requisiti d'accesso.....	pag. 76
6 Misure organizzative.....	pag. 77
7 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile.....	pag. 77
8 Ricognizione delle attività espletabili in modalità agile.....	pag. 78
9 Procedura di accesso al lavoro agile.....	pag. 78
10 Accordo individuale.....	pag. 79
11 Rilevazione della presenza.....	pag. 79
12 Modalità di verifica dei risultati e conseguimento obiettivi.....	pag. 79
13 Strumentazione informatica e di cancelleria .....	pag. 80

14	Tutela della salute e della sicurezza.....	pag. 80
15	Formazione del personale.....	pag. 80
16	Il ruolo del comitato unico di garanzia (C.U.G.) rispetto al lavoro agile .....	pag. 81
17	Riservatezza.....	pag. 81
3.3.1	CAPITALE UMANO.....	pag. 82
3.3.2	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	pag. 90
3.3.3	PIANO DELLE AZIONI POSITIVE (PAP) .....	pag. 92
3.4	FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	pag. 93
1	Le priorità strategiche.....	pag. 93
2	Le risorse interne ed esterne della formazione.. ..	pag. 94
3	Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione .....	pag. 96
SEZIONE 4: MONITORAGGIO.....		pag. 97
Indice Allegati a Rischi Corruttivi e Trasparenza .....		pag. 98
Indice Allegati al P.O.L.A. ....		pag. 98
Indice Allegati al P.T.F.P. ....		pag. 98
Indice Allegati al P.A.P. (Piano Azioni Positive) .....		pag. 98
Indice Allegati al Piano di Formazione .....		pag. 98

## Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto nel nostro ordinamento il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), quale misura di semplificazione e ottimizzazione della programmazione pubblica nell'ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle PP.AA., anche in funzione dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Le finalità del PIAO sono, infatti, quelle di consentire un maggior coordinamento dell'attività programmatica delle pubbliche amministrazioni e una sua semplificazione e assicurare una migliore qualità e trasparenza dell'attività amministrativa e dei servizi ai cittadini.

Il Piano, da adottare entro il 31 gennaio di ogni anno, ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e deve essere considerato un nuovo documento programmatico nel quale delineare le strategie messe in campo nei vari ambiti e la loro convergenza sul valore pubblico quale finalità ultima delle politiche dell'Azienda, non semplicemente la sommatoria dei piani e delle programmazioni che la norma fa convergere nel documento:

- ✓ il Piano della Performance;
- ✓ il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) ;
- ✓ il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale;
- ✓ il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- ✓ il Piano Formativo;
- ✓ il Piano di Azioni Positive (PAP).

A tal fine, il PIAO, come prescritto dall'art. 6 del D.L. 80/2021, espone:

- a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- b) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- c) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il lavoro agile;
- d) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- e) il potenziamento delle competenze tecniche e professionali tramite percorsi di istruzione e formazione;
- f) le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO deve, altresì, assicurare la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria previsti a legislazione vigente, così da non avere contenuti irrealizzabili o insostenibili ed è strutturato in quattro sezioni:

1. Sezione **Scheda anagrafica dell'amministrazione**, dedicata all'analisi di contesto ( chi siamo, cosa facciamo);
2. Sezione Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione
  - Sottosezione **Valore Pubblico**. Il focus è sul valore pubblico che l'Azienda intende generare alla luce dell'analisi del contesto, declinato nelle strategie per la sua realizzazione;
  - Sottosezione **Performance**. Gli obiettivi operativi e i relativi indicatori di performance. Tenuto conto che non sono ancora pervenuti gli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori/Commissari della ASR per l'anno 2025, il PIAO verrà successivamente integrato con gli obiettivi specifici da assegnare alle singole strutture;
  - Sottosezione **Rischi corruttivi**. Predisposta dal RPCT e redatta secondo quanto previsto dal PNA e negli atti di regolazione generale adottati da ANAC ai sensi della L. 6 novembre 2012 n. 190 e del D.Lgs. 33/2013.
3. Sezione Organizzazione e Capitale Umano
  - Sottosezione **Sviluppo Organizzativo**. Le azioni di sviluppo organizzativo funzionali ad abilitare la creazione e la protezione del Valore Pubblico atteso con la fotografia della struttura organizzativa e della sua ampiezza;

- Sottosezione **Organizzazione del Lavoro Agile**. Le azioni di organizzazione di lavoro agile funzionali ad abilitare la creazione e la protezione del Valore Pubblico atteso con la fotografia dell'organizzazione passata ed attuale del lavoro agile;
  - Sottosezione **Fabbisogno del personale**. Il focus sulle azioni di reclutamento funzionali ad abilitare la creazione e la protezione del valore Pubblico atteso;
  - Sottosezione **Piano delle Azioni Positive**. Predisposto dal CUG, in cui vengono individuate le misure temporanee e speciali che mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne;
  - Sottosezione **Formazione del Personale**. Il focus sulle azioni formative funzionali ad abilitare la creazione e la protezione del Valore Pubblico atteso.
4. Sezione Monitoraggio che contiene gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazione degli utenti e dei responsabili, da realizzare nell'ottica del Report Integrato.

Nelle varie sottosezioni viene esplicitata la convergenza delle azioni nei diversi ambiti previsti dal PIAO e dei diversi soggetti per la realizzazione del fine comune di **creazione di Valore Pubblico**.

#### SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Ente pubblico	A.S.L. TO4
Indirizzo Sede Legale	Via Po n.11, 10034 Chivasso
PEC	<a href="mailto:direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it">direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it</a>
P.IVA / C.F.	09736160012
Sito Web	<a href="https://www.aslto4.piemonte.it">https://www.aslto4.piemonte.it</a>

Nell'impianto complessivo del Servizio Sanitario Regionale, l'A.S.L. TO4 ha la funzione di promuovere e tutelare il benessere della popolazione di riferimento. Esercita tale funzione attraverso l'erogazione diretta di servizi e di programmazione, indirizzo e committenza dei servizi resi dalle altre Aziende Sanitarie Regionali e dalle Strutture accreditate pubbliche, private ed equiparate.

La tutela della salute e la promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed una supervisione ed un intervento esteso alla gestione dei bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali bisogni ed alla qualità e quantità dell'offerta, in un contesto generale definibile come ad "alta complessità".

L'Atto Aziendale dell'A.S.L. TO4, strumento giuridico mediante il quale si disciplinano i principi e i criteri della propria organizzazione e dei propri meccanismi di funzionamento, si pone come strumento strategico per:

- ✓ connaturare la propria attività all'orientamento nella cura del cittadino;
- ✓ consolidare l'impegno negli ambiti della promozione alla salute, diagnosi, terapia e riabilitazione;
- ✓ favorire le sinergie e l'integrazione tra i settori sanitario e sociosanitario.

Nella forma e, soprattutto nella sostanza, l'A.S.L. TO4 impronta la sua azione alla valorizzazione dei plessi operativi, ospedalieri e territoriali presenti sul suo vasto e composito territorio e sulla creazione di una rete professionale ed operativa tra gli stessi che possa garantire agli utenti le prestazioni appropriate e nelle sedi adeguate dal punto di vista della competenza e specializzazione clinica dei professionisti e delle dotazioni tecnologiche.

### 1.1 – L' Azienda in sintesi

L'A.S.L. TO4 presenta alcune caratteristiche peculiari e l'estensione e la variabilità geografica sono senza dubbio notevoli: dalla cintura della città Metropolitana di Torino verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso il territorio francese nella zona ad ovest.

- Territorio con una superficie di circa 3.164 chilometri quadrati con un bacino di circa 503.883 abitanti (al 31/12/2023), suddiviso in 5 Distretti Sanitari, costituiti come segue:
  - *Distretto Ciriè-Lanzo (con un'estensione territoriale di 935,33 kmq e 120.149 abitanti) cui afferiscono 38 comuni :*  
Ala di Stura, Balangero, Balme, Barbania, Borgaro Torinese, Cafasse, Cantoira, Caselle Torinese, Ceres, Chialamberto, Cirié, Coassolo Torinese, Corio, Fiano, Front, Germagnano, Groscavallo, Grosso, Lanzo Torinese, Lemie, Levone, Mappano, Mathi, Mezenile, Monastero di Lanzo, Nole, Pessinetto, Robassomero, Rocca Canavese, San Carlo Canavese, San Francesco al Campo, San Maurizio Canavese, Traves, Usseglio, Vallo Torinese, Varisella, Vauda Canavese, Villanova Canavese, Viù.
  - *Distretto Chivasso-San Mauro (con un'estensione territoriale di 484,76 kmq e 118.735 abitanti) cui afferiscono 27 comuni :*  
Brandizzo, Brozolo, Brusasco, Casalborgone, Castagneto Po, Castiglione Torinese, Cavagnolo, Chivasso, Cinzano, Crescentino, Foglizzo, Fontanetto Po, Gassino, Lamporo, Lauriano, Montanaro, Monteu da Po, Rivalba, frazione Rivodora del Comune di Baldissero Torinese, Rondissone, Saluggia, San Mauro Torinese, San Raffaele Cimena, San Sebastiano Po, Sciolze, Torrazza Piemonte, Verolengo, Verrua Savoia.
  - *Distretto Settimo Torinese (con un'estensione territoriale di 119,43 kmq e 83.373 abitanti) cui afferiscono 4 comuni:*  
Leinì, San Benigno, Settimo Torinese, Volpiano.
  - *Distretto Ivrea (con un'estensione territoriale di 672,30 kmq e 105.160 abitanti) cui afferiscono 65 comuni :*  
Albiano, Andrate, Azeglio, Banchette, Barone, Bollengo, Borgofranco d'Ivrea, Borgomasino, Brosso, Burolo, Caluso, Candia, Caravino, Carema, Cascinette, Chiaverano, Colletterto Giacosa, Cossano, Cuceglio, Fiorano, Issiglio, Ivrea, Lessolo, Lorzé, Maglione, Mazzé, Mercenasco, Montalenghe, Montalto Dora, Nomaglio, Orio, Palazzo, Parella, Pavone, Perosa, Piverone, Quagliuzzo, Quassolo, Quincinetto, Romano, Rueglio, Salerano, Samone, San Giorgio, San Giusto, San Martino, Scarmagno, Settimo Rottaro, Settimo Vittone, Strambinello, Strambino, Tavagnasco, Traversella, Val di Chy, Valchiusa, Vestigné, Vialfré, Vidracco, Villareggia, Vische, Vistrorio.
  - *Distretto Cuornè (con un'estensione territoriale di 951,78 kmq e 76.466 abitanti) cui afferiscono 43 comuni :*  
Aglie, Alpette, Bairo, Baldissero, Borgiallo, Bosconero, Busano, Canischio, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Ciconio, Cintano, Colletterto Castelnuovo, Cuornè, Favria, Feletto, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Lombardore, Lusiglié, Noasca, Oglianico, Ozegna, Pertusio, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Ribordone, Rivara, Rivarolo, Rivarossa, Ronco, Salassa, San Colombano, San Ponso, Sparone, Torre Canavese, Valperga, Valprato Soana.

La densità abitativa è più alta per l'area di Chivasso, mentre il numero di comuni è superiore nell'area di Ivrea, dove peraltro è presente anche una componente più rilevante di comuni classificati come montani.

L'ASL To4 eroga prestazioni in ambito sanitario e socio-sanitario, nelle proprie strutture ospedaliere e in quelle territoriali.

L'attività dell'ASL è finalizzata a garantire ai cittadini assistenza sanitaria e socio sanitaria lungo un processo di cura che, a seconda del bisogno, si realizza prevalentemente in ambito ospedaliero, territoriale o i percorsi di integrazione tra ospedale e territorio.

- Nell'ASL TO4 sono operativi **5 Distretti sanitari**:
  - Chivasso/San Mauro;
  - Ciriè/Lanzo;

- Cuornè;
- Ivrea;
- Settimo Torinese.

La funzione di medicina primaria è assicurata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

Sono presenti sul territorio Aziendale n. 308 Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e n. 39 Pediatri di Libera Scelta (data riferimento 31/12/2024).

- L'attività di assistenza, oltre che dai Distretti sanitari, è garantita attraverso:
  - **n. 5 Presidi**, con una distanza chilometrica tra gli stessi che oscilla tra i 35 e 65 Km, con percorsi stradali difficoltosi per le aree montane e precisamente:
    - Presidio Ospedaliero di Chivasso – sede DEA di 1° livello
    - Presidio Ospedaliero di Ciriè – sede di DEA di 1° livello
    - Presidio Ospedaliero di Lanzo
    - Presidio Ospedaliero di Ivrea – sede DEA di 1° livello
    - Presidio Ospedaliero di Cuornè – sede di Pronto Soccorso

Oltre ai sopracitati Ospedali si deve tener conto del Presidio di Settimo Torinese. Ha indirizzo riabilitativo di 2° livello (59 posti letto) e lungodegenziale (82 posti letto), per un totale di 141 posti letto.

Sono operative **anche**:

- **n. 9 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)** in concessione o in appalto:
  - RSA di Caluso
  - RSA di Ciriè
  - RSA di Foglizzo
  - RSA di Ivrea
  - RSA di San Maurizio
  - RSA di San Mauro
  - RSA di Settimo Torinese
  - RSA di Valperga
  - RSA di Varisella
- **n. 3 Hospice**
  - Hospice di Lanzo
  - Hospice di Foglizzo
  - Hospice di Salerano

Sono inoltre presenti le seguenti strutture private accreditate:

- Clinica Eporediese (Ivrea)
- Villa Turina Amione (San Maurizio Canavese)
- Villa Grazia (San Carlo Canavese)
- Villa Ada (Lanzo Torinese)
- Istituto Malpighi (Chivasso) – esclusivamente per attività ambulatoriale
- C.D.C. ex Nuova Lamp (Settimo Torinese) – esclusivamente per attività ambulatoriale

Le case di cura private accreditate presentano un'offerta di 121 posti letto CAVS (Continuità a valenza sanitaria), come da DGR nr. 12-3730 del 27/07/2016. Sono inoltre presenti 94 posti letto CAVS presso l'Ospedale di Settimo Torinese e 18 posti letti CAVS presso l'Ospedale di Lanzo.

### **1.2 – Chi siamo**

L'ASL TO4, costituita ai sensi dell'art. 18 della Legge Regionale 06 agosto 2007 n. 18, della Deliberazione del Consiglio Regionale n. 136-39452 del 22 ottobre 2007 e del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 83 del 17 dicembre 2007, nasce dall'accorpamento delle pregresse ASL 6 di Ciriè, ASL 7 di Chivasso e ASL 9 di Ivrea, ed opera dal 1° gennaio 2008. L'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e svolge la funzione pubblica di promozione e tutela della salute, intesa sia come diritto

fondamentale dell'individuo, sia come interesse della collettività.

L'art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. stabilisce che l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie "sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali" e la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 42-1921 del 27 luglio 2015 ha disposto che le Aziende sanitarie procedessero alla ridefinizione e riadozione dell'Atto Aziendale.

L'Atto Aziendale dell'ASL TO4 si ispira ai principi di governance, efficienza, economicità e semplificazione finalizzata alla massima integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni e alla razionalizzazione dei costi.

In base ai documenti di programmazione regionale l'ASL TO4 fa parte dell'Area Omogenea di Torino.

### **1.3 - Cosa facciamo**

Scopo dell'ASL TO4 è la promozione e la tutela della salute della popolazione residente, o comunque presente, nel territorio di competenza. Nel suo ruolo di garante della salute dei cittadini, l'Azienda promuove azioni orientate non solo alla tutela ma anche alla prevenzione, sia in forma individuale sia in forma collettiva, assicurando al contempo i servizi e le attività riconosciute nei Livelli Essenziali di Assistenza. Promuove, inoltre, il collegamento con le attività e con gli interventi attuati dagli altri organi e istituzioni che svolgono attività comunque incidenti sullo stato di salute psicofisica dei cittadini, comprese le associazioni che operano gratuitamente ai fini di utilità sociale.

L'ASL TO4 garantisce le funzioni sanitarie con una articolazione in strutture organizzative aggregate per le seguenti aree:

- area prevenzione;
- area territoriale;
- area ospedaliera.

#### **Area della Prevenzione – Il Dipartimento di Prevenzione**

Il Dipartimento di Prevenzione, individuato in line alla Direzione Sanitaria Aziendale, assicura nell'ASL TO 4, le funzioni previste dalla legge in materia di sanità pubblica, sicurezza alimentare, prevenzione e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro e le azioni volte a favorire il benessere animale.

Sono sviluppate le specifiche azioni secondo le indicazioni nazionali e sono sviluppate attività di epidemiologia, promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico degenerative in collaborazione con gli altri servizi e Dipartimenti aziendali.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. TO4 prevede il superamento, della logica distrettuale e geografica, onde consentire di razionalizzare l'impiego delle risorse e recuperare efficienza.

Ai sensi degli artt. 7 ss. del D.Lgs. 502/92 s.m.i. il Dipartimento di Prevenzione nell'ASL TO4 aggrega le Strutture Organizzative specificamente dedicate a:

- a) Igiene e sanità pubblica;
- b) Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c) Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- d) Sanità animale;
- e) Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Afferiscono, inoltre, al Dipartimento di Prevenzione le funzioni ed i servizi di Medicina Legale.

#### **Area Territoriale - I Distretti**

I Distretti sono configurati come Strutture Complesse individuati in line alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Il Distretto svolge le seguenti funzioni:

- Governo della domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando i servizi di assistenza primaria ed i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, garantendo altresì le attività socio-assistenziali in integrazione con gli enti gestori;

- Organizzazione e gestione dei Servizi a gestione distrettuale diretta;
- Programmazione e controllo del livello di utilizzo dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali, erogate dai produttori pubblici e dai produttori privati;
- Organizzazione e gestione Residenze Sanitarie Assistenziali di proprietà dell’Azienda Sanitaria Locale e programmazione e controllo dell’assistenza residenziale e semi-residenziale acquistata;
- Erogazione di prestazioni relative all’assistenza integrativa sul territorio distrettuale, in sinergia con la specifica Struttura Semplice “Assistenza Protesica ed Integrativa”;
- Organizzazione della Continuità Assistenziale Primaria e delle postazioni di guardia medica territoriale;
- Coordinamento delle attività ambulatoriali poste in essere all’interno del Distretto ed effettuazione di attività volte alla riduzione dei tempi d’attesa per le prestazioni ambulatoriali, in sinergia con la Struttura Semplice “Gestione unificata offerta Specialistica ed Ambulatoriale”;
- Coordinamento delle attività relative all’assistenza sanitaria primaria (la medicina generale, la pediatria di libera scelta, il servizio di continuità assistenziale);
- Sviluppo delle cure domiciliari, con la necessaria integrazione tra gli altri servizi, in collaborazione con le Strutture Semplici “Cure Domiciliari”;
- Assicurazione del diritto del cittadino all’accesso ai servizi sanitari (iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, scelta e revoca del medico di base e del pediatra, prenotazione prestazioni specialistiche, accettazione domande di assistenza integrativa);
- Effettuazione di attività di coordinamento nell’assistenza sanitaria all’estero e nell’assistenza ai cittadini non residenti;
- Attuazione della tutela della salute collettiva, in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione, ai sensi dell’art. 7-bis del Decreto Legislativo n. 502/1992 e s.m.i.;
- Assicurazione della tutela della salute dell’infanzia, della donna e della famiglia, in collaborazione con la Struttura Semplice Dipartimentale “Consultori”, integrate con quelle ospedaliere e con la pediatria di libera scelta anche nell’ambito del Dipartimento Materno-Infantile;
- Sviluppo dell’attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria rivolta agli anziani, ai disabili, al disagio psichico ed alle dipendenze patologiche, compresa l’assistenza residenziale e semi-residenziale, coordinate con quelle dei Dipartimenti interessati;
- Effettuazione con il tramite del coordinamento inter-distrettuale della gestione unitaria della convenzione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e gli specialisti e professionisti convenzionati interni e per tutte le attività di tutela della salute che necessitano di una gestione uniforme sul territorio dell’Azienda;
- Effettuazione dell’attività per l’integrazione istituzionale concertata dei servizi socio-sanitari;
- Valutazione del conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione;
- Sviluppo delle relazioni esterne con Enti ed Istituzioni del territorio;
- Redazione dei P.A.T. (Piano di Assistenza Territoriale) in collaborazione con i Comuni ed i Consorzi Socio-Sanitari, nel rispetto delle indicazioni della Direzione Aziendale.

Ed ogni altra azione finalizzata alla vigilanza sull’appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, anche attraverso l’integrazione dei percorsi di accesso e di fruizione dei servizi sanitari, della gestione dei punti di interfaccia con l’utenza, di elaborazione e applicazione di linee di definizione dei percorsi di accesso degli utenti alle prestazioni sanitarie allo scopo di favorire, in condizioni di uniformità per l’intero ambito aziendale, la presa in carico dell’utente e l’accompagnamento nelle diverse tappe dei percorsi assistenziali, sia per quanto afferisce alle competenze sanitarie che amministrative; la gestione giuridico economica dei rapporti con gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali, con le Strutture convenzionate accreditate per l’erogazione di prestazioni in regime di semi-residenzialità, residenzialità, nonché la gestione dei budget assegnati ai Distretti e la gestione della privacy in ambito territoriale.

### **Area Ospedaliera – i Presidi Ospedalieri**

Anche le Strutture Complesse di Direzione Medica di Presidio sono individuate in line alla Direzione Sanitaria Aziendale e le loro funzioni sono di seguito elencate.

- Gestione operativa complessiva del Presidio Ospedaliero e implementazione delle indicazioni organizzative definite dalla Direzione Generale, anche attraverso il coordinamento delle Strutture afferenti Presidio;
- Collaborazione con la S.S. Di.P.Sa. per la gestione del Personale del comparto Sanitario assegnato al Presidio;
- Discussione con la Direzione Generale degli obiettivi e delle risorse assegnate, nell'ambito del sistema di budget, anche per quanto riguarda le Strutture del Presidio e supporto alle stesse nel perseguire i risultati richiesti dagli obiettivi assegnati;
- Collaborazione con la Direzione Aziendale alla definizione dei criteri di assegnazione e gestione delle risorse e della loro corretta applicazione nelle diverse Strutture del Presidio Ospedaliero di riferimento;
- Raccolta e controllo di qualità dei dati statistici sanitari, utili a fini interni o per l'inoltro agli uffici e servizi competenti;
- Formulazione delle valutazioni tecnico-sanitarie ed organizzative sulle opere di costruzione e ristrutturazione edilizia, autorizzando l'esercizio dell'attività clinico assistenziale negli ambienti destinati a tale scopo; valutazione del programma di manutenzione ordinaria e straordinaria, predisposto dall'ufficio tecnico e proposta delle priorità di intervento, con particolare riferimento ad eventuali situazioni di urgenza;
- Elaborazione di proposte e pareri in merito alla programmazione ospedaliera in linea con le indicazioni della Direzione Generale; adozione provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza; collaborazione con le strutture di programmazione e controllo di gestione, al fine di fornire proposte al Direttore Sanitario D'Azienda per il miglior efficientamento del Presidio in ordine all'utilizzo ottimale delle risorse strutturali, tecnologiche e di personale;
- Collaborazione all'implementazione del sistema informativo ospedaliero, provvedendo, per quanto di sua competenza, al corretto flusso dei dati e formulazione di parere e proposte su programmi di informazione, formazione e aggiornamento del personale;
- Promozione delle attività di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, con particolare riferimento all'applicazione della carta dei servizi ed ai rapporti con le associazioni di volontariato;
- Vigilanza ed attuazione dei provvedimenti in merito alle attività d'urgenza ed emergenza ospedaliera; vigilanza sulla programmazione, organizzazione ed applicazione delle attività rivolte a migliorare l'accettazione sanitaria, i tempi di attesa per prestazioni in regime di ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale.

Ed ogni altra azione finalizzata alla vigilanza sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate, sulla qualità dei ricoveri, anche attraverso la formulazione di direttive, regolamenti e protocolli, sorvegliandone il rispetto, in tema di tutela della salute e della sicurezza nel luogo di lavoro, igiene e sicurezza degli alimenti, ambienti e delle apparecchiature, attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, smaltimento dei rifiuti sanitari, nonché strategie per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza secondo procedure concordate e adozione dei provvedimenti necessari per la salvaguardia della salute di operatori, pazienti e visitatori.

In ASL TO4 il cittadino, soggetto inteso come riferimento centrale dell'azione aziendale, è colui verso il quale l'ASL TO4 indirizza le proprie forze al fine di un costante miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi resi, anche grazie alla costante attenzione verso l'innovazione e il consolidamento di efficaci e efficienti prassi operative, promuovendo, altresì, la trasparenza e la semplificazione dell'azione amministrativa connessa.

Quanto sopra trova la sua declinazione in ogni struttura e ambito operativo (prevenzione, assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, formazione, programmazione, acquisto verifica e controllo appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie erogate) in cui è articolata l'Azienda.

Per svolgere la propria attività l'Azienda si articola in Dipartimenti, Strutture Complesse, Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali

## 1 - Attività di ricovero

L'attività di produzione ospedaliera viene effettuata nei 5 Ospedali aggregati in 3 Presidi riuniti, per complessivi 747 posti letto in ricovero ordinario e 125 posti letto in ricovero day hospital – day surgery alla data dell'31/12/2023.

### PRESIDIO RIUNITO DI CIRIE' – LANZO:

- Ospedale di Cirié (221 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). E' ospedale capo fila del presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di DEA di I° livello.
- Ospedale di Lanzo (77 posti letto in ricovero ordinario e 19 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). Ospedale con alcune specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera).

### PRESIDIO DI CHIVASSO:

Ospedale di Chivasso (186 posti letto in ricovero ordinario e 30 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche, è sede di DEA di I° livello.

### PRESIDIO RIUNITO DI IVREA – CUORGNE':

- Ospedale di Ivrea (184 posti letto in ricovero ordinario e 30 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). E' ospedale capo fila del presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di DEA di I° livello.
- Ospedale di Cuorné (79 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). Ospedale con le specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' presente un Pronto Soccorso.

A confronto la situazione gennaio-settembre 2023 Vs. 2024:

PRESIDIO	31/12/2023		30/09/2023		30/09/2024	
	pl ordinari	pl dh/ds	pl ordinari	pl dh/ds	pl ordinari	pl dh/ds
CHIVASSO	186	30	186	30	186	30
CIRIE'	221	23	221	23	225	23
LANZO	77	19	77	19	77	19
IVREA	184	30	181	30	179	30
CUORGNE'	79	23	80	23	72	23
<b>TOTALE</b>	<b>747</b>	<b>125</b>	<b>745</b>	<b>125</b>	<b>739</b>	<b>125</b>

I dati certificati attualmente disponibili consentono un confronto tra il 2024 e il 2023 per il periodo gennaio-settembre. Dal totale relativo ai nove mesi si registra un decremento dell'1,1% nel numero di ricoveri e un incremento dell'1,2% in termini di valore.

PRESIDIO OSPEDALIERO	N casi 2023	Importi 2023	N casi Gennaio - Settembre 2023	N casi Gennaio - Settembre 2024	Importi Gennaio - Settembre 2023	Importi Gennaio - Settembre 2024	% Scostamento casi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIÈ	9.944	32.527.662	7.102	7.076	23.801.689	24.512.521	-0,4%	3,0%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	579	2.490.361	434	460	1.842.221	2.001.436	6,0%	8,6%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	9.211	29.172.522	6.713	6.551	21.227.160	20.787.706	-2,4%	-2,1%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	3.107	8.650.825	2.244	2.388	6.300.135	7.105.906	6,4%	12,8%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	10.801	33.052.236,50	7.926	7.669	24.236.294	23.936.808	-3,2%	-1,2%
<b>Totale complessivo</b>	<b>33.642</b>	<b>105.893.608</b>	<b>24.419</b>	<b>24.144</b>	<b>77.407.499</b>	<b>78.344.377</b>	<b>-1,1%</b>	<b>1,2%</b>

Analizzando il primo semestre, si osserva una leggera flessione del 0,5% nel numero dei casi e un aumento del 2% nel valore.

Il confronto tra il 2024 e il 2023 nel periodo luglio-settembre registra un decremento del numero di casi pari al 2,6% e del valore pari al 0,6%. Occorre però considerare che il 2024 non contiene tutti i casi di DH ciclici che saranno ricompresi invece nelle chiusure di fine anno.

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2023	N.casi 2024	Importi 2023	Importi 2024	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento Importi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIÈ	4.892	4.941	16.404.507	16.821.507	49	1,0%	417.000	2,5%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	299	307	1.277.570	1.317.319	8	2,7%	39.749	3,1%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	4.593	4.566	14.455.890	14.524.435	-27	-0,6%	68.545	0,5%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	1.616	1.728	4.252.970	4.941.765	112	6,9%	688.796	16,2%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	5.523	5.300	16.608.513	16.473.940	-223	-4,0%	-134.573	-0,8%
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.923</b>	<b>16.842</b>	<b>52.999.449</b>	<b>54.078.966</b>	<b>-81</b>	<b>-0,5%</b>	<b>1.079.517</b>	<b>2,0%</b>

Tabella: Confronto sui totali primo semestre 2024 vs primo semestre 2023

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2023	N.casi 2024	Importi 2023	Importi 2024	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento Importi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIÈ	2.210	2.135	7.397.182	7.691.014	-75	-3,4%	293.832	4,0%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	135	153	564.651	684.117	18	13,3%	119.466	21,2%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	2.120	1.985	6.771.270	6.263.271	-135	-6,4%	-507.999	-7,5%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	628	660	2.047.165	2.164.141	32	5,1%	116.975	5,7%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	2.403	2.369	7.627.781	7.462.868	-34	-1,4%	-164.914	-2,2%
<b>Totale complessivo</b>	<b>7.496</b>	<b>7.302</b>	<b>24.408.050</b>	<b>24.265.411</b>	<b>-194</b>	<b>-2,6%</b>	<b>-142.639</b>	<b>-0,6%</b>

Tabella: Confronto sui totali luglio - settembre 2024 vs luglio - settembre 2023

## Emergenza

Nell'ambito dei Presidi Ospedalieri gli accessi DEA hanno subito un incremento (9 mesi 2024 vs 9 mesi 2023) pari al 7%:

Accessi DEA/PS	DEA Chivasso	DEA Ciriè	PS Lanzo	DEA Ivrea	PS Cuorgnè	TOTALE
<b>2023</b>	45.725	48.990	0	35.375	8.758	<b>138.848</b>
<b>2023 (al 30.09)</b>	34.131	36.429	0	26.301	6.334	<b>103.195</b>
<b>2024 (al 30.09)</b>	35.358	37.564	0	25.392	12.401	<b>110.715</b>

Tabella: Accessi DEA/PS Presidi ospedalieri dell'ASL TO 4 (anni 2023-2024)

## 2 - Attività ambulatoriale

L'attività ambulatoriale ha registrato una ripresa anche in relazione all'obiettivo del recupero delle liste di attesa.

Nel complesso, le prestazioni ambulatoriali per esterni sono aumentate nel corso del 2024 rispetto al dato del 2023 del 2,2% in termini di quantità.

Nel prospetto che segue è riportato il numero delle prestazioni erogate con importo lordo ticket

Anno	Luogo	Casi	Importo
	Ospedale	5.077.561	50.642.768
2023	Territorio	689.603	15.866.262
	<b>totale</b>	<b>5.767.164</b>	<b>66.509.030</b>
2023 (al 30.09)	Ospedale	3.808.410	38.019.039
2023 (al 30.09)	Territorio	513.768	11.807.951
	<b>totale</b>	<b>4.322.178</b>	<b>49.826.990</b>
2024 (al 30.09)	Ospedale	3.910.461	38.242.225
2024 (al 30.09)	Territorio	507.403	11.300.218
	<b>totale</b>	<b>4.417.864</b>	<b>49.542.443</b>

**Tabella:** Attività ambulatoriale suddivisa per produzione ospedaliera e territoriale per gli anni 2023-2024

Il dettaglio delle prestazioni ambulatoriali per esterni suddiviso per disciplina:

EROGATORE_DISCIPLINA	N.prestazioni 2023	Importi 2023	N.prestazioni gennaio-settembre 2023	N.prestazioni gennaio-settembre 2024	% Scost. Qta	Importi gennaio-settembre 2023	Importi gennaio-settembre 2024	% Scost. Importi
01 - ALLERGOLOGIA	10.028	143.507	6.929	10.948	58,0%	98.489	162.345	64,8%
03 - ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	17.459	542.779	13.099	13.508	3,1%	402.470	487.188	21,0%
05 - ANGIOLOGIA	808	35.440	567	1.086	91,5%	24.860	47.675	91,8%
08 - CARDIOLOGIA	52.185	1.743.084	39.070	37.834	-3,2%	1.304.010	1.248.146	-4,3%
09 - CHIRURGIA GENERALE (COMPRESA CHIRURGIA DURGENZA)	16.802	470.842	12.529	11.190	-10,7%	356.384	216.008	-39,4%
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	542	19.283	408	354	-13,2%	14.607	12.554	-14,1%
18 - EMATOLOGIA, IMMUNOEMATOLOGIA	42.800	761.002	30.698	28.939	-5,7%	556.904	540.239	-3,0%
19 - MAL. ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE	167.637	2.279.947	125.187	121.050	-3,3%	1.776.380	1.478.326	-16,8%
21 - GERIATRIA	4.025	66.678	2.927	2.308	-21,1%	48.743	39.932	-18,1%
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	22	440	13	17	30,8%	261	352	34,7%
26 - MEDICINA GENERALE	8.609	200.148	6.399	6.747	5,4%	146.081	145.864	-0,1%
29 - NEFROLOGIA	258.737	11.613.195	192.765	194.027	0,7%	8.598.027	8.944.590	4,0%
32 - NEUROLOGIA	16.578	486.017	12.078	10.950	-9,3%	353.568	293.581	-17,0%
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	36.740	917.239	26.958	27.587	2,3%	676.240	683.701	1,1%
34 - OCULISTICA	24.739	2.411.138	18.599	16.151	-13,2%	1.777.832	1.794.960	1,0%
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	6.241	169.470	4.381	5.731	30,8%	119.170	162.191	36,1%
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	39.404	782.111	29.467	28.718	-2,5%	570.818	594.228	4,1%
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	57.807	880.591	42.519	45.170	6,2%	649.873	655.028	0,8%
38 - OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA	37.513	577.944	28.192	28.792	2,1%	434.582	439.500	1,1%
39 - PEDIATRIA	5.306	92.684	3.726	4.293	15,2%	65.296	78.003	19,5%
40 - PSICHIATRIA	80.490	1.530.733	63.317	55.604	-12,2%	1.211.204	1.025.823	-15,3%
43 - UROLOGIA	17.343	441.867	12.674	12.147	-4,2%	336.457	303.318	-9,8%
49 - TERAPIA INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	3	67	3	1	-66,7%	67	22	-67,0%
50 - UNITA CORONARICA, UNITA INTENSIVA CARDIOLOGICA	0	0	0	1	-	0	19	-
52 - DERMATOLOGIA, DERMOSIFILOPATIA	7.913	145.934	6.113	2.433	-60,2%	112.817	43.306	-61,6%
56 - RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	226.142	5.108.310	163.350	169.805	4,0%	3.692.415	3.673.257	-0,5%
58 - GASTROENTEROLOGIA	13.709	912.946	10.274	11.136	8,4%	714.876	587.361	-17,8%
61 - MEDICINA NUCLEARE	8.575	681.957	6.464	6.684	3,4%	514.308	540.112	5,0%
64 - ONCOLOGIA (COMPRESA ONCOLOGIA MEDICA E GENERALE)	37.560	1.519.823	27.549	28.345	2,9%	1.160.624	1.130.793	-2,6%
68 - PNEUMOLOGIA, TISILOGIA, FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	21.840	521.619	16.005	16.551	3,4%	379.747	408.369	7,5%
69 - RADIOLOGIA	199.568	11.161.196	149.806	140.609	-6,1%	8.379.031	8.085.105	-3,5%
70 - RADIOTERAPIA (COMPRESA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA)	33.307	3.389.791	25.599	24.038	-6,1%	2.653.731	2.492.198	-6,1%
80 - CHIRURGIA SPECIALE	4	12	3	12	300,0%	10	47	356,9%
82 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	7.367	169.861	5.521	5.565	0,8%	127.531	118.475	-7,1%
91 - PSICOLOGIA	6.789	119.480	4.866	5.847	20,2%	85.374	106.268	24,5%
98 - LABORATORIO ANALISI	4.302.572	16.611.896	3.234.123	3.343.686	3,4%	12.484.203	13.003.562	4,2%
Totale complessivo	5.767.164	66.509.030	4.322.178	4.417.864	2,2%	49.826.990	49.542.443	-0,6%

### 3 - Confronto dati di attività degli esercizi 2023 e 2024

Nelle tabelle che seguono sono presentati i dati degli anni 2023-2024 nella rendicontazione più esaustiva dei flussi informativi regionali.

#### Dati di produzione

PRODUZIONE ASL TO4	Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
	Tipologia	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket
SDO (ro, dh, one ds) - ns ospedali	30.238	96.011.293,02	2.689	7.864.233,90	573	1.719.904,80	93	237.326,80	25	60.849,00	33.618	105.893.607,52	0,00	105.893.607,52
SDO (ricoveri) - SAAPA	498	3.803.544,46	511	3.790.599,15	6	47.269,50	5	26.672,50	1	3.234,00	1.021	7.671.319,61	0,00	7.671.319,61
B (medicina di base)	0	0,00	14.592	160.512,00	12.744	140.184,00	9.651	106.161,00	0	0,00	36.987	406.857,00	0,00	406.857,00
C (specialistica ambulat.)	5.539.321	53.411.458,52	163.692	2.546.957,07	40.300	475.934,52	1.887	27.185,55	1.886	22.959,80	5.747.086	56.484.495,46	10.024.495,20	66.508.990,66
C2 (DEA e PS) non seguiti	1.113.550	8.646.812,90	82.177	645.377,60	22.427	188.655,70	2.531	20.848,60	1	20,70	1.220.686	9.501.715,50	56.650,00	9.558.365,50
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	156.912	1.156.085,69	30.465	225.389,93	0	0,00	0	0,00	187.377	1.381.475,62	151.952,73	1.533.428,35
F (diretta ) n. ricette:	192.418	59.302.710,20	2.949	1.387.154,69	915	236.423,46	910	129.832,25	23	3.216,05	197.215	61.059.336,65	27.243,30	61.086.579,95
F (DPC) n. ricette	150.000	10.954.417,27	6.618	392.737,62	1.276	74.244,36	7	3.455,00	0	0,00	157.901	11.424.854,25	0,00	11.424.854,25
Totale SDO	30.736	99.814.837,48	3.200	11.654.833,05	579	1.767.174,30	98	263.999,30	26	64.083,00	34.639	113.564.927,13	0,00	113.564.927,13
Totale Prestazioni	6.995.289	132.315.398,89	426.940	6.288.824,67	108.127	1.340.831,97	14.986	287.482,40	1.910	26.196,55	7.547.252	140.258.734,48	10.260.341,23	150.519.075,71
<b>Totale generale</b>	<b>7.026.025</b>	<b>232.130.236,37</b>	<b>430.140</b>	<b>17.943.657,72</b>	<b>108.706</b>	<b>3.108.006,27</b>	<b>15.084</b>	<b>551.481,70</b>	<b>1.936</b>	<b>90.279,55</b>	<b>7.581.891</b>	<b>253.823.661,61</b>	<b>10.260.341,23</b>	<b>264.084.002,84</b>
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)													0,00
F (DPC)	Costo del servizio													1.580.405,07

Tabella: Produzione ASL TO4 da flussi informativi (anno 2023)

PRODUZIONE ASL TO4	Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
	Tipologia	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket
SDO (ro, dh, one ds) - ns ospedali	21.386	69.012.967,82	1.939	5.850.817,60	414	1.243.600,10	73	191.182,80	20	48.674,00	23.832	76.347.242,32	0,00	76.347.242,32
SDO (ricoveri) - SAAPA	356	2.779.666,61	382	2.905.558,95	4	33.681,30	5	26.672,50	1	3.234,00	748	5.748.813,36	0,00	5.748.813,36
B (medicina di base)	0	0,00	6.030	66.330,00	5.713	62.843,00	4.017	44.187,00	0	0,00	15.760	173.360,00	0,00	173.360,00
C (specialistica ambulat.)	4.158.050	39.915.071,59	125.222	1.956.881,24	30.144	360.901,39	1.410	21.437,90	1.352	16.833,10	4.316.178	42.271.125,22	7.513.404,15	49.784.529,37
C2 (DEA e PS) non seguiti	824.669	6.424.276,65	62.268	492.937,20	17.265	145.756,40	2.460	20.157,40	1	20,70	906.663	7.083.148,35	42.675,00	7.125.823,35
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	27.672	204.037,07	5.523	40.614,64	0	0,00	0	0,00	33.195	244.651,71	27.842,28	272.493,99
F (diretta ) n. ricette:	142.067	43.948.589,13	2.238	1.047.476,27	619	179.419,85	679	99.309,21	8	1.956,91	145.611	45.276.751,37	14.003,38	45.290.754,75
F (DPC) n. ricette	32.376	2.363.666,22	1.417	79.815,01	267	14.504,95	2	1.665,89	0	0,00	34.062	2.459.652,07	0,00	2.459.652,07
Totale SDO	21.742	71.792.634,43	2.321	8.756.376,55	418	1.277.281,40	78	217.855,30	21	51.908,00	24.580	82.096.055,68	0,00	82.096.055,68
Totale Prestazioni	5.157.162	92.651.603,59	224.847	3.847.476,79	59.531	804.040,23	8.568	186.757,40	1.361	18.810,71	5.451.469	97.508.688,72	7.597.924,81	105.106.613,53
<b>Totale generale</b>	<b>5.178.904</b>	<b>164.444.238,02</b>	<b>227.168</b>	<b>12.603.853,34</b>	<b>59.949</b>	<b>2.081.321,63</b>	<b>8.646</b>	<b>404.612,70</b>	<b>1.382</b>	<b>70.718,71</b>	<b>5.476.049</b>	<b>179.604.744,40</b>	<b>7.597.924,81</b>	<b>187.202.669,21</b>
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)													0,00
F (DPC)	Costo del servizio													338.046,63

Tabella: Produzione ASL TO4 da flussi informativi (anno 2023 gennaio-settembre)

PRODUZIONE ASL TO4	Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
	Tipologia	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket
SDO (ro, dh, one ds) - ns ospedali	21.782	70.801.053,41	1.848	6.076.462,70	394	1.207.300,90	85	213.801,00	21	45.759,00	24.130	78.344.377,01	0,00	78.344.377,01
SDO (ricoveri) - SAAPA	437	3.334.324,51	492	3.831.703,05	7	58.193,60	0	0,00	0	0,00	936	7.224.221,16	0,00	7.224.221,16
B (medicina di base)	0	0,00	9.498	104.478,00	7.773	85.503,00	6.538	71.918,00	0	0,00	23.809	261.899,00	0,00	261.899,00
C (specialistica ambulat.)	4.250.608	39.796.275,73	117.697	1.710.651,92	29.388	303.866,67	1.479	16.108,65	1.046	15.996,90	4.400.218	41.842.899,87	7.699.583,20	49.542.483,07
C2 (DEA e PS) non seguiti	875.590	6.729.410,40	61.225	495.132,05	19.693	156.007,30	530	4.042,30	0	0,00	957.038	7.384.592,05	45.625,00	7.430.217,05
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	193.649	1.515.823,98	38.210	283.160,00	0	0,00	0	0,00	231.859	1.798.983,98	190.657,13	1.989.641,11
F (diretta) n. ricette:	166.135	49.087.793,37	2.350	1.402.665,31	844	244.171,05	567	75.553,67	28	4.688,34	169.924	50.814.871,74	21.839,06	50.836.710,80
F (DPC) n. ricette	245.351	18.113.161,79	10.752	680.610,93	1.985	114.431,49	0	0,00	0	0,00	258.088	18.908.204,21	0,00	18.908.204,21
Totale SDO	22.219	74.135.377,92	2.340	9.908.165,75	401	1.265.494,50	85	213.801,00	21	45.759,00	25.066	85.568.598,17	0,00	85.568.598,17
Totale Prestazioni	5.537.684	113.726.641,29	395.171	5.909.362,19	97.893	1.187.139,51	9.114	167.622,62	1.074	20.685,24	6.040.936	121.011.450,85	7.957.704,39	128.969.155,24
<b>Totale generale</b>	<b>5.559.903</b>	<b>187.862.019,21</b>	<b>397.511</b>	<b>15.817.527,94</b>	<b>98.294</b>	<b>2.452.634,01</b>	<b>9.199</b>	<b>381.423,62</b>	<b>1.095</b>	<b>66.444,24</b>	<b>6.066.002</b>	<b>206.580.049,02</b>	<b>7.957.704,39</b>	<b>214.537.753,41</b>
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)													0,00
F (DPC)	Costo del servizio													2.698.346,85

**Tabella:** Produzione ASL TO4 da flussi informativi (anno 2024 gennaio-settembre)

Le prestazioni ambulatoriali per esterni del periodo 2024 consuntivato sono superiori nel totale a quelle pari periodo 2023 del 2%. Si nota che la distribuzione percentuale tra prestazioni rese a residenti e non residenti è pressoché invariata nei due periodi.

Anche le prestazioni di pronto soccorso sono incrementate del 6%, conseguenza dell'incremento del numero dei passaggi.

I valori nel flusso D evidenziano l'anomalia generatasi a inizio 2022 sui flussi della farmaceutica territoriale, peraltro a livello generale regionale.

Il valore della DPC nel 2024, più alto rispetto allo stesso periodo del 2023, è attribuibile alla ripresa dell'invio del flusso pertinente.

Il valore della distribuzione diretta registra un incremento del 12%.

#### Dati di acquisto

ACQUISTI ASL TO4	da altre ASL		da ASO		da altri PRESIDI		da altri Ist. Privati		da Extra Regione		TOTALI NETTI	
	Tipologia	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.
SDO (ricoveri ord, dh, one ds)	7.217	29.768.824,75	13.602	53.176.566,74	3.667	15.390.016,25	4.712	25.360.096,13			29.198	123.695.503,87
Day Surgery tipo C											0	0,00
B (medicina di base)	23.039	253.429,00									23.039	253.429,00
C (specialistica ambulat.)	328.751	6.705.391,41	714.832	15.991.758,92	183.399	6.884.046,60	538.334	10.892.135,79			1.765.316	40.473.332,72
C2 (DEA e PS) non seguiti	211.190	2.280.585,20	93.729	1.001.003,70	35.975	351.885,60					340.894	3.633.474,50
D (assist. farmaceutica)	140.927	1.097.385,21									140.927	1.097.385,21
E (assist. termale)							2.461	40.129,10			2.461	40.129,10
F (diretta + DPC) n. ricette:	24.308	10.951.650,73	27.847	22.463.484,27	9.807	4.530.856,84					61.962	37.945.991,84
G (ambulanza/elisoccorso)											0	0,00
Totale SDO + Day Surg. C	7.217	29.768.824,75	13.602	53.176.566,74	3.667	15.390.016,25	4.712	25.360.096,13	0	0,00	29.198	123.695.503,87
Totale Prestazioni	728.215	21.288.441,55	836.408	39.456.246,89	229.181	11.766.789,04	540.795	10.932.264,89	0	0,00	2.334.599	83.443.742,37
<b>Totale SDO + Prest. da altri</b>	<b>735.432</b>	<b>51.057.266,30</b>	<b>850.010</b>	<b>92.632.813,63</b>	<b>232.848</b>	<b>27.156.805,29</b>	<b>545.507</b>	<b>36.292.361,02</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>2.363.797</b>	<b>207.139.246,24</b>
TOTALE ACQUISTI ASL TO4	da ns. PRESIDI				da ns. Ist. Privati				TOTALI NETTI			
Tipologia	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO per ns. residenti					1.100	6.103.853,01	2.404	12.312.305,21			3.504	18.416.158,22
Prestazioni per ns. residenti					21.380	336.907,00	254.477	5.008.751,73			275.857	5.345.658,73
Totale SDO (da altri + nostri)	7.217	29.768.824,75	13.602	53.176.566,74	4.767	21.493.869,26	7.116	37.672.401,34	0	0,00	32.702	142.111.662,09
Totale Prestaz. (da altri + nostri)	728.215	21.288.441,55	836.408	39.456.246,89	250.561	12.103.696,04	795.272	15.941.016,62	0	0,00	2.610.456	88.789.401,10
<b>Totale generale (da altri + nostri)</b>	<b>735.432</b>	<b>51.057.266,30</b>	<b>850.010</b>	<b>92.632.813,63</b>	<b>255.328</b>	<b>33.597.565,30</b>	<b>802.388</b>	<b>53.613.417,96</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>2.643.158</b>	<b>230.901.063,19</b>

**Tabella:** Acquisti ASL TO4 da flussi informativi (anno 2023)



## SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Nella presente sezione partendo dal valore pubblico che l'Azienda intende generare alla luce dell'analisi del contesto, vengono declinate le strategie per la sua realizzazione e, in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'Azienda, gli obiettivi, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale, la semplificazione e la reingegnerizzazione delle procedure, la prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa.

### 2.1 VALORE PUBBLICO

La missione istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di Valore Pubblico. Un Ente genera Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo razionale le risorse economiche a disposizione ed a valorizzare il proprio patrimonio in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholders e dei cittadini in generale nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale;
- indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute ed a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie;
- porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- raccordare le iniziative e le attività socio-sanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali ed i loro organismi di rappresentanza.

Una Pubblica Amministrazione è in grado di generare Valore Pubblico, quindi, nel momento in cui il livello di benessere dei suoi utenti e il livello di salute del proprio contesto, interno ed esterno, grazie al miglioramento delle performance dell'Ente, diventano superiori rispetto alle condizioni di partenza, delle politiche pubbliche e dei progetti di miglioramento dello stesso.

Il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di un'organizzazione di coordinare e realizzare simultaneamente tre condizioni (Cfr. MOORE M.H. 1995):

1. produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholder (occorre che l'azione pubblica sia giudicata desiderabile da parte di un gruppo di destinatari) "clienti";
2. intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo (le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali) "macchina interna";
3. essere legittimata a godere di sostegno esterno (deve saper attrarre il sostegno degli attori rilevanti).

In tempi di risorse economiche scarse e di esigenze sociali crescenti, viene creato Valore Pubblico quando si riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale. Le esperienze degli ultimi anni danno evidenza al fatto che per generare Valore Pubblico serve un mix equilibrato di economicità e socialità, in cui porre una forte attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui gestire, da parte della Pubblica Amministrazione, le proprie risorse.

Questo quadro generale di definizione di valore pubblico rappresenta per l'ASL TO4 il riferimento a cui tendere.

Il presente P.I.A.O. è strettamente connesso anche al disegno organizzativo delineato dall'Atto Aziendale, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo da perseguire. Con il suo Atto Aziendale, l'ASL TO4 ha voluto anche definire gli obiettivi programmatici generali, tenendo conto del contesto di riferimento sia in termini di opportunità che di vincoli, considerati, però, sempre come elementi attuabili e mai impraticabili.

Difatti, si pone come strumento programmatico per:

- ✓ confermare il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa delle attività;
- ✓ implementare gli elementi innovativi in tema di organizzazione e gestione delle Aziende Sanitarie;
- ✓ favorire la razionalizzazione delle Strutture organizzative, sia dell'ambito sanitario sia dell'ambito amministrativo;
- ✓ valorizzare, in maniera più incisiva e nel rispetto delle disposizioni contrattuali, le professionalità presenti in Azienda;
- ✓ garantire l'omogeneità di erogazione delle prestazioni rispetto ai bisogni, l'efficacia dei risultati e l'efficienza nell'impiego delle risorse.

Il collegamento degli obiettivi assegnati ogni anno alle varie strutture dell'Azienda assicura che le azioni previste nel P.I.A.O. abbiano tutte come obiettivo il mantenimento dei servizi resi finora agli utenti finali e il miglioramento degli stessi, grazie anche agli *stakeholder*, creando un forte collegamento tra la performance e la creazione di valore pubblico.

L'Azienda deve perseguire, quindi, la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo veramente orientato, nella sostanza, al cittadino dando il coerente rilievo ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi messi a disposizione per i bisogni dei cittadini in coerenza con il livello delle risorse disponibili e nella garanzia della erogazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) Nazionali e Regionali.

Tra gli obiettivi del P.I.A.O. trovano spazio anche quelli legati ad azioni per migliorare l'accessibilità sia fisica che digitale dell'Azienda e quelli legati alla semplificazione e reingegnerizzazione delle varie procedure.

La digitalizzazione, difatti, offre soluzioni inimmaginabili con un impatto immediato sulla vita delle persone. L'esperienza vissuta nel corso della pandemia ha fatto emergere l'importante ruolo che l'innovazione tecnologica e digitale possono giocare nel rendere più efficiente il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Le azioni ed i progetti volti a migliorare l'accessibilità digitale, ossia, assicurare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili senza discriminazioni superando le barriere che un disabile o un anziano possono avere, sono intraprese a livello regionale e generalmente coinvolgono la nostra Azienda nelle fasi esecutive. L'accesso ai servizi online permette di fornire i seguenti servizi:

- ✓ PRENOTAZIONI, dove il cittadino può effettuare prenotazioni per:
  - l'accesso ai Centri prelievo;
  - il ritiro dei contenitori per i campioni biologici;
  - prenotare/disdire le visite e gli esami specialistici;
  - ulteriori informazioni sugli esami di laboratorio;
  - informazioni sugli elettrocardiogramma (ECG);
  - informazioni sulle radiografie (RX) del torace;
  - prenotazioni delle visite e degli esami specialistici che possono essere effettuate/modificate/disdette:
    - 1) tramite il CUP regionale, che permette di effettuare/modificare/disdire le prenotazioni di visite ed esami specialistici erogati negli ospedali e nei poliambulatori dell'ASL TO4 e di tutta la Regione Piemonte;
    - 2) tramite le farmacie del territorio che hanno aderito al servizio;
    - 3) attraverso gli sportelli CUP dell'ASL TO4, soltanto qualora non sia possibile la prenotazione/disdetta online o telefonica tramite il CUP regionale.
- ✓ RITIRO REFERTI, tramite credenziali di accesso.
- ✓ SCelta O REVOCA DEL MEDICO, dove il cittadino può operare la scelta e revoca del medico di base o del pediatra per i bambini.
- ✓ FSE (FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO), dove il cittadino può consultare i propri referti di laboratorio e di radiologia, le prescrizioni di farmaci o prestazioni specialistiche, le vaccinazioni e altra documentazione sanitaria. L'ASL TO4 ha istituito "Punti Assistito" presso le sedi di Distretto. Il "Punto Assistito" è uno sportello fisico dove il cittadino che non possa usufruire autonomamente dei servizi resi

disponibili online può chiedere l'intermediazione di un operatore abilitato e formato. L'operatore amministrativo del "Punto Assistito" può eseguire per conto del cittadino:

- gestione del consenso alla consultazione del FSE da parte di operatori sanitari;
- gestione del consenso al recupero del pregresso;
- gestione delle deleghe: acquisizione, modifica e revoca della delega a favore di un adulto, di un minore o di un soggetto sottoposto a tutela o ad amministrazione di sostegno (amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute);
- gestione della funzione di oscuramento/de-oscuramento puntuale dei documenti del FSE;
- consultazione e stampa degli accessi di consultazione operati sui dati e/o documenti del FSE;
- acquisizione, modifica, revoca dei recapiti di contatto del cittadino (numero di telefono, indirizzo email);
- acquisizione, modifica, revoca delle preferenze di notifica del FSE.

Tutte situazioni atte a semplificare e allo stesso tempo migliorare il lavoro sanitario e, di conseguenza, la soddisfazione dell'utente finale, permettendo di superare il concetto di sede fisica di lavoro garantendo, quindi, innumerevoli vantaggi sia per il lavoratore sia per l'Azienda traducendosi in benefici per l'utente finale.

L'informatizzazione dei processi costituisce, inoltre, una misura molto importante anche per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, infatti, permette di ottemperare a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di tracciabilità dei processi.

Questa Azienda ha già proceduto ad informatizzare, oltre all'accesso dei cittadini tramite i servizi on line anzidetti, diversi processi quali:

- le agende per le liste d'attesa per i ricoveri;
- l'apposizione di firma digitale su documenti amministrativi e sanitari ed utilizzo di sistemi di conservazione sostitutiva;
- la fatturazione elettronica;
- il pagamento del ticket presso i "punti rossi" aziendali;
- la ricetta dematerializzata, come da progetto regionale "SIRPED";
- per i dipendenti la fruizione ferie, recuperi ore e permessi e le valutazioni di performance individuale tramite il sistema di gestione presenze "Iris Web".

Sicuramente, anche i processi di "dematerializzazione", che prevedono l'adozione di sistemi per la gestione delle attività di conservazione sostitutiva al fine di garantire l'autenticità, l'integrità, l'affidabilità, la leggibilità, la reperibilità dei documenti ed il rispetto delle misure di sicurezza, come definiti dall'art. 44, comma 1, del Codice dell'Amministrazione Digitale, ex D.Lgs. n. 82 del 2005, sono da considerarsi misure per la prevenzione della corruzione.

### **2.1.1 - Azioni di efficientamento**

Le strategie che ispirano la pianificazione delle attività dell'ASL TO4 si conformano alle linee-guida definite dalla pianificazione strategica di Regione Piemonte. Il budget è lo strumento con il quale, nel rispetto di quanto definito dalla programmazione strategica e annuale dell'azienda, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi vincolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative interne.

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano il parametro di riferimento per la valutazione sia dei risultati conseguiti annualmente dall'organizzazione nella sua globalità sia dalle singole Unità Operative.

- potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;

- sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda COT, Case di Comunità e Ospedali di Comunità si proseguirà nell'avanzamento progetti nel rispetto delle milestone previste.

Per quanto riguarda gli interventi di ammodernamento tecnologico delle apparecchiature, previsti dalla componente M6.C2 del PNRR, a seguito di adesione da parte di questa Azienda alle iniziative Consip attivate nel corso del 2023, nell'anno 2025 è prevista l'installazione e la messa in servizio completa dei seguenti interventi:

- n. 2 telecomandati digitali per la radiodiagnostica del P.O. di Ciriè, la cui installazione è prevista rispettivamente per il mese di aprile e giugno 2025;
- n. 1 TC per la radiodiagnostica del P.O. di Ciriè, la cui installazione è prevista per l'inizio del mese di luglio 2025;
- n. 1 angiografo per la cardiologia del P.O. di Ciriè, la cui installazione è prevista per il mese di febbraio 2025.

Sempre nel corso dell'anno 2025, nell'ambito della componente M6.C2 – 1.1.1 per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere, DEA di I e II livello), proseguiranno l'assessment e la migrazione alla versione MEUI del verticale sanitario, la cui conclusione è prevista per l'anno 2026.

Inoltre per l'anno 2025 si prospettano le seguenti attività progettuali:

- progettazione di un ulteriore potenziamento della connettività geografica delle strutture aziendali tramite il progetto strategico nazionale denominato "Sanità Connessa";
- continuo innalzamento del livello di sicurezza informativa;
- completamento del progetto strategico di migrazione al cloud, ovvero per quei servizi ospitati dall'Ente, con finanziamento stanziato nell'ambito di PA Digitale 2026, con l'obiettivo di raggiungere i necessari livelli di servizio per la continuità operativa e il disaster recovery;
- completamento del passaggio alla versione CDA2 dei referti di Anatomia Patologica.

### ***Migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini***

#### ***Accessibilità***

ASL TO4 tiene costantemente monitorati i tempi di attesa, operando per il contenimento degli stessi. L'Azienda si impegna, dunque, a porre in essere le necessarie azioni per il governo dei tempi di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, nel rispetto dei codici di priorità definiti, rimodulando l'offerta tenuto conto delle risorse disponibili.

Gli obiettivi di accessibilità e più in generale di miglioramento della qualità dei servizi resi dovranno altresì garantire la piena accessibilità fisica e digitale da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità rafforzando le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, sviluppando la telemedicina con soluzioni anche a sostegno dell'attività domiciliare e superando la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.

Il miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio è perseguito attraverso l'attivazione di Centrali Operative Territoriali e una più efficace integrazione con tutti i servizi.

#### ***Programmazione 2025***

La programmazione aziendale per l'anno 2025 muove dagli indirizzi regionali di cui alla nota prot. nr. 0125283 del 25/11/2024 ad oggetto "Bilanci preventivi 2025: Indirizzi per la redazione".

La premessa metodologica alla base delle decisioni assunte nella predisposizione del bilancio preventivo 2025 muove da profondo cambiamento del contesto in cui l'azienda opera sin dal termine dell'attività emergenziale.

Un primo aspetto è rappresentato dall'acuirsi degli squilibri demografici, con una popolazione over 65 che da sola rappresenta oltre la metà degli assistiti totali.

L'analisi della produzione evidenzia come il recupero dell'attività chirurgica in elezione possa considerarsi concluso, nonostante la difficoltà legate al personale che per talune specialità risulta spesso di difficile reclutamento.

Più difficoltosa risulta la ripresa dell'efficienza per le specialità mediche dove si assiste ad una tendenza al dilatarsi delle degenze medie legate a difficoltà alla dimissione sul territorio dei pazienti più fragili (ricoveri sociali). Si rilevano di conseguenza tassi di occupazione dei posti letto intorno al 75-80% (fenomeno che si evidenzia anche sulle specialità di cardiologia e ortopedia, per la carenza di strutture di riabilitazione di II livello disponibili ad accogliere il paziente nel rispetto delle dimissioni programmate).

L'attività territoriale (prestazioni ambulatoriali) ha visto nel corso dell'anno 2024 un recupero pari al circa il 90% delle prestazioni erogate nel corso dell'anno 2019 (il dato esclude le prestazioni di branca 98) con un incremento dei volumi di prestazioni pro-capite concentrato sulle prestazioni di diagnostica radiologica complessa (RM muscoloscheletriche e TC cranio).

Ciò premesso, la sfida che ci si trova ad affrontare deve andare nel verso del superamento della logica prestazionale verso un'analisi dei consumi e della presa in carico (anche attraverso il ricorso al privato accreditato) che veicoli l'appropriatezza prescrittiva (in quest'ottica la prescrizione deve essere coerente con la capacità erogativa, da cui discende una convergenza dei bisogni per patologie omogenee supportata dalla stesura/aggiornamento di specifici protocolli/PSDTA). A tendere la gestione della cronicità dovrebbe portare alla coincidenza del momento della prescrizione con quello della prenotazione, sollevando l'assistito dall'onere della ricerca dello slot disponibile coerente con le tempistiche di soddisfacimento del bisogno.

E' quindi possibile affermare che la gestione della domanda migliora la capacità di analisi dei bisogni, favorendo la definizione del basket di prestazioni dell'offerta erogabile. Una domanda non governata finisce infatti per generare consumi in maniera randomica.

L'introduzione del DM 77/2022, promuovendo l'ampliamento dell'assistenza domiciliare integrata, cui destinare specifiche risorse, di fatto determinerà in corso d'anno una diminuzione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale. In tal senso l'obiettivo di medio termine da proseguire nel corso dall'anno 2025 sarà la definizione di standard LEA da applicarsi alla medicina di prossimità (territoriale, domiciliare e delle cure palliative). Si parla in tal senso di standard di processo e non di esito, volti a favorire l'integrazione e il coordinamento tra i servizi.

L'estrema frammentazione del territorio e la presenza di 5 presidi ospedalieri, inoltre, generano elevati costi fissi la cui incomprimibilità è ovvia conseguenza della necessità di mantenere attivi punti di erogazione che possano garantire la tutela della popolazione residente.

In tal senso a partire dal mese di gennaio 2025 sono nuovamente operative le sale operatorie del presidio di Lanzo, dedicate alla chirurgia ambulatoriale (CAC), ivi compresi gli interventi di cataratta, e alla terapia antalgica in radiofrequenza.

Dal punto di vista gestionale si tratta di palesi diseconomie, che se da un lato generano valore pubblico dall'altro rendono un valore della produzione assolutamente insufficiente alla copertura dei costi, in considerazione della bassa complessità dell'attività erogata e dell'elevata incidenza del costo del personale impiegato.

La programmazione strategica che ASL TO4 si appresta a predisporre, si basa quindi sull'analisi delle priorità assistenziali attraverso processi di data lean.

## **Azioni di efficientamento**

### ***Azione 1 - Miglioramento produttivo dell'attività di ricovero del Presidio Ospedaliero***

Proseguimento delle attività correlate alla "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura". Il progetto si prefigge di addivenire alla stesura di una check list per effettuare una mappatura dell'organizzazione dei blocchi operatori degli Ospedali della Regione. Obiettivi del Progetto sono l'efficientamento del percorso chirurgico attraverso la revisione dei processi organizzativi nell'ottica di una riduzione degli sprechi e aumento della qualità in termini di esiti.

Al fine di una valutazione uniforme del percorso verrà completata la rilevazione dei tempi di utilizzo delle sale dal momento della chiamata paziente fino al completamento del risveglio e saranno verranno costruiti degli indicatori per monitorare l'evoluzione del progetto, coinvolgendo nel proseguimento delle attività di assessment la figura dell'ingegnere gestionale (già presente in azienda).

In conformità con il progetto regionale verrà attenzionata la degenza media relativamente ad alcune specifiche specialità nell'ottica di eliminare le inefficienze (difficoltà di dimissione sul territorio, ritardi nel completamento della diagnosi, criticità all'accesso alla diagnostica radiologica maggiore, ritardi nel passaggio da terapia empirica a terapia mirata, ecc.) che determinano gli scostamenti rispetto alla media osservata.

### ***Azione 2 – Appropriatelyzza clinica e prescrittiva (applicazione progetti slow medicine)***

#### ***Appropriatelyzza prescrittiva visite ed esami strumentali***

Nell'ottica della riduzione delle liste d'attesa, attraverso l'analisi della domanda, verranno poste in essere azioni legate all'appropriatelyzza prescrittiva da parte dei MMG e degli specialisti ambulatoriali, muovendo dal monitoraggio della corretta applicazione dei RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) e dei PSDTA (Percorsi Sanitari Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali). Sulla base delle segnalazioni ricevute da parte degli specialisti ospedalieri verranno programmati e organizzati momenti di confronto e formazione con i MMG e gli specialisti ambulatoriali, con illustrazione di "indicazioni di appropriatelyzza prescrittiva" utili a orientare l'attività prescrittiva dei medici verso un utilizzo appropriato delle stesse.

#### ***Appropriatelyzza prescrittiva esami di laboratorio***

Verrà avviato un percorso di appropriatelyzza prescrittiva sia in Pronto Soccorso sia all'interno dell'episodio di ricovero per l'esecuzione di audit focalizzati sulle prestazioni a più alto rischio di inappropriatezza, finalizzato ad un miglioramento delle richieste di esami di laboratorio e consulenze effettuate in PS.

#### ***Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica***

Al fine di migliorare l'appropriatelyzza delle prescrizioni farmaceutiche e dei consigli terapeutici rilasciati agli utenti in fase di dimissione e nei referti di consulenza ambulatoriale, verranno attivati percorsi informativi/formativi di appropriatelyzza prescrittiva.

Inoltre, nell'ottica di monitorare la prescrizione e la distribuzione dei farmaci ad alto costo, nonché quelli innovativi, è prevista la revisione delle specifiche linee guida aziendali per garantirne il corretto ed appropriato utilizzo nonché il proseguimento dei confronti tra specialista ospedaliero e Farmacia per l'analisi dei consumi indotti.

### ***Azione 3 – Farmaceutica territoriale***

Nel corso del 2024 sono proseguite le manovre di contenimento della spesa farmaceutica quali:

- ✓ monitoraggio mensile della spesa farmaceutica convenzionata e DPC, attraverso reportistica inviata ai Distretti e per loro tramite ai MMG/PLS e successiva presentazione dei dati e discussione delle criticità nelle riunioni UCAD;
- ✓ segnalazione nelle apposite Commissioni distrettuali per l'appropriatelyzza prescrittiva dei casi di inappropriatezza e di iperprescrizione;
- ✓ segnalazione di pazienti cosiddetti iperconsumatori/iperspendenti;
- ✓ corsi ECM per MMG/PLS in tema di appropriatelyzza prescrittiva;
- ✓ trasmissioni di note informative/report su alcune classi di farmaci che impattano maggiormente sulla spesa sulle seguenti tipologie di farmaci: antidiabetici, antibiotici, biosimilari, ossigeno;
- ✓ sensibilizzazione dei MMG alla prescrizione di medicinali cost-saving (parte integrante degli obiettivi farmaceutici dei MMG) mediante reportistica personalizzata. Tale azione è volta a favorire la prescrizione, a parità di principio attivo e dosaggio, del confezionamento cost-saving e con maggiori unità posologiche.

### ***Azione 4 - Farmaceutica ospedaliera***

Nel corso del 2024, tramite il coordinamento di Azienda Zero, l'azienda ha collaborato ai tavoli di lavoro regionali in tema di appropriatelyzza prescrittiva di immunoglobuline, immunomodulatori/ipolipemizzanti nell'ottica del contenimento della spesa sia a livello aziendale, sia regionale.

Considerata la continua introduzione di nuove molecole di ultima generazione, verranno proseguite le azioni specifiche dedicate alla prescrizione ospedaliera, con indicazione delle modalità di ricorso alla diagnostica di laboratorio di utilizzare a supporto.

Inoltre proseguirà l'attività di sensibilizzazione dei prescrittori indirizzata allo shift verso i biosimilari, dal momento dell'immissione in commercio.

Proseguirà inoltre l'attività di stewardship antibiotica avviata nel corso del 2024, finalizzata all'eliminazione del consumo improprio attraverso il rapido passaggio da terapia empirica a terapia mirata, anche nell'ottica del contrasto all'antibiotico resistenza.

#### ***Azione 5 – DM 77/2022 - Integrazione Ospedale-Territorio***

Per assicurare l'efficace integrazione tra attività ospedaliera e territoriale, verranno attivati specifici percorsi finalizzati a garantire la presa in carico del paziente e il trattamento al di fuori dell'evento acuto, nell'ottica di perseguire una riduzione delle ri-ospedalizzazioni a seguito di dimissioni a domicilio.

L'investimento M6-C1 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» prevede di incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, fino a raggiungere il 10% degli over 65 entro il 2026.

Il DM 77/2022 definisce il modello per implementare i servizi di telemedicina nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Oltre a enfatizzare in prospettiva futura la necessità di integrare i tradizionali elementi costitutivi dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) con l'indicazione delle prestazioni erogabili in telemedicina, il documento sottolinea la necessità di accompagnare la diffusione di tali prestazioni con un'organizzazione tecnica locale volta a supportare gli erogatori e risolvere eventuali problematiche. In tal senso verrà introdotto l'utilizzo di strumenti informatici GDPR complianti che favoriscano il confronto tra infermiere, MMG e specialista di riferimento.

Tale processo sarà favorito dall'avvio dell'attività di COT e Case della Comunità alla cui organizzazione si sta lavorando da tempo anche attraverso l'analisi del contesto epidemiologica dell'area di riferimento e dei conseguenti bisogni di salute.

#### ***Azione 6 – Telemedicina***

Il DM 77/2022 prevede l'adozione di piattaforme regionali per lo sviluppo dell'attività di telemedicina. L'offerta di prestazioni sanitarie da remoto nasce prima della pandemia favorita dalle condizioni propizie presenti. Come in molti altri contesti, ha visto un'accelerazione in corrispondenza delle fasi più critiche della diffusione del Covid-19 e vive oggi una fase di assestamento e consolidamento. Quello della telemedicina è considerato al momento il progetto più maturo, perché già ampiamente diffuso.

L'Azienda si sta concentrando nel realizzare la massima integrazione di questo strumento all'interno degli altri applicativi aziendali esistenti, affinché la telemedicina non sia solo una semplice prestazione, ma possa inserirsi senza criticità all'interno del percorso più ampio dei pazienti, coordinato centralmente a livello aziendale.

In quest'ottica verrà esteso ad altre specialità l'utilizzo del modulo di ECV Med, sperimentato nel corso dell'anno 2024 dalla Cardiologia di Chivasso, attraverso la quale il MMG entra in contatto con lo specialista ospedaliero per la condivisione di pareri e/o referti, consentendo in tal modo l'immediata presa in carico degli episodi acuti.

#### ***Azione 7 – Riduzione Liste Attesa Prestazioni Ambulatoriali***

L'attività di recupero delle prestazioni sospese ha raggiunto nel corso dell'anno 2023 il 90% delle prestazioni erogate nel corso dell'anno 2019. Il dato tuttavia non risulta completamente sovrapponibile in quanto nel corso del quadriennio trascorso sono intervenute sia revisioni del catalogo delle prestazioni erogabili (che in alcuni casi hanno accorpato in un unico codice prestazioni in precedenza erogabili singolarmente) sia innovazioni nell'attività diagnostica che hanno introdotto nuove metodiche spesso basate su analisi ematiche complesse (da cui l'incremento delle prestazioni erogate di branca 98).

Tutto ciò premesso, nell'ottica del contenimento dei tempi di attesa si procederà all'analisi della domanda e del consumo di prestazioni pro-capite per identificare le aree di maggior inappropriata prescrizione.

Gli slot disponibili verranno gestiti in modo dinamico, non solo attraverso i meccanismi già previsti dallo strumento del CUP Unico Regionale ma anche azioni interne di rimodulazione.

#### ***Azione 8 – Semplificazione dei percorsi di accesso alle cure del cittadino nei casi di urgenza minore***

Circa il 74% degli accessi in PS per urgenze minori (urgenza differibile) avviene in maniera spontanea da parte del cittadino, principalmente a causa della difficoltà a districarsi all'interno della complessità del sistema. Vista la carenza del personale urgentista e considerate le inefficienze organizzative che tali afflussi generano all'interno dei PS, con l'avvio delle COT, attraverso l'introduzione di strumenti di telemedicina e teleconsulto, verranno attivati percorsi che favoriscano il corretto approccio del cittadino al sistema, attraverso la veicolazione del MMG e/o della guardia medica.

La sfida è quella di ridurre drasticamente il numero di accessi per codici bianchi, favorendo la rapida presa in carico delle urgenze di media intensità (codici gialli).

#### ***Azione 9 – Efficientamento spesa dispositivi medici***

Nel corso dell'anno 2024 nell'ottica delle analisi legate all'efficientamento della spesa per dispositivi medici è stata istituita la commissione aziendale HTA cui devono essere trasmesse tutte le richieste di introduzione di nuovi device. La commissione ha il compito di valutare l'impatto non solo economico ma anche clinico del dispositivo, l'eventuale esclusività e se trattasi di affiancamento o sostituzione di device precedentemente aggiudicati. In particolare, attraverso il coinvolgimento dei direttori delle strutture e l'assegnazione di specifici obiettivi a cascata sul personale coinvolto, saranno analizzate le correlazioni tra i consumi di device ad alto costo e i relativi DRG, con focus sulle procedure utilizzate e la conseguente remunerazione del DRG. Le aree attenzionate riguarderanno nello specifico le SS.CC. altospendenti (CND C – J - P).

Nel corso dell'anno 2025 verrà inoltre completata, attraverso la collaborazione tra Farmacia Ospedaliera e infermiere vulnologhe, la stesura del prontuario aziendale delle medicazioni speciali (CND M).

L'azienda persegue inoltre l'obiettivo della riduzione degli acquisti in economia e degli affidamenti diretti one shot, ponendo in essere tutte le azioni necessarie volte ad anteporre l'aggregazione della domanda sia attraverso l'adesione a convenzioni CONSIP o SCR, sia mediante acquisti da gare sovrazionali.

#### ***Azione 10 – Efficientamento spesa per assistenza territoriale***

Nella consapevolezza dell'impossibilità di contenere la spesa per l'anno 2025 entro il limite della spesa 2019 sia per la variazione prezzi dovuta all'andamento dell'inflazione nel periodo considerato, sia per la maggior numerosità degli assistiti in carico, proseguiranno le azioni di rimodulazione dell'offerta nell'ottica di assicurare il target di assistenza domiciliare degli assistiti over 65 previsti dal Decreto Interministeriale 23 gennaio 2022 – *Assistenza Domiciliare Integrata – M6 C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura ADI"*.

#### ***Azione 11 – Accessibilità Pronto Soccorso***

Negli ultimi anni si è determinato un aggravamento del fenomeno del sovraffollamento dei PS per molteplici concause esogene (invecchiamento della popolazione, inappropriatezza accessi, carenza di riferimenti territoriali, ...) ed endogene (carenza disponibilità PL, ritardi nella diagnostica di supporto, boarding, ...).

Le linee di indirizzo regionali hanno dato impulso alla realizzazione di alcuni interventi di miglioramento dell'accoglienza dei pazienti in PS che proseguiranno anche nell'anno 2025, quali:

- gestione dei flussi dei pazienti mediante l'attività di bed management;
- rilevazione puntuale degli indicatori maggiormente significativi (numero pazienti in attesa, tempo attesa visita, tempo attesa ricovero, ...);
- presa in carico del paziente anziano fragile, con particolare riguardo alle fasi di maxi-afflusso (ondate calore, epidemia influenzale);
- revisione dell'attività delle Assistenti Sociali e del Servizio di Dimissioni Protette, in modo da intercettare tempestivamente situazioni sociali o socio-sanitarie problematiche, riducendo i ricoveri sociali;
- revisione dei contenuti del Piano di Sovraffollamento;
- briefing periodici e standardizzati.

### **Azione 12 – Cartella clinica informatizzata e prescrizione al letto del paziente**

Nell'ambito del progetto PNRR di digitalizzazione delle strutture ospedaliere verrà realizzato il passaggio alla Cartella Clinica Digitale, presupposto per la gestione integrata del ricovero con convergenza delle attività cliniche e riabilitative in un unico insieme organizzativo e informativo.

Attraverso la gestione integrata è possibile la gestione interdisciplinare del paziente supportata da una visione d'insieme del dato trasversale per le figure del team.

Diario, parametri vitali, scale di valutazione sono presentati in un unico contesto con modalità omogenea di valutazione, inserimento delle informazioni e sintesi, indipendentemente dalla figura professionale che ha inserito il dato; inoltre la gestione digitale permette di filtrare le informazioni in funzione della specifica finalità di cura.

Parallelamente verrà avviata la prescrizione farmacologia al letto del paziente, non solo nell'ottica di azzerare il rischio di errore nella terapia ma anche in quella della razionalizzazione della spesa attraverso l'interazione con il prontuario aziendale e le giacenze di reparto.

## **2.2 PERFORMANCE**

L'ASL TO4 adotta un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance al fine di garantire l'efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il Piano della Performance è predisposto nell'ottica di miglioramento dei servizi offerti avendo cura di tutti gli elementi di cui si compone il Valore Pubblico, tra cui l'*accountability*, la buona organizzazione, il rispetto della legalità, l'efficienza, l'economicità, la visione del futuro, la programmazione, il controllo e il coinvolgimento degli utenti.

Il Piano della Performance come previsto dalla normativa nazionale (D.Lgs. n.150/2009 e D.Lgs. n.74/2017 e s.m.i.) e regionale (DGR n. 23-1332 del 29/12/2010 e DGR n. 25-6944 del 23/12/2013) è il documento programmatico triennale che individua e rende pubblici gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi e i relativi indicatori per la misurazione della performance dell'organizzazione. Tale Piano è stato riassorbito nel P.I.A.O.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo della performance (art. 4, D.Lgs. n.150/2009) e deve richiamare gli obiettivi assegnati alle Strutture Aziendali, obiettivi che, come previsto dall'art. 5, comma 2, del menzionato decreto, siano:

- 1) rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- 2) specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- 3) tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi;
- 4) riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- 5) commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- 6) confrontabili con le tendenze della produttività dell'Amministrazione con riferimento al periodo precedente;
- 7) correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.

Secondo quanto previsto dal Decreto, gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi e per ognuno di essi sono individuati indicatori e standard specifici, al fine di consentirne la misurazione e la valutazione della performance organizzativa.

Gli indicatori vengono definiti, tenendo conto degli ambiti individuati dall'articolo 8 del D.Lgs. n.150/2009, sulla base del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, di cui all'articolo 7 del predetto decreto.

### **2.2.1 Albero della Performance**

L'albero della performance rappresenta il passaggio dall'individuazione di informazioni ritenute necessarie alla strategia dell'Azienda, alla traduzione delle stesse in azioni legate a specifici obiettivi da assegnare ai vari livelli dell'organizzazione aziendale.

L'albero della performance nell'ASL TO4 si sviluppa con quattro prospettive contestualizzate all'ambito aziendale sanitario:

- la prospettiva finanziaria: in generale, per l'Azienda Sanitaria pubblica no profit la prospettiva finanziaria si configura soprattutto come un vincolo anziché un obiettivo, in quanto deve razionalizzare il livello di spesa nell'ambito delle risorse predefiniti, ma comunque garantire i livelli assistenziali;
- la prospettiva dei clienti: tale prospettiva permette all'organizzazione di individuare le strategie per adeguare l'erogazione del servizio alle necessità del cliente e misurare la sua soddisfazione rispetto al servizio erogato;
- la prospettiva dei processi interni: questa prospettiva orienta l'organizzazione verso la messa in atto di processi coerenti con la propria missione, finalizzati alle richieste dei clienti e fondati sul pieno utilizzo delle risorse disponibili;
- la prospettiva di apprendimento e crescita: la competenza del personale e altresì un fattore critico di successo, specialmente per le Aziende Sanitarie che si contraddistinguono per erogare servizi ad alto contenuto professionale.

Si fornisce così una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'Azienda. Ne consegue un piano di azioni mirate ad esplicitare e assegnare gli obiettivi ai vari livelli aziendali. Nell'individuazione degli obiettivi secondo le quattro prospettive sopra indicate si deve tener conto, altresì, degli obiettivi fissati a livello regionale e della loro attribuzione alle singole strutture aziendali.

### **2.2.2 Ciclo della Performance**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SiMiVaP) è un insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione della performance, ossia, del ciclo della performance. Come previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, le amministrazioni pubbliche sono tenute ad adottare e aggiornare annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione, il SiMiVaP. L'ASL TO4 ha adottato il proprio SiMiVaP con deliberazione n. 164 del 24/02/2022.

Inoltre, secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, e dall'art. 10, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. In Azienda, il sistema di budgeting riguarda obiettivi sia di tipo economico/finanziario, sia di tipo quali-quantitativo definiti di anno in anno dalla Direzione Strategica.

Gli obiettivi di performance sono declinati tenendo conto, ovviamente, delle peculiarità aziendali, e tendono ad un costante miglioramento della qualità dei servizi e sono assegnati alle varie articolazioni dell'Azienda. La predisposizione degli obiettivi avviene nello specifico attraverso:

- recepimento degli obiettivi regionali, compresi quelli pluriennali (eventuali nuovi obiettivi o target che vengano assegnati nel corso dell'anno, sono recepiti in corso d'esercizio);
- individuazione da parte della Direzione Generale di macro-obiettivi in base alle criticità rilevate negli esercizi precedenti e alla futura programmazione aziendale;
- predisposizione per ogni Struttura delle schede obiettivi complete di descrizione, indicatore, target e peso percentuale per ciascun obiettivo;

Il sistema degli obiettivi si concretizza nelle seguenti fasi:



**Assegnazione degli obiettivi:** la Direzione Generale assegna, tramite i Direttori di Dipartimento, delle Direzioni Mediche Ospedaliere e dei Distretti, gli obiettivi annuali alle Strutture aziendali

**Negoziare gli obiettivi:** i Direttori di Dipartimento/Strutture inviano alla Direzione Generale le eventuali osservazioni/proposte/criticità sugli obiettivi assegnati



**Condivisione:** il Direttore di Struttura condivide, nell'ambito di un incontro verbalizzato, gli obiettivi con il Personale della propria Struttura, definendo i criteri di valutazione del grado di partecipazione al raggiungimento degli stessi



**Monitoraggio:** l'andamento degli obiettivi viene monitorato e confrontato con i valori attesi al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi



**Valutazione dei risultati:** a fine anno l'Organismo Indipendente di Valutazione valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati

## Programma attuativo

<b>Fase</b>	<b>Soggetti coinvolti</b>	<b>Atti di riferimento</b>
Definizione e assegnazione alle Strutture degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori	– Direzione Strategica Aziendale – S.C. Programmazione Strategia e Sviluppo Risorse – Direttori Dipartimento – Direttori/Responsabili delle Strutture	– PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione) – Schede di assegnazione degli obiettivi alle Strutture – Verbale della riunione nella quale i Responsabili delle Strutture illustrano gli obiettivi ai relativi operatori
Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	– Settore Controllo di Gestione – S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Documento di assegnazione delle risorse (comunicazione, scheda di budget, etc.)
Misurazione e valutazione annuale della performance della Struttura	– Direzione Strategica Aziendale – O.I.V.	– Pre-valutazione della Direzione Strategica Aziendale – Verbali dell'O.I.V. – Delibera di recepimento valutazioni O.I.V.
Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	– Diretto Responsabile del valutato (in prima istanza) – O.I.V. (in seconda istanza)	– Scheda di valutazione individuale per i Dirigenti e per il personale del Comparto, allegata al Si.Mi.Va.P. – Verbali dell'O.I.V.
Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	– Settore Sviluppo Risorse – Amministrazione del Personale	Accordi aziendali in materia di premialità del Personale del Comparto, della Dirigenza dell'Area Sanità e della Dirigenza dell'Area delle Funzioni Locali – sezione Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali illustrati nel Si.Mi.Va.P.
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 ed ai destinatari dei servizi	– S.C. Programmazione Strategia e Sviluppo Risorse – Responsabile della Prevenzione, Trasparenza e Corruzione (RPTC)	– R.A.P. (Relazione Annuale Performance) – Dati di cui all'art. 20, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., in materia di premi collegati alla performance del personale Dirigente e del Comparto, pubblicati sul sito web aziendale

### Azioni specifiche Aziendali

Alle Strutture Aziendali sono assegnati obiettivi classificati secondo le seguenti prospettive, indicate con le sigle a fianco riportate:

<b>Sigla</b>	<b>Prospettiva</b>
CU	Consumatore/Utente
PA	Processi Aziendali
IV	Innovazione e Valorizzazione Risorse Umane e Tecnologie
EF	Economico-Finanziaria

### 2.2.3 Criteri generali per l'individuazione e valutazione degli obiettivi per l'anno 2025

L'Azienda propone, anche per il 2025, la ricerca di obiettivi proiettati al raggiungimento della massima qualità di assistenza sia ospedaliera che territoriale.

Proseguono, infatti, tutte le azioni atte a migliorare l'integrazione ospedale/territorio, anche attraverso l'individuazione di specifici percorsi di assistenza ospedaliera e successiva presa in carico del paziente a livello territoriale, nell'ottica di avere sempre meno ri-ospedalizzazioni. Si cercherà di ampliare l'utilizzo della telemedicina e di incrementare il numero di pazienti over 65 presi incarico a domicilio. Anche l'attivazione di COT e Case della Comunità sarà elemento utile ed indispensabile per migliorare l'assistenza sul territorio e il minor ricorso ai Presidi Ospedalieri.

Sono stati previsti anche per quest'anno obiettivi collegati alla riduzione degli sprechi con attenzione all'appropriatezza prescrittiva di esami e visite specialistiche, anche attraverso un maggior coinvolgimento dei MMG/PLS e Specialisti ambulatoriali.

Si procede con il miglioramento delle azioni poste in atto al fine di un maggior controllo anche sulla spesa farmaceutica (sia essa convenzionata che ospedaliera) e dispositivi medici.

Restano sempre validi obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali e delle liste d'attesa collegate agli interventi chirurgici.

Gli obiettivi sono assegnati alle Strutture Complesse, alle Strutture Semplici Dipartimentali, alle Strutture Semplici e agli Uffici in staff al Direttore Generale e al Direttore Sanitario.

In corso d'anno sono organizzati incontri di monitoraggio relativamente all'andamento degli obiettivi assegnati, finalizzati all'analisi dei risultati e delle criticità riscontrate. Lo stato di avanzamento lavori riscontrato in tali incontri, oltre che utile ad un eventuale rimodulazione degli obiettivi, viene condiviso con l'OIV ed è utile al fine del riconoscimento del rateo mensile liquidato ai dipendenti.

La S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse (settori Controllo di Gestione e Sviluppo Risorse), coadiuvate dalle Strutture aziendali che hanno il compito di monitorare i vari obiettivi, predisporranno a fine esercizio una pre-valutazione tecnica per i vari ambiti di competenza. Tale pre-valutazione, con le eventuali modifiche/integrazioni che la Direzione Generale riterrà opportune, sarà trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione per la valutazione finale degli obiettivi.

Il processo di valutazione si concluderà con la valutazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione e la trasmissione dell'esito di quest'ultima alla Direzione Generale.

Per il Personale della Dirigenza, le Risorse Aggiuntive (RA) che, peraltro, prevedono il debito orario aggiuntivo, sono collegate a tutti gli obiettivi assegnati e verranno corrisposte nella percentuale complessivamente raggiunta dagli stessi.

Per il Personale del Comparto, oltre ad eventuali obiettivi specifici relativi alle attività svolte da tale Personale sia a livello sanitario, tecnico o amministrativo, viene previsto un obiettivo di collaborazione con la Dirigenza, al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Struttura.

L'articolazione di massima degli obiettivi per l'anno 2025 è la seguente:

Dimensione performance	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo
Economico Finanziario	Contributo al raggiungimento dell'equilibrio economico – finanziario dell'Azienda	Rispetto dei budget assegnati dalla S.C. Gestione Economico-Finanziaria, sulla base del bilancio previsionale, alle Strutture ordinatori di spesa
	Contenimento dei costi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficientamento della spesa per dispositivi, anche attraverso coinvolgimento dei direttori delle strutture e, a cascata, del personale operante presso le stesse, con analisi delle correlazioni tra i consumi di device ad alto costo e i relativi DRG, anche attraverso la verifica delle procedure adottate e le conseguenti remunerazioni del DRG</li> <li>- Proseguimento con l'obiettivo di riduzione degli acquisti in economia e degli affidamenti diretti one shot attraverso azioni volte ad anteporre l'aggregazione della domanda attraverso adesioni a convenzioni CONSIP o SCR, o acquisti da gare sovrasonali</li> </ul>

Dimensione performance	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo
Economico Finanziario	Costi per assistenza territoriale	Proseguimento delle azioni di rimodulazione dell'offerta nell'ottica di assicurare il target di assistenza domiciliare degli assistiti over 65 previsti dal Decreto Interministeriale 23 gennaio 2022 – <i>Assistenza Domiciliare Integrata – M6 C1 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura ADI”</i> .
	Costi Farmaceutica	<p>Contenimento della spesa per farmaci a livello aziendali attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoraggi mensili della spesa farmaceutica convenzionata e DPC, con evidenza delle inapproprietezze prescrittive e/o di iperprescrizione nelle apposite commissioni distrettuali, di inapproprietezza prescrittiva e di iperprescrizione</li> <li>- monitoraggio continuo sull'utilizzo di immunoglobuline, immunomodulatori / ipolipemizzanti, farmaci biosimilari</li> <li>- continuare con attività finalizzata all'eliminazione del consumo improprio attraverso il rapido passaggio da terapia empirica a terapia mirata</li> </ul>
Innovazione e Valorizzazione Risorse Umane e Tecnologie Procedure Aziendali	Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedere con la realizzazione e la massima integrazione dello strumento della televisita all'interno degli altri applicativi aziendali esistenti, affinché, tale strumento, non sia solo una semplice prestazione ma possa inserirsi senza criticità all'interno del percorso più ampio dei pazienti, coordinato centralmente a livello aziendale.</li> <li>- Estensione ad altre specialità dell'utilizzo del modulo di ECV Med, sperimentato nel corso dell'anno 2024 dalla Cardiologia di Chivasso, attraverso la quale il Medico di Medicina Generale entra in contatto con lo Specialista Ospedaliero per la condivisione di pareri e/o referti, consentendo in tal modo l'immediata presa in carico degli episodi acuti.</li> </ul>
	Attuazione programmi Nazionali / Regionali / Aziendali	<p>Nell'ambito di quanto previsto nel PNRR relativamente alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- realizzazione del passaggio alla Cartella Clinica Digitale (presupposto per la gestione integrata del ricovero con convergenza delle attività cliniche e riabilitative in un unico insieme organizzativo e informativo.) Attraverso la gestione integrata è possibile la gestione interdisciplinare del paziente supportata da una visione d'insieme del dato trasversale per le figure del team.</li> <li>- avviamento della prescrizione farmacologia al letto del paziente, nell'ottica di azzerare il rischio di errore nella terapia e di razionalizzazione della spesa attraverso l'interazione con il prontuario aziendale e le giacenze di reparto.</li> </ul>
		<p>Piano delle attività di Prevenzione Elaborazione del piano locale di Prevenzione, PRISA e PAISA, sulla base delle richieste della Regione Piemonte, e messa in atto delle azioni previste dallo stesso</p>

Dimensione performance	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo
Consumatore/Utente Processi Aziendali	Appropriatezza dei setting assistenziali	Proseguimento delle attività tra ospedale e territorio, al fine di un miglioramento della degenza media relativamente a specifiche specialità (medicines/geriatria)
	Appropriatezza clinica e prescrittiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuare con percorsi e audit focalizzati al miglioramento del ricorso ad esami diagnostica/laboratorio e consulenze da parte delle Strutture ospedaliere</li> <li>- Analisi della domanda di esami/visite da parte dei MMG e Specialisti Ambulatoriali con verifica della corretta applicazione dei RAO (Raggruppamenti Attesa Omogenei) e dei PSDTA (Percorsi Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali)</li> <li>- Attivazione di percorsi formativi/di informazione, volti ad una migliore appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche anche nell'ottica di monitorare la prescrizione e la distribuzione dei farmaci ad alto costo, nonché quelli innovativi</li> </ul>
Consumatore/Utente Processi Aziendali	Governance del percorso chirurgico	Proseguimento della riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura. Verifica dei tempi di utilizzo delle sale operatorie (dalla chiamata del paziente fino al suo completo risveglio) con costruzione di indicatori per monitoraggio della riorganizzazione, anche con l'ausilio della figura dell'ingegnere gestionale
	Recupero prestazioni	Proseguire nell'attività di recupero e contenimento dei tempi di attesa relativi a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- prestazioni di specialistica ambulatoriale</li> <li>- liste d'attesa per interventi chirurgici</li> <li>- permanenza dei pazienti in DEA/PS con miglioramento della gestione e misurazione del boarding (obiettivo favorito anche da un maggior ricorso agli strumenti di telemedicina e teleconsulto)</li> </ul>
	Piano Esiti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Area Cardiologica</li> <li>- Area Parto</li> <li>- Area osteomuscolare</li> </ul>
	Screening oncologici	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Screening cervico-vaginale età 25-64 anni</li> <li>- Screening colon-rettale età 58 anni</li> <li>- Screening mammografico età 50-69 anni</li> <li>- Attuazione di ulteriori screening oncologici legati a specifiche disposizioni regionali</li> </ul>
	Donazioni d'organo	Attuazione di quanto previsto dalla Regione in ordine di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- segnalazioni morti encefaliche</li> <li>- opposizioni</li> <li>- donazioni di cornea</li> </ul>

#### 2.2.4 Performance individuale

Per quanto riguarda la **valutazione individuale** gli elementi di riferimento sono:

- contributo del singolo dipendente alla realizzazione degli obiettivi assegnati alla Struttura di appartenenza, con osservanza delle direttive assegnate dal Direttore/Responsabile della Struttura stessa;
- valutazione delle competenze;
- adattamento alle esigenze di servizio;

La valutazione individuale riguarda tutti i dipendenti sia dell'area della Dirigenza che del Comparto, e si articola su due livelli:

- valutazione del dipendente da parte del diretto Responsabile;
- validazione della valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

Sono in fase di revisione i Regolamenti aziendali relativi alla valutazione del personale operante presso la TO4. Per il Personale del Comparto l'iter di revisione è stato concluso ed è stato adottato il nuovo regolamento. Per il personale della Dirigenza, la bozza dei nuovi Regolamenti è già stata trasmessa alle Organizzazioni Sindacali di riferimento.

Pertanto, attualmente le valutazioni del Personale operante presso l'A.S.L. TO4, avviene secondo quanto contenuto nei documenti di seguito elencati:

- Dirigenza Medica e Veterinaria - "Accordo sull'utilizzo del fondo posizione e del fondo risultato", sottoscritto in data 4/08/2017, dalla Direzione Generale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria (approvato con deliberazione n. 929 del 14/09/2017) e nel "Regolamento in materia di valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali" (approvato con deliberazione n. 2342, del 20/11/2009, nel testo concertato con le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medico-Veterinaria negli incontri del 2 Ottobre e 11 Novembre 2009);
- Dirigenza Sanitaria - Documento "Valutazione annuale in merito alla retribuzione di risultato" (approvato con deliberazione n. 396, del 29/06/2011, nel testo concertato con le Organizzazioni Sindacali della medesima area dirigenziale nell'incontro del 20/06/2011);
- Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa - "Accordo sull'utilizzo del fondo posizione e del fondo risultato" sottoscritto in data 5/03/2018 tra la Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa (approvato con deliberazione n. 516 del 23/04/2018);
- Comparto – procedura contenuta al Titolo V "Retribuzione di Risultato" del Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (C.C.I.A.), sottoscritto in data 20/03/2013 tra la Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali del Personale del Comparto e RSU ASL TO4, come modificato dall'"Accordo sui criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance", sottoscritto in data 18/07/2024, integrato dall'"Addendum all'Accordo del Comparto Sanità sui criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance siglato in data 18/07/2024", sottoscritto in data 16/09/2024.

## 2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

L'ASL TO4 riconosce un ruolo fondamentale alla programmazione delle misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza nella protezione del valore pubblico generato attraverso la realizzazione delle proprie strategie. A tal fine, in questa sezione dedicata al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, si illustrano gli obiettivi per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza programmati dall'Azienda e le misure per la gestione dei rischi corruttivi, adottate dall'ASL TO4, funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.

### 2.3.1 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2025 -2027

#### PREMESSA

Il presente documento costituisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), prende a riferimento il triennio a scorrimento 2025-2027, da intendersi ora come sezione per PIAO dell'Azienda Sanitaria Locale ASL TO4.

Tra le modifiche più importanti apportate al D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, vi è la piena integrazione del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. E' infatti previsto che all'interno di quest'ultimo vi sia un'apposita sezione relativa alla trasparenza, così come indicato anche nella delibera ANAC n. 831/2016 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016.

Il medesimo è stato predisposto in attuazione della L. 190 del 6 novembre 2012 (di seguito L. 190/2012) avente ad oggetto "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" e per quanto riguarda gli approfondimenti su specifici settori di attività o materie si è tenuto conto dell' "*Area di rischio Contratti Pubblici – aggiornamento PNA 2015 di cui alla determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015*"; "*Sanità - aggiornamento PNA 2015 di cui alla determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015*"; Sanità – PNA 2016 di cui alla delibera n. 831 del 3 agosto 2016, e della deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 ad oggetto: "*Piano Nazionale Anticorruzione 2019* " e della deliberazione n. 7 del 17/01/2023 ad oggetto: "*Piano Nazionale Anticorruzione anno 2022*" e "*Piano Nazionale Anticorruzione Aggiornamento 2023* " di cui alla deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 12 gennaio 2024.

L'ASL TO4 riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, nel perseguimento della mission aziendale e delle funzioni istituzionali; sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti basato sul rispetto del "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 e sul Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33: "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*" e a seguito dell'entrata in vigore del D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 "*Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»*".

La Legge n. 190/2012 non contiene una definizione della corruzione che, invece, viene esposta nella circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 25 gennaio 2013: "*il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontrano l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite*", la cosiddetta "maladministration" intesa come assunzione di decisioni derivanti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

## 1. Disposizioni normative

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*.
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33: *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*.
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”*.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 concernente: *“Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*. Il Codice stabilisce l’obbligo di *“assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico”*.
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 luglio 2013, con la quale sono stati individuati gli adempimenti, con l’indicazione dei relativi termini, per l’attuazione della legge 6 novembre 2012 n. 190.
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165 recante *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*.
- Decreto Legislativo del 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196) alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*.
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013 n. 1 avente ad oggetto *“Legge 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”*.
- Circolare Dipartimento Funzione Pubblica 19 luglio 2013 n. 2 avente ad oggetto *“D.Lgs. 33/2013 – Attuazione della Trasparenza”*.
- Delibera CIVIT n. 72/2013 dell’11 settembre 2013 relativa all’approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione.
- Decreto Legge n. 90 del 24 giugno 2014 *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”*, convertito con modificazioni nella Legge 114/2014, che ha disposto il trasferimento all’ANAC delle funzioni attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui alla Legge 190/2012 ed in materia di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013.
- Legge 7 agosto 2015 n. 124 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*.
- Decreto Legislativo n. 97 del 25 maggio 2016 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*.
- Legge n. 179 del 30 novembre 2017 *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”*.
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 *“Aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione”*.
- Delibera ANAC n. 831 del 3.08.2016 *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”*.

- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 *“Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 comma 2 del D.Lgs. 33/2013”*.
- Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 *“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”*.
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 *“Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”*.
- Deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 ad oggetto: *“Piano Nazionale Anticorruzione 2019”*.
- Deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 ad oggetto: *“Piano Nazionale Anticorruzione anno 2022”*.
- Deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 ad oggetto: *“Piano Nazionale Anticorruzione Aggiornamento 2023”*.
- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano.

## **2. Obiettivi e finalità del Piano di Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 8 legge 190/2012)**

La corruzione è un male che colpisce il sistema e pregiudica le opportunità di tutti, è un “ostacolo” da rimuovere, è un male da contrastare non solo con la repressione penale, ma soprattutto con un sistema di prevenzione.

Il presente Piano ha infatti lo scopo di individuare le misure atte a prevenire ogni possibile episodio corruttivo all’interno dell’Azienda, coinvolgendo i singoli Responsabili/Referenti aziendali nell’attività di prevenzione, ai quali spetterà il compito di monitorare i processi più delicati e a rischio di eventuali comportamenti illeciti, utilizzando gli strumenti in esso previsti, al fine di creare un contesto sfavorevole alla corruzione e promuovere così la cultura della legalità e dell’etica pubblica.

Il Piano costituisce, dunque, il primo atto di un processo caratterizzato da una continua implementazione e un progressivo perfezionamento, attraverso la collaborazione con i Responsabili delle strutture aziendali e tramite periodiche verifiche da parte dei soggetti aziendali coinvolti nel processo.

Il presente documento intende inoltre garantire il raccordo tra le finalità della L. 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 97/2016 sulla trasparenza. Infatti, la trasparenza viene individuata quale strumento principale per la prevenzione della corruzione, intesa come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo corretto delle risorse pubbliche e, pertanto, in un’ottica di reale integrazione del processo di prevenzione vengono unificati in un solo strumento il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità da intendersi ora come sezione del PIAO (DPR 81 del 24.06.2022 e il DM del 24.06.2022).

L’Azienda nel PTPCT 2023-2025 si era posta come obiettivo strategico la promozione di maggiori livelli di trasparenza, implementando le pubblicazioni nel sito "Amministrazione Trasparente" sottosezione *“Altri Contenuti - Dati Ulteriori”*, a tal riguardo nell’anno 2023 sono stati pubblicati i dati inerenti gli accessi alle camere mortuarie e tale pubblicazione verrà effettuata anche nei prossimi anni.

## **3. Elaborazione ed adozione del Piano**

Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha validità temporale di tre anni e viene aggiornato con cadenza annuale entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8, L.190/2012), con riferimento al triennio, a scorrimento.

Trattandosi di uno strumento di programmazione viene modificato in relazione ai risultati conseguiti, alle criticità riscontrate nell’anno precedente, alle normative che intervengono sulla materia, all’emersione di nuovi rischi e alle modifiche organizzative.

In fase di adozione è stato previsto un doppio passaggio con la condivisione di un primo schema PTPCT (proposto dal Responsabile Prevenzione e Corruzione e Trasparenza) con la Direzione Generale e con il referente per la predisposizione del PIAO e successivamente l’adozione del PIAO da parte e del Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico dell’Azienda.

Il PIAO e la relativa sottosezione del PIAO rubricata *“Rischi corruttivi e Trasparenza”* dopo l’adozione viene

pubblicato sul sito internet istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione.

#### **4. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione**

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda sono:

- a) Il Direttore Generale quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda
- b) Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)
- c) Tutti i Direttori / Responsabili aziendali per l'area di rispettiva competenza
- d) L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
- e) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)
- f) Tutti i dipendenti dell'Amministrazione
- g) I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione
- h) Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
- i) Il soggetto "Gestore" antiriciclaggio.

##### **4.1) Il Direttore Generale**

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

- Designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- Adotta il PTPCT e i suoi aggiornamenti;
- Adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

##### **4.2) Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza**

La nuova normativa è volta ad unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e di Responsabile della Trasparenza. L'ASL TO4 con deliberazione del Direttore Generale n. 644 del 16/05/2018 ha individuato dal 1° giugno 2018 la Dott.ssa Celestina Galetto Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai sensi dell'art. I, comma 7, della Legge n. 190/2012, novellato dal D.Lgs. 97/2016, nonché Responsabile della Trasparenza (con deliberazione n. 456 del 16.05.2022 è stato rinnovato l'incarico sino al 31 maggio 2024). E con delibera n. 458 del 31.05.2024 rinnovato sino al 31 maggio 2025.

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza sono attribuiti prioritariamente i seguenti compiti:

- elaborazione del Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, da intendersi ora come sezione del PIAO, da proporre al Direttore Generale;
- pubblicazione del Piano nella sezione dell'Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti - Prevenzione della Corruzione del sito internet della ASL TO4 ([www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)), che viene anche considerato quale assolvimento dell'obbligo di trasmissione del Piano all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- verifica dell'efficace attuazione del Piano e proposta di eventuali modifiche;
- aggiornamento annuale del Piano, tenuto conto delle normative sopravvenute e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- pubblicazione nel sopraccitato sito web istituzionale di una relazione con i risultati dell'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni e la tempistica fornite da ANAC;
- collaborazione con i Direttori/Responsabili delle Strutture a più elevato rischio di corruzione per l'individuazione del personale da inserire in percorsi di formazione sui temi della legalità e dell'etica e temi dell'anticorruzione (comma 9 dell'art. I dello L. 190/2012);
- verifica, d'intesa con i Direttori/Responsabili delle Strutture competenti, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione. La rotazione non si applica per le figure infungibili;
- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. 39/2013 per quanto applicabile;
- cura gli adempimenti correlati all'adozione del codice di comportamento aziendale;

- segnala all'organo di indirizzo politico e all'OIV le disposizioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- interagisce con il soggetto "Gestore" antiriciclaggio.

I compiti identificati di fatto si inseriscono nella più specifica attività di gestione del rischio di corruzione.

#### **4.3) Tutti i Direttori / Responsabili aziendali per l'area di rispettiva competenza**

Tutti i Responsabili/Referenti aziendali sono tenuti a fornire il necessario apporto al Responsabile Anticorruzione e Trasparenza.

Infatti nell'esplicazione delle attività il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dovrà essere affiancato anche dai Responsabili/Referenti aziendali ai quali sono affidati poteri di controllo e attribuiti obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione.

Tutti i Direttori/Responsabili aziendali hanno la responsabilità di effettuare la valutazione del rischio di corruzione dei processi gestiti, di definire, in accordo col Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, le azioni di miglioramento da intraprendere per la prevenzione della corruzione. Hanno inoltre la responsabilità in vigilando sui comportamenti degli addetti del Servizio di competenza e rispondono a quanto previsto dal D.Lgs. 165/2001. In particolare:

- curano l'applicazione di circolari, indirizzi, protocolli condivisi e ne monitorano il rispetto, segnalando eventuali criticità/anomalie;
- propongono misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione nonché le azioni di miglioramento delle stesse;
- controllano l'applicazione delle misure di prevenzione e contrasto così individuate;
- vigilano sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti assegnati alla propria struttura/ufficio;
- adottano le misure disciplinari idonee dirette a sanzionare i comportamenti dei propri collaboratori sulla base del Codice di Comportamento aziendale, secondo quanto previsto dai regolamenti aziendali in materia;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare nel rispetto dei termini previsti dalla legge e di quanto disposto dal presente piano;
- sono tenuti a relazionare e a segnalare tempestivamente fatti corruttivi tenuti o realizzati all'interno dell'amministrazione e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

#### **4.4) L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)**

L'Organismo Indipendente di Valutazione partecipa al processo di gestione del rischio, in particolare:

- verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato dei Direttori/Responsabili aziendali, effettuando un coordinamento con la gestione della performance;
- 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;
- svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice;
- attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida dell'A.N.A.C.

#### **4.5) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)**

Con deliberazione n. 647 del 08.07.2022 è stata ridefinita la composizione dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il personale Dirigente nonché la composizione dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il personale del Comparto e con deliberazione n. 31 del 20.01.2023 è stata variata la composizione dell'U.P.D. per il personale della Dirigenza Medica e Veterinaria. Con deliberazione n. 612 del 27.07.2023 è stata modificata la composizione dell'UPD per il personale del Comparto, con successiva deliberazione n. 264 del 29.03.2024 è stata modificata la composizione dell'UPD per il personale del Comparto, per la Dirigenza Medica e Veterinaria e per il personale convenzionato e con successiva deliberazione n. 520 del 09.07.2024 è stata rivista la composizione dell'UPD per la Dirigenza Medica e Veterinaria e per il

personale convenzionato.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari collabora con il RPCT alla predisposizione del Codice di Comportamento (art. 15 DPR 62/2013), ne cura l'aggiornamento e l'esame delle segnalazioni di violazione dello stesso, la raccolta degli atti delle condotte illecite accertate e sanzionate.

Può chiedere parere facoltativo all'ANAC, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni del Codice di Comportamento.

#### **4.6) Tutti i dipendenti dell'Amministrazione**

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio secondo le indicazioni dei propri Direttori/Responsabili, in particolare:

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D.;
- segnalano casi di personale conflitto di interessi.

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

#### **4.7) I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione**

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel Piano per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'Azienda e segnalano le situazioni di illecito.

#### **4.8) Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante**

Come previsto dalla delibera n. 831 del 03.08.2016 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, l'individuazione del Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Questa Azienda con deliberazione n. 31 del 20.01.2023 ha nominato l'Ing. Andrea Fiorillo, Direttore dell'attuale S.C. Tecnico Patrimoniale, con l'incarico di compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) come previsto dall'art. 33 ter del decreto legge n. 179/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 221/2012.

#### **4.9) Il soggetto "Gestore" antiriciclaggio**

In applicazione del D.Lgs. n. 231 del 21.11.2007, cosiddetto "*decreto antiriciclaggio*", con deliberazione n. 918 del 21.10.2022 è stato aggiornato il "*Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo*" e con lo stesso provvedimento è stato nominato il soggetto "Gestore" unico, delegato dal Direttore Generale come interlocutore con l'UIF in sostituzione dei precedenti soggetti Gestori nominati per i rispettivi ambiti di competenza con deliberazione n. 1350 del 30.12.2016.

### **5. Gestione del rischio**

Il modello sviluppato per l'Azienda Sanitaria Locale ASL TO4 è il seguente:

#### **A) Analisi del contesto esterno ed interno.**

Nell'ambito del PIAO l'analisi del contesto interno è stata riportata nella sezione 1 "Scheda anagrafica delle Amministrazioni", mentre di seguito verrà presa in considerazione da parte del R.P.C.T. l'analisi del contesto interno ed esterno in base alle criticità riscontrate da cui definire una strategia di prevenzione ed attuare le relative misure.

L'analisi del contesto è un processo conoscitivo che ciascuna pubblica amministrazione deve compiere, avente lo scopo di:

- fornire una versione integrata della situazione in cui l'amministrazione va ad operare;
- stimare le potenziali interazioni e sinergie con i soggetti coinvolti;
- verificare i vincoli e le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento;
- verificare i punti di forza e di debolezza che caratterizzano la propria organizzazione.

Le caratteristiche del contesto esterno ed interno costituiscono fattori in grado di influire sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'amministrazione e rappresentano uno degli elementi in base al quale definire la strategia di prevenzione ed attuare le misure relative alle criticità riscontrate.

- B) Individuazione attività, processi e aree a rischio, individuando, altresì, per ciascun processo i possibili rischi.
- C) Valutazione del rischio, attribuendo a ciascun processo un grado di rischio specifico.
- D) Individuazione di misure di prevenzione per ridurre i rischi.

### **5.1) Analisi del contesto esterno e interno**

L'analisi del contesto esterno favorisce l'individuazione e la valutazione delle variabili significative dell'ambiente in cui si inserisce l'organizzazione. Riguarda variabili di tipo economico, sociale, tecnologico ed ambientale, tenendo conto delle peculiarità organizzative dell'amministrazione.

La "Sanità" è la prima spesa del Paese, produce una ampia serie di transazioni, che richiede pertanto a tutti un contributo di attenzione ed impegno. Ci sono in gioco i bisogni e le speranze di tante persone, le loro fragilità e le loro infermità.

Effettivamente le entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra i professionisti, gli utenti e le ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, espongono il settore sanitario a rischi specifici che possono svilupparsi nel suo ambito.

Sono stati raccolti infatti numerosi dati riguardanti i reati di corruzione in ambito sanitario, corruzione che purtroppo è diventata molto sofisticata. Generalmente si tratta di accordi tra persone in cui nessuno ha interesse a denunciare, e dove non ci sono quasi mai vittime dirette, né conseguenze immediate.

Si cita al riguardo "Curiamo la Corruzione 2017", coordinato da Transparency International Italia, con Censis, ISPE Sanità (Istituto per la promozione dell'etica in sanità) e RiSSC (Centro ricerche e studi su sicurezza e criminalità).

Anche nella Regione Piemonte, nell'ambito territoriale di Torino e Provincia, negli ultimi anni, si sono verificati reati di corruzione e truffa nell'ambito delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere, alcuni dei quali con indagini ancora in corso: è stato messo in luce dalla magistratura un articolato sistema di aggiudicazione fraudolenta di gare pubbliche, per turbata libertà degli incanti e turbata libertà del procedimento di scelta del contraente nello specifico settore di affidamenti di servizi e forniture. Nel 2019 in Piemonte è stata smascherata una maxi truffa legata alla gestione delle Case di Riposo, un colosso delle residenze per anziani e per minori, sembrerebbe aver percepito illegalmente contributi pubblici non solo nella regione Piemonte, ma in tutte le regioni Italiane presentando alle Aziende Sanitarie false rendicontazioni su standard quantitativi e qualitativi dei servizi.

Sul territorio dell'ASL TO4 sono stati chiusi per diverse settimane/mesi alcuni bar ritenuti punto di incontro della mala locale, sempre in Canavese è stata confiscata la villa ad un narcotrafficante ed altri beni al crimine organizzato. E sempre nel corso del 2019 in Torino e nell'hinterland piemontese sono state eseguite ordinanze di custodia cautelare nei confronti di appartenenti o contigui alle locali 'ndrangheta ritenuti responsabili di associazione di tipo mafioso e traffico internazionale di stupefacenti con l'aggravante della finalità mafiosa. Nel dicembre del 2024 è stata smantellata, a seguito dell'attività della Direzione Antimafia di Torino, una rete globale di narcotraffico tra Italia e Brasile che ha portato alla luce nuovamente l'esistenza della 'ndrangheta in canavese; sono stati chiusi tre bar/ristoranti canavesani, insistenti sul territorio di Volpiano, San Giusto e Chivasso, coinvolti nell'attività predetta e nel riciclaggio dei relativi proventi.

Nel 2017 l'indagine condotta dalla procura di Monza, ha fatto luce su casi di corruzione da parte di medici a scapito degli ospedali per favorire una società francese specializzata nella produzione di protesi ospedaliere, ha coinvolto non solo sanitari della Lombardia, ma anche dell'Emilia Romagna, Toscana, Piemonte e Campania.

Anche nell'ASLTO4 si è verificato un episodio di natura corruttiva, precisamente nell'area relativa al decesso in ambito ospedaliero. Nel mese di gennaio 2015 quattro dipendenti (di cui tre operanti presso le

camere mortuarie dei Presidi Ospedalieri di Ivrea e di Cuornè e uno operante presso il Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero di Ivrea), sono stati indagati, in quanto indirizzavano i famigliari delle persone decedute sull'impresa funebre alla quale rivolgersi.

Dal 01/02/2015 il servizio mortuario è stato affidato ad una ditta esterna, come già avviene per i Presidi Ospedalieri di Chivasso, di Ciriè e di Lanzo Torinese.

Per i quattro indagati è stata subito applicata la misura della rotazione, infatti i medesimi sono stati assegnati ad altri servizi. E' stato altresì attivato il relativo procedimento disciplinare, temporaneamente sospeso in attesa della sentenza definitiva dell'Autorità Giudiziaria. Nell'anno 2021 si è giunti a condanna definitiva per i predetti. A dicembre 2021 si è chiuso il procedimento disciplinare nei confronti dei quattro dipendenti con sanzioni disciplinari differenziate tra loro.

Nel corso dell'anno 2020 sono state sequestrate disponibilità finanziarie e beni per Euro 300mila in Piemonte a seguito di gare truccate e corruzione all'interno delle AA.SS.LL.

Le ordinanze di custodia cautelare, disposte dal Gip del Tribunale di Torino, hanno riguardato pubblici dipendenti, commissari di gara ed agenti e rappresentanti di alcune imprese accusati, a vario titolo, di corruzione, turbativa d'asta e frode nelle pubbliche forniture. Un anno di indagini, coordinate dal procuratore aggiunto Enrico Gabetta e dirette dal PM Giovanni Caspani della Procura di Torino, che hanno preso il via dall'accertamento di un ammanco, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino", per un valore di circa 300mila euro del costoso prodotto farmaceutico "Bon Alive" (sostituto osseo), causato dalla condotta truffaldina di un'incaricata di un'impresa torinese che si avvaleva della "collaborazione" di un pubblico dipendente infedele il quale falsificava documentazione amministrativa in cambio di generose tangenti. In particolare, secondo l'accusa il collaboratore amministrativo modificava le "richieste d'ordine" al Provveditorato – Economato del Centro Traumatologico Ortopedico (articolazione deputata ai pagamenti), apponendo firme false di altri infermieri, per il reintegro delle giacenze del prodotto medicale che, pur risultando essere stato pagato dal C.T.O., non veniva utilizzato nelle sale operatorie né tantomeno, risultava stoccato nel relativo magazzino.

Nel prosieguo dell'inchiesta, le investigazioni svolte dal 1° Nucleo Operativo Metropolitano del Gruppo Torino hanno consentito di svelare numerose condotte illecite poste in essere, nell'ambito di alcune gare di appalto, da agenti e rappresentanti d'impresa e da componenti delle commissioni nominati da alcune ASL.

Nel mirino della Procura e dei militari del GdF sono finite nell'anno 2020, in particolare tre gare bandite: la prima bandita dalla "Città di Torino", per la fornitura di camici chirurgici sterili monouso, in cui è stato accertato che alcuni membri della commissione di gara d'appalto hanno favorito un'impresa modificando il capitolato di gara ed attribuendole punteggi elevati, in cambio di oggetti preziosi. Questa A.S.L. si è costituita a maggio 2021 quale parte civili nel procedimento penale collegato alla Gara per la fornitura dei camici sterili predetta, in quanto tra i membri della Commissione indagata vi erano tre collaboratori professionali infermieri dipendenti di questa Azienda; contestualmente ha avviato i procedimenti disciplinari nei confronti dei predetti. Per due collaboratori infermieri professionali a seguito della conclusione del procedimento penale sono state applicate pene pari ad un anno e sei mesi e ad un anno e quattro mesi di reclusione, pena accessoria di interdizione dai pubblici uffici ed incapacità a contrarre con la P.A. per anni cinque con concessione del beneficio della sospensione condizionale della pena anche con riferimento alle pene accessorie. Per il terzo collaboratore infermiere professionale è giunta in data 21 febbraio 2023 sentenza di assoluzione in appello.

A seguito della conclusione dei procedimenti penali disciplinari alle due dipendenti condannate è stato revocato l'incarico di funzione di coordinamento per il venir meno delle condizioni che lo avevano determinato ed è stata attivata la rotazione straordinaria assegnandole a Servizi diversi rispetto a quelli in cui si erano verificati i fatti. Si è proceduto alla rotazione straordinaria anche per la terza dipendente nonostante sia giunta sentenza di assoluzione in appello.

La seconda gara bandita dalla A.O.U. Maggiore della Carità di Novara, per la fornitura di distributori di "divise e giacche TNT", per la quale è stato accertato che alcuni incaricati ed agenti di un'impresa veneta

hanno sistematicamente fornito puntuali istruzioni ad un dipendente pubblico della predetta Struttura, al fine di sospendere la gara d'appalto e di redigere un nuovo capitolato conformemente alle "richieste" ricevute, dalle ASL di Asti e di Alessandria, nonché la terza gara bandita dall'azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria, per la fornitura di prodotti ed apparecchiature chemioterapiche, per la quale è emerso che diversi agenti ed incaricati di un'impresa modenese hanno consegnato, ad un membro della commissione della gara d'appalto, a seguito dell'aggiudicazione di un lotto per la fornitura di beni del valore di quasi un milione di Euro, orecchini in oro e topazi azzurri.

Sono stati ulteriormente implementati i controlli.

Nei primi mesi dell'anno 2023 sono giunte all'UPD del comparto dell'ASL TO4 comunicazioni prodotte da due Dipendenti, tramite il Direttore dello SPreSAL, da cui si evince che è stata disposta nei loro confronti, da parte del Gip del Tribunale di Ivrea, la misura cautelare della sospensione dall'esercizio del proprio Ufficio / Servizio, estesa a tutte le funzioni lavorative a seguito di apertura di procedimento penale, misura successivamente revocata. Il procedimento predetto risulta essere tutt'oggi al vaglio della Magistratura. Per i due dipendenti predetti i procedimenti disciplinari verranno attivati quando l'Azienda avrà comunicazione di notizie certe da parte della Magistratura.

Sempre nei primi mesi dell'anno 2023 è pervenuta, agli atti dell'ASL TO4, da parte del Tribunale di Torino, sezione del riesame, la riforma di una ordinanza emessa nei confronti di una Dirigente, che sostituisce la precedente misura cautelare degli arresti domiciliari con la sospensione dal servizio. Peraltro la predetta risultava già sospesa dal servizio per altri motivi. Il relativo procedimento penale è tutt'oggi al vaglio della Magistratura.

## **5.2) Le aree di rischio e la mappatura dei processi**

La legge n. 190/2012 aveva già individuato delle aree di rischio comuni a tutte le amministrazioni. La successiva deliberazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 relativa all'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, così come ribadito con deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 e la deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019, viste la specificità e le caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale, ove il concetto di rischio è prevalentemente correlato agli effetti prodotti da errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale, hanno individuato particolari aree, c.d. aree di rischio generali e precisamente:

- a) contratti pubblici
- b) incarichi e nomine
- c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- d) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- e) affari legali e contenzioso, a cui si aggiungono quelle già precedentemente individuate dalla legge
- f) autorizzazione o concessione (processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario)
- g) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario).

In aggiunta alle "aree generali" sono state definite altresì "aree di rischio specifiche":

- a) attività libero professionale e liste di attesa,
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati,
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni,
- d) attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero,
- e) gestione delle risorse umane,
- f) relazioni con il pubblico,
- g) gestione rischi dei lavoratori dipendenti,
- h) Trasporti Sanitari in estemporanea.

Con la mappatura dei processi vengono poi individuate le attività dell'Azienda ai fini della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi e per la formulazione di idonee misure di prevenzione.

Essendo ormai ultimata l'attuazione dell'organigramma aziendale dovuta all'adozione del nuovo Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 902 del 19/10/2015, approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 53-2487 del 23/11/2015 e modificato con delibera n. 149 del 06/02/2019 a cui è stata data attuazione con deliberazione n. 574 del 10/05/2019, che ha prodotto un cambiamento organizzativo all'interno dell'A.S.L., è stato chiesto a tutti i Direttori/Responsabili di Struttura/Uffici, in conseguenza della nuova attribuzione di competenze e responsabilità, di aggiornare la mappatura dei processi, delle attività/fasi del singolo processo e dei relativi rischi, rivedendo altresì la valutazione degli stessi in termini di probabilità e impatto.

Pertanto è stato effettuato l'aggiornamento relativo al censimento dei processi e dei relativi possibili rischi, così come evidenziato nella Tabella 1 (Allegato 7), unitamente alle Strutture e ai Responsabili aziendali di afferenza.

Nell'anno 2021 con deliberazione n. 285 del 16.03.2021 e n. 940 del 04.10.2021 sono state apportate ulteriori modifiche all'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 902 del 19.10.2015 e s.m.i., approvate dalla Regione Piemonte con D.G.R. n.10-4035 del 05.11.2021, a cui è seguita presa d'atto con deliberazione n. 1111 del 18/11/2021.

E' stata istituita la "Struttura Vigilanza" quale Struttura Semplice Dipartimentale all'interno del Dipartimento di Prevenzione ed è stata soppressa la S.S. Sicurezza Alimentare vacante dal 01.01.2020 le cui funzioni sono state assunte direttamente dalla S.C. SIAN (delibera n. 285 del 16.03.2021) sono state istituite due ulteriori Strutture Complesse Me.C.A.U. all'interno del Dipartimento di Emergenza, una sul Presidio di Ciriè - Lanzo T.se ed una sul Presidio di Ivrea-Cuorgnè (delibera n. 940 del 04.10.2021).

### **5.3) Valutazione del rischio corruttivo.**

Per la valutazione del rischio sono state seguite le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, come da Allegato 1 al Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019).

Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per "evento" si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Azienda.

L'analisi del rischio consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio. Il livello di rischio è rappresentato dal nuovo approccio valutativo di tipo qualitativo.

Ciascun rischio catalogato è stato stimato utilizzando un approccio qualitativo. I criteri utilizzati per tale approccio sono stati dedotti dall'allegato 1 al Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019).

Nella tabella 2 allegata al presente Piano (Allegato 8), ciascun Direttore/Responsabile ha attribuito ai processi di propria competenza specifici valori, seguendo i criteri di cui al sopracitato allegato 1. Non sono emerse particolari situazioni di criticità, in quanto i valori di rischio si sono attestati attorno ad un valore medio basso nella quasi totalità dei processi. Per quanto concerne il processo "Progressioni di carriera: fasce retributive / selezioni interne / incarichi di organizzazione / conferimento incarichi dirigenziali" si è passati a seguito di valutazione dell'R.P.C.T. da una valutazione del rischio bassa ad una valutazione del rischio media in quanto sono comparsi articoli sugli organi di stampa in merito alle selezioni interne.

Il Direttore della relativa Struttura ha previsto ulteriori misure di prevenzione del rischio consistenti nella revisione del Regolamento per la graduazione, affidamento, valutazione e revoca degli incarichi di funzione del personale del comparto, adattandolo alle nuove disposizioni contrattuali (CCNL triennio 2019-2021).

In data 06.12.2024 con provvedimento n. 872 è stato deliberato il nuovo Regolamento, al fine di assicurare maggiore prevenzione di eventuali comportamenti corruttivi, si è cercato di rendere le procedure ancora più trasparenti e, laddove è possibile, garantire una maggiore rotazione dei componenti delle varie Commissioni.

Sono state implementate le misure di prevenzione del rischio previste per *l'Area Contratti Pubblici: selezione del contraente* a seguito di procedimento disciplinare/giudiziario che ha riguardato l'Area di rischio specifica, prevedendo la turnazione dei componenti della Commissione di gara, laddove possibile.

## **6. Misure per la riduzione del rischio**

Nell'ambito del PIAO 2025–2027 il Direttore Generale con nota prot. n. 0007113 del 21/01/2025 ha comunicato gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio di riferimento del Piano nell'ambito dell'anticorruzione e della trasparenza, di seguito dettagliati:

- Prosecuzione formazione anticorruzione per i neoassunti per il personale non ancora formato tramite corso FAD;
- Prosecuzione formazione sul codice di Comportamento aziendale per i neoassunti e personale non ancora formato tramite corso FAD;
- Audit a campione sulle Strutture aziendali per la verifica dell'applicazione delle misure contenute nel Piano Anticorruzione.

Nella tabella 3 (Allegato 9) sono individuate le misure di prevenzione per la riduzione del rischio già attuate e da attuarsi nel triennio di riferimento ed il monitoraggio delle stesse.

Le stesse devono rispondere ai requisiti di efficacia, sostenibilità economica e adattamento alle caratteristiche peculiari proprie dell'amministrazione.

Contribuiscono, inoltre, a rafforzare il sistema di prevenzione per la riduzione del rischio l'adozione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), la presenza del Servizio Ispettivo aziendale e la regolamentazione di molte attività.

### **6.1) Obblighi di Pubblicità, Trasparenza e diffusione delle informazioni (D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i.)**

La trasparenza costituisce una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione ed è inoltre uno strumento di dialogo con i cittadini e le imprese.

Infatti tra i contenuti necessari del PTPCT vi sono gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, comma 8, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs 97/2016).

E' posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

La Trasparenza costituisce una apposita sezione all'interno del presente PTPCT, a cui si rinvia.

### **6.2) Codice di Comportamento (Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento)**

Il Piano di Prevenzione della Corruzione prevede, ai sensi del comma 44 art. 1 della Legge 190/2012, l'adozione di un Codice di Comportamento dei dipendenti che integra e specifica il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013 n. 62.

Nel Codice sono richiamati i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché il divieto di favorire con la propria condotta, il conferimento di benefici personali in relazione alle funzioni espletate.

La bozza di revisione del Codice era stata pubblicata in consultazione sul sito dell'ASL, a decorrere dal 19.12.2017. La stessa è stata inviata anche a tutti i portatori di interesse, interni ed esterni, al fine di acquisire, entro il 19.01.2018, eventuali proposte ed osservazioni per la sua revisione.

Il Codice di Comportamento dell'ASL TO4 è stato poi adottato con deliberazione n. 907 del 20 luglio 2018, nel rispetto delle linee guida ANAC di cui alla deliberazione n. 358 del 29 marzo 2017, con procedura aperta alla partecipazione ed acquisizione del parere obbligatorio da parte del Nucleo Interno di Valutazione (nella funzione di O.I.V.).

Il Codice è stato diffuso nel secondo semestre dell'anno 2018 in modo capillare mediante informazioni di carattere generale (avviso pubblicato sul sito aziendale), nota informativa a tutti i dipendenti e a tutti i

Responsabili/Referenti di struttura/ufficio con invito a far conoscere il codice a tutti coloro che sono assegnati alla propria struttura (tramite mail aziendale del 30 luglio 2018). Con deliberazione n. 920 del 21.10.2022 è stato adottato l'aggiornamento del Codice di Comportamento predetto nel rispetto delle Linee Guida per la predisposizione dei Codici di Comportamento delle AA.SS.RR. piemontesi, approvate con D.G.R. n. 9-4694 del 25.02.2022, tale aggiornamento è stato reso noto mediante la sua pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" e tramite nota informativa trasmessa a tutti i Direttori di Struttura/Responsabili/Coordinatori nonché tramite l'URP con mail a tutti i dipendenti/utenti dell'ASL TO4;

Con delibera n. 284 del 05.04.2024 è stato aggiornato il Codice di Comportamento ai sensi del D.P.R. n. 81 del 13.06.2023 anche tale aggiornamento è stato reso noto mediante la sua pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" e tramite nota informativa trasmessa a tutti i Direttori di Struttura/Responsabili/Coordinatori nonché tramite l'URP con mail a tutti i dipendenti/utenti dell'ASL TO4

In particolare negli atti relativi all'instaurazione di un rapporto di lavoro e/o collaborazione viene inserita la clausola che prevede l'impegno dell'interessato a rispettare le norme del Codice di Comportamento aziendale, così anche come previsto nel Patto di Integrità inserito negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito, nonché nelle lettere di affidamento, di incarico e nei contratti senza procedura di gara.

I Responsabili/Referenti hanno il compito di promuovere il rispetto delle regole di comportamento definite nel Codice e di vigilare sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore.

Tutti i destinatari sono tenuti ad osservare le norme di comportamento contenute nel codice, la cui inosservanza si concretizza nella violazione degli obblighi derivanti dal presente piano e, pertanto, rilevante sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della performance e della conseguente corresponsione della retribuzione di risultato.

### **6.3) Formazione**

La formazione riveste un'importanza rilevante nell'ambito dell'azione di prevenzione della corruzione.

Come già previsto nel PNA 2019 la formazione deve essere trasversale, coinvolgendo, seppur con approcci differenziati, tutti i soggetti che partecipano a vario titolo alla formazione e all'attuazione delle misure, comporta infatti l'accrescimento della competenza professionale dei soggetti coinvolti e la diffusione della cultura della legalità, non più basata prevalentemente sull'analisi della regolazione e delle disposizioni normative rilevanti in materia di anticorruzione ma tale approccio deve essere arricchito con un ruolo più attivo dei discenti, valorizzando le loro esperienze sia con un lavoro su casi concreti che tengano conto delle specificità dell'Amministrazione.

Gli interventi formativi, così come raccomandato dal PNA 2019 dovranno essere finalizzati a fornire ai destinatari strumenti decisionali in grado di porli nella condizione di affrontare casi critici e i problemi etici che incontrano in specifici contesti e di riconoscere e gestire i conflitti di interessi così come situazioni lavorative problematiche che possono dar luogo all'attivazione di misure di prevenzione della corruzione.

A tal fine nel corso dell'anno 2024 è proseguita la formazione sulle regole di condotta definite nel Codice di Comportamento Nazionale (DPR n. 62/2013) e nel Codice di Comportamento aziendale con due edizioni residenziali, accreditato ECM, e con edizioni FAD, sono stati formati n. 1125 dipendenti (Dirigenza e comparto). Nell'anno precedente erano stati formati 1185 dipendenti.

Tale formazione ha consentito di approfondire, sin dall'instaurarsi del rapporto di lavoro, i temi dell'integrità e di aumentare la consapevolezza circa il contenuto e la portata di principi, valori e regole che devono guidare il comportamento secondo quanto previsto all'art. 54 della Costituzione ai sensi del quale: *"i cittadini a cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina e onore"*.

Fin dal secondo semestre dell'anno 2015 è stata attivata una iniziativa di formazione in materia di prevenzione della corruzione, con modalità di formazione a distanza (FAD), accreditato ECM, rivolto a tutti i dipendenti, finalizzato alla diffusione dei principi normativi di base e alla diffusione di valori etici e di

legalità. La prima edizione, riservata prioritariamente al personale amministrativo, conclusasi al 31.12.2015, ha avuto una buona partecipazione di dipendenti.

L'iniziativa di formazione è continuata negli anni 2016 e 2017 con ulteriori n. 2.832 dipendenti formati, nel 2018 con n. 140 dipendenti formati, nel 2019 con n. 739 nel 2020 con n. 61 dipendenti e nel 2021 con n. 115 dipendenti formati. Nell'anno 2022 sono stati formati n. 112 dipendenti, nell'anno 2023 sono stati formati n. 519 dipendenti. Nel 2024 sono stati formati n. 453 dipendenti.

L'organizzazione e la gestione dei corsi di formazione rientra nella competenza e responsabilità del Responsabile della S.S. Qualità e Formazione che collabora con i Responsabili scientifici, i Progettisti della formazione e i Referenti/Facilitatori di formazione per l'individuazione dei contenuti formativi, l'elaborazione delle linee programmatiche e la rilevazione del fabbisogno formativo inerente la materia, anche sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori/ Responsabili.

La formazione predetta proseguirà in FAD per i neoassunti e per il personale ancora da formare anche nell'anno 2025.

Nel maggio 2019 si è svolto il corso *"Aggiornamento in materia di procedure disciplinari"* rivolto ai Componenti degli Uffici Disciplinari (Titolari, supplenti e segreteria) e ai Direttori delle Strutture dell'ASL TO4.

Nel corso del triennio di riferimento è ipotizzabile, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione, la programmazione di ulteriori percorsi di formazione mirati, dai contenuti più specifici, anche sulla base dei dati esperienziali nel frattempo acquisiti, quali ad esempio eventi formativi inerenti il contenuto dei Codici Disciplinari, poiché attraverso la discussione di casi concreti può emergere il principio comportamentale adeguato nelle diverse situazioni, ed il monitoraggio e la verifica del livello di attuazione dei processi di formazione e della loro adeguatezza, da attuarsi ad esempio attraverso questionari da somministrare ai soggetti destinatari della formazione al fine di rilevare le conseguenti priorità formative e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati.

#### **6.4) Rotazione del Personale**

##### **Rotazione Ordinaria**

La misura della rotazione viene applicata prioritariamente nelle aree a più alto rischio corruttivo, in linea con l'art. 1, comma 16, della L.190/2012.

Così come si evince anche dall'approfondimento specifico dedicato alla rotazione ordinaria del personale di cui all'Allegato 2 del PNA 2019, le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono, tuttavia, strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva ed oggettiva.

Per quanto attiene ai vincoli di natura soggettiva si devono tener presente i seguenti aspetti:

- a) il rispetto dei diritti individuali (es. fruizione dei permessi di cui alla L. 104/92 e s.m.i., gli istituti a tutela della maternità o paternità di cui al D.Lgs. 151/2001) e sindacali dei dipendenti soggetti alla misura;
- b) l'infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie e/o professionalità specifiche;
- c) l'abilitazione professionale e l'iscrizione nel relativo albo necessarie allo svolgimento di determinati ruoli/funzioni.

Per quanto attiene ai vincoli di natura oggettiva, si devono tener presente i seguenti aspetti:

- a) l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche. Non si può dar luogo infatti a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da servizi cui sono affidate attività ad alta specializzazione tecnica;
- b) la difficoltà ad attuare la rotazione tenuto conto delle notevoli dimensioni e della variabilità geografica dell'A.S.L. TO4, che ha un'estensione territoriale di circa 3.164 Km<sup>2</sup>, che si espande dall'hinterland torinese verso la Valle d'Aosta nella zona nord e verso il territorio francese nella zona a ovest, con una distanza chilometrica tra i Presidi Ospedalieri ed i Distretti territoriali che oscilla tra i 35 e i 65 Km, con percorsi stradali difficoltosi per le aree montane.

Nel corso degli ultimi anni con deliberazione n. 902 del 19.10.2015, è stato approvato il nuovo Atto Aziendale, approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 53-2487 del 23 novembre 2015 e modificato con delibera n. 149 del 6 febbraio 2019 e nuovamente approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 40-8765 del 12 aprile 2019, unitamente al Piano di organizzazione (con relativo organigramma) e la Dotazione Organica dell'A.S.L., che ha prodotto un cambiamento organizzativo all'interno dell'A.S.L., con una diminuzione delle Strutture Complesse Aziendali.

Nell'anno 2021 con deliberazione n. 285 del 16.03.2021 e n. 940 del 04.10.2021 sono state apportate ulteriori modifiche all'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 902 del 19.10.2015 e s.m.i., approvate dalla Regione Piemonte con D.G.R. n.10-4035 del 05.11.2021.

E' stata istituita la S.S.D. Struttura Vigilanza quale Struttura Semplice Dipartimentale all'interno del Dipartimento di Prevenzione ed è stata soppressa la S.S. Sicurezza Alimentare vacante dal 01.01.2020 le cui funzioni sono state assunte direttamente dalla S.C. SIAN (delibera n. 285 del 16.03.2021) sono state istituite due ulteriori Strutture Complesse Me.C.A.U. all'interno del Dipartimento di Emergenza, una sul Presidio di Ciriè - Lanzo T.se ed una sul Presidio di Ivrea-Cuornè (delibera n. 940 del 04.10.2021). Con delibera n 1111 del 18.11.2021 sono state disattivate le due S.S. Medicina e Chirurgia di Urgenza afferenti ai PP.OO Ciriè – Lanzo e PO Ivrea e sono state attivate la S.S.D. Struttura Vigilanza quale Struttura Semplice Dipartimentale all'interno del Dipartimento di Prevenzione e le due S.C. Me.C.A.U. all'interno del Dipartimento di Emergenza, una sul Presidio di Ciriè - Lanzo T.se ed una sul Presidio di Ivrea-Cuornè sopradette.

Per l'assegnazione dei nuovi incarichi di Direttore di Struttura Complessa si è proceduto come segue:

- a) per le strutture complesse di area medica e sanitaria si è proceduto all'attribuzione degli incarichi dirigenziali, di durata quinquennale, attraverso l'emissione di un avviso pubblico, per titoli e colloquio, secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 484/97 e dalla D.G.R. della Regione Piemonte n. 14-6180 del 29 luglio 2013 ad oggetto *"Disciplinare per il conferimento degli incarichi di struttura complessa per la dirigenza medica e veterinaria e per la dirigenza sanitaria nelle aziende ed enti del SSR ai sensi dell'art. 4 del D.L. n. 158 del 13.09.2012 convertito con modificazioni nella legge n. 189 dell'8.11.2012. Approvazione"*;
- b) nel caso di nuove Strutture derivanti dall'accorpamento di funzioni (es. l'accorpamento delle 3 SS.CC. Ser.T. in un'unica S.C. Ser.D.), ai sensi della nota prot. n. 21822 del 18.11.2015 della Direzione Sanità della Regione Piemonte, sono state effettuate selezioni interne tra i direttori delle strutture interessate all'accorpamento al fine di scegliere il più adatto al posto da ricoprire.

Come già rilevato anche nel PNA 2016, per il personale medico le funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali e sono generalmente infungibili. Laddove ci sia una prevalenza delle funzioni gestionali (Direttori Medici di Presidio Ospedaliero e Direttori di Distretto) si è proceduto, comunque, per i Direttori Medici di Presidio, con un avviso pubblico per incarico di durata quinquennale per la copertura dei posti vacanti. La stessa modalità operativa è stata peraltro attuata anche per i Direttori di Distretto. Al riguardo si evidenzia che l'Azienda con nota prot. n. 60505 del 11.07.2016 aveva espressamente richiesto alla Regione Piemonte *"se si debba procedere a bandire una selezione pubblica per l'attribuzione dell'incarico di Direttore di Distretto per i 5 Distretti previsti dall'attuale atto aziendale oppure se procedere al rinnovo degli attuali Direttori con rotazione degli stessi su altro Distretto"*. La Regione con nota prot. n. 16701/A14000 del 02.08.2016 ha ribadito quanto già espresso nella precedente nota con la quale specificava di procedere, laddove i Distretti fossero previsti come Strutture Complesse, con le procedure di cui al D.P.R. n. 484/97, a garanzia del buon esito della riorganizzazione aziendale.

Pertanto, quanto sopra esposto, unitamente al collocamento in quiescenza di numerose figure dirigenziali, ha portato, di fatto, alla rotazione di buona parte degli incarichi. Nel corso del 2024 sono cessati dal servizio per quiescenza n. 10 Direttori di Struttura Complessa e n. 2 Direttori di Struttura Complessa si sono dimessi.

Sono stati nominati n. 8 nuovi Direttori di Struttura Complessa a copertura di posti resisi vacanti.

Il conferimento degli incarichi di Responsabile di Struttura Semplice avviene attraverso l'emissione di avviso interno e secondo i criteri e le modalità di cui ai regolamenti aziendali concertati con le Organizzazioni Sindacali ed approvati con apposito atto deliberativo ed in applicazione dell'organigramma allegato all'atto aziendale di cui sopra. Gli stessi sono stati conferiti tutti ex novo con la richiamata procedura a partire dal 1° gennaio 2017.

Per quanto riguarda gli incarichi di durata quinquennale relativi ai Direttori delle Strutture Complesse di natura Professionale, Tecnica e Amministrativa si è proceduto all'emanazione di appositi avvisi interni secondo le indicazioni date dalla Regione Piemonte con circolare prot. n. 21822/A14000 del 18.11.2015 e recepite dall'A.S.L. con deliberazione n. 188 del 03.03.2016, per assicurare la partecipazione alla selezione di tutti i dirigenti aziendali in possesso dei requisiti richiesti.

Nello specifico in un'area a rischio come quella degli acquisti la direzione della nuova S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi è stata attribuita al dirigente amministrativo prima responsabile della S.S. Gestione Amm.va rapporti con Strutture Accreditate Convenzionate e con Organismi per trasporti sanitari, mentre quest'ultima struttura semplice è stata attribuita all'ex responsabile della S.C. Patrimoniale.

Peraltro, già nell'anno 2015, la rotazione aveva riguardato il Responsabile della S.C. Provveditorato.

Anche per il Personale non dirigenziale, l'attribuzione degli Incarichi di Funzione, avviene attraverso una selezione interna.

Infatti, il CCNL personale del Comparto Sanità, triennio 2016-2018, del 21 maggio 2018, al Capo II ha disciplinato ex novo la materia degli incarichi conferibili al personale del Comparto. In ragione di ciò, è stato sottoscritto il Regolamento su "Graduazione, affidamento, valutazione e revoca degli incarichi di funzione del Personale del Comparto", scaturito dal confronto con la RSU e le Organizzazioni Sindacali del Comparto, conclusosi in data 08.11.2019. A tali selezioni possono partecipare tutti i dipendenti in possesso dei requisiti richiesti, sulla base di quanto previsto dal citato Regolamento e dalla nuova mappatura degli incarichi di funzione conferibili all'interno dell'Azienda. La definizione di tale mappatura è stata rallentata dall'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 e, pertanto, è stata approvata soltanto nel 2021, con deliberazione n. 1079 del 12.11.2021 e modificata con deliberazione n. 175 del 24.02.2022.

Sempre per il Personale non Dirigente, l'attribuzione della Progressione Economica Orizzontale, di cui agli articoli 30 e 35, del C.C.N.L. 07.04.1999 e dell'art. 23 del D.Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i., è stata disciplinata dal Regolamento allegato all'Accordo sulla "Progressione economica orizzontale del personale del Comparto", sottoscritto con la R.S.U. e le Organizzazioni Sindacali e recepito con deliberazione n. 405 del 15.05.2024 e n. 576 del 24.07.2024.

Le fasce retributive per gli anni 2019, 2020 e 2021, sono state riconosciute al personale del Comparto, secondo quanto previsto dal citato Regolamento, sulla base delle graduatorie approvate, rispettivamente, con deliberazione n. 1459 del 29.12.2019 per l'anno 2019, con deliberazione n. 1357 del 21.12.2020 per l'anno 2020 e con deliberazione n. 1116 del 24.11.2021 per l'anno 2021 e anno 2022. Nell'anno 2023 non sono state assegnate fasce retributive.

Le fasce retributive per l'anno 2024 sono in corso di valutazione a cui seguirà la delibera della relativa graduatoria.

Anche per quanto concerne la Dirigenza, i rispettivi Contratti hanno disciplinato ex novo la materia degli incarichi conferibili, che hanno portato alla definizione dei nuovi Regolamenti e, precisamente:

- CCNL della Dirigenza dell'Area Sanità, triennio 2016-2018, del 19.12.2019. Sulla base di quanto previsto al Titolo III – Capo II, è stato predisposto il nuovo Regolamento in materia di graduazione, conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, approvato con deliberazione n. 1065 dell'8.11.2021, così come scaturito dal confronto con le Organizzazioni Sindacali della medesima Area dirigenziale, già avviato nel corso del 2020, ma protrattisi nel tempo a causa anche dell'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 e conclusosi in data 26.10.2021.

- CCNL Personale dell'Area delle Funzioni Locali, triennio 2016-2018, del 17.12.2020 Sulla base di quanto previsto sulla base di quanto disposto alla Sezione III – Titolo III – Capo II, è stato predisposto il nuovo Regolamento in materia di graduazione, conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, approvato con deliberazione n. 1064 dell'8.11.2021, così come scaturito dal confronto con le Organizzazioni Sindacali della medesima Area dirigenziale, conclusosi in data 21.10.2021.

Inoltre la rotazione era già attuata:

- all'interno della S.C. Medicina Legale, per quanto riguarda i medici, nell'ambito delle varie commissioni (es. invalidità civile, patenti, legge 104 ecc.), compatibilmente con le necessità di servizio,
- nell'ambito delle Commissioni di Vigilanza.

Inoltre si evidenzia quanto segue:

- a) al settore dei concorsi, ufficio strutturato all'interno della S.C. Amministrazione del Personale, sono assegnati tre operatori.

Peraltro è stata recentemente bandita la posizione organizzativa di "Referente Settore Concorsi e Selezioni per il personale dipendente" e si è proceduto al conferimento della stessa. Sin dall' 2018, le funzioni di segreteria sono state estese anche ad altri operatori della medesima Struttura Complessa.

A tal fine, è stato emesso un bando e fatta formazione, pertanto a partire dal 2019 è stato avviato il coinvolgimento di personale amministrativo appartenente ad altre strutture tale coinvolgimento è proseguito anche negli anni a seguire;

- b) nel settore dell'acquisizione di beni e servizi in capo alla S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi, è già in parte attuata una frammentazione delle attività in quanto il ruolo di Direttore dell'Esecuzione del Contratto (D.E.C.) viene attribuito a soggetto diverso dal Responsabile Unico del Procedimento (R.U.P.), laddove possibile all'interno della struttura stessa o, più frequentemente, investendo nel ruolo di D.E.C. un funzionario di area sanitaria, in modo che le attività di controllo siano scisse da quelle di affidamento del servizio. Nel corso dell'anno 2018 è stata effettuata una specifica formazione per implementare il numero di operatori cui assegnare la funzione di R.U.P. viene altresì prevista una rotazione del personale nell'ambito delle Commissioni di gara. Con delibera n. 332 del 24.04.2024 è stato nominato il Dirigente Responsabile della S.S. Procedure di Acquisizione in collaborazione con AIC e residuali;

- c) nel Settore dell'acquisizione di lavori e servizi in capo alla S.C. Tecnico Patrimoniale a partire dal 2018 la nomina del R.U.P. è stata effettuata per ogni singolo lavoro mediante individuazione, di volta in volta, tra figure diverse che hanno acquisito capacità professionali e specifiche competenze.

Completata la riorganizzazione del Servizio con l'attribuzione delle nuove posizioni organizzative, per l'attribuzione dell'incarico di direzione lavori, direttore operativo, ispettore di cantiere e collaudo, a partire dal 2019 la scelta è stata effettuata, compatibilmente con il personale in organico, per ogni singolo lavoro mediante sorteggio tra le figure professionali che hanno acquisito capacità professionali e specifiche competenze, anche previa idonea formazione.

A partire dall'anno 2020 per quanto riguarda i procedimenti relativi all'acquisizione di lavori e per quelli relativi all'acquisizione di Servizi l'incarico di responsabile di tutta l'attività (es. pubblicazione bando di gara, predisposizione provvedimento di nomina dei componenti del seggio di gara ed eventualmente della Commissione giudicatrice, verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto), è stato affidato ad un Dirigente interno, Responsabile del Settore gare a far data dal 2 gennaio 2019 sino al 28 febbraio 2021. A decorrere dal 1° marzo 2021 tutta l'attività di competenza del Settore Patrimoniale relativa ai procedimenti di acquisizione di Beni e Servizi è stata assunta dal Direttore della S.C. Servizio Tecnico Patrimoniale;

- d) per quanto concerne l'attività di controllo ufficiale effettuata dalle Strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione, il numero degli operatori che operano nei servizi dipartimentali, associato al fatto che si operi su un territorio così vasto e con sedi di attività particolarmente distanti tra loro, rende alquanto difficoltosa e non sempre possibile l'applicazione di questa misura, senza condizionarne il volume di attività da effettuare (prevista dai Piani di attività/Obiettivi) e nel rispetto della

ottimizzazione delle risorse. In particolare, per evitare il consolidarsi di situazioni di privilegio potenzialmente illegali, si evidenzia che nell'ambito di tutti i servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione le attività di vigilanza e di campionamento vengono svolte, di norma, da due operatori, secondo rotazione casuale, nell'ambito della stessa sede distrettuale e, ove possibile, anche tra sedi diverse.

Fin dal 2018 a tutt'oggi, quale misura aggiuntiva alla rotazione, è stata introdotta per tutti i Servizi Dipartimentali una verifica a posteriori (e a campione) dei verbali di ispezione per verificare la congruità degli stessi e dei provvedimenti conseguentemente adottati, similmente a quello che viene già effettuato dal S.I.A.N. e dai Servizi Veterinari secondo la procedura di verifica dell'efficacia (prevista dalle norme in materia di controlli nel settore della sicurezza alimentare).

Questo doppio controllo evita in tal modo l'isolamento di alcune mansioni e favorisce la trasparenza "interna" delle attività;

e) per le attività di controllo di competenza della S.C. Farmacia Territoriale la Commissione Ispettiva istituita ai sensi della Legge Regionale 14 maggio 1991 n. 21 è costituita anche da un membro esterno designato dall'Ordine dei Farmacisti, conseguentemente la composizione della stessa varia in modo casuale.

Le farmacie vengono ispezionate con frequenza biennale avendo cura che nell'ambito della sopracitata commissione che visita la stessa farmacia, siano presenti componenti diversi, e a partire dal 2019 a tutt'oggi è stata prevista la rotazione di competenze tra le diverse sedi aziendali.

Per la rotazione del personale su sedi diverse da quella di assegnazione, si applicano le regole già vigenti in Azienda sullo spostamento del personale e contenute negli accordi integrativi.

Anche per l'anno 2025 si continuerà a dare attuazione ai criteri di rotazione sopradetti.

L'attuazione delle misure di rotazione sarà oggetto di specifico monitoraggio annuale da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza d'intesa con i Direttori/Responsabili delle Strutture di interesse.

Le relazioni annuali acquisite in merito saranno trasmesse alla Direzione Generale Aziendale.

### **Rotazione Straordinaria**

Viene altresì immediatamente attuata la misura della rotazione in caso di coinvolgimento del dipendente in fatti di natura corruttiva, a seguito di:

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

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

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

### **6.5) 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, artt. 7 e 14 del D.P.R. n. 62/2013, dal D.Lgs n. 39/2013 e da specifiche disposizioni in materia quali l'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016 "Codice dei Contratti Pubblici".

Si tratta infatti di un'importante misura preventiva che si realizza principalmente mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione, anche solo di livello endoprocedimentale, ossia istruttorio rispetto alla

decisione finale, del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione pubblica e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento e gli altri interessati e contro interessati.

La disciplina aziendale della questione è contenuta specificatamente nell'art. 7 del Codice di Comportamento dei dipendenti (adottato con deliberazione n. 907 del 20.07.2018 aggiornato con deliberazione n. 920 del 21.10.2022 che prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al proprio Responsabile/Referente le ragioni che determinano l'obbligo di astensione per conflitto di interessi. Il Responsabile/Referente verifica l'effettiva sussistenza, nel caso specifico, delle condizioni che determinano l'obbligo di astensione e adotta i conseguenti provvedimenti di competenza.

Lo scopo è quello di evitare situazioni di rischio, favorire l'emersione di eventuali interessi privati che possono pregiudicare la migliore cura dell'interesse pubblico.

In particolare il PNA 2019, per il conflitto di interessi nel settore sanitario rinvia al PNA 2016 approfondimento VII Sanità di cui alla delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016, dove si evidenzia che i maggiori conflitti possono verificarsi nell'ambito della formazione con sponsor e nell'ambito dell'attività extra impiego.

Per la c.d. formazione sponsorizzata con deliberazione n. 257 del 04.04.2013 era stato approvato il relativo Regolamento in cui era già stato previsto che le richieste di sponsorizzazione debbano essere inviate alla Direzione Generale e non debbano mai essere nominative.

A decorrere dal 2017, quale ulteriore misura è stata prevista la pubblicazione sul sito dell'ASL in "Amministrazione Trasparente" di un report riepilogativo con l'indicazione dei dipendenti autorizzati a partecipare a eventi formativi esterni, del titolo dell'evento e del nominativo della ditta sponsor.

Il PNA 2022 per quanto concerne il conflitto d'interesse in materia di contratti pubblici richiama l'art. 42 comma 2 del D.Lgs. 50/2016 ed evidenzia cosa si intende per Stazione Appaltante rilevante ai fini dell'art. 42 predetto: le amministrazioni dello Stato / Enti pubblici territoriali / Enti pubblici non economici / organismi di diritto pubblico / Associazioni / Unioni / Consorzi; le Società a controllo, partecipazione pubblica, in house, gli Enti privati quando svolgono attività di Stazione Appaltante.

Con riferimento al personale evidenzia che la disciplina si applica a tutto il personale, che in base ad un valido titolo giuridico, legislativo, contrattuale sia in grado di impegnare l'Ente nei confronti di terzi a titolo esemplificativo: Direttori Generali / Capi Uffici / Capo Dipartimento/ prestatori di servizio a vario titolo coinvolti: progettisti esterni / Commissari di Gara (art. 77 D.Lgs. 50/2016) / collaudatori a prescindere dalla tipologia di contratto e quindi non solo al RUP.

La situazione di conflitto deve essere valutata anche con riferimento al subappalto ed al subappaltatore sia nella fase di gara che nella fase esecutiva, nei settori ordinari e speciali sia sopra soglia che sotto soglia.

L'art. 42 trova altresì applicazione negli affidamenti gestiti mediante albi del fornitore con particolare riferimento agli affidamenti diretti.

Rientrano nell'ambito oggettivo di applicazione dell'art. 42 anche i contratti pubblici ed i contratti attivi esclusi dal codice.

La principale misura per la gestione del conflitto d'interesse consiste nel sistema di dichiarazioni rese dai dipendenti e da soggetti esterni coinvolti nella procedura di gara. Il PNA 2022 propone due diverse ipotesi di attuazione del sistema delle dichiarazioni: a) per quanto concerne i contratti che utilizzano fondi PNRR e fondi Strutturali i soggetti coinvolti nella procedura di gara secondo ANAC dovrebbero fornire al Responsabile dell'ufficio di appartenenza ed al RUP un aggiornamento della dichiarazione resa a priori nel caso in cui emergano nel corso delle varie fasi dell'affidamento ipotesi di conflitto d'interesse non dichiarato; b) per i contratti che non utilizzano fondi PNRR e fondi Strutturali l'orientamento espresso da ANAC nelle Linee Guida 15/2019 prevede una dichiarazione solo al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico.

Resta fermo comunque l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola Gara da parte del RUP (Linee Guida n. 15/2019) e dei Commissari di Gara.

L'Azienda integrerà il modello operativo di dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse come da indicazioni del PNA 2022 (paragrafo 3.2).

Con deliberazione n. 287 del 29.03.2016 è stato approvato il Regolamento in materia di incompatibilità e criteri per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali. Le relative dichiarazioni rilasciate dai soggetti che richiedono l'osservanza delle disposizioni stabilite nel medesimo è oggetto delle periodiche verifiche a campione sui dipendenti effettuate dal competente Servizio Ispettivo.

Come da Regolamento aziendale sul funzionamento del Servizio Ispettivo, di cui alla deliberazione n. 1493 del 21.12.2018, all'oggetto "*Servizio Ispettivo: Approvazione del nuovo regolamento e variazione della composizione*" il medesimo nella composizione di cui alla deliberazione n. 882 del 03.09.2021, la cui composizione è stata rideterminata con deliberazione n. 399 del 12.05.2023, in data 24.04.2024 ha proceduto alla verifica del personale dipendente estratto mediante sorteggio elettronico in data 20.09.2023 afferente al Dipartimento Area Chirurgica e all'interno dello stesso la S.C. ORL Chivasso – Ivrea e la S.C. ORL Ciriè e ORL\_territoriale (solo ambito ospedaliero). Nella stessa data ha proceduto alla verifica del personale convenzionato estratto con sorteggio elettronico in data 29.09.2023 individuato nella Macro categorie dei Pediatri di libera scelta). Le verifiche si sono concluse e sono risultate regolari come da dichiarazione prot. n. 0122661 del 18.11.2024 conservata agli atti.

Nell'arco del 2023 il Direttore della S.C. Affari Istituzionali – Legali – CNU ha richiesto al Servizio Ispettivo una verifica su quanto dichiarato dagli Specialisti ambulatoriali, titolari di rapporto a tempo indeterminato, che hanno autocertificato di non aver svolto attività libero professionale nell'anno 2022 al fine di poter percepire l'indennità di cui all'art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale di categoria. Nel corso dell'anno 2024, a seguito di tale richiesta, di cui sopra, l'Agenzia delle Entrate territorialmente competente per ogni singolo professionista ha trasmesso la relativa documentazione, dalla cui analisi è emersa la necessità di ulteriori approfondimenti in merito ad uno Specialista.

Nella seduta dell'11.10.2024 il Servizio ispettivo sulla base del Programma annuale di lavoro come previsto dall'art. 5 del Regolamento ha individuato, con sorteggio informatizzato, il Dipartimento Materno infantile e le Strutture SS.CC: Ostetricia e Ginecologia Ciriè / Chivasso / Ivrea e la S.S. Percorso Nascita ed il relativo personale dipendente da sottoporre a controllo. Nella stessa seduta ha sorteggiato le Macro categorie del personale convenzionato da sottoporre a verifica, l'estrazione ha individuato gli Psicologi convenzionati.

Sia al personale dipendente sia al personale convenzionato è stata data comunicazione mediante Pubblico Avviso del giorno / orario e sede in cui si sarebbe estratto il campione del 5% del personale della Macro categoria e dei Dipartimenti da sottoporre a verifica. Il 28.11.2024 si è svolto il sorteggio predetto, le verifiche sono attualmente in corso.

#### **6.6) Inconferibilità ed incompatibilità incarichi Dirigenziali (D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39)**

Il D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 definisce "inconferibilità" come la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati 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;
- siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del decreto medesimo.

Per "incompatibilità" s'intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di

decadenza ed entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico 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. 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 considera incompatibili tra loro, in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto di lavoro (art.19 D.Lgs. 39/2013).

In attuazione della deliberazione CIVIT n. 58/2013 la norma è stata applicata oltre che agli incarichi amministrativi di vertice anche ai direttori di Struttura Complessa e Semplice a livello dipartimentale e con successiva delibera n. 149 del 22.12.2014 l'ANAC, alla luce della sentenza della III sezione del Consiglio di Stato n. 5583/2014, ha precisato che le sopracitate norme devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario.

Pertanto il Direttore S.C. Affari Istituzionali – Legali - CNU verifica le situazioni di incompatibilità limitatamente alle figure del Direttore Amministrativo e Sanitario, atteso che l'incarico di Direttore Generale viene conferito dalla Regione Piemonte.

#### **6.7) Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (PANTOUFLAGE – POST-EMPLOYMENT)**

La legge 190/2012 ha previsto una disciplina diretta a ridurre il rischio di situazioni di corruzione all'impiego del dipendente successivo alla cessazione dal rapporto di lavoro.

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

A questo riguardo la norma sopracitata prevede un effetto preventivo legato alla particolare rilevanza delle sanzioni previste in caso di loro inosservanza, visto che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti 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 ed accertati ad essa riferiti.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001, relativo alle misure per evitare potenziali conflitti di interesse e fenomeni di corruzione, nell'anno 2015 con deliberazione n. 241 del 10.03.2015 è stato adottato il modello "Patto di Integrità" in materia di contratti pubblici, da adottarsi nelle relative procedure, nel quale è specificata la condizione soggettiva di non aver concluso rapporti di lavoro subordinato o autonomo, o comunque di non aver attribuito incarichi a ex dipendenti dell'A.S.L. TO4, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per il triennio successivo alla cessazione dal rapporto di lavoro.

All'atto dell'assunzione di personale, nel relativo contratto individuale di lavoro è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla data di cessazione del rapporto di lavoro, nei confronti dei soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente stesso, nel qual caso si agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. n.165/2001.

Inoltre al momento della cessazione dal rapporto di lavoro, viene rilasciata ai dipendenti apposita informativa in cui viene evidenziato che qualora negli ultimi tre anni abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali, hanno l'obbligo di non svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro,

attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o contratti conclusi con il proprio apporto decisionale (art. 1 – comma 42 – lett. L, della L. 190/2012).

### **6.8) Formazione di Commissioni, Assegnazioni agli Uffici**

Ai sensi dell' art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 (come modificato dall'art. I , comma 46 , della L. 190/2012), coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a. non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b. non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c. non possono fare parte delle commissioni per lo 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.

Trattasi di misura che 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.

La situazione impeditiva viene meno ove, per il medesimo reato, venga pronunciata una sentenza di assoluzione, anche non definitiva.

La S.C. Amministrazione del Personale pertanto, all'adozione del provvedimento, verificherà l'insussistenza di precedenti penali mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante autocertificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art 46 del D.P.R. 445/2000 e ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013:

- a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- b) all'atto dell'assegnazione di dipendenti 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.

Si prevede che, anche per il triennio di riferimento, per dare concreta applicazione alla misura, sulle autocertificazioni acquisite le strutture interessate provvedano ad effettuare dei controlli a campione o, in caso di ragionevole dubbio, mirati.

### **6.9) Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito (WHISTLEBLOWER) (Misura di segnalazione e protezione)**

Una misura innovativa finalizzata a favorire la denuncia di condotte illecite è la tutela del dipendente che segnala situazioni di illecito, il cosiddetto whistleblower, prevista dall'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001, così come modificato dalla Legge n. 179 del 30 novembre 2017 e rivista alla luce del decreto legislativo n. 24 del 10 marzo 2023 e delle linee guida ANAC di cui alla delibera n. 311/2023.

Lo scopo della legge è infatti quello di tutelare l'attività di segnalazione di condotte illecite attraverso la garanzia dell'anonimato, la protezione nei confronti di misure discriminatorie o ritorsive incidenti nell'ambito del rapporto di lavoro.

Infatti il pubblico dipendente che denuncia condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere:

- sanzionato
- demansionato
- licenziato
- trasferito

- sottoposto ad una misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.

Inoltre al dipendente che effettua segnalazioni di illecito:

- sarà garantita la tutela dell'anonimato;
- la segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della Legge n. 241 del 7 agosto 1990 e s.m.i.

Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del Codice di procedura penale.

Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzata ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

Con deliberazione n. 951 del 04.12.2023 è stata approvata la nuova procedura per la segnalazione interna, esterna, divulgazione pubblica di una condotta illecita (whistleblowing).

La sopracitata procedura è stata inviata a tutti i Direttori/Responsabili, a tutto il personale dipendente, è stata pubblicata sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" alla voce Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione e sull'intranet aziendale.

Il sistema informatico automatico per la gestione delle segnalazioni si condotte illecite, è raggiungibile tramite il link <https://aslto4.pawhistleblowing.it/>.

Sul sito web istituzionale [www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it) nella sezione "Amministrazione Trasparente" alla voce Altri Contenuti – Corruzione oltre al link predetto è consultabile il Manuale Operativo Whistleblower per le segnalazioni di condotte illecite.

La stessa documentazione è reperibile sulla rete Intranet aziendale colonna "Link Utili".

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del codice civile e nelle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge, (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo) l'identità del whistleblower viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Pertanto, fatte salve le eccezioni di cui sopra, l'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo espresso consenso e tutti coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione delle segnalazioni sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione.

La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della Legge 7 agosto n. 241 e s.m.i.

La tutela della riservatezza del segnalante viene garantita anche nel momento in cui la segnalazione viene inoltrata a soggetti terzi.

Così come previsto dall'art. 54bis del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 (modificato dall'art. 1 della Legge n. 179 del 30 novembre 2017) l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla corte dei Conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria.

Il 25 dicembre 2024, tramite piattaforma whistleblowing, è pervenuta una segnalazione anonima che da una prima analisi non presenta elementi tali da sfociare nell'ambito della corruzione, è comunque in corso istruttoria.

## **6.10) Patti di integrità negli affidamenti**

Le stazioni appaltanti, ai sensi del comma 17 dell'art. 1 della legge 190/2012, possono prevedere nei bandi di gara che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.

In particolare 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) in caso di elusione.

Rappresenta una misura preventiva tesa ad evitare pratiche corruttive nel delicato settore dei contratti pubblici.

La legittimità di questa tipologia di misure è sancita anche dalla soppressa Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (AVCP) con determinazione 4/2012, 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 di estromissione dalla gara.

Specifico riferimento all'obbligo dei singoli fornitori ed appaltatori di aderire alle clausole etiche è esplicitamente previsto anche dall'art. 2 del Codice di Comportamento Aziendale.

Con deliberazione n. 241 del 10.03.2015 è stato approvato il modello "Patto di integrità", che deve essere inserito negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito, nonché nelle lettere di affidamento, di incarico e nei contratti senza procedura di gara.

Il mancato rispetto del medesimo comporta l'esclusione dalla gara e/o dal contratto, oltre le eventuali sanzioni di carattere patrimoniale stabilite dal Patto stesso.

Si è provveduto, con deliberazione n. 1276 del 01.12.2020 ad aggiornare il modello il modello "Patto di Integrità" di cui alla deliberazione predetta come da indicazioni delle Linee guida ANAC n. 15 art. 11 deliberate con provvedimento n. 494 del 5 giugno 2019.

## **6.11) Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile**

Al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione risulta importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza.

Fra le azioni di sensibilizzazione rientrano:

- a) fasi di consultazione pubblica per l'elaborazione e l'aggiornamento dei documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali sull'anticorruzione e trasparenza;
- b) acquisizione da parte dell'Ufficio Relazione con il Pubblico (U.R.P.) e dei "Punti di ascolto", quale rete organizzativa che operano come interfaccia comunicativa interno/esterno, delle segnalazioni di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi e corruzione;
- c) organizzazione della Giornata della Trasparenza.

Nel corso dell'anno 2024 sono state effettuate le seguenti azioni:

- è stato pubblicato dal giorno 15 novembre 2024 al 16 dicembre 2024 sul sito istituzionale dell'A.S.L. apposito avviso, inviato anche a tutti i portatori di interessi sia interni che esterni, per acquisire proposte e suggerimenti per l'aggiornamento del PTPCT, in modo da poter migliorare ogni politica aziendale in materia;
- raccolta da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico di reclami, segnalazioni e denunce che sono state analizzate per migliorare la qualità dei servizi erogati.

Nel corso del triennio di riferimento:

- saranno sempre oggetto di consultazione pubblica i documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali in tema di trasparenza ed integrità;

- proseguirà la raccolta da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico di reclami, segnalazioni e denunce che verranno analizzate per migliorare la qualità dei servizi erogati;
- proseguirà la raccolta delle segnalazioni di presunti illeciti e irregolarità effettuate dagli utenti e da tutti i cittadini tramite procedura whistleblowing.

#### **6.12) Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1618 del 18.11.2010 e successiva deliberazione n. 1064 del 23.12.2014 era stato approvato il Regolamento Aziendale in materia di procedimento amministrativo ed erano stati individuati i procedimenti amministrativi delle Strutture/Uffici dell'ASL TO4 ed i loro termini di conclusione.

L'art. 43 del D.Lgs. 97/2013 ha abrogato l'art. 24 del D.Lgs. 33/2013 che prevedeva l'obbligo di pubblicare su "Amministrazione Trasparente" i risultati dei monitoraggi periodici sul rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti.

Permane tuttavia l'obbligo del monitoraggio periodico del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsto dall'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012, che ha l'obiettivo di evidenziare eventuali omissioni o ritardi, che possono essere sintomi di fenomeni corruttivi, e di consentire la tempestiva adozione di adeguate iniziative in caso di scostamenti.

In seguito alla completa attuazione dell'organigramma aziendale con la soppressione di alcuni Dipartimenti e Strutture e con la conseguente piena attribuzione di nuove competenze e responsabilità, si è proceduto, con deliberazione n. 1038 del 04/10/2017 ad un aggiornamento del Regolamento Aziendale in materia di procedimento amministrativo ed aggiornamento dei termini fissati per la conclusione dello stesso.

Con deliberazione n. 149 del 06.02.2019 a seguito delle modifiche apportate all'Atto Aziendale dell'ASL TO4 approvato con deliberazione n. 902 del 19.10.2015, ed a seguito di quiescenza di diversi operatori è stata richiesta a tutti i Direttori /Responsabili di Strutture Complesse e Strutture Semplici di rivedere i procedimenti amministrativi, deliberati con provvedimento n. 1038 del 04.10.2017, nonché i relativi termini di conclusione andando ad aggiornare la pubblicazione degli stessi sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

#### **6.13) Misure di regolamentazione**

L'attività di regolamentazione, favorendo il consolidamento di buone prassi interne, indicando le procedure cui attenersi nello svolgimento della propria attività di competenza, riduce gli ambiti di discrezionalità e contribuisce, pertanto, alla riduzione dei possibili rischi di natura corruttiva. I Regolamenti aziendali sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda al link <https://www.aslto4.piemonte.it/regolamenti-asl>

### **7. Misure ulteriori per la riduzione del rischio**

Al fine di ridurre il rischio di corruzione vengono individuate ulteriori possibili procedure per la riduzione del rischio di corruzione:

- a) predisposizione di schede di verifica e/o acquisizione di relazione annuale sulla puntuale osservazione dei regolamenti aziendali e sull'attuazione delle misure già individuate;
- b) acquisizione di report semestrali relativi agli affidamenti diretti e delle procedure negoziate suddivisi per tipologia di procedura adottata, con le motivazioni che hanno fatto preferire i sopracitati metodi, le ditte affidatarie e l'indicazione dei relativi importi;
- c) acquisizione di report semestrali relativi alle proroghe/prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l'originario termine di scadenza e dei contratti affidati in via d'urgenza, con indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga/prosecuzione, dell'oggetto e importo della proroga/prosecuzione e delle ragioni del mancato espletamento delle relative procedure di gara;
- d) verifica semestrale da parte dell'Ufficio Libera Professione della congruità tra le agende di prenotazione e l'erogazione /fatturazione delle prestazioni, sui volumi di attività delle prestazioni in libera professione

con riferimento al volume svolto in attività istituzionale e segnalazione delle eventuali anomalie.

L'evidenza delle verifiche effettuate avviene tramite i verbali delle riunioni dell'Organismo paritetico di Promozione e Verifica come da nuovo Regolamento ALPI approvato con delibera n. 682 del 24.09.2024.

Al fine di promuovere maggiori livelli di trasparenza, si prevede la prosecuzione della pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" dei seguenti atti:

- a) report riepilogativo con indicazione dei dipendenti autorizzati a partecipare a eventi formativi esterni, del titolo dell'evento e del nominativo della ditta sponsor;
- b) atti di nomina delle commissioni esaminatrici, nonché dei verbali relativi ai concorsi pubblici per la selezione del personale;
- c) report riepilogativo relativo alle tecnologie sanitarie in comodato d'uso/valutazione "in prova", con l'indicazione della durata, del valore economico della tecnologia e degli eventuali costi sostenuti dall'Azienda correlati all'utilizzo della tecnologia di cui trattasi;
- d) report riepilogativo sulle sperimentazioni autorizzate;
- e) report riepilogativo sui procedimenti disciplinari attivati nei confronti del personale dipendente (comparto e dirigenza) e delle sanzioni erogate;
- f) report trimestrali sui reclami pervenuti, suddivisi per Area di Servizi interessata;
- g) report relativo alle donazioni ricevute;
- h) report relativo ai procedimenti disciplinari e loro conclusione;
- i) report relativo ai servizi svolti dalle imprese funebri presso i PP.OO. aziendali.

### **7.1) Monitoraggio sull'attuazione e sulla idoneità delle Misure di Prevenzione**

Il monitoraggio rappresenta una fase del processo di gestione del rischio importante, è parte integrante del processo di gestione del rischio, poiché solo attraverso la verifica della corretta attuazione delle misure è possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione. Inoltre le misure di monitoraggio e vigilanza sull'efficacia del Piano non riguardano soltanto le attività di semplice controllo sulla sua attuazione, ma hanno anche il fine di far emergere eventuali nuovi rischi, identificare processi organizzativi non precedentemente mappati e per prevederne di nuovi per l'analisi e ponderazione del rischio.

Il monitoraggio si distingue in tre livelli.

#### Monitoraggio di 1° livello

espletato dal Servizio interessato dall'area di rischio e dal processo con la cadenza indicata nella tabella 3 allegata tramite la predisposizione di reports e schede di auto-controllo (con differenti cadenze a seconda del contenuto analizzato) da parte di ogni singola Struttura al fine di monitorare lo stato di avanzamento e di attuazione delle misure contenute nel PTPCT;

Il controllo di 1° livello effettuato da parte di ciascun Direttori/Responsabili attesta le misure attuate, in modo da consentire il monitoraggio sullo stato di avanzamento di attuazione delle misure contenute nel piano e gli interventi di implementazione del nuovo piano.

#### Monitoraggio di 2° livello

viene attuato dal R.P.C.T. che verifica quanto attestato a seguito del monitoraggio di 1° livello richiedendo integrazioni o specifiche nel caso di mancata o carente attuazione della misura nonché la predisposizione da parte del Responsabile di una relazione annuale, secondo lo schema e la tempistica comunicate dall'ANAC che riporta il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal Piano. La relazione annuale è trasmessa alla Direzione aziendale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione, ed è pubblicata sul sito web aziendale.

Il R.P.C.T. si avvale anche del Gruppo Audit per l'effettuazione delle verifiche sui processi / attività maggiormente a rischio; 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 la procedura del whistleblowing aggiornata come da D.Lgs. 24/2023 con deliberazione n. 951 del 04.12.2023 o tramite segnalazioni o reclami.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1246 del 14.12.2016 è stato costituito un gruppo di lavoro sulla conduzione di Audit coordinato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, individuato con lo scopo di svolgere un'attività di auditing a campione, avente ad oggetto i processi individuati nel Piano, esaminando la conformità delle attività svolte alla specifica normativa di riferimento ed ai regolamenti/procedure/prassi in uso esistenti. Con deliberazione del Direttore Generale n. 689 del 25.05.2018 è stata individuata la nuova composizione del predetto gruppo di lavoro, a seguito della cessazione dall'incarico di RPCT della dott.ssa Giovanna Robiglio con contestuale nomina del RPCT nella persona della dott.ssa Celestina Galetto.

Il gruppo di lavoro nell'anno 2024 ha provveduto ad effettuare degli Audit relativi al processo "Realizzazione di investimenti pubblici finanziati con risorse PNRR" gestiti dalle sottoelencate Strutture/Uffici:

- S.C. Tecnico Patrimoniale;
- S.C. Sistemi Informativi e Ufficio Flussi .

Copia dei relativi rapporti di Audit sono stati trasmessi, per quanto di competenza, al Direttore Amministrativo.

#### Monitoraggio di 3° livello

è quello posto in essere da un soggetto esterno all'Azienda, può essere periodico o comunicato dall'Ente che lo mette in atto ( ANAC – Procura ecc.).

#### **8. Rapporti con società ed enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni.**

Come previsto dalle norme vigenti in materia le società e gli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni devono prevedere idonee misure per prevenire e ridurre i rischi di corruzione e di illegalità.

Qualora le società e gli enti abbiano già adottato modelli di organizzazione e gestione del rischio sulla base del D.Lgs. 231/2001, possono fare perno su di essi, ma estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la pubblica amministrazione previsti dalla L. 231/2001, ma anche a tutti quelli considerati nella L. 190/2012, dal lato attivo e passivo, anche in relazione al tipo di attività svolto dall'ente.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione già con la precedente determinazione n. 8 del 17.06.2015 aveva approvato *"Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici"*.

Successivamente, essendosi modificato il quadro normativo con l'intervento del D.Lgs. 97/2016 recante *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*, insieme al D.Lgs. 175/2016 *"Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica"*, così come modificato dal D.Lgs. 100/2017, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha emanato la delibera n. 1134 dell'08.11.2017 di approvazione di nuove linee guida in sostituzione di quelle di cui alla determinazione n. 8/2015.

Dalle sopracitate linee guida derivano anche adempimenti per le amministrazioni controllanti, partecipanti o vigilanti.

Per quanto riguarda gli adempimenti di trasparenza previsti dall'art. 22 del D.Lgs 33/2013 l'A.S.L. TO4 pubblica sul proprio sito nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Enti controllati" i dati relativi alle società partecipate.

Per quanto riguarda gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione posti in essere dagli organismi partecipati l'A.S.L. TO4 ha provveduto, con nota Pec n. 0122344 del 18.11.2024, a richiedere agli stessi idoneo resoconto sugli adempimenti attuati in coerenza con le indicazioni di cui alla delibera A.N.A.C.

n. 1134 dell'08.11.2017; S.A.A.P.A. Spa con PEC del 08.01.2025 acquisita al protocollo aziendale n. 0001666 ha dato riscontro a quanto richiesto.

Anche nell'anno 2025 si provvederà con la richiesta del resoconto predetto.

### 2.3.2 SEZIONE TRASPARENZA 2025 – 2027

La trasparenza nei confronti dei cittadini e della collettività rappresenta lo strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento della Pubblica Amministrazione, favorendo un controllo sull'attività pubblica attraverso la conoscenza dei servizi resi dall'amministrazione, delle loro caratteristiche e delle modalità di erogazione.

La trasparenza è definita nell'art. 11 del D.Lgs. n. 150/2009 come *“accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”*.

Infatti, come anche ribadito nel PNA 2016, la trasparenza è concepita come il principio fondamentale per ottenere la fiducia pubblica e per assicurare l'accountability delle attività.

L'apertura verso il pubblico può aiutare a rispondere all'esigenza di informazione della società civile e a ridurre in questo modo possibili tensioni, oltre a coinvolgere i cittadini in una forma di controllo diffuso.

Il rispetto pieno e diffuso degli obblighi di trasparenza è anche un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione, rende visibili i rischi di cattivo funzionamento, facilita la diffusione delle informazioni, delle conoscenze e consente la comparazione fra le diverse esperienze amministrative.

Le numerose disposizioni legislative in materia di obblighi di informazione, trasparenza e pubblicità da parte delle pubbliche amministrazioni, susseguitesi nel tempo, sono state riordinate, in un unico corpo normativo, dal D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, predisposto in attuazione dei principi e criteri di delega di cui all'art. 1, c. 35, della legge n. 190/2012 in materia di anticorruzione, il quale dispone che sul sito istituzionale sia resa accessibile e facilmente consultabile una sezione apposita, denominata *“Amministrazione Trasparente”*, nella quale vanno pubblicati documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività della pubblica amministrazione.

Il PNA 2022 deliberato con deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 con l'allegato 9 ha sostituito gli obblighi di pubblicazione elencati per la sottosezione della Trasparenza *“Bandi di Gara e Contratti”* dell'allegato 1) alla deliberazione ANAC n. 1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera ANAC n. 1134/2017.

Il PNA Aggiornamento 2023 deliberato con deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 36/2023 ha distinto regimi di pubblicazione dei dati che possono essere ripartiti nelle seguenti fattispecie:

- a. Contratti con Bandi e Avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023 (pubblicazione nella sezione *“Amministrazione Trasparente”* sotto sezione *“Bandi di Gara e Contratti”* secondo le indicazioni ANAC di cui all'allegato n. 9 al PNA 2022);
- b. Contratti con Bandi e Avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023 (assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con delibera n. 582 del 13 dicembre 2023);
- c. Contratti con Bandi e Avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024 (pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in *“Amministrazione Trasparente”* secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli art. 19 e ss. gg. ed alle delibere ANAC n.261/2023 e n. 264/2023 e relativo allegato 1 e successivi aggiornamenti).

Resta ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo ReGiS descritta nella parte speciale del PNA 2022.

Alla luce delle integrazioni apportate alla Trasparenza dei Contratti Pubblici dai PNA sopra citati è stato chiesto alle Strutture interessate di apportare modifiche al sito della Trasparenza aziendale al fine di dare attuazione agli obblighi di pubblicazione.

L'ANAC con deliberazione n. 495 del 25 settembre 2024, depositata presso la segreteria del Consiglio in data 07.09.2024 e pubblicata sul sito in data 19.11.2024, ha approvato tre schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del D.Lgs. 33/2013 ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto ed ha messo a disposizione ulteriori schemi, concedendo alle Amministrazioni/Enti un periodo transitorio di 12 mesi per procedere all'aggiornamento delle sezioni "Amministrazione Trasparente" rispetto ai predetti schemi. Il RPCT con nota prot. n. 129511 del 05.12.2024 ha comunicato quanto predetto ai Servizi che si occupano dell'aggiornamento del sito "Amministrazione Trasparente", chiedendo di provvedere in merito per quanto di loro competenza.

In questo modo, attraverso la pubblicazione on-line, si offre la possibilità agli stakeholder di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati, con il fine di sollecitarne ed agevolare la partecipazione ed il coinvolgimento.

La verifica periodica sulle pubblicazioni, effettuata in modo continuo ed aperto sia dagli operatori istituzionali preposti e sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder.

(Allegati 10 – 11 – 12).

## **1. Obiettivi strategici in materia di trasparenza**

Gli obiettivi strategici relativi alla trasparenza sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sulle attività dell'amministrazione.

Vengono pertanto individuati in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale;
- favorire un rapporto diretto tra l'amministrazione ed il cittadino anche mediante la pubblicazione di report riepilogativi riguardanti alcune attività nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Dati Ulteriori".

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza integrano la programmazione strategica del Piano della Performance e si traducono in obiettivi operativi, finalizzati all'attuazione del principio della trasparenza, da assegnare alle varie Strutture aziendali.

## **2. Responsabili/Referenti della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati**

La delibera ANAC n. 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", nel relativo allegato effettua e sostituisce la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dal D.Lgs. 33/2013, contenuta nell'allegato 1 della delibera 50/2013.

Il PNA 2022 deliberato con deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 con l'allegato 9 ha sostituito gli obblighi elencati per la sottosezione della Trasparenza "Bandi di Gara e Contratti" dell'allegato 1) alla deliberazione ANAC n.1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera ANAC n. 1134/2017.

Il PNA Aggiornamento 2023 deliberato con deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12 gennaio 2024, per quanto concerne la Trasparenza dei contratti pubblici a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 36/2023 che ha acquistato efficacia dal 1° luglio 2023 ha previsto distinti

regimi di pubblicazioni di dati, come da tabella allegata alla sezione Trasparenza (Allegato 14).

Nella Tabella allegata alla presente sezione Trasparenza (Allegato 13) vengono, pertanto, individuati i soggetti responsabili e le categorie di dati da pubblicare nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'ASLTO4 ([www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)), ed è definito, per ciascun obbligo, il programma operativo da attuare.

Il Responsabile/Referente di ciascuna Struttura/Ufficio ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione, prestando sempre attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

I Responsabili/Referenti di ciascuna Struttura/Ufficio assumono pertanto il ruolo di Referenti aziendali per la trasparenza ed in quanto tali sono responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti mediante:

- comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative, inviate principalmente con posta elettronica;
- organizzazione di gruppi di lavoro tematici;
- qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

### **3. Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza**

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) sia da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

A tal fine il Responsabile citato provvede a:

- a) monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempimenti di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;
- b) supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- c) predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.

Provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione (A.N.A.C.); i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione tiene, inoltre, conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del Programma ai fini della misurazione e valutazione della performance dei Dirigenti delle strutture medesime.

L'Organismo Indipendente di Valutazione dell'A.S.L. TO4 ha attestato positivamente l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti ai sensi dell'art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009 e da ANAC con deliberazione n. 1310/2016 e n. 141/2019, ed integrati dal PNA 2022.

Al fine dell'effettivo utilizzo dei dati pubblicati da parte degli utenti, viene pubblicato semestralmente un report di rilevazione, predisposto dalla S.C. Sistemi Informativi e Ufficio Flussi, indicante il numero di accessi al sito web aziendale ed il numero di contatti alla sezione "Amministrazione Trasparente".

#### **4. Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'Accesso Civico**

L'istituto dell'Accesso Civico rappresenta una delle principali novità della recente normativa in materia di trasparenza.

Tale istituto è stato notevolmente potenziato a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 97/2016.

L'accesso civico nella versione originaria rappresentava il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, laddove abbiano omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

Il nuovo testo dell'art. 5 del D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 97/2016 estende l'ambito di applicazione dell'accesso civico, c.d. accesso civico generalizzato: in particolare i commi 2 e 3 del sopracitato articolo sanciscono il diritto di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

L'elenco di questi ultimi, che giustificano il diniego di accesso civico, è indicato nell'art. 5 bis del nuovo testo del D.Lgs. 33/2013.

Pertanto l'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice", che rimane circoscritto alla richiesta di documenti, informazioni o dati dei quali è stata omessa la pubblicazione.

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dall'accesso ai documenti amministrativi previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990, c.d. "accesso documentale", ovvero il diritto di accesso ai documenti amministrativi da parte dei soggetti titolari di un interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso.

L'accesso generalizzato quindi, a differenza del diritto di accesso documentale, è un diritto che può essere esercitato da chiunque, è gratuito e non necessita di motivazione.

Per assicurare l'efficacia del diritto relativo all'accesso civico semplice e generalizzato, nella sezione "Amministrazione Trasparente" (sotto la voce Altri Contenuti – Accesso Civico), sono stati pubblicati un vademecum informativo sull'esercizio del diritto con la relativa modulistica utilizzabile, nonché il titolare del potere sostitutivo.

Con la delibera n. 1309 del 28/12/2016 l'Autorità Nazionale Anticorruzione, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali, ha adottato apposite "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co.2 del D.Lgs. 33/2013".

Alla luce del disposto delle suddette linee guida con deliberazione n. 1027 del 04.10.2017 è stato approvato il "Regolamento in materia di diritto di accesso ai documenti, dati ed informazioni detenuti dall'ASL TO4", il quale regola le modalità di esercizio e le cause di esclusione del diritto di accesso alle informazioni detenute dall'ASL, fornendo un quadro organico e coordinato delle tre tipologie di accesso (documentale di cui alla L. 241/90, accesso civico "semplice" connesso agli obblighi di pubblicazione ed accesso generalizzato), con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza e di evitare comportamenti disomogenei tra i vari uffici dell'Azienda.

## SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3.1.1. LINEE STRATEGICHE PER L'ORGANIZZAZIONE

L'Atto Aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'A.S.L. TO4 disciplina principi e criteri della propria organizzazione e dei propri meccanismi di funzionamento.

L'Atto Aziendale è strumento dinamico di descrizione e tutela dei diritti di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti dall'azione aziendale ed è espressione del principio dell'autonomia organizzativa e gestionale dell'Azienda, a sostegno della sua missione. Nello specifico nell'atto aziendale vengono delineate le linee strategiche in materia di struttura organizzativa:

- ✓ Razionalizzazione dell'articolazione organizzativa definendo in modo chiaro le funzioni ed i ruoli delle direzioni e delle strutture aziendali;
- ✓ Adeguamento dinamico della struttura organizzativa ai fabbisogni ed esigenze correlate al contesto esterno ( es. PNRR), alle situazioni emergenziali, agli obiettivi strategici ed al valore pubblico che si vuole perseguire;
- ✓ Snellimento e ottimizzazione dei processi decisionali anche in una logica di governance interna ed esterna;
- ✓ Razionalizzazione delle competenze assegnate alle strutture di vario livello al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni di attività;
- ✓ Maggiore integrazione tra le diverse articolazioni organizzative in una logica orizzontale anziché esclusivamente verticale;
- ✓ Sviluppo di logiche e spazi organizzativi per incentivare la cooperazione e la responsabilizzazione del personale.

### 3.1.2. ORGANIGRAMMA

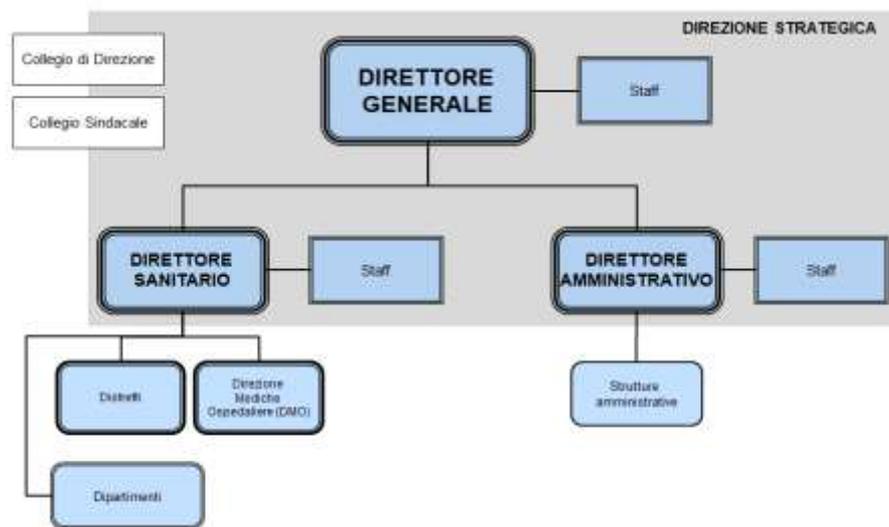
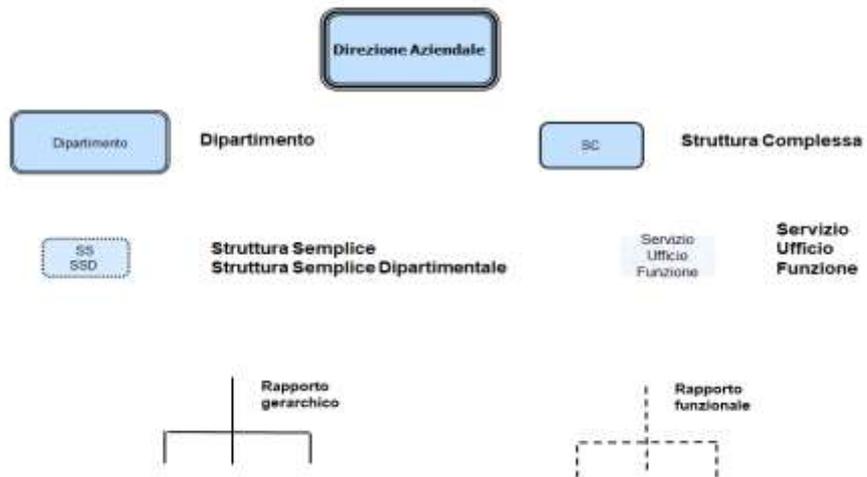
Con deliberazione n. 902, del 19/10/2015 è stato approvato l'Atto Aziendale dell'A.S.L. TO4, successivamente modificato a seguito delle prescrizioni formulate dalla Regione Piemonte con la D.G.R. n. 32-2200, del 05/10/2015 con delibera n. 798, del 21/09/2015;

Negli anni si sono susseguite diverse deliberazioni con le quali sono state apportate delle modifiche e per ultima la deliberazione n. 940, del 04/10/2021, con la quale l'Atto Aziendale è stato modificato in relazione all'istituzione all'interno del Dipartimento di Emergenza di due ulteriori Strutture Complesse Me.C.A.U., una sul Presidio di Cirié-Lanzo ed una sul Presidio di Ivrea-Cuorné, in sostituzione della S.S. Medicina e Chirurgia d'Urgenza Cirié-Lanzo e Medicina e Chirurgia d'Urgenza Ivrea, recepita dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 10-4035, del 05/11/2021, nonché la successiva deliberazione n. 307, del 01/04/2022 di presa d'atto della citata D.G.R.

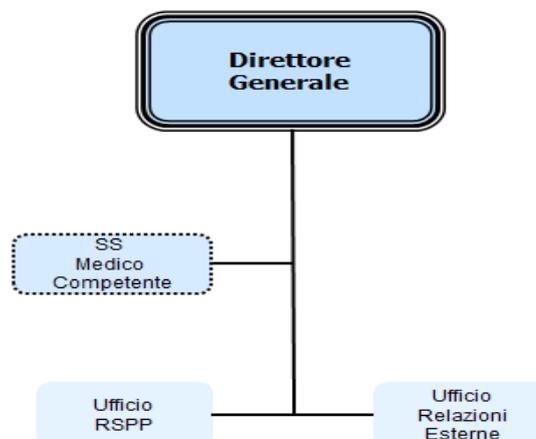
Da ultimo, l'atto aziendale è stato modificato con la deliberazione n. 912 del 20/12/2024 e n. 929 del 23/12/2024, con l'individuazione di una nuova struttura semplice all'interno della S.C. Cardiologia di Ivrea denominata "Interventistica cardiovascolare ed extra" al fine di garantire la più appropriata presa in carico dei pazienti in emergenza cardiologica. Tale modifica è in attesa dell'approvazione da parte della Regione.

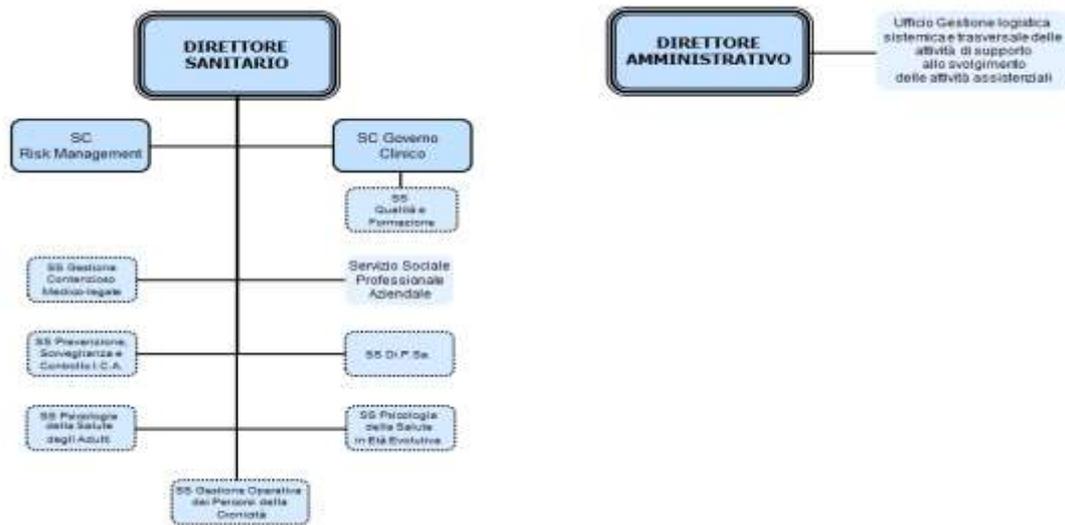
Attualmente le strutture dell'ASL TO4 sono le seguenti:

Legenda:

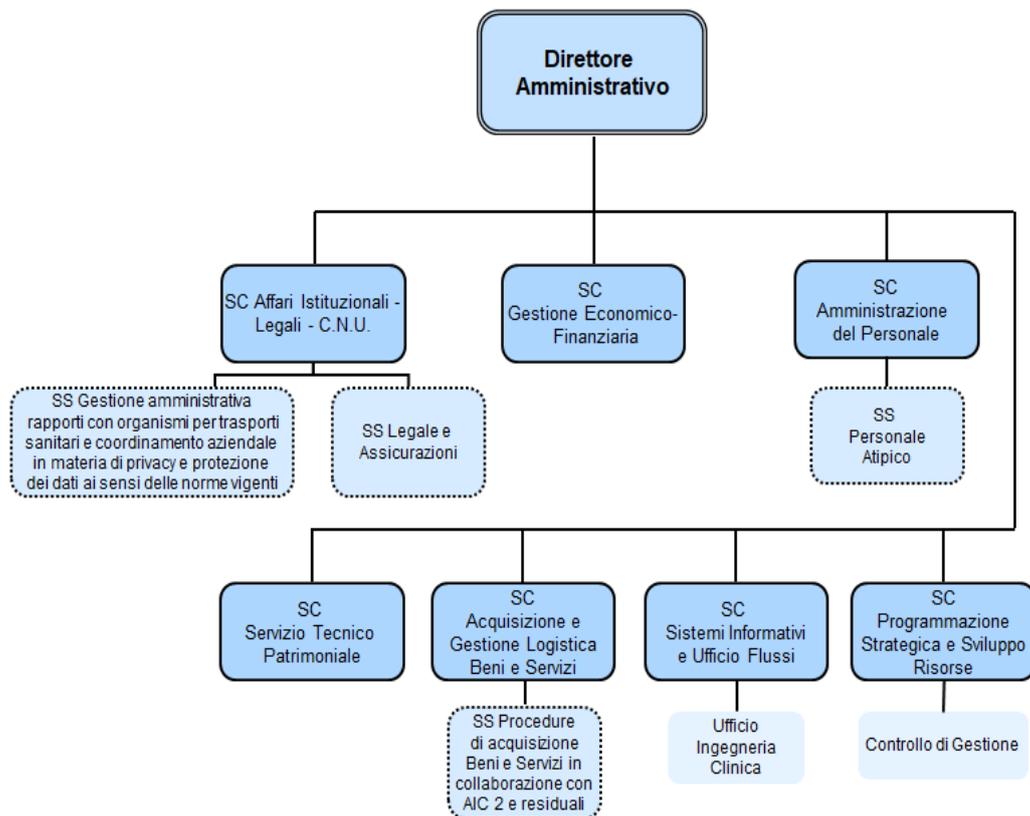


- Area Staff

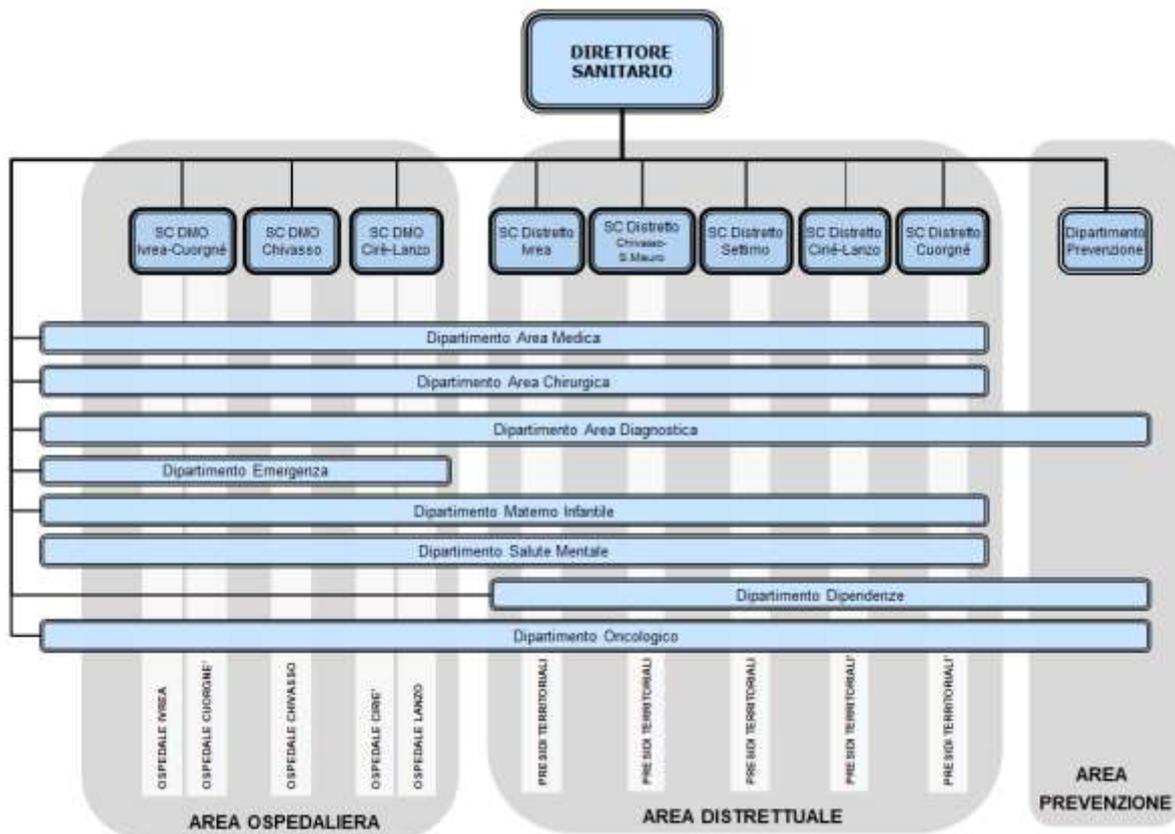


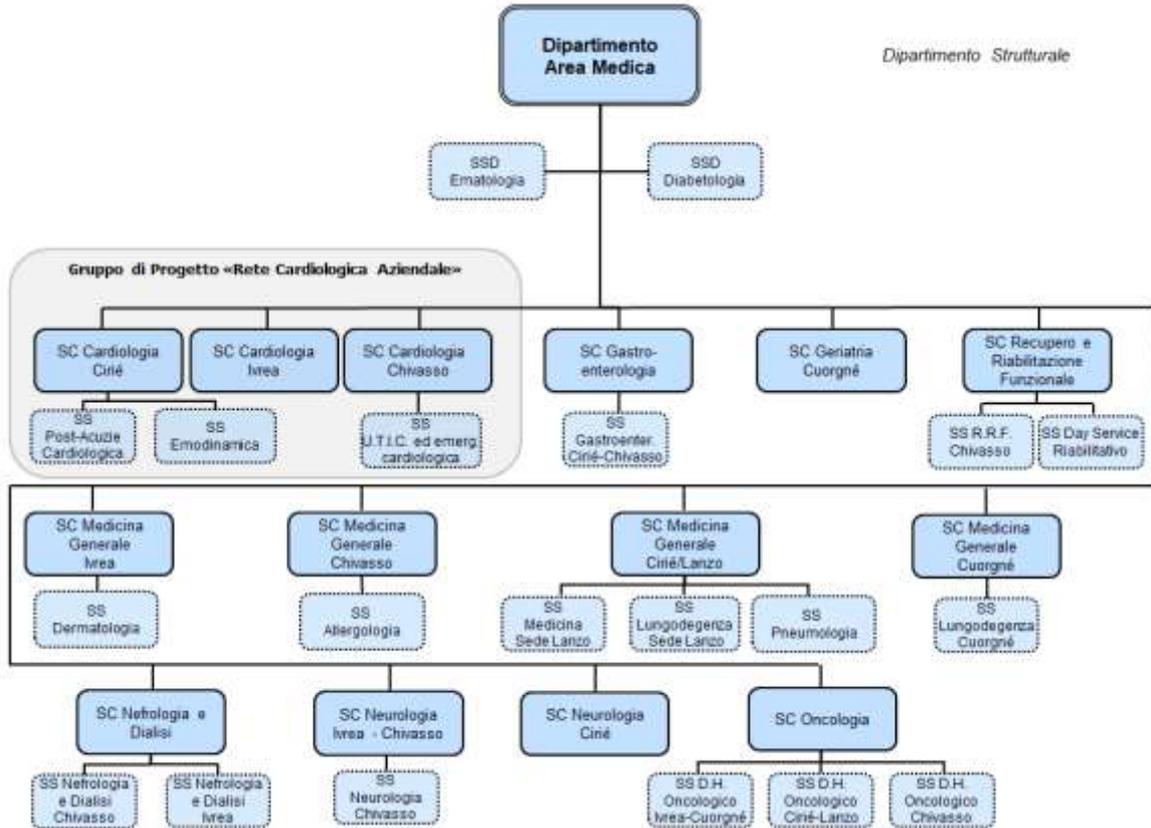
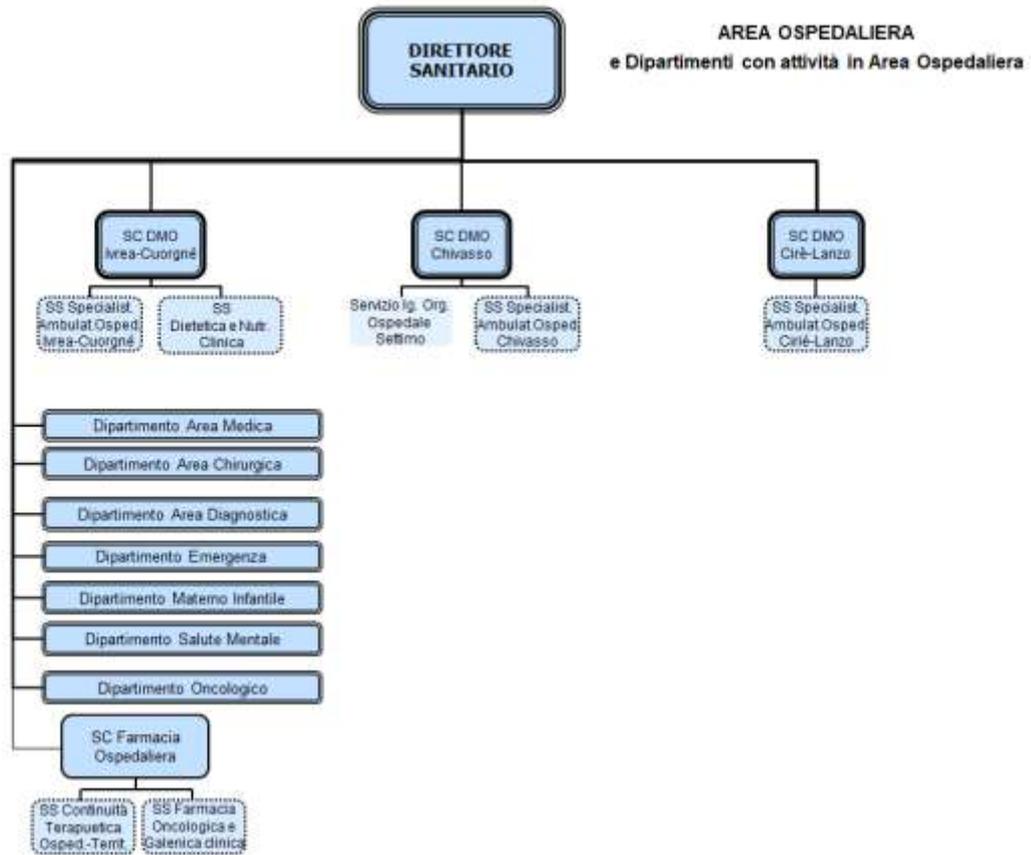


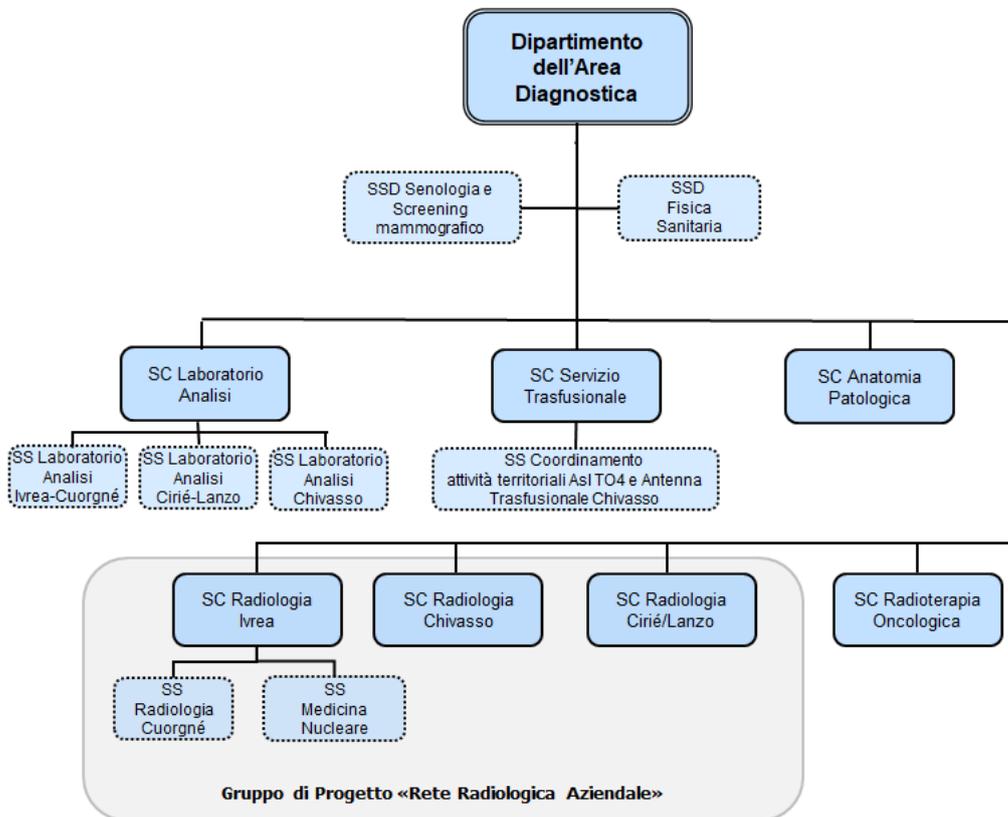
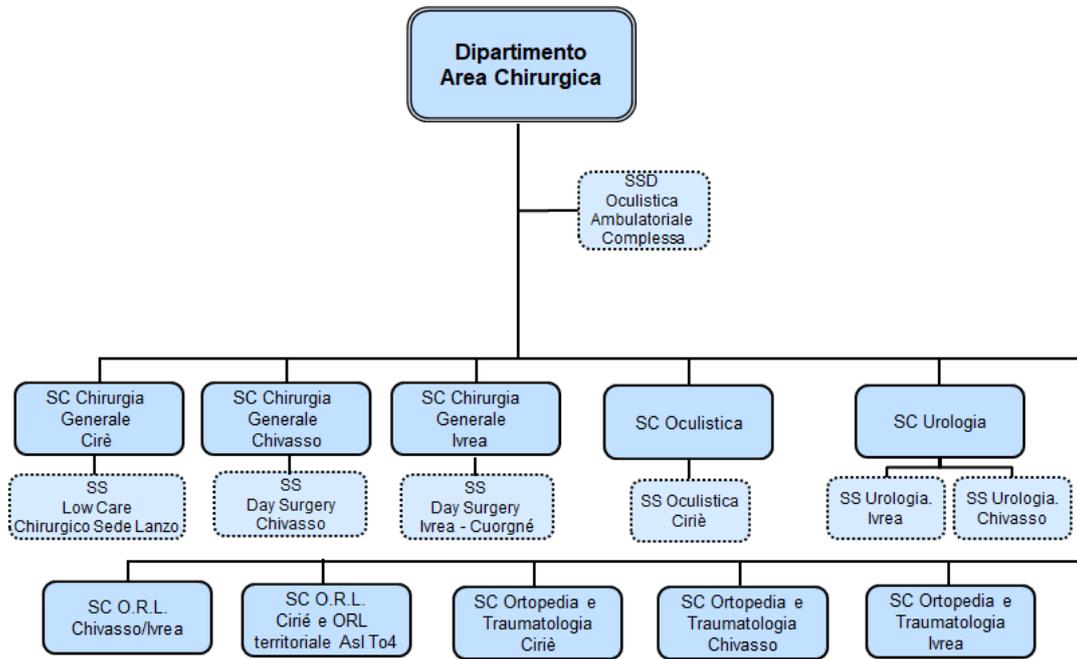
- Area Amministrativa

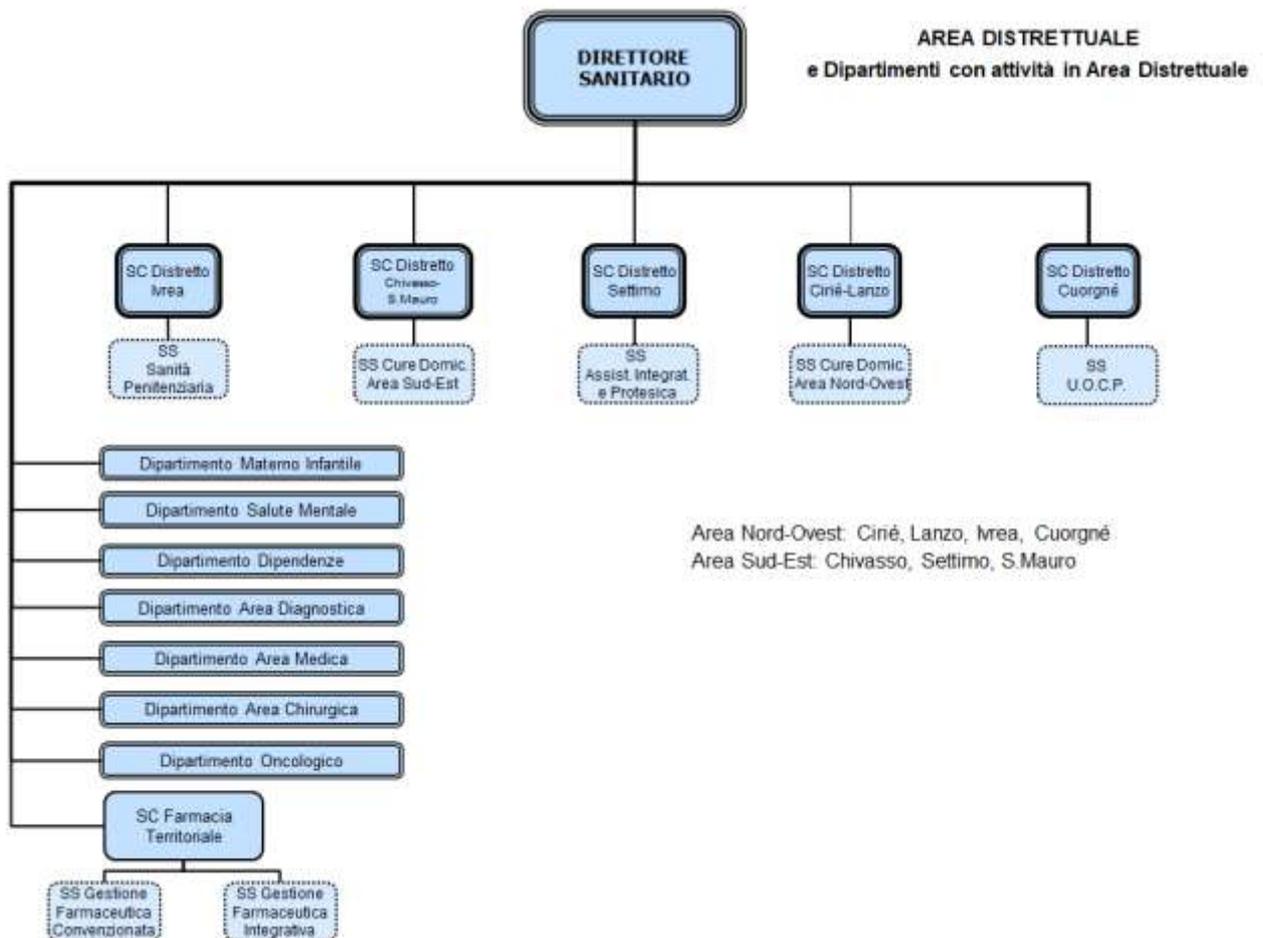
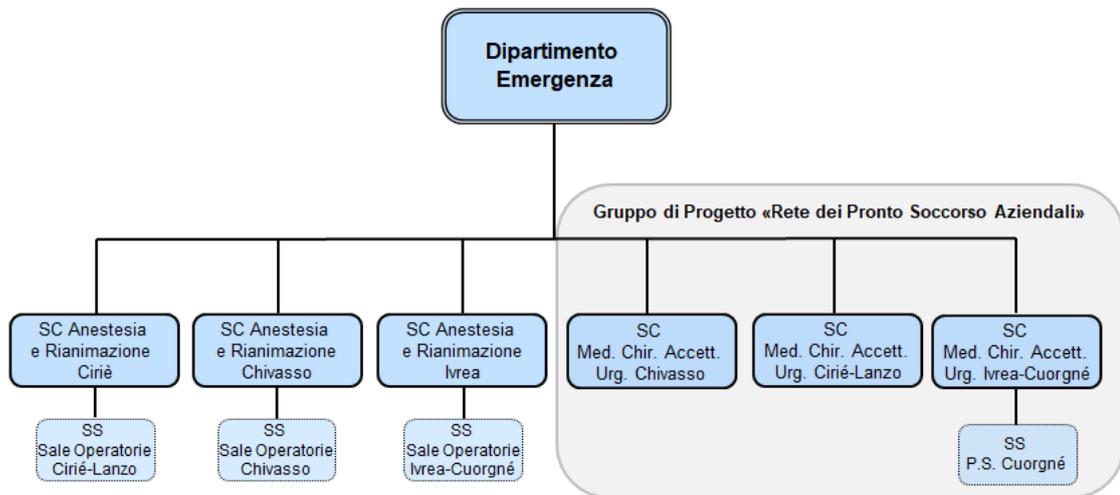


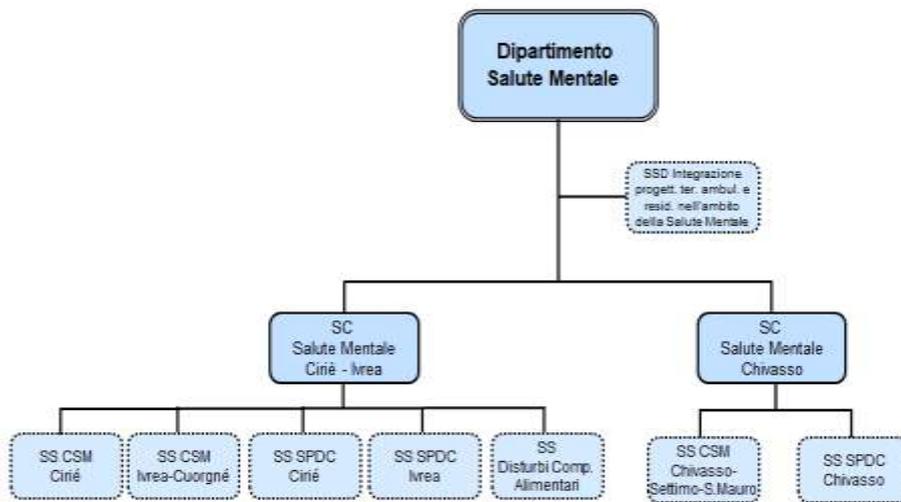
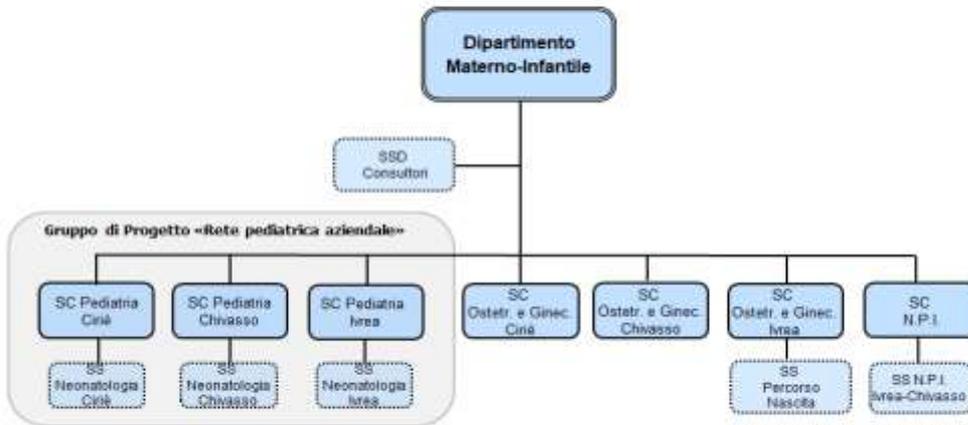
- Area Sanitaria

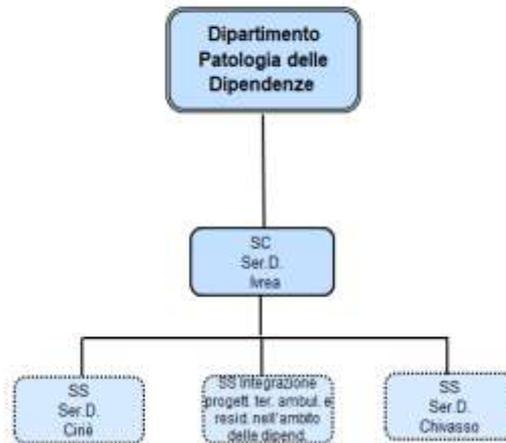




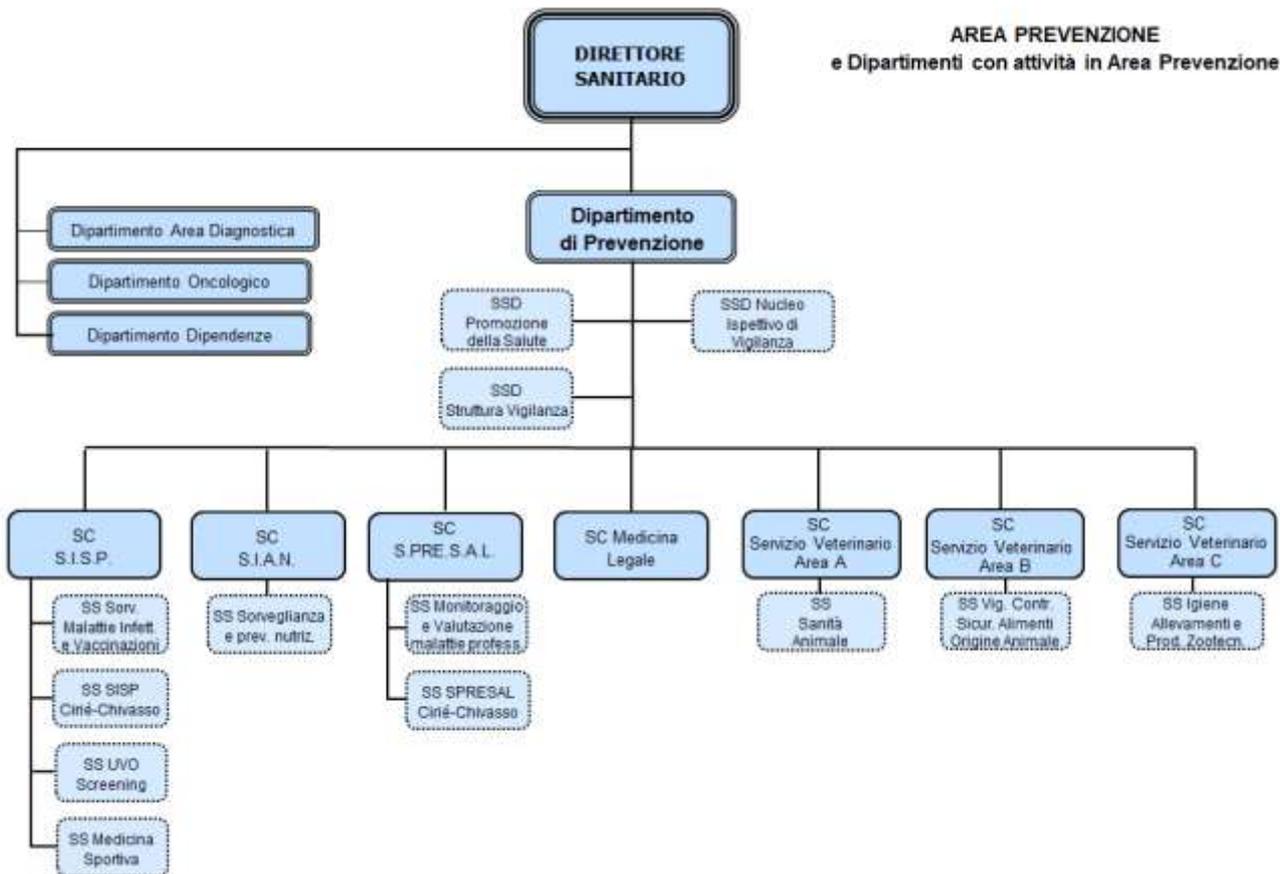


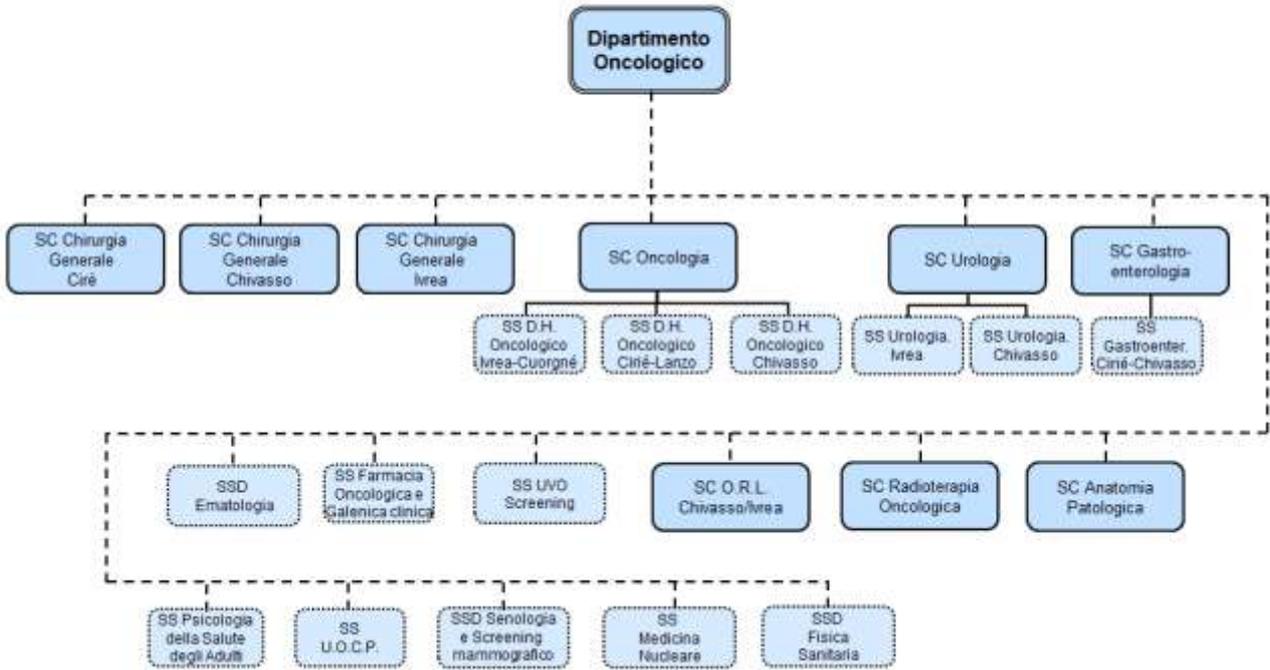






**AREA PREVENZIONE**  
e Dipartimenti con attività in Area Prevenzione





## 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### 1 Principi generali

L'utilizzo del lavoro agile nelle Pubbliche Amministrazioni è stato progressivamente ampliato, evidenziandone il potenziale nel conciliare la tutela della salute dei lavoratori con la continuità delle attività lavorative. Questa modalità si basa su un approccio orientato agli obiettivi, favorendo l'autonomia e una gestione flessibile delle attività, capace di mantenere elevati livelli di efficienza.

Previsto inizialmente come misura straordinaria dal D.L. n. 6/2020, nell'ambito delle attività considerate a rischio anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla L. n. 81 del 22.05.2017, successivamente è stato normato dal D.L. n. 18/2020, convertito nella L. n. 27/2020, il cui art. 87 ha individuato il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa per tutte le Pubbliche Amministrazioni *"fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-2019"*.

Con il D.P.C.M. del 23.09.2021 è stato disposto il ritorno alla modalità ordinaria di lavoro in presenza per le Pubbliche Amministrazioni a partire dal 15 ottobre 2021, garantendo comunque il rispetto delle misure sanitarie per la tutela della salute. Successivamente, il D.P.C.M. dell'8.10.2021 ha definito le condizioni organizzative e individuali necessarie per l'adozione del lavoro agile, assicurando efficienza e qualità nei servizi offerti ai cittadini. La Circolare del 5 gennaio 2022, firmata congiuntamente dai Ministri competenti, ha ulteriormente promosso l'uso della flessibilità lavorativa, adattandola alle esigenze organizzative delle amministrazioni e dei dipendenti. Da ultimo la Direttiva del 29 dicembre 2023 del Ministro della Pubblica Amministrazione, ha sottolineato che il lavoro agile nel pubblico impiego debba essere regolato attraverso accordi individuali, dettagliando obiettivi e modalità specifiche per ciascun lavoratore. Inoltre, ha evidenziato che, con il superamento della contingenza pandemica e grazie alla consolidata disciplina contrattuale, nonché alla padronanza dello strumento del lavoro agile da parte delle amministrazioni, non è più necessaria l'obbligatorietà di questa modalità lavorativa per i cosiddetti lavoratori "fragili" per i quali viene in ogni caso prevista la possibilità di richiederlo derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

Pertanto, il ricorso al lavoro agile, seppur inizialmente sviluppatosi per questioni di natura emergenziale, può aprire la strada a concetti innovativi nell'ottica di un lavoro sempre più svincolato da una sede fisica di lavoro e da orari definiti ma non per questo meno professionale ed efficiente. Anzi, tale flessibilità, se ben organizzata, potrà essere in grado di migliorare la produttività attraverso l'incremento di autonomia, responsabilità nonché soddisfazione dei dipendenti.

Il presente Regolamento è rivolto sia al personale del Comparto, recependo quanto disposto dal CCNL del 02/11/2022, triennio 2019-2021, sia alla Dirigenza dell'Area Sanità recependo quanto disposto dal CCNL del 24/01/2024, triennio 2019-2021, nonché alla Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa, recependo quanto disposto dal CCNL del 16/07/2024, triennio 2019-2021.

### 2 Normativa di riferimento

Le principali disposizioni in materia di lavoro agile sono le seguenti:

- ✓ Art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante *"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* e, in particolare, il comma 3, secondo cui *"Con direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 del presente articolo e linee guida contenenti regole inerenti l'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dipendenti"*;
- ✓ Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante Linee Guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti;

- ✓ L. 22 maggio 2017 n. 81 recante *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”* con specifico riferimento agli artt. 18 ss. in materia di *“Lavoro agile”*;
- ✓ Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017 avente ad oggetto: *“Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative”*;
- ✓ Direttiva Presidenza del consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017 avente ad oggetto *“Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”*;
- ✓ Art. 2 *“Lavoro agile”* del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020;
- ✓ Art. 3 *“Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa”* della Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto *“Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 nelle PPAA di cui all'art.1 D.Lgs. 165/2001”*;
- ✓ Art. 18 co. 5 del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020, che modifica l'articolo 14 della Legge n. 124/2015, prima previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione;
- ✓ Art. 87 co 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni, il quale individua il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, con lo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per le sole attività indifferibili o che richiedono necessariamente la presenza in sede, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione;
- ✓ Art. 2 della Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto *“Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19”*;
- ✓ Art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 che introduce la redazione da parte delle pubbliche amministrazioni del P.O.L.A., quale strumento di programmazione del lavoro agile, entro il 31 gennaio di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali;
- ✓ Legge 77 del 17 luglio 2020: Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19;
- ✓ Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020 con il quale sono state individuate le misure di organizzazione del lavoro pubblico nel periodo emergenziale;
- ✓ Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020 attraverso il quale sono state approvate le Linee Guida per l'adozione del POLA;
- ✓ Direttiva n. 3/2020 *“Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell'evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni”*;
- ✓ Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020 versione 1.0;
- ✓ Art. 1 *“Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile”* del D.L. n. 56 del 30/04/2021 *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”* - dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, adottato ai sensi dell'art. 87 comma 1 del D.L. 17 marzo 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, attraverso il quale è superato l'impiego del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, a decorrere dal 15 ottobre 2021;
- ✓ Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021, adottato in attuazione dell'art. 1 comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, attraverso il quale si dispone che le Pubbliche Amministrazioni riorganizzino il rientro in presenza del personale

dipendente, con contestuale regolamentazione, attraverso accordi individuali, dei rapporti dei dipendenti in lavoro agile, in attesa della contrattazione collettiva nazionale;

- ✓ Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30 novembre 2021 nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva;
- ✓ Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità;
- ✓ Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105, che reca disposizioni atte a migliorare la conciliazione tra attività lavorativa e vita privata per i genitori e i prestatori di assistenza, al fine di conseguire la condivisione delle responsabilità di cura tra gli uomini e donne e la parità di genere in ambito lavorativo e familiare.
- ✓ Direttiva 29 dicembre 2023 del Ministro della Pubblica Amministrazione, con la quale viene evidenziata la necessità di garantire ai lavoratori che documentano *“gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari”* la possibilità e non più l’obbligatorietà di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, *“anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza”*.

### 3 Applicazione e obiettivi perseguiti

3.1 Il lavoro agile va applicato e contestualizzato all’interno di ogni Azienda sulla base della tipologia di attività prestate dalla stessa. Nell’ASL TO4, ovviamente, trattandosi di Azienda Sanitaria, è presente un elevato numero di attività che richiede, per la corretta prestazione lavorativa, la presenza fisica in sede e/o il contatto diretto con l’utente finale. Pertanto, possono accedere a tale forma di lavoro agile quelle figure che non richiedono una necessaria presenza sul posto di lavoro, secondo quanto attribuito dallo specifico profilo professionale.

3.2 Lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti.

3.3 Attraverso il ricorso al lavoro agile l’ASL TO4 intende perseguire i seguenti obiettivi:

- ✓ Mettere in atto azioni che permettano di potenziare e sviluppare la modalità di lavoro agile tendendo a raggiungere il livello del 15% dei dipendenti che possono svolgere attività non necessariamente in presenza presso la sede di lavoro;
- ✓ Migliorare i servizi offerti attraverso la razionalizzazione delle risorse e conseguente aumento della produttività, della efficacia ed efficienza dell’azione amministrativa;
- ✓ Riorganizzare il lavoro per obiettivi e risultati;
- ✓ Razionalizzare l’utilizzo degli spazi;
- ✓ Favorire l’integrazione lavorativa di soggetti in condizione di disabilità o di particolare fragilità;
- ✓ Migliorare l’efficacia delle prestazioni dei singoli dipendenti soggetti a impedimenti di natura personale o familiare, anche temporanea;
- ✓ Promuovere l’uso delle tecnologie più avanzate;
- ✓ Favorire la conciliazione dei tempi vita/lavoro;
- ✓ Responsabilizzare i singoli dipendenti al fine di evidenziarne competenze e professionalità;
- ✓ Incentivare la sostenibilità ambientale riducendo gli spostamenti casa/lavoro.

### 4 Caratteristiche e disciplina del lavoro agile

4.1 Ai sensi dell’art. 18 della L. 81/2017 il lavoro agile è individuato quale *“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento di attività lavorativa. La prestazione*

*lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva".*

- 4.2 Le caratteristiche del lavoro agile, contenute nella Legge n. 81/2017 e la cui attivazione avviene su base volontaria, vengono individuate nella flessibilità organizzativa, nella sottoscrizione dell'accordo individuale tra le parti, nell'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto e nell'organizzazione dell'attività lavorativa su obiettivi.
- 4.3 La prestazione lavorativa resa in modalità agile non modifica la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in essere.
- 4.4 Al lavoratore agile vengono garantiti i medesimi diritti ed obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno dell'Azienda.
- 4.5 Il dipendente che si avvale delle modalità di lavoro agile non subisce penalizzazioni ai fini della progressione di carriera e del computo dell'anzianità di servizio.
- 4.6 I dipendenti che ricorrono al lavoro agile hanno diritto di fruire dei medesimi titoli di assenza previsti per la generalità dei dipendenti, ivi inclusi la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi per assemblea e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992.
- 4.7 Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato o lavoro svolto in condizioni di rischio così come previsto dall'art. 79, comma 3, del CCNL- triennio 2019-2021.
- 4.8 In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica e, comunque, in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza dovesse essere impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio Dirigente/Responsabile. Quest'ultimo, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.
- 4.9 Il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, oltre che per la sopracitata ipotesi di problematiche di natura tecnica/informatica, anche per necessità di servizio. In questo caso è necessaria una comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, ove possibile, con un preavviso di almeno 24 ore. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite. Sono fatti salvi, comunque, i casi di eventuali situazioni di emergenza che richiedano il richiamo in servizio del dipendente.
- 4.10 Ferma restando la flessibilità dell'orario di lavoro, è sempre assicurata una fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia oraria comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo. Durante tale fascia il dipendente ha diritto alla disconnessione, ossia, oltre a non erogare alcuna prestazione lavorativa allo stesso non è richiesta: la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda.

## **5 Destinatari e requisiti d'accesso**

- 5.1 L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria. Si effettua, quindi, su richiesta del lavoratore interessato ed è consentita a tutto il personale dell'ASL TO4 che svolga attività idonee ad essere prestate a distanza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, a tempo pieno o parziale.
- 5.2 L'ASL TO4, nel dare accesso al lavoro agile, ha il compito di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con l'obiettivo di migliorare il servizio pubblico nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve quest'ultime e fermi restando i diritti di priorità sanciti

dalle normative vigenti nonché l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza, l'Azienda avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile a quei lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperti da altre misure, tra i quali, a titolo esemplificativo:

- ✓ genitori di bambini di età inferiore ai 3 anni;
- ✓ dipendenti portatori di handicap in situazione di gravità;
- ✓ dipendenti che assistono portatori di handicap in situazione di gravità;
- ✓ dipendenti con specifiche condizioni cliniche documentate.

Altri criteri di priorità per l'accesso al lavoro agile potranno essere oggetto di confronto con le rappresentanze sindacali del Comparto e dell'Area della Dirigenza.

## 6 Misure organizzative

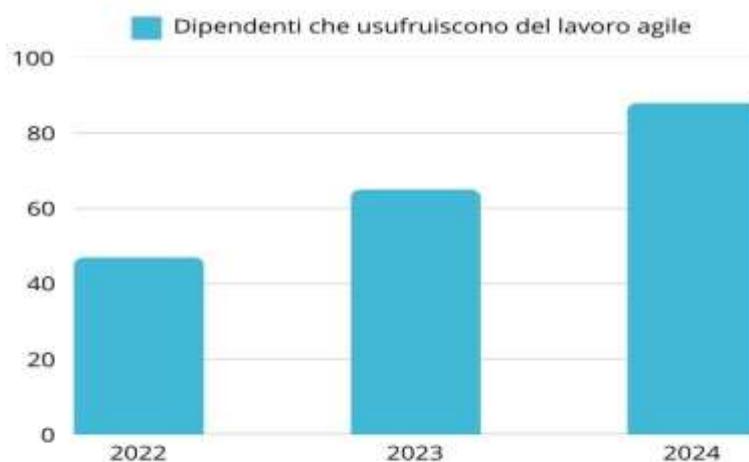
La programmazione e l'individuazione delle tipologie d'attività idonee allo svolgimento in modalità agile è effettuata dai rispettivi Direttori/Responsabili. Nello specifico:

- ✓ Individuare e programmare le attività che non richiedano la necessaria presenza in sede;
- ✓ Individuare gli obiettivi da raggiungere;
- ✓ Verificare le richieste dei lavoratori interessati a svolgere lavoro agile per valutarne l'idoneità all'accesso;
- ✓ Monitorare la corretta esecuzione del lavoro agile con indicatori di performance individuale, correlati all'efficacia e all'efficienza individuale;
- ✓ Verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati;

## 7 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

7.1 Dall'introduzione del P.O.L.A. (30/06/2022) ad oggi hanno stipulato un accordo individuale per lo svolgimento di lavoro agile un totale di n. 88 dipendenti di cui 7 dipendenti che, sulla base di specifiche disposizioni normative, hanno potuto accedere a tale forma di lavoro poiché lavoratori fragili.

Rispetto al 2022, dove avevano usufruito del lavoro agile 47 dipendenti, si evince un forte incremento dei soggetti che hanno avuto accesso a tale forma di lavoro, pur restando ancora lontani alla percentuale del 15% dei dipendenti che possono svolgere attività non necessariamente in presenza presso la sede di lavoro.



## 8 Ricognizione delle attività espletabili in modalità agile

- 8.1 In linea generale, possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:
- ✓ siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
  - ✓ possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
  - ✓ prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
  - ✓ richiedano una concentrazione particolare per la loro esecuzione;
  - ✓ non richiedano una relazione costante con il Responsabile della Struttura di appartenenza;
  - ✓ siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.
- 8.2 Restano, comunque, esclusi i lavori in turno del personale assistenziale e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni e documentazioni non remotizzabili o la presenza fisica (front office).
- 8.3 Sulla base delle indicazioni dei Direttori/Responsabili di Struttura dell'ASL TO4, in linea di massima, si riportano qui di seguito alcune delle attività espletabili in modalità agile:
- ✓ Gestione protocollo e corrispondenza in arrivo;
  - ✓ Stesura di progetti e relazioni;
  - ✓ Gestione ordini elettronici e liquidazione fatture;
  - ✓ Caricamento, analisi ed elaborazione dati;
  - ✓ Preparazione pratiche amministrative relative a gare, contratti, acquisti sulle piattaforme informatiche istituzionali;
  - ✓ Rendicontazione e inserimento provvedimenti amministrativi quali determine di spesa;
  - ✓ Progettazione corsi/tirocini e gestione documentazione;
  - ✓ Formazione in FAD, partecipazione a Webinar/ riunioni;
  - ✓ Altre attività simili declinate dai responsabili delle Strutture interessate;
  - ✓ Telemedicina.

Eventuali ulteriori attività che possano essere effettuate in lavoro agile saranno oggetto di apposito confronto con le rappresentanze sindacali del Comparto e dell'Area della Dirigenza.

## 9 Procedura di accesso al lavoro agile

- 9.1 L'accesso al lavoro agile avviene su adesione volontaria con garanzia di adeguata turnazione dei dipendenti che ne consenta la praticabilità a tutto il personale interessato.
- 9.2 L'individuazione dei dipendenti aventi titolo alla concessione del lavoro agile all'interno di ogni singola Struttura viene effettuata dal Direttore/Responsabile sulle base delle attività ritenute espletabili in tale modalità e attraverso la compilazione del modulo di cui all'Allegato 1.
- 9.3 Ai fini dell'autorizzazione il Responsabile terrà conto della:
- ✓ capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti;
  - ✓ capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti;
  - ✓ capacità di ottimizzazione dei tempi;
  - ✓ competenze informatiche.
- 9.4 L'accesso al lavoro agile può essere concesso anche per esigenze di natura temporanea e/o eccezionale. L'eventuale parere favorevole dovrà essere motivato.
- 9.5 Qualora le richieste presentate dovessero superare i limiti percentuali dettati dall'Azienda o qualora le richieste pervenute da uno stesso Ufficio siano tali da non garantire il giusto equilibrio tra personale in modalità agile e personale in presenza, si provvederà ad autorizzare lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile privilegiando le seguenti situazioni:
- ✓ persone fragili, affette da patologie documentate che le rendano maggiormente esposte a rischi da contatto con altre persone;

- ✓ dipendenti nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del T.U. in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al D.lgs. n. 151/2001;
- ✓ dipendenti con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della L. 104/1992;
- ✓ dipendenti che presentano esigenze di cura, adeguatamente documentate, nei confronti di familiari o conviventi, ovvero, di figli minori di anni 12;
- ✓ dipendenti che hanno necessità di assistere una persona con disabilità in situazione di gravità, che non sia ricoverata a tempo pieno, rispetto alla quale il lavoratore sia coniuge, parte di un'unione civile ai sensi dell'art. 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76, convivente di fatto ai sensi dell'art. 1, comma 36, della medesima legge, parente o affine entro il secondo grado;
- ✓ situazioni di disabilità psicofisica tali da rendere disagiata il raggiungimento del luogo di lavoro;
- ✓ dipendenti oltre i 62 anni.

Eventuali ulteriori criteri di priorità, saranno oggetto di apposito confronto con le rappresentanze sindacali del Comparto e dell'Area della Dirigenza.

## 10 Accordo individuale

10.1 I dipendenti autorizzati allo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile sottoscrivono un apposito accordo individuale che dovrà essere trasmesso alla S.C. Amministrazione del Personale per gli adempimenti di competenza (Allegato 1 – Allegato 2).

10.2 L'accordo deve contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- ✓ durata dell'accordo, che dovrà essere definita e rinnovabile;
- ✓ individuazione del progetto e delle attività da svolgere;
- ✓ individuazione degli obiettivi;
- ✓ modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza che, comunque, non devono essere di norma superiori a due a settimana, modulabili in base alle esigenze di servizio e non cumulabili per i mesi successivi;
- ✓ modalità di recesso, che deve avvenire con un termine non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017 o in caso di giustificato motivo;
- ✓ ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- ✓ i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- ✓ le fasce di reperibilità concordate con il Direttore/Responsabile, comunque, non superiori al debito orario giornaliero di lavoro;
- ✓ le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione;
- ✓ l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione;
- ✓ la strumentazione che il dipendente utilizzerà per l'attività lavorativa.

## 11 Rilevazione della presenza

Le giornate da svolgersi in modalità agile saranno giustificate preventivamente dal dipendente ed autorizzate dal Direttore/Responsabile mediante procedura IrisWeb, con richiesta di inserimento di apposita causale ("SW") relativamente alle giornate programmate.

## 12 Modalità di verifica dei risultati e conseguimento obiettivi

12.1 La verifica degli obiettivi individuati nell'accordo individuale spetta a ciascun Dirigente/Responsabile, tramite un controllo costante mensile;

- 12.2 I dipendenti in lavoro agile, qualora le prestazioni effettuate non siano rilevabili con sistemi informatici aziendali, rendicontano l'attività svolta con cadenza periodica al proprio Dirigente/Responsabile, tramite l'apposito documento relativo ai report dell'attività prestata in modalità lavoro agile (Allegato 3);
- 12.3 Lo scopo di tali verifiche è quello di assicurare, sul piano qualitativo e quantitativo, un livello prestazionale almeno pari a quello che sarebbe garantito presso la sede di lavoro;
- 12.4 I report anzidetti saranno, poi, anche utilizzati per le annuali verifiche al fine della valutazione della performance individuale complessiva. Inoltre, tali verifiche risulteranno utili per l'adozione delle necessarie misure correttive e/o per valutare un eventuale incremento della percentuale di personale che può accedere alla forma di lavoro agile oltre che per verificare l'impatto del lavoro agile stesso sulla performance organizzativa della Struttura;
- 12.5 Copia dei report, debitamente compilati, sarà inoltrata da parte del Direttore/Responsabile alla S.C. Amministrazione del personale il quale provvederà a stilare un report sintetico annuale da inviare anche al C.U.G per le opportune valutazioni.

### **13 Strumentazione informatica e di cancelleria**

- 13.1 Ad oggi, qualora non sia disponibile un PC portatile in dotazione alla struttura di afferenza o all'Azienda, utilizzabile per lavoro agile, la prestazione lavorativa al di fuori delle sedi di lavoro ordinarie è svolta con strumenti informatici, di proprietà dello stesso dipendente, che devono rispettare i seguenti requisiti minimi :
- ✓ Un sistema Windows 10 Pro (o MEC) con tutte le patch aggiornate all'ultima disponibile;
  - ✓ Un software antivirus installato ed aggiornato;
  - ✓ Una connessione ad internet stabile tramite una linea adsl standard o Wi-Fi.
- 13.2 L'accesso alle risorse digitali avviene a seguito della configurazione del PC di lavoro ad una connessione VPN (una rete privata virtuale che garantisce privacy e sicurezza) con Forti Client (per l'accesso alla rete aziendale) e la connessione Desktop Remoto (per l'accesso alla postazione di lavoro);
- 13.3 Le istruzioni operative per l'attivazione sono riportate nella sezione "Lavoro Agile" dell'intranet aziendale al seguente link <http://intranetms.asl.ivrea.to.it/intranet/Ufficio-Pe/LAVORO-AGI/Procedura-per-la-configurazione-del-PC-personale.pdf>,
- 13.4 Il dipendente dovrà avere cura di svolgere la prestazione lavorativa in ambienti tali da consentire una comunicazione voce e dati efficiente e stabile impegnandosi a comunicare immediatamente al proprio Dirigente/Responsabile e alla S.C. Sistemi Informativi eventuali impedimenti tecnici nello svolgimento dell'attività lavorativa;
- 13.5 Nessun onere relativo all'utilizzo degli strumenti informatici personali anzidetti è addebitabile all'Azienda.

### **14 Tutela della salute e della sicurezza**

- 14.1 Al lavoro agile si applicano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori come da D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i. "*Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro*" e da L. 22 maggio 2017 n. 81 "*Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato*".
- 14.2 Al dipendente viene consegnato il documento "Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma 1, L. 81/2017" (Allegato 4).

### **15 Formazione del personale**

- 15.1 L'Azienda, al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del Lavoro Agile, prevedrà specifiche iniziative informative/formative.
- 15.2 Tali iniziative avranno come obiettivi:

- ✓ istruire il personale e la Dirigenza all'utilizzo di piattaforme di comunicazione e di strumenti previsti per operare in modalità agile;
- ✓ diffondere modelli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, la collaborazione, la responsabilizzazione e la condivisione delle informazioni;
- ✓ implementare le capacità di organizzare l'attività per obiettivi da parte dei Dirigenti;
- ✓ conoscere le buone norme da adottare in termini di sicurezza informatica e privacy.

## **16 Il ruolo del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) rispetto al Lavoro Agile**

Il Comitato Unico di Garanzia CUG opera per:

- a) assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela delle lavoratrici e dei lavoratori, garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua;
- b) favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- c) razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici.

Il CUG esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, nell'ambito delle competenze allo stesso demandate, ai sensi dell'articolo 57, comma 1, del D.Lgs. n.165/2001 (così come introdotto dall'articolo 21 della legge 183/2010).

Il CUG, operando in stretto raccordo con il vertice amministrativo dell'ente di appartenenza, può esercitare le proprie funzioni utilizzando le risorse umane e strumentali che l'azienda metterà a tal fine a disposizione, consentendo di vigilare affinché nessuna tipologia di lavoratore venga aprioristicamente esclusa dalla possibilità di accedere al lavoro agile a partire dalla fase iniziale del progetto.

In merito al lavoro agile, altresì, il C.U.G. supervisiona anche in caso di controversie relative alla sua applicazione e, nelle successive fasi, collabora con l'Amministrazione nel monitoraggio degli impatti del lavoro agile, prestando particolare attenzione ai diritti ed al benessere organizzativo delle lavoratrici e dei lavoratori.

## **17 Riservatezza**

Lo svolgimento delle prestazioni lavorative in modalità agile è soggetta al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente di cui agli Allegati 5 e 6.

### 3.3.1 CAPITALE UMANO

Il personale in servizio al 31/12/2024, suddiviso per profilo è il seguente:

Figura Professionale	TI	TD	Interinali	TOTALE
	31/12/2024	31/12/2024	31/12/2024	31/12/2024
Infermieri (C/D/DS)/infermiere pediatrico	1581	41	19	1641
OSS	618	87	42	747
Tecnici sanitari	294	0	11	305
Altro personale sanitario	282	13	32	327
Personale amministrativo del comparto	545	0	6	551
Altro personale altri ruoli	294	0	19	313
<b>Totale comparto</b>	<b>3614</b>	<b>141</b>	<b>129</b>	<b>3884</b>
Dirigenti PTA	15	0	0	15
Dirigenti sanitari	58	4	0	62
Dirigenti medici	594	21	0	615
Dirigenti veterinari	44	0	0	44
<b>Totale dirigenza</b>	<b>711</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>736</b>
<b>Totale</b>	<b>4325</b>	<b>166</b>	<b>129</b>	<b>4620</b>

Personale tecnico sanitario include: tecnico di radiologia, di laboratorio, audiometrista, neurofisiopatologia, prevenzione, riabilitazione psichiatrica, neuropsicomotricità.

Altro personale sanitario include: ostetrica, dietista, assistente sanitario, fisioterapista, massofisioterapista, logopedista, ortottista, educatore professionale.

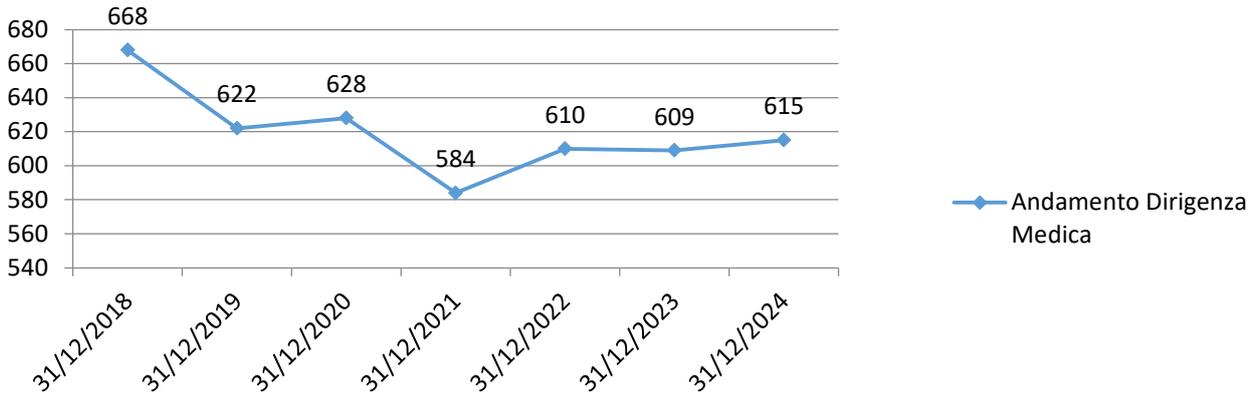
Altro personale non sanitario include: assistente sociale, collaboratore tecnico, assistente tecnico ed informatico, operatore tecnico.

Di seguito i grafici suddivisi per raggruppamenti di profilo che rappresentano la situazione del personale dal 2018 al 2024.

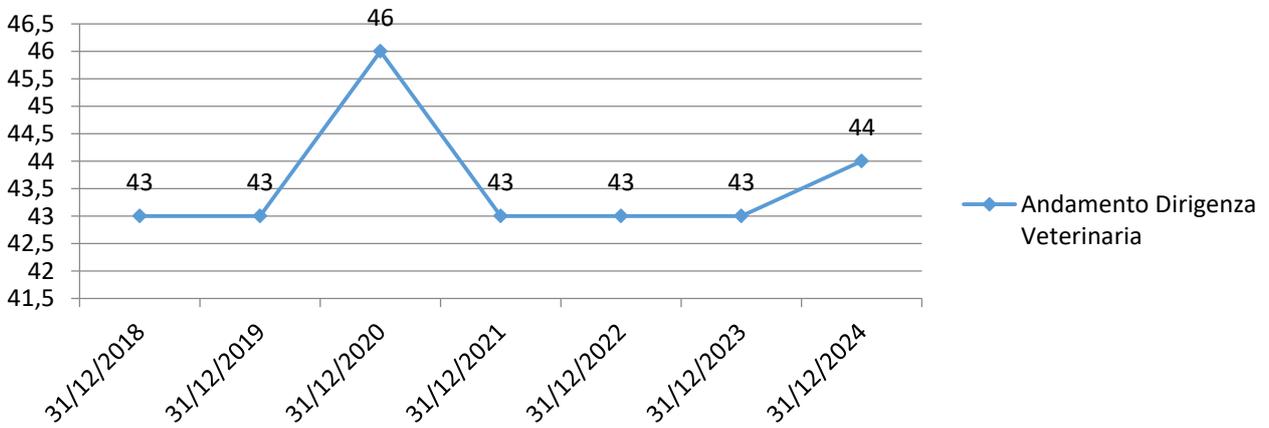
Per quanto riguarda la Dirigenza, a fronte di numeri pressoché costanti dell'Area veterinaria, sanitaria non medica e PTA, si evidenzia una diminuzione importante della Dirigenza Medica.

Migliore la situazione del personale del comparto rispetto al quale si è registrato una crescita costante ad eccezione di alcune figure del ruolo tecnico non sanitario.

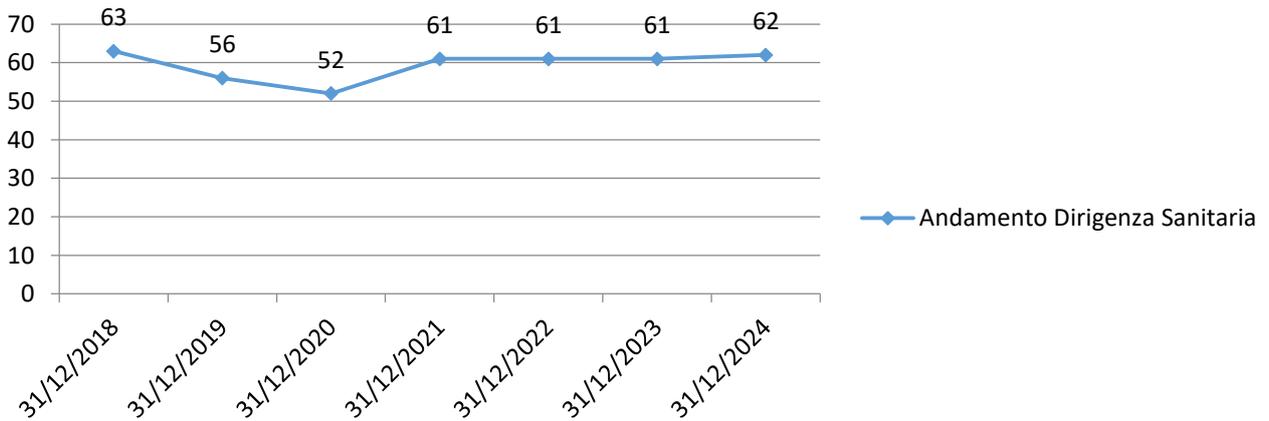
### Andamento Dirigenza Medica

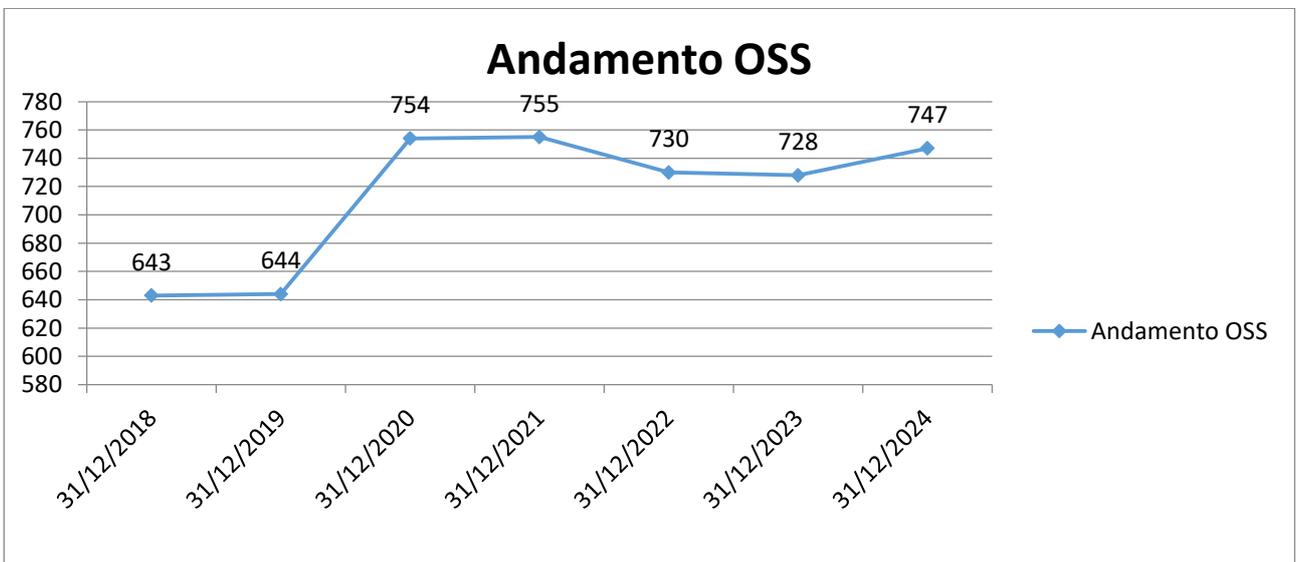
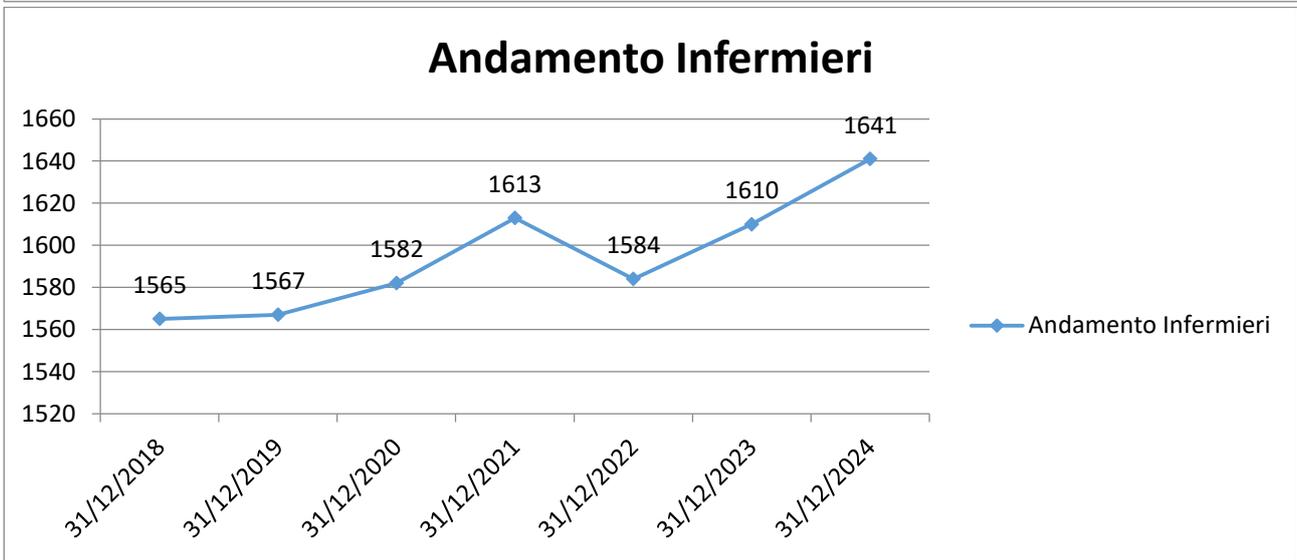
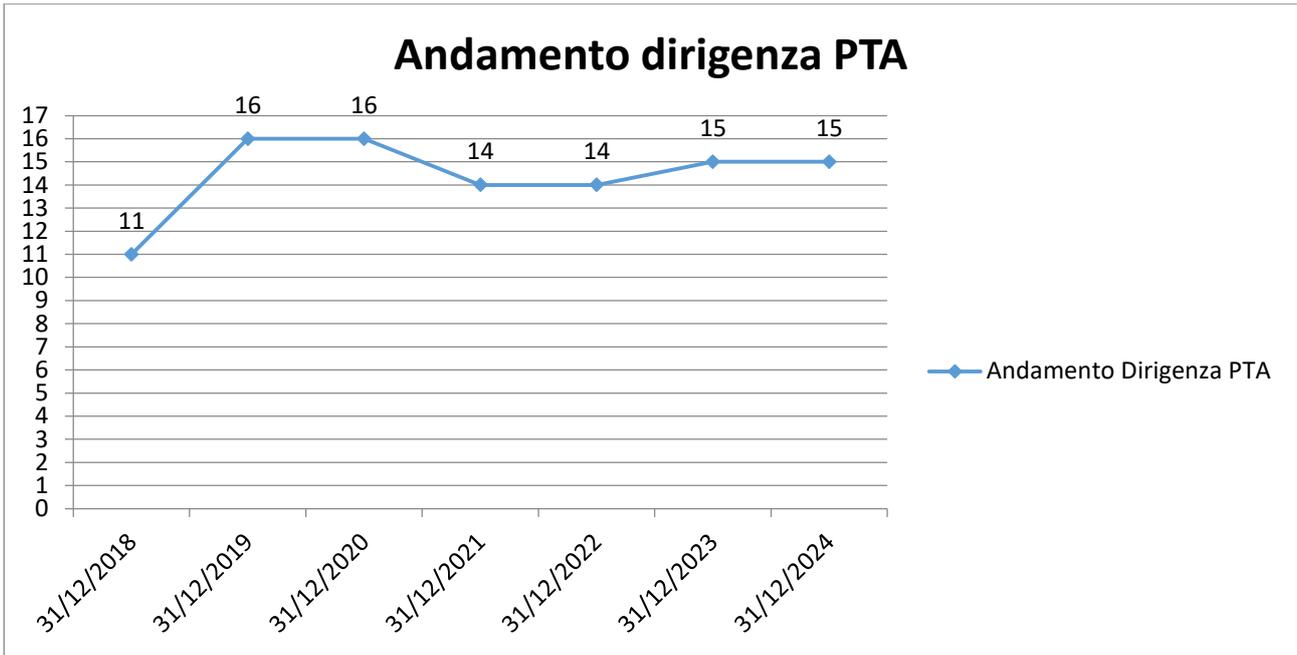


### Andamento Dirigenza Veterinaria

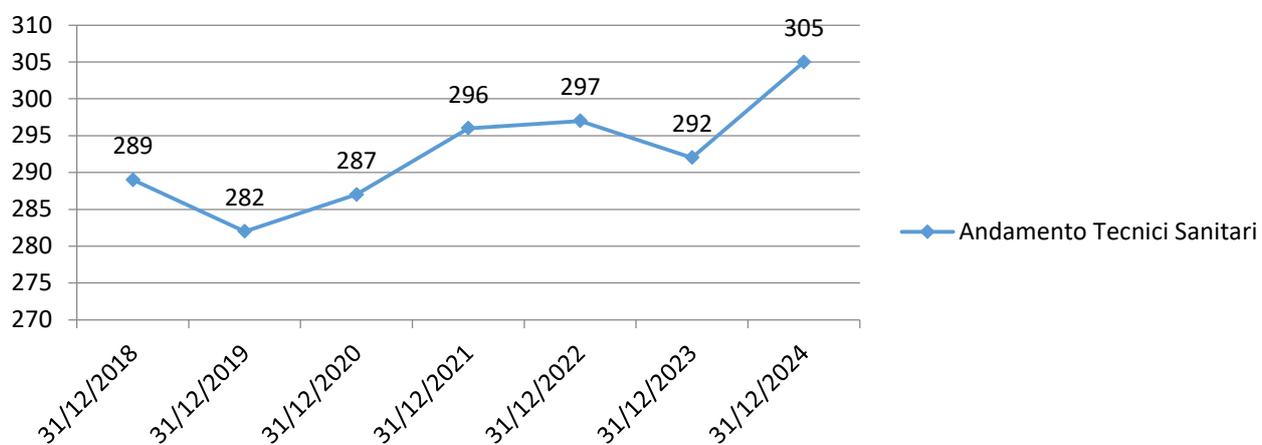


### Andamento Dirigenza Sanitaria

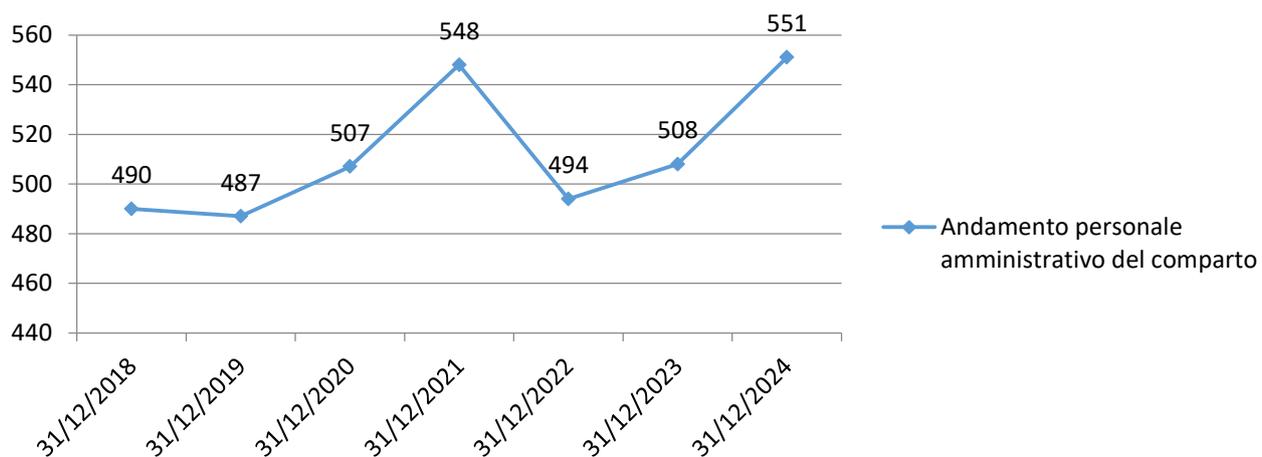




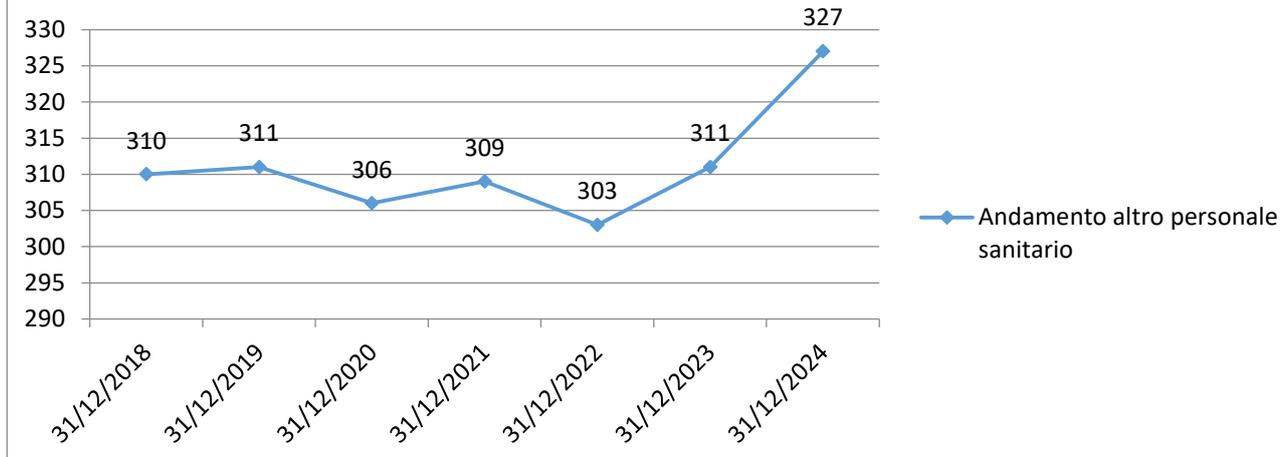
### Andamento tecnici sanitari



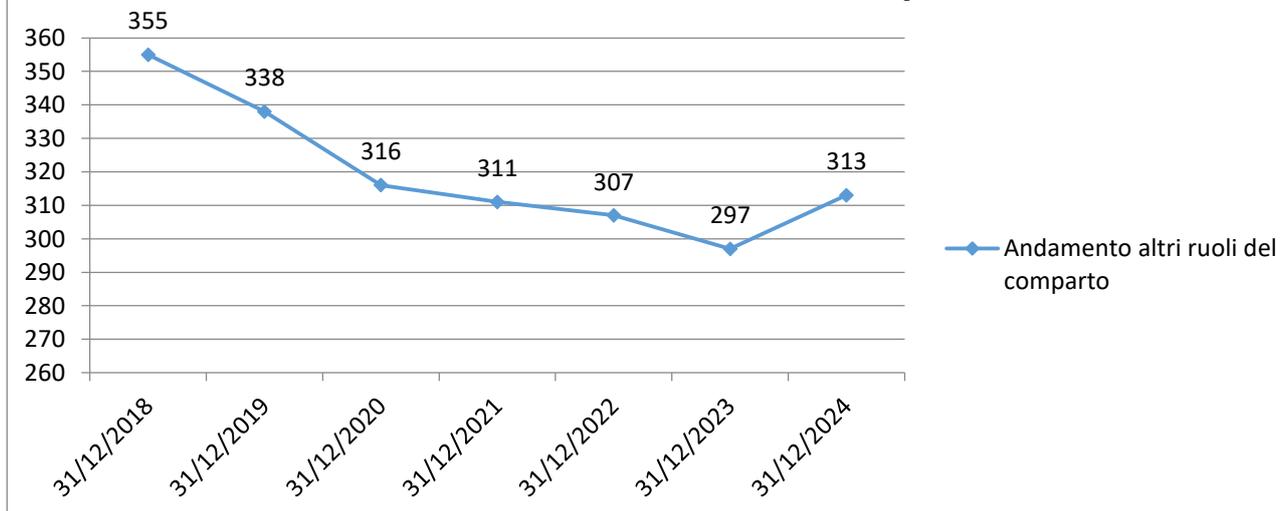
### Andamento personale amministrativo del comparto



### Andamento altro personale sanitario

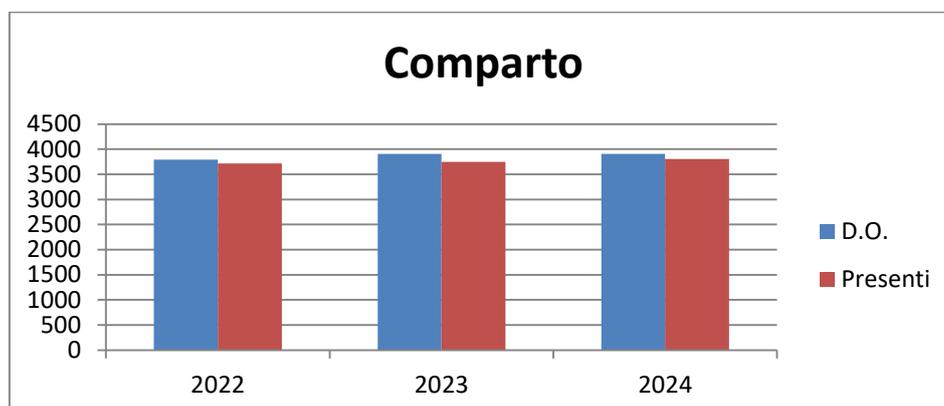


### Andamento altri ruoli del comparto



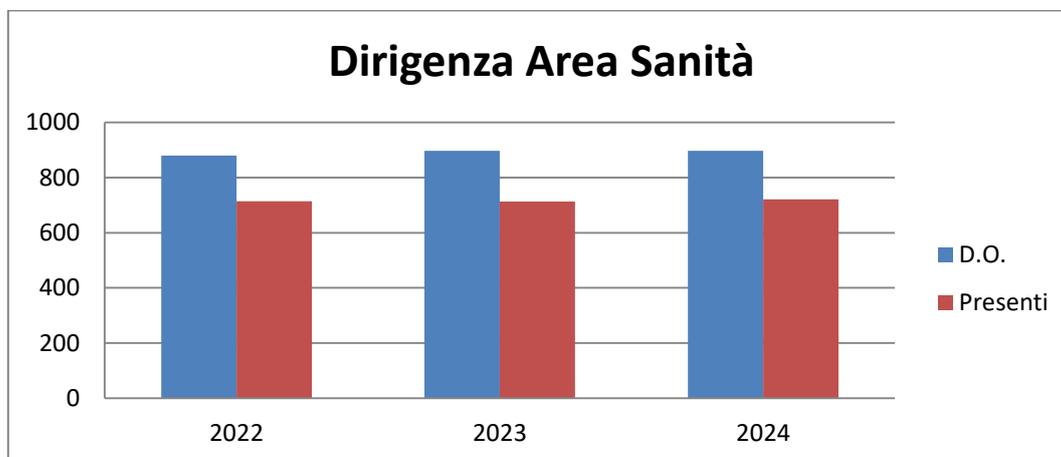
Per quanto riguarda, invece, la copertura del fabbisogno del personale, così come definita nel Piano triennale del fabbisogno del personale, di cui al successivo punto 3.3.2, la situazione a fine 2024, risulta essere quella rappresentata nei grafici sottostanti. Per quanto riguarda il personale del comparto il delta tra la dotazione organica prevista e la copertura al 31/12/2024 è complessivamente di 159 unità in meno rispetto al totale complessivo previsto di 3905 unità (- 4%).

Grafico comparto delta dotazione organica vs coperture al 31/12/2024



Il delta tra dotazione organica e presenti al 31/12/2024 è decisamente più elevato, invece, se si analizza la Dirigenza Area Sanità (-184 dirigenti, corrispondente percentualmente al – 20%).

Grafico Dirigenza Area Sanità: delta dotazione organica vs coperture al 31/12/2024



In particolare, la carenza di personale medico, soprattutto se si riferisce ad alcune zone geografiche meno attrattive, rappresenta una vera e propria emergenza, come ha dichiarato più volte lo stesso Ministro della Sanità. Le cause di questa situazione hanno origini lontane e sono di diversa natura. Tra queste, sicuramente una valutazione e programmazione errata nel tempo dei fabbisogni ed un'eccessiva rigidità dei limiti della spesa del personale dipendente che hanno reso nel tempo scarsamente attrattivo il lavoro prestato presso gli enti e le aziende del Sistema Sanitario Nazionale. La pandemia inoltre, ha reso maggiormente evidenti le criticità, con un incremento del fenomeno delle dimissioni per cause diverse dai pensionamenti e dall'esodo volontario. A questi fenomeni, si deve aggiungere il cronicizzarsi della carenza di personale medico soprattutto per alcune discipline, quali emergenza-urgenza, pediatria, ostetricia, ortopedia, medicina interna, neurologia. A fronte di questa situazione, per garantire la continuità del servizio, l'Azienda, dopo aver espletato tutte le procedure possibili per il reclutamento di personale (procedure concorsuali, accesso a graduatorie di altre aziende, ricorso a contratti libero professionali e convenzioni con altre Aziende), è stata costretta a fare ricorso a società di servizi esterne "gettonisti". Il ricorso a forme alternative di reclutamento di personale/esternalizzazione di servizi è stato determinato dalla sola ed esclusiva necessità di scongiurare l'interruzione dei servizi di emergenza/urgenza e delle strutture che ne sono parte integrante che in tale contesto operano a fronte di carenze di organico non colmabili con le ordinarie procedure di reclutamento.

Di seguito, al fine di comprendere meglio il fenomeno del ricorso ai cosiddetti "gettonisti", si riporta la situazione delle strutture dove la carenza di personale è stata maggiore e per le quali si è reso necessario, pur a fronte dei numerosi concorsi espletati, ricorrere a forme alternative di reclutamento di personale/esternalizzazioni al fine di non incorrere in interruzione di pubblico servizio (SS.CC. MeCAU, SS.CC. Ortopedia e Traumatologia, SS.CC. Ostetricia e Ginecologia, SS.CC. Pediatria, SS.CC. Medicina Generale).

A	B	C	D	E=D-C	F	G	H	I=E+F+G+H	J	K=I-J
		D.O. da PTFP FTE	PRESENTI T.I.+ T.D. FTE	Delta tra presenti ( T.I. e T.D) e DO	Convenzioni FTE	LP FTE	Affidamento di servizi FTE	DELTA	Lunghe assenze (superiori ai 60 gg e per SS.CC. Ortopedia superiore ai 75 gg)	Carenze/ eccedenze
2018	SS.CC. MeCAU	59,00	34,34	-24,66	2,488	0	16,40	-5,77	6,67	-12,44
	SS.CC. Ortopedia e Traumatologia	28,00	27,00	-1,00	0	0	0,00	-1,00	1,13	-2,13
	SS.CC. Ostetricia e Ginecologia	31,00	29,60	-1,40	0	0	0,00	-1,40	2,00	-3,40
	SS.CC. Pediatria	33,00	28,01	-4,99	0,77	0,74	2,00	-1,48	6,08	-7,56
	SS.CC. Medicina Generale	61,70	60,60	-1,10	0	0	3,00	1,90	7,58	-5,68
	<b>TOTALE</b>	<b>212,70</b>	<b>179,55</b>	<b>-33,15</b>	<b>3,26</b>	<b>0,74</b>	<b>21,40</b>	<b>-7,75</b>	<b>23,46</b>	<b>-31,21</b>
2019	SS.CC. MeCAU	58,70	29,86	-28,84	1,7213	0	23,80	-3,32	7,25	-10,57
	SS.CC. Ortopedia e Traumatologia	29,00	25,78	-3,22	0	0	0,80	-2,42	2,46	-4,88
	SS.CC. Ostetricia e Ginecologia	31,00	28,01	-3,00	0	0	0,60	-2,40	1,63	-4,02
	SS.CC. Pediatria	32,70	20,35	-12,35	0,0844	1,43	6,90	-3,94	0,00	-3,94
	SS.CC. Medicina Generale	58,70	61,54	2,84	0	0	5,70	8,54	6,25	2,29
	<b>TOTALE</b>	<b>210,10</b>	<b>165,53</b>	<b>-44,57</b>	<b>1,81</b>	<b>1,43</b>	<b>37,80</b>	<b>-3,53</b>	<b>17,59</b>	<b>-21,12</b>
2020	SS.CC. MeCAU	58,70	16,97	-41,73	1,845	0	29,30	-10,59	3,67	-14,26
	SS.CC. Ortopedia e Traumatologia	29,00	24,86	-4,14	0	0	0,85	-3,29	1,54	-4,83
	SS.CC. Ostetricia e Ginecologia	31,00	26,74	-4,26	0,296	0	2,00	-1,96	1,67	-3,63
	SS.CC. Pediatria	32,70	15,66	-17,04	0,59	1,27	7,40	-7,78	0,00	-7,78
	SS.CC. Medicina Generale	59,90	62,63	2,73	0	0	9,45	12,18	2,54	9,64
	<b>TOTALE</b>	<b>211,30</b>	<b>146,86</b>	<b>-64,44</b>	<b>2,73</b>	<b>1,27</b>	<b>49,00</b>	<b>-11,44</b>	<b>9,42</b>	<b>-20,86</b>
2021	SS.CC. MeCAU	58,70	14,54	-44,16	1,655	0	26,00	-16,51	1,96	-18,47
	SS.CC. Ortopedia e Traumatologia	29,00	24,29	-4,71	0	0	0,73	-3,98	2,04	-6,02
	SS.CC. Ostetricia e Ginecologia	31,00	23,35	-7,65	0,379	0	2,20	-5,07	1,17	-6,24
	SS.CC. Pediatria	32,70	17,75	-14,95	0,346	1,92	7,24	-5,44	0,71	-6,15
	SS.CC. Medicina Generale	59,90	59,46	-0,44	0	0	10,21	9,77	5,96	3,81
	<b>TOTALE</b>	<b>211,30</b>	<b>139,39</b>	<b>-71,91</b>	<b>2,38</b>	<b>1,92</b>	<b>46,38</b>	<b>-21,23</b>	<b>11,84</b>	<b>-33,07</b>
2022	SS.CC. MeCAU	58,70	15,00	-43,70	2,35	0	30,76	-10,59	0,96	-11,55
	SS.CC. Ortopedia e Traumatologia	29,00	24,24	-4,76	0	0	1,30	-3,46	1,33	-4,79
	SS.CC. Ostetricia e Ginecologia	31,00	25,18	-5,82	0,354	0	2,40	-3,06	1,58	-4,64
	SS.CC. Pediatria	32,70	20,50	-12,20	0,074	1,18	9,54	-1,41	3,13	-4,53
	SS.CC. Medicina Generale	59,90	54,04	-5,86	0	0	10,13	4,27	3,46	0,81
	<b>TOTALE</b>	<b>211,30</b>	<b>138,96</b>	<b>-72,34</b>	<b>2,78</b>	<b>1,18</b>	<b>54,13</b>	<b>-14,25</b>	<b>10,46</b>	<b>-24,70</b>

A seguito di tali analisi, emerge con evidenza come, espletati tutti i tentativi per assumere attraverso procedure concorsuali proprie e di altre AA.SS., così come l'attivazione delle procedure di reclutamento di personale diverse da quelle concorsuali (contratti libero professionali, convenzioni) e l'affidamento di servizi, i deficit di personale rispetto alla D.O. delle strutture che garantiscono, direttamente o indirettamente, la gestione dell'emergenza/urgenza sul territorio dell'Asl TO4 sono rimasti, purtroppo, i seguenti:

DELTA TRA PRESENTI EFFETTIVI E D.O.

	SS.CC. MeCAU	SS.CC. Ortopedia e Traumatologia	SS.CC. Ostetricia e Ginecologia	SS.CC. Pediatria	SS.CC. Medicina Generale
2018	-12,44	-2,13	-3,4	-7,56	-5,68
2019	-10,57	-4,88	-4,02	-3,94	2,29
2020	-14,26	-4,83	-3,63	-7,78	9,64
2021	-18,47	-6,02	-6,24	-6,15	3,81
2022	-11,55	-4,79	-4,64	-4,53	0,81

Per quanto riguarda le sole SS.CC. di Medicina Generale da cui emergono delle differenze positive (eccedenza di personale rispetto alla D.O è necessario precisare che i medici ad esse afferenti operano a supporto ed integrazione degli organici delle SS.CC. MeCAU, gravemente carenti in termini di personale presente, per coprire i turni di 24h. in DEA/PS.

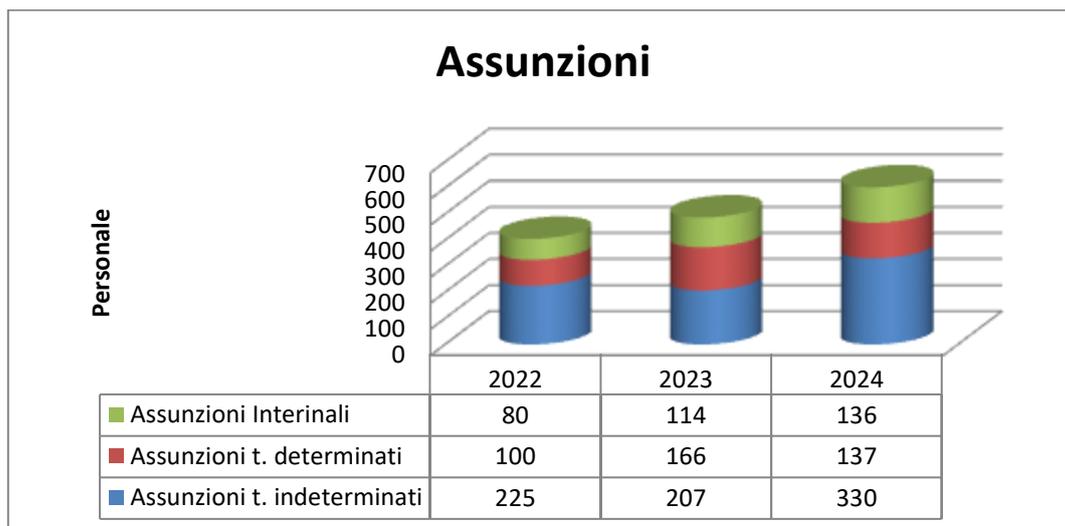
Ciò premesso, nonostante tale supporto, la compensazione tra le due voci (carenza medici in DEA e lieve eccedenza di medici della Medicina Generale) non determina comunque un risultato positivo, essendo sempre superiore il deficit di medici delle SS.CC. MeCAU rispetto alla lieve eccedenza positiva dei medici delle SS.CC. Medicina Generale.

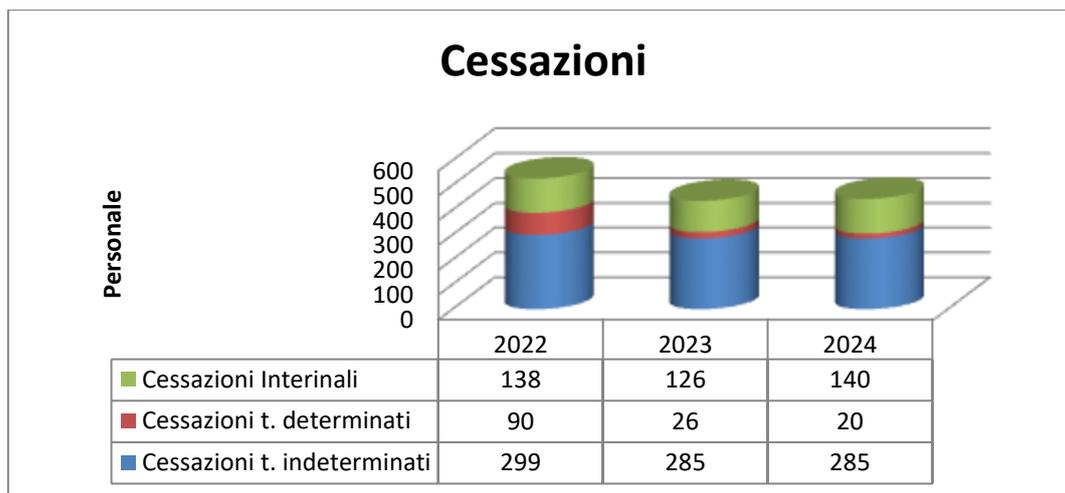
A fronte di queste carenze si è dovuto fare ricorso all'affidamento di servizi esterni, come si può vedere nella tabella sottostante, che comunque non ha colmato la carenza di personale.

Strutture afferenti all'area dell'emerg./urg.	Anno	D.O.	DIP. PRES T.I + T.D.	Contratti libero prof. FTE	Convenzioni FTE	Affidamento di servizi FTE	TOT. PRES.	Carenza tra pres. totali e DO	%
MeCAU Ortopedia Ginecologia Pediatria Medicina Generale	2018	212,7	179,55	0,74	3,26	21,4	204,95	-7,75	-3,64%
	2019	210,1	165,53	1,43	1,81	37,8	206,57	-3,53	-1,68%
	2020	211,3	146,86	1,27	2,73	49	199,86	-11,44	-5,41%
	2021	211,3	139,39	1,92	2,38	46,38	190,07	-21,23	-10,05%
	2022	211,3	138,96	1,18	2,78	54,13	197,05	-14,25	-6,74%

Anche per gli anni 2023-2024 la carenza di personale nelle strutture oggetto di esternalizzazione è continuata ed, al fine di scongiurare l'interruzione di pubblico servizio si è continuato a fare ricorso ai "gettonisti".

Con riferimento, invece, alle assunzioni ed alle cessazioni, di cui ai grafici sottostanti, emerge nel 2024 un aumento delle assunzioni a tempo indeterminato a fronte di una corrispondente diminuzione dei tempi determinati e questo grazie soprattutto alle forme di stabilizzazione rese possibili da specifiche disposizioni normative post COVID.





### 3.3.2 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Il D.Lgs. n. 165/2001, integrato dal D.Lgs. n. 75/2017, prevede che le amministrazioni pubbliche definiscano l'organizzazione dei propri uffici in conformità al Piano triennale dei fabbisogni, da elaborare sulla base delle linee guida successivamente emanate con Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018.

Sulla base della suddetta normativa nazionale, la Regione Piemonte ha annualmente emanato linee di indirizzo finalizzate ad orientare le Aziende sanitarie del SSR che rientrano nel perimetro di consolidamento regionale nella predisposizione dei propri piani dei fabbisogni di personale, in modo da garantire la necessaria omogeneità operativa nel contesto regionale, in coerenza con quanto previsto e disposto dal D.Lgs. n. 165/2001.

Il Piano del fabbisogno di personale deve, innanzitutto, realizzare l'obiettivo primario di un ottimale utilizzo delle risorse assegnate all'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità dei servizi prestati all'utenza, assicurando gli obiettivi di rispetto dell'equilibrio di finanza pubblica.

In ragione di ciò, il Piano del fabbisogno deve rappresentare uno strumento flessibile e coerente con le effettive esigenze di ogni Azienda, da elaborare nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, con indicazione delle risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, e che non comporti, quindi, maggiori oneri a carico della finanza pubblica stessa e la cui mancata adozione comporta, conseguentemente, l'impossibilità da parte dell'Ente di effettuare nuove assunzioni.

La programmazione dei fabbisogni deve, però, anche tenere conto dell'evoluzione dei fabbisogni stessi in relazione al cambiamento dei modelli organizzativi. Per fare questo è necessario partire dall'analisi delle professionalità necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali dell'Ente, con l'obiettivo di pianificare il reclutamento non solo secondo criteri meramente sostitutivi ma in coerenza con le necessità reali, attuali e future. Questo presuppone un ruolo centrale della valorizzazione del personale, anche attraverso percorsi di crescita, riqualificazione e aggiornamento delle competenze con un'azione di modernizzazione costante, efficace e continua.

Il PTFP Triennio 2023-2025 è stato redatto nel rispetto della D.G.R. n. 33-538/2024/XII, del 16/12/2024 "Indicazioni alle ASR per l'adozione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di personale per il triennio 2023-2025. Conferma tetti di spesa del personale anni 2023 e 2024, approvazione tetti di spesa del personale anno 2025". Si è, dunque, tenuto conto del rispetto dei criteri e tetto di spesa invalicabile determinati con la succitata D.G.R., in coerenza con i documenti di programmazione economico/finanziaria adottati in osservanza delle disposizioni normative vigenti. Nello specifico, è stato confermato per l'anno 2024 il tetto di spesa già approvato con D.G.R. 46-6202 del 7.12.2022 e definendo lo stesso nei medesimi importi anche per

l'anno 2025, in via preventiva, fermo restando il successivo eventuale adeguamento sulla base di quanto previsto dall'art. 5 del D.L. 73/2024, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107.

Preso atto che la Regione ha fornito alle Aziende del Servizio sanitario regionale le indicazioni per il Piano Triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2023-2025 da adottarsi e trasmettere entro il 16 gennaio 2025 ed ha indicato nelle date del 31 marzo 2025 e 30 giugno 2025 la scadenza per l'adozione e trasmissione rispettivamente del PTFP 2024-2026 e del PTFP 2025-2027, demandando a successivo provvedimento regionale l'approvazione delle indicazioni da fornire alle AASSRR per la stesura degli stessi e dei relativi tetti di spesa.

Tenuto conto, altresì, che la Regione ha stabilito che il Fabbisogno del personale 2025 e seguenti potrà essere rideterminato, in adeguamento a nuove condizioni maturate e/o in relazione ad eventuali successive modifiche normative e che dal 01 gennaio 2025 si è insediata una nuova Direzione Strategica, il PTFP 2023-2025 è stato predisposto mantenendo inalterato il fabbisogno già definito per il 2023 e modificando il 2024 solo con l'aggiornamento dei dati a consuntivo. Per il 2025, sulla base delle linee guida dettate dalla Regione e parte integrante della D.G.R. n. 33-538/2024/XII, del 16/12/2024, nella determinazione del fabbisogno si è tenuto conto, rispetto al precedente PTFP 2022-2024, anche delle assunzioni a tempo indeterminato secondo quanto previsto dal D.L. 34/2020. Precisamente, per quanto riguarda il potenziamento delle terapie intensive (Piano Arcuri), art. 2 del D.L. 34/20:

- n. 15 anestesisti
- n. 50 infermieri
- n. 19 OSS

Tale fabbisogno essendo finanziato con le specifiche risorse di cui alla succitata normativa nazionale, non rientra nei tetti di spesa assegnati alle AA.SS.RR.

Così come già nel PTFP 2022-2024 sono state ricomprese nel fabbisogno le dotazioni derivanti dall'applicazione del D.M. 77/2022, i cui costi, su indicazioni regionali, sono da considerare extra tetto di spesa.

Nello schema sottostante, viene riportato per ciascuna tipologia di assistenza territoriale (Ospedali di Comunità, Case di Comunità, COT, Unità Continuità Assistenziale, Infermiere di Famiglia e di Comunità, Potenziamento Cure Domiciliari) il fabbisogno massimo da coprire. Per il 2025, al netto del personale già reclutato, le nuove assunzioni sono state stimate in relazione alla tempistica di avvio delle diverse tipologie assistenziali.

Numero massimo di personale previsto per Case di Comunità – Ospedali di Comunità – Centrali Operatori Territoriali – Unità Continuità Assistenziale

Tipologia Assistenziale	Qualifica	N° max di personale
Case Comunità	Infermiere	121
	Assistente Sociale	11
	Assistente Amministrativo	18
	Coadiutore Amministrativo	70
Ospedali Comunità	Medico	3
	Infermiere	27
	Fisioterapista	6
	O.S.S.	18
Centrali Operative Territoriali	Infermiere	30
	Assistente Amministrativo	2
	Coadiutore Amministrativo	8
Unità Continuità Assistenziale	Medico	5
	Infermiere	4

Numero massimo di Infermieri di Famiglia e Comunità

Distretto	Abitanti	N° max di personale
Cirié-Lanzo	121.298	39
Chivasso – San Mauro	119.712	39
Settimo Torinese	84.790	27
Ivrea	107.248	35
Cuorné	77.631	25
<b>TOTALE</b>	<b>510.679</b>	<b>165</b>

Il numero di IFeC è stato attribuito ad ogni Distretto in rapporto al numero di abitanti

Numero massimo di Infermieri per l'incremento delle attività di Cure Domiciliari

Distretto	Abitanti	N° max di personale
Cirié-Lanzo	121.298	19
Chivasso - San Mauro	119.712	19
Settimo	84.790	13
Ivrea	107.248	17
Cuorné	77.631	12
<b>TOTALE</b>	<b>510.679</b>	<b>80</b>

Il numero di Infermieri è stato attribuito ad ogni Distretto in rapporto al numero di abitanti

Per quanto riguarda il personale del Comparto ordinario (fuori dal D.L. 34/20 e D.M. 77/22) per il 2025 sono stati fatti unicamente degli aggiustamenti tra cui trasformare i posti ex categoria DS vacanti in posti ex categoria D. Tali aggiustamenti hanno determinato complessivamente un incremento di 9 unità, rispetto alle 3900 unità previste nel PTFP 2024.

Nessuna modifica è, invece stata apportata rispetto al 2024 per la Dirigenza Area Sanità e PTA.

Non sono state fatte, quindi, delle modifiche sostanziali al PTFP 2025 rispetto al 2024, modifiche che verranno valutate con la nuova Direzione, insediatasi il 01.01.2025, nella predisposizione del PTFP 2024-2026, sulla base di analisi oggettive delle singole strutture per garantire la migliore efficienza allocativa possibile, da adottare e trasmettere entro il 31 marzo 2025.

E' stato, quindi, predisposto l'allegato PTFP 2023/2025, sulla base di quanto stabilito dalla Regione, nel rispetto dei tetti di spesa assegnati con la D.G.R. menzionata. Il PTFP 2023/2025 – (Prospetti Allegati 15, 16, 17) - è stato trasmesso alla Regione il 16/01/2025 ed è in attesa della prescritta approvazione regionale.

### 3.3.3 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE (PAP)

Con deliberazione n. 665 del 12/09/2024, è stato approvato il Piano di Azioni Positive (P.A.P.) per il triennio 2024-2026, predisposto dal Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) dell'A.S.L. TO4 (Allegato 18)

### 3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Le attività di formazione del personale, sia dipendente che convenzionato, sono finalizzate allo sviluppo ed al mantenimento delle competenze professionali. La formazione assume un valore determinante per assicurare un'offerta dei servizi sanitari appropriati nonché per diffondere e radicare la cultura della tutela della salute, sviluppare aggiornamento e riqualificazione delle competenze tecniche e trasversali per il personale dipendente e convenzionato dell'Azienda.

L'A.S.L. TO4 ha avviato una collaborazione permanente con l'Università di Torino con la sede del Corso di Laurea in Infermieristica della sede di Ivrea, rendendo alcuni percorsi clinici e organizzativi integrati e coerenti con i laboratori esperienziali ospedalieri e territoriali rivolti agli studenti. Esiste un reciproco scambio tra la formazione universitaria e quella rivolta ai professionisti aziendali e l'Azienda collabora nell'identificazione dei problemi, nella progettazione degli ambiti di apprendimento e nella valutazione pedagogica della loro efficacia e appropriatezza.

#### 1 Le priorità strategiche

Il target formativo a cui il provider intende rivolgere l'offerta formativa sviluppata dalla Formazione è composto da:

- Professionisti/operatori dipendenti, convenzionati, dipendenti di cooperative e lavoratori interinali dell'ASL TO4;
- Professionisti/operatori dipendenti di altre Aziende Sanitarie regionali ed extra-regionali;
- Persone appartenenti ad organizzazioni ONLUS di volontariato operanti nel territorio dell'ASL TO4;
- Persone appartenenti ad organizzazioni di carattere sociale operanti nel territorio dell'ASL TO4;
- Professionisti/operatori operanti sul territorio dell'ASL TO4 a cui è richiesta un'abilitazione nella gestione dell'emergenza sanitaria;
- Professionisti/operatori dipendenti dell'ASL TO4 o di altre istituzioni territoriali per rivestire il ruolo di Peer Educator nell'ambito di specifici programmi di promozione della salute e prevenzione di comportamenti a rischio;
- Cittadini coinvolti in eventi formativi attivati;
- Studenti del Corso di Laurea in infermieristica.

Il Piano Formativo viene predisposto annualmente. Per l'anno 2025 la procedura di attuazione ha seguito l'iter strutturato dalla S.S. Qualità e Formazione ed è stato elaborato in coerenza con quanto definito a seguito della riattualizzazione dei bisogni formativi in relazione alle criticità emergenti, ai nuovi obblighi di legge, ai cambiamenti organizzativi verificatesi. Per la raccolta del bisogno formativo ci si avvale della collaborazione della Rete dei Referenti/Facilitatori nominati con atto deliberativo N. 863 del 27/10/2023 "Progetto referenti della formazione. Aggiornamento elenco referenti /facilitatori della formazione dell'ASL TO4" che copre quasi tutte le articolazioni presenti nell'organizzazione.

La Rete è attualmente costituita da circa 80 referenti e consente di rappresentare le principali aree aziendali, monitoraggio delle competenze professionali, e garantire una rilevazione omogenea ed esaustiva dei bisogni. Rispetto al contesto aziendale si evidenzia che i criteri di riferimento utilizzati sono prioritariamente gli obiettivi della Direzione Generale e la mission e la vision contenuti nell'Atto Aziendale, mentre rispetto al contesto nazionale/regionale i documenti di riferimento sono gli Obiettivi formativi prioritari individuati dall'Assessorato alla Sanità, oltre ai macro-obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione. La formazione dei professionisti sanitari è, inoltre, regolamentata dal programma per la formazione continua in medicina (programma ECM). La Rete è collegata attraverso la piattaforma informatica dedicata all'e-learning ed è in grado di condividere, mediante gli strumenti propri delle community, idee, progetti, discussioni e dati.

Sulla base dei presupposti sopra citati, il Piano Formativo 2025 (Allegato 19) si comporrà quindi di circa 230 proposte, nello specifico costituite da:

- proposte provenienti dai Referenti della formazione relative ai bisogni evidenziati nelle singole strutture;
- proposte provenienti dall'area della Sicurezza dei lavoratori, come evidenziato nel verbale del 13/12/2024 della Commissione Tecnica per la formazione ASL TO4 ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- proposte provenienti dalla Direzione Generale in materia di anticorruzione e trasparenza;

- proposte provenienti dalle strutture direzionali.

Alla raccolta del bisogno formativo segue una fase di progettazione articolata su due livelli:

- il primo di tipo generale denominato “macro-progettazione”;
- il secondo di tipo specifico denominato “micro- progettazione”,  
seguendo le modalità definite nella Procedura “Progettazione eventi/progetti formativi”.

La macro-progettazione definisce la modalità di erogazione dell’evento/progetto e l’obiettivo che si prefigge, la micro-progettazione specifica nel dettaglio le caratteristiche dell’evento/progetto formativo.

In base alle caratteristiche della proposta segnalata dal committente: finalità, numero di persone da formare, obiettivi specifici, i corsi vengono progettati per essere erogati attraverso quattro tipologie specifiche:

- Residenziale;
- Formazione sul campo (FSC);
- Blended;
- Formazione a distanza (FAD).

### ***Residenziale***

Attività in cui l’apprendimento avviene con uno o pochi docenti e molti discenti. Si eroga in presenza sotto forma di corso, seminario, convegno, conferenza e videoconferenza.

### ***Formazione sul Campo***

Attività in cui l’apprendimento avviene attraverso l’interazione di gruppo e la partecipazione a iniziative mirate prevalentemente al miglioramento di un processo, di una situazione, di una procedura, etc.

Tra i gruppi di miglioramento possono essere identificate, a titolo esemplificativo, le seguenti tipologie che si realizzano con la partecipazione a:

- Gruppi di lavoro/studio/miglioramento finalizzati al miglioramento della qualità, promozione della salute, accreditamento e certificazione di sistemi, organizzazione sanitaria, comunicazione con i cittadini;
- Training individualizzato: attività in cui il partecipante acquisisce nuove conoscenze, abilità, comportamenti utili per l’esecuzione di attività specifiche e l’utilizzo di tecnologie;
- Attività di ricerca: partecipazione a studi finalizzati alla ricerca di nuove conoscenze rispetto a determinanti di salute e malattia, e alle modalità assistenziali.

### ***Blended***

Attività in cui l’apprendimento avviene con l’integrazione tra diverse tipologie di formazione all’interno dello stesso percorso formativo.

### ***Formazione a distanza***

Attività in cui l’apprendimento avviene attraverso l’utilizzo di materiale didattico durevole e ripetibile con tecnologie multimediali grazie ad una connessione ad internet ed a piattaforme dedicate. La modalità on line ha permesso di garantire la progettazione e l’erogazione dei progetti formativi inseriti nel piano formativo in sicurezza per i docenti e i discenti durante il periodo pandemico.

## **2 Le risorse interne ed esterne della formazione**

La Formazione è dotata di personale interno e personale esterno alla struttura per le attività di rilevazione, progettazione, erogazione, valutazione e rendicontazione dei corsi e altre attività identificate. All’interno della Formazione è presente un Direttore Responsabile della Formazione, un Referente per la formazione ECM, un Referente per l’Accreditamento e la Qualità, e uno staff di progettisti e di personale tecnico/amministrativo.

Per la maggior parte dei professionisti coinvolti sono stati definiti i relativi Profili di Competenza, utilizzando quanto definito dalla Regione Piemonte nell’ambito del “Manuale Accreditamento Provider Pubblici e Privati” del 20 dicembre 2019 e per altri sono stati elaborati ex novo “Profili della Formazione”.

Tutti i profili che lo richiedono sono in possesso di curricula che ne attestano le competenze scientifiche visionabili sulla piattaforma ECM.

Il Provider è dotato di un Comitato Scientifico definito con Atto di Nomina N.889 dell'11/12/2024 con individuazione del coordinatore del comitato. Il Comitato Scientifico è composto da tre componenti fissi, Direttore/Responsabile della Formazione, Referente della Formazione e Referente dell'accreditamento e qualità, oltre che da altri componenti rappresentativi di diversi profili professionali, sanitari e non, in possesso di:

- competenza scientifica nei settori oggetto delle attività formative;
- competenza in ambito andragogico;
- competenza didattica nella formazione in sanità.

I componenti sono in possesso di curricula che ne attestano le competenze scientifiche e andragogiche, disponibili su Piattaforma ECM regionale.

Il numero totale dei progettisti dell'ASLTO4 è conforme rispetto al rapporto Progettisti/dipendenti consigliato dalla Regione Piemonte. I progettisti sono esperti di progettazione che in accordo con i responsabili Scientifici curano gli aspetti di contenuto e metodologia dei corsi erogati.

Il progettista elabora e predispone il progetto formativo individuando la tipologia formativa più idonea e i contenuti, metodi, strumenti, destinatari, tempistica dell'azione formativa in coerenza con gli obiettivi di apprendimento, le risorse tecnologiche ed economico/finanziarie congrue.

Per ogni corso residenziale erogato ci si avvale della figura del Referente Organizzativo che come da procedura di erogazione eventi/progetti formativi allegata, verifica la corrispondenza del programma da micro-progettazione con quello realmente erogato.

Il budget disponibile per la formazione erogata ai dipendenti dell'ASL TO4 comprende i seguenti budget:

- formazione aziendale;
- formazione extra-aziendale;
- finanziamenti regionali/nazionali;
- donazioni;
- contributi o fondi a disposizione delle strutture utilizzate per attività formativa oltre agli introiti delle quote di iscrizione derivate dal pagamento dei partecipanti esterni.

Il budget del Piano Formativo viene definito con deliberazione del Direttore Generale.

Al termine della formazione erogata nell'anno in corso e fruita al di fuori dell'azienda viene redatto un bilancio consuntivo che partecipa alla redazione annuale della "Relazione annuale a cura del comitato scientifico della formazione" inserita su Piattaforma Regionale ECM.

Il provider ECM è dotato di un sistema qualità composto di procedure che descrivono il processo necessario per la rilevazione del bisogno formativo, progettazione, erogazione, rendicontazione, valutazione di eventi/progetti formativi secondo le tipologie formative e si applicano al processo svolto dalla Formazione in merito alla progettazione di percorsi formativi:

- 1 Procedura per la rilevazione del bisogno formativo;
- 2 Procedura Progettazione eventi/progetti formativi;
- 3 Procedura per l'erogazione del progetto formativo;
- 4 Procedura per la rendicontazione, valutazione del progetto formativo;
- 5 Procedura per l'archiviazione.

La Struttura di Formazione si avvale per la formazione residenziale di locali per le attività didattiche, arredi e attrezzature conformi alla normativa vigente in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, prevenzione incendi, sicurezza impianti, antinfortunistica.

Le aule e le sale esercitazioni/laboratori presso le quali viene erogata l'attività formativa, sono di tre tipologie:

- di proprietà dell'ASL (colore blu);
  - di proprietà del Comune di Ivrea, con modalità di gestione mista tra il Comune di Ivrea, l'ASL TO4 e l'Università degli Studi di Torino (colore verde);
  - non di proprietà dell'ASL con utilizzo in convenzione (colore rosso)
- e rispondono ai requisiti funzionali alla gestione dei programmi ECM

Sede	Aule e dotazione posti	Sale esercitazione / laboratorio	Note
Presidio Sanitario Castellamonte Via Caneva 1	1 aula p.t. (45) 1 aula 3° piano (20)	3 sale esercitazione al 3° piano	Presente PC e videoproiettore
Presidio Ospedaliero Ciriè Via Battitore 7/9	1 aula (50)		Gestione Direzione Sanitaria
Presidio Ospedale Lanzo Via Marchesi della Rocca 30	1 aula (30)	2 sale esercitazioni	Presente PC e videoproiettore
Ivrea Polo Formativo Officina H Via Monte Navale	6 Aule	2 Laboratori sanitari 1 Laboratorio	Le aule e i laboratori sono utilizzate in base alla
Presidio Ospedaliero Chivasso	1 aula magna (99) 1 aula (24)		Gestione Direzione Sanitaria Presente PC e videoproiettore

Tabella 2. Aule utilizzate per l'erogazione dell'attività formativa

Per quanto concerne l'attività di Formazione a Distanza (FAD) la Formazione si avvale di due piattaforme: una piattaforma Moodle gestita dal CSI Piemonte su mandato regionale, denominata Medmoodle e un'ulteriore piattaforma Moodle di proprietà dell'ASL TO4. Quest'ultima è una piattaforma open source Moodle installata su server web Linux aziendale. La Formazione si avvale della collaborazione di professionisti afferenti all'Associazione "Accademia dell'hardware e del software libero" per garantirne sicurezza, affidabilità e continuità. Questa piattaforma permette l'erogazione di corsi in modalità e-learning a tutti i Professionisti aziendali ed extra-aziendali e ha favorito lo sviluppo di community e tavoli di lavoro, grazie all'implementazione di strumenti collaborativi (forum, chat, messaggistica, documenti condivisi). Il materiale didattico è erogato in parte sotto forma di video "linkati" a repository esterne, in parte come documentazione scaricabile e stampabile, per la maggior parte tramite pacchetti SCORM – un formato ottimizzato per le piattaforme LMS (Learning Management System) in quanto conserva memorizzati metadati riferiti agli accessi e alle percentuali di consultazione. Ogni utente viene riconosciuto a seguito di login con doppio codice: "nome utente" e "password". A discrezione del progettista, all'interno del corso è possibile inserire il modulo "Registro presenze" che memorizza il tempo di accesso totale di ciascun utente al corso (con un aggiornamento ogni 24 ore). In ogni caso, Moodle memorizza tutti i log degli utenti – traducibili in "clic del mouse" nello spazio del corso. La visualizzazione dei log offre dati numerici non aggregati e rende complessa un'effettiva analisi del tempo di collegamento. Per questo motivo, sulla pagina individuale dell'utente sono disponibili un "report riassuntivo" e un "report completo" che mostrano gli accessi alle varie attività, la percentuale di consultazione, quando possibile e la valutazione, quando impostata. È altresì possibile visualizzare e scaricare report complessivi del corso, che a fianco di ogni utente segnalano i punteggi totalizzati in ogni attività.

All'interno del servizio Formazione aziendale sono presenti progettisti specializzati in formazione a distanza, che svolgono attività di supporto tecnico alla piattaforma per quanto riguarda la gestione delle credenziali degli utenti, l'assistenza alla creazione e consultazione del materiale e la produzione di report ad hoc per docenti, progettisti ed ente accreditante.

### 3 Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione

Al termine di ogni anno viene realizzato un report dal Referente ECM che dimostra le attività svolte secondo le modalità previste.

Il report evidenzia la percentuale dei corsi erogati, i partecipanti, i formati rispetto agli iscritti.

Dal 2020, a seguito di una formazione specifica per i progettisti, è stato scelto di utilizzare la valutazione qualitativa dei percorsi/eventi formativi attraverso l'utilizzo degli indicatori di processo e di esito. Durante la progettazione del singolo progetto formativo viene identificata la strategia di valutazione delle competenze acquisite attraverso la definizione della tipologia di valutazione (prova pratica, orale, scritta, questionario, project work), e vengono identificati gli indicatori di processo e di esito da parte dei progettisti. La misurazione avviene utilizzando strumenti che possano restituire una valutazione delle ricadute dell'evento

formativo e quindi la loro eventuale riprogettazione. Tale modalità ha permesso di monitorare la formazione erogata e misurarne le ricadute nei contesti delle strutture coinvolte.

A supporto di tale evidenza nei primi mesi dell'anno seguente viene elaborato il report "Fase di rendicontazione valutazione degli eventi/progetti formativi" dal referente dell'accreditamento. Il report attraverso l'analisi di un campione selezionato di corsi (rappresentato da tutte le tipologie formative utilizzate) restituisce una visione di coerenza tra i corsi erogati e l'adesione alle procedure di realizzazione.

L'analisi mette in evidenza eventuali criticità rilevate e propone suggerimenti di miglioramento, che andranno presi in considerazione e discussi all'interno dell'incontro di monitoraggio semestrale del Comitato Scientifico.

## SEZIONE 4: MONITORAGGIO

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti, il quale coinvolge le diverse componenti dell'Azienda e riserva particolare attenzione al ruolo attivo di tutti i portatori di interesse, interni ed esterni.

Come previsto dal SMVP, l'Azienda avvia un monitoraggio in itinere, fondamentale ai fini del raggiungimento dei risultati programmati in quanto consente, in caso di criticità, l'adozione di azioni correttive.

Tale funzione viene svolta dalla Direzione Generale e dall'Organismo Indipendente di Valutazione tramite la S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse (settori Sviluppo Risorse e Controllo di Gestione) e tutte le strutture individuate dalla Direzione Generale in fase di definizione e assegnazione degli obiettivi.

Il monitoraggio periodico, in quanto verifica dello stato avanzamento lavori, è il presupposto per la corresponsione dell'acconto delle quote incentivanti al personale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), svolge il monitoraggio della performance organizzativa, ovvero, verifica l'andamento della performance dell'Azienda rispetto agli obiettivi programmati, segnalando all'organo di indirizzo politico-amministrativo l'esigenza di interventi correttivi. L'O.I.V., quindi, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato del sistema stesso.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha, poi, il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico, oltre che dell'OIV, anche da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) che provvede a monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, a supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini dello svolgimento delle attività di competenza ed a predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio stesse.

Importante, inoltre, il monitoraggio effettuato tramite gli *stakeholder*. Difatti, vengono effettuati interventi di miglioramento sulla base sul rapporto annuale di analisi relativo all'indagine di persone ricoverate nei Presidi Ospedalieri dell'ASL TO4. Tale monitoraggio esterno costituisce uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ottimizzare la programmazione di obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente.

Anche il C.U.G. svolge un'importante azione di monitoraggio supervisionando, tra gli altri, gli impatti del lavoro agile, prestando particolare attenzione ai diritti ed al benessere organizzativo delle lavoratrici e dei lavoratori nonché, nelle sue fasi pregresse, supervisiona in caso di controversie relative alla sua applicazione.

In merito al rischio corruttivo, come già ampiamente illustrato nella sezione "2.3 Rischi corruttivi e trasparenza", vengono attuati 3 livelli di monitoraggio: il 1° livello effettuato da parte di ciascun Direttore/Responsabile, il 2° livello attuato dal R.P.C.T. che verifica quanto attestato a seguito del monitoraggio di 1° livello ed infine, un monitoraggio posto in essere da un soggetto esterno all'Azienda, che può essere periodico o comunicato dall'Ente che lo mette in atto ( ANAC – Procura ecc.).

**Allegati a Rischi Corruttivi e Trasparenza:**

- Allegato 7 Tabella 1 PTPCT 2025-2027;
- Allegato 8 Tabella 2 PTPCT 2025-2027 ;
- Allegato 9 Tabella 3 PTPCT 2025-2027;
- Allegato 10 Tabella 4A Aree e processi esposti particolarmente a rischio (PNRR);
- Allegato 11 Tabella 4B Valutazione del rischio (PNRR);
- Allegato 12 Tabella 4C Misure proposte (PNRR);
- Allegato 13 Tabella Obblighi di Pubblicazione;
- Allegato 14 Tabella Obblighi di Pubblicazione allegato A.

**Allegati al P.O.L.A.:**

- Allegato 1 Accordo individuale;
- Allegato 2 Modulo di autorizzazione;
- Allegato 3 Report attività prestata in modalità lavoro agile;
- Allegato 4 Informativa in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro;
- Allegato 5 Documento relativo alle prescrizioni in materia di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali – Privacy;
- Allegato 5b Vademecum sul lavoro da remoto della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- Allegato 6 Autocertificazione trattamento dati personali.

**Allegati al P.T.F.P.:**

- Allegato 15 Prospetto A - PTFP 2023/2025;
- Allegato 16 Prospetto B - PTFP 2023/2025;
- Allegato 17 Prospetto C - PTFP 2023/2025.

**Allegati al P.A.P. Piano Azioni Positive:**

- Allegato 18 Delibera 665 del 12/09/2024.

**Allegati al Piano di Formazione:**

- Allegato 19 Piano Formativo 2025.