



A.S.L. TO5

*Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino*

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023 - 2025

Chieri, 14 febbraio 2023

Indice

Finalità del Piano	pag. 4
Quadro normativo di riferimento	pag. 6
Sezione 1 – Scheda anagrafica dell’ente	
Sezione 2 – Valore pubblico, performance e anticorruzione	
<i>2.1 Sottosezione di programmazione - Valore pubblico</i>	pag. 14
2.1.1 Rafforzamento dei rapporti tra i dipendenti, con gli utenti e tutti gli stakeholders	pag. 14
2.1.2 Digitalizzazione	pag. 19
2.1.3 La prevenzione	pag. 19
2.1.4 Le azioni positive	pag. 20
2.1.5 L’efficientamento energetico	pag. 21
2.1.6 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	pag. 22
2.1.7 Tabella riepilogativa degli strumenti volti alla creazione di “Valore Pubblico”	pag. 26
<i>2.2 Sottosezione di programmazione - Performance</i>	pag. 28
2.2.1 L’iter di approvazione degli obiettivi e gli ambiti di interesse	pag. 28
<i>2.3 Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e Trasparenza</i>	pag. 31
2.3.1 Premessa	pag. 31
2.3.2 Finalità	pag. 31
2.3.3 Le azioni prioritarie	pag. 31
2.3.4 Soggetti, funzioni e responsabilità	pag. 32
2.3.5 Gestione del rischio	pag. 36
Sezione 3 – Organizzazione e capitale umano	
<i>3.1 Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa</i>	pag. 53
3.1.1 Linee generali di organizzazione	pag. 53
<i>3.2 Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile</i>	pag. 86
3.2.1 Il lavoro agile nel CCNL	pag. 86
3.2.2 Utilizzo dello strumento del lavoro agile in ASL nel corso del 2022	pag. 87
<i>3.3 Sottosezione di programmazione – Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale</i>	pag. 90
3.3.1. Rappresentazione della consistenza di personale degli ultimi dodici anni	pag. 91
3.3.2 Analisi di genere del personale dipendente	pag. 98

3.3.3 Programmazione strategica delle risorse umane pag. 99

3.3.4 Formazione del personale pag. 108

Sezione 4 – Monitoraggio

4.1 Monitoraggio della sottosezione 2.1 “Valore Pubblico” pag. 113

4.2. Monitoraggio della sottosezione 2.2 “Performance” pag. 115

4.3 Monitoraggio della sottosezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza” pag. 122

4.4 Monitoraggio del lavoro agile pag. 126

4.5 Monitoraggio del Piano Triennale dei Fabbisogni pag. 126

Allegati

Allegato 1 - Mappatura dei processi e classificazione dei rischi

Allegato 2 - Elenco degli obblighi di pubblicazione

Allegato 3 – Piano Triennale del Fabbisogno del personale 2022 - 2024

Finalità del Piano

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) della Pubblica Amministrazione è il documento di pianificazione e *governance* dell'azienda sanitaria.

Il PIAO ha durata triennale ed è aggiornato annualmente entro il 31 gennaio.

Tale documento racchiude in sé, secondo quanto dettato dalla normativa di riferimento, le seguenti principali informazioni:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- le strategie gestionali del capitale umano e sviluppo organizzativo;
- l'individuazione degli strumenti per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione.

Il PIAO possedendo le finalità sopra descritte, e ai sensi dell'articolo 1 del DPR n.81, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 151/2022 del 30 giugno 2022, sostituisce alcuni documenti che l'ASL era tenuta ad approvare annualmente, e in particolare:

- il Piano della performance (linee di indicazione strategica);
- il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT);
- il Piano triennale del fabbisogno di personale;
- il Piano delle azioni positive;
- il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA).

Il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Funzione Pubblica, n. 132 del 30 giugno 2022, "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione" indica la struttura del Piano come descritto nella figura seguente:

Sezioni del PIAO
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE
2.1. Valore Pubblico
2.2 Performance (linee di indicazione strategica)
2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO
3.1 Struttura organizzativa
3.2. Organizzazione del lavoro agile
3.3. Piano Triennale del Fabbisogno del Personale
4. MONITORAGGIO

Figura 1: Sezioni del PIAO

Il PIAO è un documento che presenta l'attività dell'ASL e la avvicina i propri *stakeholders*, rendendoli partecipi dei programmi futuri, delle linee di indirizzo e delle risorse per raggiungere i risultati prefissi.

Il PIAO non si presenta, però, come un semplice collage dei previgenti piani e di buone prassi già in uso, ma ricerca il coinvolgimento dei diversi attori, utenti compresi, per essere uno strumento utile e di supporto alle finalità aziendali.

Il PIAO è un Piano che trae spunto, e sostituisce, non solo il Piano della performance, il PTPCT e il piano dei fabbisogni, ma molto di più. Nella stesura del PIAO ci si è resi conto che rappresenta un vero e proprio strumento di raccordo con altri processi aziendali e relativi documenti. Si pensi, ad esempio, al Piano di miglioramento aziendale per rispondere ai requisiti dell'accreditamento istituzionale, richiesti dalla Regione Piemonte; al Piano di comunicazione aziendale, che coinvolge i cittadini nelle indagini di *customer satisfaction* facendoli attori protagonisti delle scelte dell'ASL, attraverso una comunicazione esterna, chiara ed efficace; o ancora al Piano di formazione degli operatori e al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Quadro normativo di riferimento

Il Piano è stato elaborato in applicazione della seguente normativa:

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. “Riordino della disciplina in materia sanitaria”;
- Legge del 7 giugno 2000 n. 150 “Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni”;
- Decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. “Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa”;
- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- Decreto Legislativo del 07 marzo 2005 n. 82 e s.m.i. “Codice dell’Amministrazione digitale”;
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “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”;
- Legge della Regione Piemonte 6 agosto 2007, n. 18, “Norme per la programmazione sociosanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale”;
- Decreto Giunta Regionale del 22 giugno 2009 n. 7-11623 del “Documento programmatico per il governo del sistema regionale di formazione continua in sanità della Regione Piemonte 2009-2010”;
- Decreto Legislativo del 27 ottobre 2009 n. 150 “Attuazione della legge 4/03/2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 89/2010 “Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance (artt. 13, comma 6 lettera d) e 30, del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 104/2010 “Definizione dei sistemi di misurazione e valutazione della performance entro il 30 settembre 2010”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 112/2010 “Struttura e modalità di redazione del Piano della performance (art. 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 113/2010 “In tema di applicazione del D. Lgs. 150/2009 e della delibera n. 88/2010 agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 114/2010 “Indicazioni applicative ai fini della adozione de Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 30, comma 3, del decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009);
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 22/2011 “Indicazioni relative allo sviluppo dell’ambito delle pari opportunità nel ciclo di gestione della performance”;
- Direttiva della Presidenza del Consigli dei Ministri del 4 marzo 2011, “Linee guida sulle modalità di funzionamento dei “Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 1/2012 “Linee guida relative al miglioramento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance e dei Piani della performance”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 4/2012 “Linee guida relative alla redazione della Relazione degli O.I.V. sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni e sull’Attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all’integrità”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 5/2012 “Linee guida ai sensi dell’art. 13, comma 6, lettera b) del d. lgs. n. 150/2009, relative alla struttura e alla modalità di redazione della Relazione sulla performance di cui all’art. 10, comma 1, lettera b), dello stesso decreto”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 6/2012 “Linee guida per la validazione da parte degli O.I.V. della Relazione sulla performance”
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità”;

- 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'art. 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita dalla Conferenza unificata nella seduta del 24 luglio 2013 (Repertorio atti n. 79/CU) con la quale sono stati individuati gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, per l'attuazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei decreti attuativi (d.lgs. 33/2013, d.lgs 39/2013, D.P.R. 62/2013);
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013, n. 1 “Legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 19 luglio 2013, n. 2 “D.lgs. n. 33 del 2013 – Attuazione della trasparenza”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 6/2013 “Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l'annualità 2013”;
- Delibera CIVIT, ora ANAC, n. 23/2013 “Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, comma 4, lettera a) del d. lgs. n. 150/2009”;
- D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013 “Linee di indirizzo regionali per le aziende ed Enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Pagina 5 di 20 Valutazione (O.I.V.) in applicazione al D. Lgs. 150/2009 e s.m.i. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione”;
- Delibera CIVIT 4 luglio 2013, n. 50 “Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016”;
- Delibera CIVIT 11 settembre 2013, n. 72 “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera CIVIT 24 ottobre 2013, n. 75 “Linee guida in materia di codice di comportamento delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge 11 agosto 2014, n. 144, di conversione, con modifiche, del Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari”;
- Regolamento ANAC 9 settembre 2014 “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'ANAC per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei piani triennali di trasparenza, dei codici di comportamento”;
- Norma UNI EN ISO 9001:2015
- Linee guida Regione Piemonte sulla formazione a distanza del 10 marzo 2015;
- Determinazione ANAC 28 aprile 2015, n. 6 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)”;
- D.G.R. della Regione Piemonte 29 giugno 2015, n. 26-1653 “Principi e i criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012”;
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” (art. 1 Carta della cittadinanza digitale e art. 7 Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza);
- Determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12 “Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure

d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;

- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 che modifica il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibera ANAC 3 agosto 2016, n. 831 “Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1309 “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. Art. 5- bis, comma 6, del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310 “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”;
- Accordo Conferenza Stato – Regioni del 02 febbraio 2017 “La formazione continua nel settore salute”;
- Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica del dicembre 2017 “Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance”;
- Delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 358 “Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- 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”;
- Decreto Legislativo 74 del 25 maggio 2017 “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”;
- Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, recante “Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), i), m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- Delibera ANAC 22 novembre 2017, n. 1208 “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”;
- “Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA”, adottate dal Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione l’8/05/2018 e pubblicate in Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018;
- Delibera ANAC 2 ottobre 2018, n. 840 “Richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)”;
- Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica per la Relazione annuale sulla performance n. 3 del novembre 2018;
- Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica per la misurazione e valutazione della performance individuale n. 5 del dicembre 2019;
- Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica del 9 gennaio 2019 “Indicazioni in merito all’aggiornamento annuale del Sistema di misurazione e valutazione della performance” e del 18/12/2019 “Aggiornamento dei Sistemi di misurazione e valutazione della performance”;
- Delibera ANAC 5 giugno 2019, n. 494 “Linee guida n. 15 recanti individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”; 6
- Delibera ANAC 26 giugno 2019, n. 586 “Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l’applicazione dell’art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019”;

- Direttiva 2 del 26 giugno 2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”;
- Delibera ANAC 13 novembre 2019, n. 1064 “Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area sanità Triennio 2016 - 2018 del 19 dicembre 2019;
- Delibera ANAC 19 febbraio 2020, n. 177 “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche”;
- Decreto Legge 17/03/2020, n. 18 “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- Legge 11 settembre 2020, n. 120 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 16 luglio 2020, n. 76, recante «Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitali» (Decreto semplificazioni)”;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro Area delle funzioni locali Triennio 2016 - 2018 del 17 dicembre 2020;
- Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 113 del 6 agosto 2021, “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”;
- Legge 6 agosto 2021, n. 113 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 settembre 2021 “Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni”;
- “Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione” recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto del Ministro per la pubblica amministrazione 8 ottobre 2021.
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.
- D.L. 21 giugno 2022, n. 73 “Misure urgenti in materia di semplificazioni fiscali e di rilascio del nulla osta al lavoro, Tesoreria dello Stato e ulteriori disposizioni finanziarie e sociali”;
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.”
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 24 giugno 2022, “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione”;
- Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento di Funzione Pubblica, n. 132 del 30 giugno 2022, “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”; Circolare n. 2/2022 dell'11 ottobre 2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica che contiene indicazioni operative in materia di Piano Integrato di Attività e Organizzazione;
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del personale del Comparto Sanità Triennio 2019 – 2021 del 2 novembre 2022;
- Delibera ANAC 17 gennaio 2023, n. 7 “Piano Nazionale Anticorruzione 2022”.

SEZIONE 1

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ENTE

1.1 Dati identificativi dell'ASL TO5

L'Azienda Sanitaria Locale Torino 5 ha assunto l'attuale denominazione ed estensione territoriale dopo una serie di accorpamenti.

Più precisamente, con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 29 dicembre 1994 viene individuata l'Azienda USL 8 risultante dall'aggregazione delle distinte UU.SS.SS.LL. n. 30 di Chieri, 31 di Carmagnola, 32 di Moncalieri e 33 di Nichelino.

Successivamente, con la Legge regionale n. 61 del 12 dicembre 1997 la denominazione dell'USL 8 è modificata in ASL 8.

Dal 1 gennaio 2008, poi, l'Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Chieri assume la denominazione di Azienda Sanitaria Locale Torino 5 - ASL TO5.

L'ASL TO5 ha la sede legale a Chieri (TO), in piazza Silvio Pellico n. 1

Di seguito è riportato il logo aziendale:



Figura 2: Logo aziendale

L'ASL TO5 ha come ambito di competenza parte della provincia di Torino. Comprende un territorio di quaranta comuni, di seguito rappresentato, distribuiti su 794,67 kmq di superficie, con una popolazione complessiva, al 31/12/2022 pari a 317.604 abitanti.

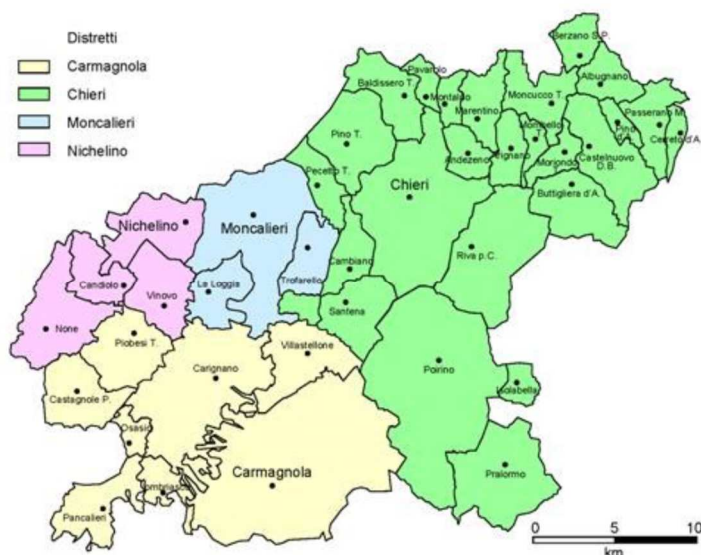


Figura 3: Mappa dei comuni dell'ASL TO5

Nell'ultimo triennio, dopo una lieve inflessione, la popolazione è aumentata del 2,7%, come si evince dal grafico seguente:

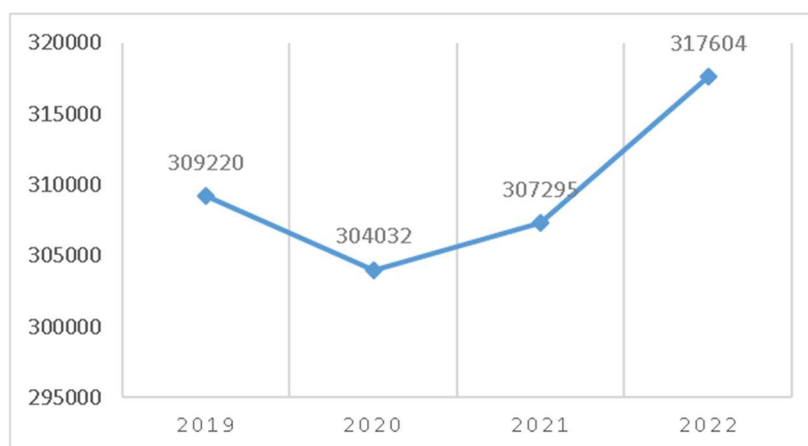


Grafico 1: Numero di abitanti dell'ASL TO5 per ogni anno dal 2019 al 2022

A fine 2022, gli abitanti dell'ASL TO5 divisi per distretto erano:

Distretto	Numero di abitanti
Carmagnola	54.257
Chieri	103.972
Moncalieri	80.133
Nichelino	79.241

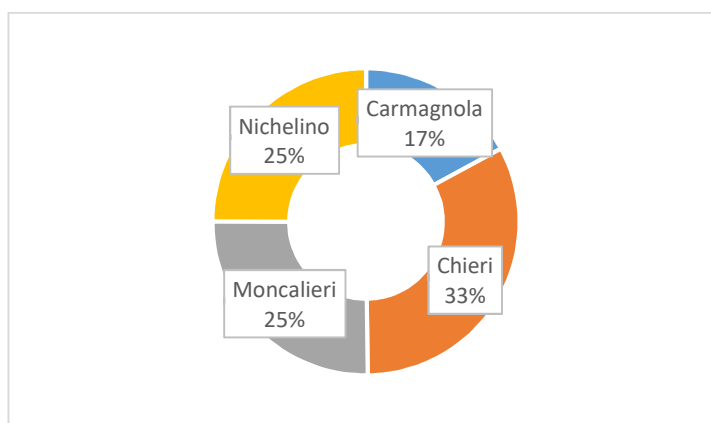


Grafico 2: Numero di abitanti dell'ASL TO5 per distretto al 31/12/2022

Di seguito è presentata la ripartizione della popolazione, maschile e femminile, suddivisa sui quattro distretti che compongono l'ASL TO5, al 31 dicembre 2022.

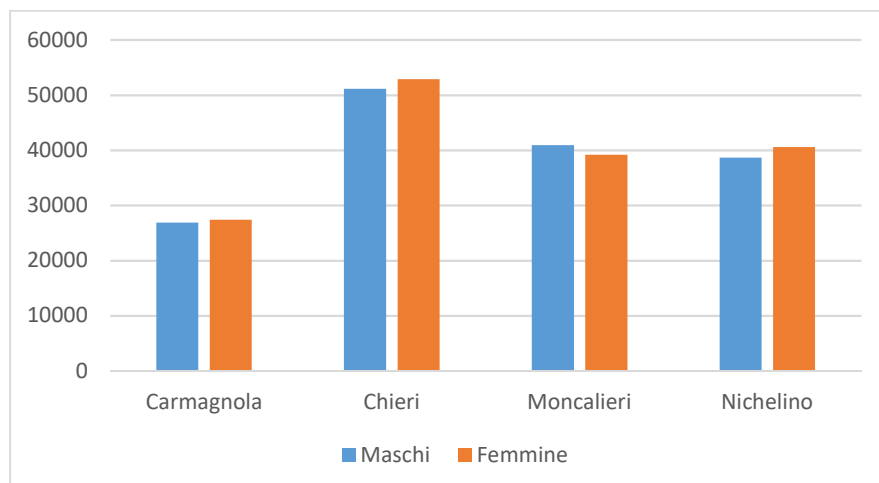


Grafico 3: Popolazione, femminile e maschile dell'ASL TO5, suddivisa per distretto al 31/12/2022

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

2.1.1 Rafforzamento dei rapporti tra i dipendenti, con gli utenti e tutti gli stakeholders

L'ASL TO5 attraverso interventi di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo persegue la finalità di tutela della salute, sulla base delle disposizioni normative, della programmazione regionale e nazionale, del proprio piano strategico di sviluppo.

L'intero operato dell'azienda è guidato dai seguenti principali principi ispiratori, così declinati:

- centralità del cittadino:
 - rispetto della dignità e della libertà della persona umana, equità ed etica;
 - garantire i livelli essenziali di assistenza a tutta la popolazione;
 - fruibilità delle prestazioni sanitarie;
 - rispetto delle fasce più deboli e fragili a rischio;
- qualità dei servizi:
 - qualità clinico–assistenziale secondo il principio dell'efficacia e appropriatezza dell'offerta di salute;
 - qualità relazionale;
 - qualità organizzativa e ambientale;
- continuità terapeutica: garantire la risposta al fabbisogno di salute attraverso la continuità del percorso di cura;
- imparzialità e trasparenza:
 - uguaglianza di trattamento degli utenti;
 - trasparenza dell'operato e accessibilità delle informazioni;
- coinvolgimento e qualificazione delle risorse umane che operano in ASL, tramite programmi di formazione e aggiornamento;
- sostenibilità economica del sistema.

In altre parole, la *mission* strategica dell'ASL è, quella di rispondere ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando interventi di promozione della salute, di prevenzione e cura efficaci, accessibili con tempestività, e senza barriere di cultura, lingua e condizioni socio-economiche, nel rispetto della persona e in condizioni di sicurezza, utilizzando con efficienza le risorse disponibili.

La *vision* dell'azienda è quella di essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi di tecniche e conoscenze in continua evoluzione.

Per tale ragione l'ASL TO5 deve mostrarsi capace di effettuare scelte sostenibili in grado di garantire qualità, sicurezza ed equità nel sistema di gestione della salute, ammettendo che i propri professionisti, e in particolare le loro competenze, rappresentano il punto centrale dell'innovazione organizzativa, del governo clinico e dell'integrazione tra l'attività ospedaliera e territoriale.

Al fine di creare “valore pubblico” nella definizione espressa nelle linee guida 2017-2020 del Dipartimento della Funzione Pubblica, nel Piano nazionale anticorruzione 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, inteso come “livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders*”, l'ASL TO5 presenta un piano strategico di integrazione con i vari settori della comunità locale, al fine di costituire una politica per la salute condivisa, che rispecchia le esigenze dell'intera comunità.

Per questo l'ASL TO5 riconosce la centralità della persona e dei suoi bisogni e le aspettative di salute come la necessità di realizzare la presa in carico dei suoi utenti, attraverso la realizzazione di una rete di servizi integrati socio assistenziali, che possano rafforzare il legame ospedale territorio, assicurare la continuità delle cure e la gestione delle malattie croniche.

La costruzione di una rete di alleanze con i propri *stakeholders* contribuisce a rafforzare il valore dell'azienda e il suo impegno nel fornire i servizi e la metodologia organizzativa deve essere ispirata ai principi di economicità, efficienza ed efficacia al fine di garantire un livello qualitativo tale da raggiungere la piena soddisfazione dell'utente.

Prendendo in analisi la definizione di *stakeholders*, quale “ogni gruppo o soggetto che può influenzare o essere influenzato da un'organizzazione o dalle sue attività” e “anche ogni soggetto o gruppo che può essere di aiuto nello stabilire obiettivi di valore per l'organizzazione”, la centralità del cittadino e della persona diventa il punto fondamentale su cui basare la programmazione socio-sanitaria e l'organizzazione del sistema di erogazione dell'offerta, orientando i servizi e i processi assistenziali alle reali esigenze.

Ricalcando tale punto di vista, gli obiettivi aziendali sono orientati al rafforzamento del centro strategico dell'ASL, con il duplice scopo di promuovere logiche di gestione informate a canoni di efficienza, efficacia ed economicità, nonché di conferire una direzione unitaria ai grandi processi di trasformazione in atto e al rafforzamento della medicina preventiva.

Al fine del raggiungimento del valore pubblico, nel significato sopra descritto, l'ASL TO5 intende porre in essere una serie di attività di revisione e aggiornamento della gestione delle informazioni interne ed esterne all'ASL, al fine di facilitare i rapporti con gli utenti, gli stakeholder e la comunità locale.

In particolare, come di seguito schematizzato, l'ASL TO5 individua quali basi fondamentali per la creazione di valore: il coinvolgimento e la motivazione del proprio personale; un corretto impiego delle risorse, sia economiche che, soprattutto, umane, con particolare attenzione a dare evidenza (cosiddetta trasparenza) sul loro utilizzo; il miglioramento continuo della performance di efficienza ed efficacia.

Di seguito è rappresentato il significato aziendale attribuito al valore pubblico e il riepilogo degli strumenti che l'ASL TO5 intende attivare/implementare per la creazione del valore:



Figura 4: Strumenti per la realizzazione del valore pubblico

Di seguito sono meglio dettagliati gli strumenti e le azioni a medio – lungo termine che l'ASL ha attivato o intende attivare nell'ottica di creare valore pubblico.

La comunicazione interna

Nelle aziende di servizio, e in quelle sanitarie ancor di più, la “creazione di valore” è possibile solo grazie alle persone che vi operano. Per tale ragione, costituisce un aspetto importante il fatto che gli operatori siano a conoscenza e condividano la cultura organizzativa e il sistema di valori dell'Azienda.

Una buona comunicazione interna, fondata su di un'ampia circolazione delle informazioni sulle attività e i processi lavorativi, e il pieno coinvolgimento del personale nei processi di cambiamento organizzativo, è quindi essenziale per creare tra gli operatori un senso di appartenenza e per migliorare l'immagine dell'organizzazione.

I progetti attualmente in essere, che hanno l'obiettivo di implementare gli strumenti di comunicazione interna, sono:

- la realizzazione dell'*house organ*;
- la revisione dell'intranet aziendale;
- l'approvazione della *social media policy*.

"In Vena"

Proprio con l'intento di sviluppare il senso di appartenenza e di condivisione di aspetti non meramente procedurali che a marzo 2022 è stato diffuso il primo numero di "In Vena", l'*house organ* dell'ASL TO5: una pubblicazione trimestrale, esclusivamente digitale, inviata tramite e-mail ai dipendenti e al personale convenzionato dell'Azienda, che tratta di temi istituzionali lasciando però spazio anche alla condivisione di passioni personali.

La revisione dell'intranet aziendale

Da settembre 2022 l'Ufficio Comunicazione e Formazione dell'ASL TO5 è all'opera per un "*restyling*" sia dal punto di vista grafico che organizzativo dell'intranet aziendale. Al termine della revisione, prevista per marzo 2023, oltre alle pagine dedicate agli avvisi e alla sezione per la consultazione di regolamenti e procedure, ogni struttura avrà a disposizione una sua pagina su cui pubblicare i contatti del proprio staff e le informazioni che ritiene più rilevanti per i colleghi.

L'approvazione della social media policy

Entro giugno 2023 verrà approvata la social media policy dell'ASL TO5, documento che ha lo scopo di regolare l'attività sulle piattaforme social dell'Azienda, l'interazione con l'utenza e il ruolo dei dipendenti nella diffusione e nella condivisione di *best practice*.

Nella social media policy interna sono infatti descritte le principali norme di comportamento che i dipendenti sono tenuti ad osservare quando accedono ai social network con i loro account personali e sulle pagine dell'Azienda. Si tratta di una linea guida per tutti gli operatori perché siano coinvolti attivamente, ma correttamente, nella vita anche virtuale dell'Azienda sanitaria. Operatori attivi sui social, influenti, credibili e riconosciuti da tutti come competenti e titolati rispetto a specifici contenuti, rappresentano una preziosa risorsa per aumentare la fiducia verso l'Azienda (*ambassador*). Il loro corretto uso dei social permette all'Azienda di favorire la condivisione di valori, contenuti e messaggi, quindi la trasparenza, il coinvolgimento e il senso di appartenenza.

La comunicazione esterna

La comunicazione esterna rivolta all'utenza, alle altre amministrazioni o enti, imprese o associazioni, contribuisce a costruire la percezione della qualità del servizio e costituisce un canale permanente di ascolto e verifica del livello di soddisfazione del cliente/utente, tale da consentire all'organizzazione di adeguare di volta in volta il servizio offerto.

È evidente, per esempio, che se informo bene la cittadinanza sulle strutture e sulle condizioni dei servizi, semplifico l'accesso migliorando, di conseguenza la qualità; allo stesso modo se agevolo la partecipazione dei cittadini alle attività di programmazione e valutazione dei servizi, miglioro la qualità dello stesso perché attraverso l'ascolto acquisisco le informazioni fondamentali sulle esigenze e le necessità dei principali destinatari dei servizi dell'organizzazione, e così via.

È quindi opportuno valutare distintamente le azioni rivolte a comunicare verso l'esterno informazioni sempre aggiornate e quelle finalizzate all'ascolto e alla partecipazione degli utenti.

Attualmente la comunicazione verso l'esterno avviene nei seguenti modi:

- stampa cartacea della carta dei servizi e pubblicazione sul sito istituzionale di una versione trimestralmente aggiornata;
- diffusioni di opuscoli informativi con le principali informazioni per i pazienti ricoverati;
- aggiornamento continuo del sito istituzionale.

Entro il primo semestre del 2023 l'Azienda si doterà di una *social media policy* al fine di interfacciarsi con gli utenti attraverso le principali piattaforme social e attuerà, anche nell'ottica di una sempre più crescente digitalizzazione della documentazione sanitaria, una verifica della corretta applicazione del regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato.

Parallelamente, al fine di poter permettere agli utenti di poter esprimere la loro opinione in merito ai servizi offerti, nel corso del 2022, con la delibera del direttore generale n. 575 del 6 settembre 2022 è stata aggiornata la procedura dei reclami. Le segnalazioni che gli utenti inviano, soprattutto via mail, agli uffici URP aziendali alimentano un report che con cadenza trimestrale viene inviato alla Direzione e alle strutture interessate affinché vengano tempestivamente evidenziate le principali criticità e posti in essere i necessari interventi correttivi. Entro il 28 febbraio 2023 sarà redatto il report dei reclami pervenuti nel corso dell'anno appena concluso con annesse proposte di intervento per le aree più critiche.

Sempre nel 2022 ha preso avvio il progetto di *customer satisfaction* "Vota la qualità!": attraverso questionari digitali e completamente anonimi gli utenti, che abbiano usufruito dei servizi ospedalieri e territoriali, possono dare un giudizio sui diversi aspetti dell'esperienza appena vissuta sotto il profilo della relazione, sulla comodità delle strutture e sulle tempistiche di prenotazione. Il questionario è sempre disponibile sul sito istituzionale e raggiungibile anche attraverso un *qr code* che viene consegnato sia in ambulatorio che in ospedale. Entro il 30 marzo 2023 sul sito dell'Azienda verrà pubblicato un report dei dati raccolti.

Partecipazione attiva e strutturata degli stakeholders

Non vi può però essere pieno ascolto delle necessità dei cittadini senza il coinvolgimento delle associazioni, sia quelle che hanno come oggetto del loro intervento il volontariato nelle strutture sanitarie pubbliche sia quelle che si propongono di tutelare, in generale i diritti dei cittadini e quindi anche quelli in campo sanitario.

A seguito della pubblicazione di un avviso pubblico, con la delibera del Direttore Generale n. 667 del 18 ottobre 2022, sono state nominate le 11 associazioni che comporranno per il triennio 2022-2024 la Conferenza Aziendale di partecipazione. Il 15 dicembre 2022 ha avuto luogo il primo incontro tra i rappresentanti delle associazioni e i rappresentanti dell'Azienda. Il prossimo incontro, in cui verranno illustrati i risultati delle indagini sopra citate sarà convocato entro la prima metà del 2023.

Di seguito l'elenco delle Associazioni nominate come componenti della Conferenza Aziendale di Partecipazione dell'ASL TO5 per il triennio 2022 – 2024:

1. Auser Carmagnola Odv – Associazione per l'invecchiamento attivo Onlus;
2. A.M.A Associazione malati di Alzheimer;
3. APS Cittadananzattiva Regione Piemonte;
4. Comitato Macula Aps;
5. Associazione vivamente Odv;
6. V.I.T.A. - Associazione vivere il tumore attivamente Odv;
7. A.V.O. Chieri – Associazione volontari ospedale Odv;
8. C.P.D. - Consulta per le persone in difficoltà Odv;
9. A.N.D.O.S. - Comitato Associazione Donne Operate al Seno Carmagnola Odv;
10. O.A.M.I. Carmagnola Odv;
11. C.A.V. - Centro Aiuto alla Vita Odv.

2.1.2 Digitalizzazione

Secondo gli ultimi dati forniti dall'ISTAT gli italiani che si connettono a internet quotidianamente, sono l'82% tra i 25 e 44 anni, il 68% quelli tra i 45 e 64 anni e il 24% quelli oltre i 65 anni.

Ne consegue che sia indispensabile, anche per le pubbliche amministrazioni, essere attivamente presenti su internet attraverso siti sempre aggiornati, pagine social adeguatamente presidiate e degli uffici disponibili a interfacciarsi con l'utenza tramite mail. Ma non solo. Come peraltro previsto anche all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, è importante che le Aziende Sanitarie offrano ai propri cittadini servizi "digitali" come la possibilità di prenotare visite, ritirare referti, pagare ticket e avere sempre a disposizione la propria documentazione sanitaria.

Tutto questo è già possibile attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, servizio al quale i cittadini piemontesi possono accedere tramite SPID attraverso il portale Tu Salute Piemonte.

Nel perseguire sempre una maggior digitalizzazione dell'attività pubblica, rimane però responsabilità di tutte le amministrazioni assicurarsi che anche ai cittadini che per età o che per condizioni economiche non possano accedere agli strumenti digitali, sia comunque garantito l'accesso alla totalità dei servizi offerti.

A questo scopo, nel corso del 2023, l'ASL TO5 implementerà l'assistenza informatica ai cittadini attraverso i Punti Assistiti Salute istituiti presso gli URP aziendali.

2.1.3 La prevenzione

L'Agenda Onu 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, dedica il terzo obiettivo a "Salute e Benessere" e in questo vi comprende:

- il contrasto all'abuso di sostanze, tra cui l'abuso di stupefacenti e il consumo nocivo di alcol;

- garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva, inclusa la pianificazione familiare, l'informazione, l'educazione e l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali;
- dimezzare il numero globale di morti e feriti a seguito di incidenti stradali;
- ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere benessere e salute mentale.

Entro la fine del primo semestre 2023 l'Azienda approverà il Piano Locale di Prevenzione, lo strumento di attuazione e gestione a livello aziendale delle attività di prevenzione e promozione della salute definite dal Piano Nazionale e pianificate dal Piano Regionale. Ne assicura il coordinamento e l'integrazione collegando i livelli di programmazione nazionale e regionale.

Esso è costruito su obiettivi di salute e si avvale delle competenze e delle specificità dei servizi aziendali che collaborano alla sua stesura.

2.1.4 Le azioni positive

Al fine di promuovere al proprio interno l'attuazione degli obiettivi di parità, di conciliazione tra vita privata e lavoro e per sostenere condizioni di benessere lavorativo, l'organizzazione deve porre in essere delle azioni speciali che mirino a rimuovere gli ostacoli che impediscono un'effettiva parità nelle condizioni dei lavoratori. Le "sole" azioni positive, previste dal Codice per le Pari Opportunità (D.Lgs. 198/2006) e consistenti in misure dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro, non sono più sufficienti ad assicurare le succitate condizioni di benessere lavorativo. Per poter rappresentare e preservare la complessità del capitale umano dell'organizzazione è necessario parlare di "discriminazioni positive": ovvero politiche che abbiano lo scopo di tutelare le persone con certe identità etniche, di genere, sessuali e sociali e di favorire l'inserimento lavorativo di persone con disabilità fisiche e intellettuali.

Dopo l'interruzione delle attività determinata dalla pandemia, è volontà dell'ASL TO5 ricostituire entro il 30 giugno 2023, sulle more di quanto previsto dalla vigente normativa in materia, il Comitato Unico di Garanzia, il quale avrà compiti propositivi, consultivi e di verifica, al fine di favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorare l'efficienza delle prestazioni e infine contrastare qualsiasi forma di discriminazione e di violenza per i lavoratori.

Azioni positive

- ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)
- revisione del regolamento aziendale del CUG
- avvio di progetti di formazione proposti dal CUG
- sviluppo dello Sportello di Ascolto Psicologico (SAP)
- avvio di progetti specifici sul benessere organizzativo

Figura 5: Principali attività per la realizzazione di Azioni Positive

2.1.5 L'efficiamento energetico

Se la necessità di rivedere atteggiamenti e abitudini dal punto di vista “energetico” fanno parte ormai da anni delle politiche volte a contrastare il cambiamento climatico, è con lo scoppio del conflitto russo-ucraino che queste hanno assunto anche una connotazione economica urgente.

Le disposizioni impartite dal Ministero della Transizione Ecologica attraverso il Piano Nazionale di Contenimento dei Consumi di Gas Naturale (PNCCGN) introducono infatti dei nuovi limiti che riguardano i valori della temperatura interna degli edifici e le ore giornaliere di accensione e spegnimento degli impianti termici.

I nuovi valori di temperatura saranno:

- a) 17°C + 2°C di tolleranza per gli edifici adibiti ad attività industriali, artigianali e assimilabili;
- b) 19°C + 2°C di tolleranza per tutti gli altri edifici.

Per questo motivo, ad eccezione dei reparti ospedalieri o dove diversamente indicato dal responsabile sanitario e/o del servizio, la temperatura dei locali sarà impostata a 19°C per tutto il periodo di occupazione dei locali e per una durata giornaliera non superiore a 13 ore. L'eventuale richiesta di aumento della temperatura dovrà essere formalizzata dal responsabile del servizio e non potrà, comunque, superare il limite di tolleranza pari a 2°C, salvo diverse indicazioni del Servizio di Prevenzione e Protezione.

All'interno dei locali dove è possibile regolare la temperatura, manualmente, si raccomanda di:

- 1) impostare le valvole termostatiche dei termosifoni sul valore minimo;
- 2) sui ventilconvettori lasciare la ventilazione alla velocità minore e non impostare valori di temperatura superiori a 19 °C;
- 3) sui termostati ambiente impostare una temperatura non superiore a 19°C;
- 4) non utilizzare apparecchiature elettriche per il riscaldamento (stufe, termoconvettori, ecc...).

L'ASL TO 5 ha poi ottemperato agli obblighi previsti dalla Legge 9 gennaio 91 n. 10 attraverso l'affidamento e la nomina al Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del tecnico responsabile per la conservazione e l'uso razionale dell'energia (Energy Manager).

A seguito di tale nomina è stato redatto il Piano di intervento per l'efficiamento energetico che prevede:

- a) la realizzazione di un Sistema di Gestione dell'Energia in accordo e conformità a quanto stabilito dalla norma UNI CEI EN ISO 50001 "Sistemi di gestione dell'energia - Requisiti e linee guida per l'uso";
- b) attività di sensibilizzazione e informazione sull'utilizzo corretto dell'energia;
- c) la creazione di un sistema di monitoraggio dei consumi energetici;
- d) azioni da intraprendere sugli impianti per ridurre il consumo di energia elettrica;
- e) azioni da intraprendere sui componenti dell'involucro edilizio;
- f) progettazione e validazione del profilo energetico di nuove strutture, impianti e apparecchiature anche attraverso l'utilizzo di FER.

Gli interventi elencati nei precedenti punti saranno attuati per mezzo:

- di finanziamenti propri;
- incentivi previsti dal D.M. 28/12/2012 (conto termico);
- l'utilizzo del “SERVIZIO INTEGRATO ENERGIA PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI” affidato all'azienda GETEC Italia per mezzo di Gara a procedura aperta per l'affidamento del Servizio integrato energia per le pubbliche amministrazioni (edizione 3)

Nel periodo 2023/24 è prevista la realizzazione dei seguenti interventi:

1. impianto termico Distretto Sanitario di Nichelino - Via San Francesco d'Assisi, 35;
2. impianto di climatizzazione estiva/invernale Psicologia e C.S.M. – Chieri, strada Fontaneto 28;
3. Ser.D. – Chieri, via Demaria 8/g;
4. Poliambulatorio – Carignano, via Cara De Canonica 6;
5. Poliambulatorio – Carmagnola, via Avvocato Ferrero 24;
6. Uffici Moncalieri, via Real Collegio 20;
7. Centro di formazione – Moncalieri, via Mirafiori 11;
8. installazione di impianto fotovoltaico presso il P.O. di Chieri (in corso di realizzazione);
9. installazione di impianto fotovoltaico presso il P.O. di Moncalieri (in corso di realizzazione);
10. installazione di impianto fotovoltaico presso il P.O. di Carmagnola;
11. realizzazione impianto di telecontrollo P.O. di Chieri (in corso di realizzazione);
12. realizzazione impianto di telecontrollo P.O. di Moncalieri (in corso di realizzazione);
13. realizzazione impianto di telecontrollo P.O. di Carmagnola (in corso di realizzazione);
14. sostituzione gruppo frigo P.O. Moncalieri (in corso di realizzazione);
15. sostituzione gruppo frigo Distretto Sanitario di Nichelino – Via Debouché (in corso di realizzazione);
16. allacciamento rete teleriscaldamento Distretto Sanitario di Nichelino – Via S. Francesco (in corso di realizzazione).

2.1.6 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il documento che il Governo italiano ha predisposto per illustrare alla Commissione Europea come il nostro Paese intenda investire i fondi che arriveranno nell'ambito del programma **Next generation Eu**: lo strumento introdotto dall'Unione Europea con l'obiettivo di rilanciare l'economia degli Stati membri, rendendola più verde e più digitale.

Le risorse stanziare nel Piano italiano sono pari a 191,5 miliardi di euro e sono ripartite in sei missioni:

1. digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura;
2. rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. istruzione e ricerca;
5. inclusione e coesione;
6. salute.

Alla Missione Salute il PNRR ha destinato € 15,63 miliardi, pari all'8,16% dell'importo totale, per realizzare, entro il 2026, importanti interventi in due aree principali:

- ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
- innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio Sanitario Nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

Anche la nostra realtà beneficerà di queste risorse, grazie alle quali potremmo non solo potenziare le nostre strutture ma anche crearne di nuove.

A questo proposito, stanno procedendo le comparazioni tra le tre diverse ipotesi di localizzazione del nuovo ospedale dell'ASL TO5 (Moncalieri-Trofarello località Vaddò, Cambiano, Villastellone) che, dopo la conclusione

della fase tecnica da parte del gruppo di lavoro a suo tempo costituito dall'Assessore regionale alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria, Luigi Genesio Icardi, si concluderanno entro la fine dell'estate con la decisione definitiva della Giunta Regionale.

Oltre all'ospedale unico, ci sono nuove ed innovative strutture che il PNRR ci permetterà di costituire sul territorio della nostra ASL: 7 Case di Comunità, 2 Ospedali di Comunità e 3 Centrali Operative Territoriali.

Queste strutture saranno localizzate in siti già nelle disponibilità dell'ASL, ovvero dei Comuni sede di intervento che hanno messo a disposizione con comodato d'uso gratuito il fabbricato o l'area per un periodo almeno trentennale impegnandosi altresì a realizzare le opere di urbanizzazione qualora carenti.

Per le Centrali Operative Territoriali è prevista la funzionalità già a metà del prossimo anno mentre per le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità, il cui intervento di edilizia sanitaria è decisamente più significativo, il limite massimo per l'entrata in funzione è la metà dell'anno 2026.

Queste strutture rappresentano la condizione strutturale necessaria per una modifica organizzativa radicale della medicina territoriale.

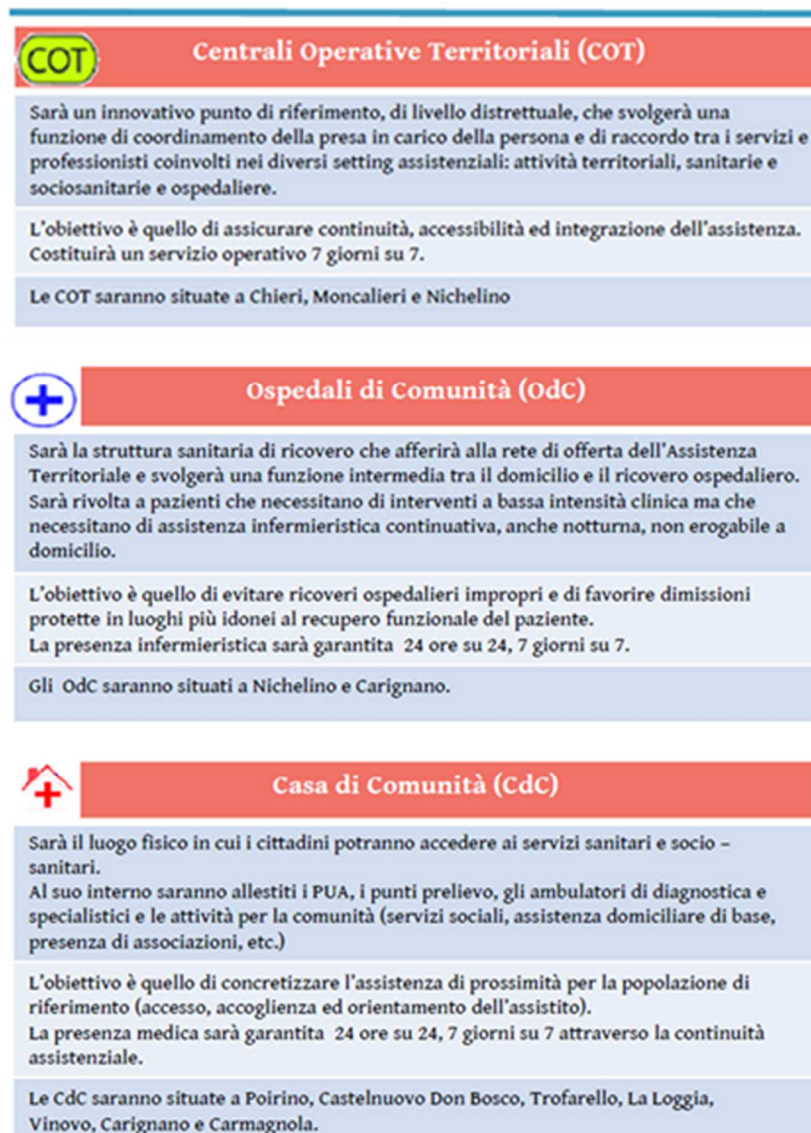


Figura 6: Nuove strutture dell'ASL TO5

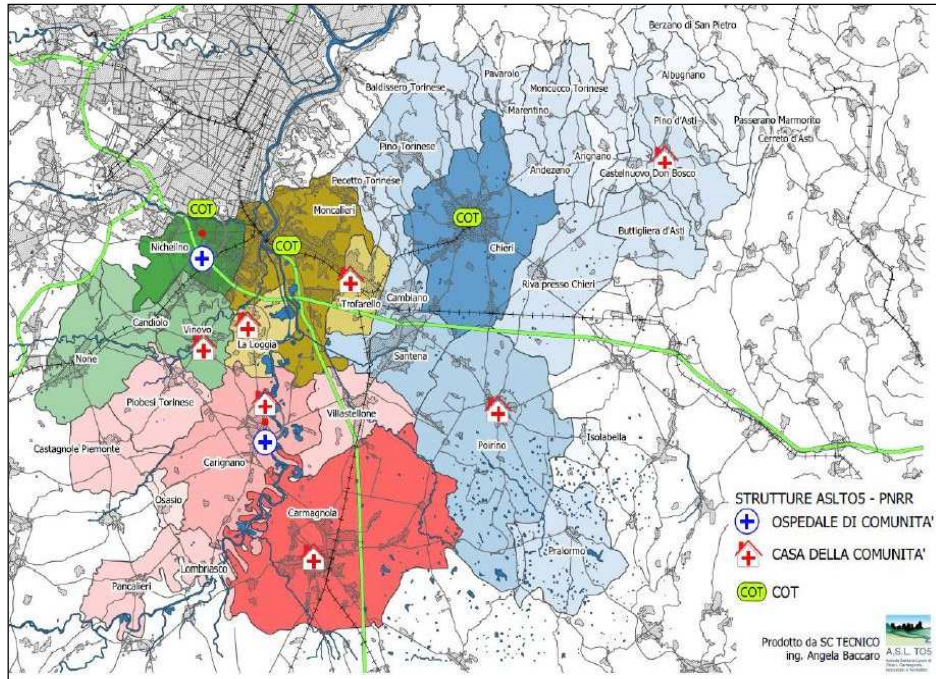


Figura 7: Mappa delle strutture ASL previste dal PNRR

Sono riportate sotto in elenco le informazioni specifiche per ogni intervento con identificazione della città e dell'indirizzo di ubicazione:

Investimento	Città	Indirizzo
Case della comunità	Castelnuovo Don Bosco	Aldo Moro .Snc
Case della comunità	Vinovo	Vadone .Snc
Case della comunità	Carmagnola	Via Avvocato Ferrero .24
Case della comunità	Poirino	Gaidano .4
Case della comunità	Trofarello	Togliatti .Snc
Case della comunità	La Loggia	IV Novembre .6
Ospedali di comunità	Nichelino	Debochè.Snc
Ospedali di comunità	Carignano	San Remigio .48
Centrale Operativa Territoriale	Moncalieri	Strada Vignotto 23
Centrale Operativa Territoriale	Chieri	Piazza Silvio Pellico 1
Centrale Operativa Territoriale	Nichelino	Via Debouchè 8

Tabella 1: Ubicazione territoriale dei progetti dell'ASL TO5 di realizzazione del PNRR

Lo stato di avanzamento è in linea con le scadenze previste dalle linee delle attività e le *milestone* del PNRR per il quale sono state avviate tutte le procedure di attivazione.

Per le Centrali Operative Territoriali al 31/12/2022 è stata rispettata la conclusione dell'assegnazione dei progetti idonei all'indizione della gara. Come prossima scadenza si avrà la stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative al 30/06/2023 che porteranno al completamento delle opere entro 31/03/2024.

Per le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità: la loro realizzazione avverrà attraverso l'adesione all'accordo quadro indetto da Invitalia che comprenderà sia la progettazione, validazione, l'esecuzione dei lavori e collaudo. L'assegnazione degli operatori economici è avvenuta nel mese di dicembre 2022 e sono in corso le verifiche procedurali sui loro requisiti. Questa azienda ha avviato le prime interlocuzioni con i progettisti.

In particolare, la progettazione dell'Ospedale di Comunità di Carignano sarà redatta dallo studio precedentemente identificato dalla riqualificazione prevista prima dell'avvento del COVID. Tutte le altre fasi seguiranno le procedure di adesione ad Invitalia. La prossima scadenza è la consegna degli elaborati di progettazione e l'indizione della fase di realizzazione fissata al 31/03/2023. La fine dell'operazione è prevista al 31/03/2026.

Gli interventi delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità saranno oggetto per alcune di essi di ristrutturazioni e per altre di nuove costruzioni. Per ognuna di esse sono state disposte centralmente delle schede di indirizzo alla loro realizzazione. Tali schede pongono molta attenzione agli aspetti ambientali:

- nell'utilizzo di materiali rispettanti la normativa dei CAM (Criteri Ambientali Minimi);
- l'efficientamento energetico prevedendo per le nuove realizzazioni la costruzione in NZEB (Near Zero Energy Building) ed importanti riduzioni del fabbisogno termico nel caso di ristrutturazioni;
- il non arrecare danno all'ambiente con la normativa europea del "DNSH" (Do Not Significant Harm) che stabilisce delle scelte progettuali tali da ridurre per esempio l'uso di risorse es. acqua, energia ed utilizzando i principi di economia circolare e riduzione dell'inquinamento.

2.1.7 Tabella riepilogativa degli strumenti volti alla creazione di “Valore Pubblico”

Nella tabella seguente sono riassunti gli strumenti e le azioni a medio – lungo termine che l'ASL ha attivato o intende attivare nell'ottica di creare valore pubblico.

Azioni finalizzate al conseguimento del valore pubblico				
	<i>Obiettivo</i>	<i>Descrizione delle azioni che si intendono realizzare</i>	<i>Tempistica</i>	<i>Struttura responsabile</i>
1	Rafforzamento dei rapporti tra i dipendenti con gli utenti e tutti gli <i>stakeholders</i>	Revisione e costante aggiornamento dei contenuti pubblicati nella intranet aziendale e consultabili da parte di tutto il personale aziendale	A partire dal mese di gennaio 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Realizzazione dell'house organ finalizzato ad informare i dipendenti	Già avviato	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Informatizzazione del processo di raccolta dei reclami degli utenti con contestuale revisione della procedura di gestione delle segnalazioni	Già avviato	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Avvio di una valutazione dell'efficacia della comunicazione interna	A partire dall'anno 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Approvazione della social media policy interna	Entro giugno 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Aggiornamento costante della Carta dei Servizi aziendale con la contestuale pubblicazione sul sito internet aziendale	Aggiornamento trimestrale	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
			Gennaio 2023. Aggiornamento della carta dei servizi con il coinvolgimento delle associazioni di tutela e volontariato	
		Accesso alla documentazione sanitaria: verifica della corretta applicazione del regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato (approvato con deliberazione del direttore generale n. 389 del 26/3/2019) e implementazione delle informazioni riguardanti la tempistica per il rilascio della documentazione richiesta	Entro giugno 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri
		Nomina dei componenti della Conferenza aziendale di partecipazione per il triennio 2022-2024	Delibera del direttore generale n. 667 del 18/10/2022	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Revisione di percorsi diagnostici e terapeutici aziendali, relativi al percorso di cura, con il coinvolgimento delle associazioni dei pazienti e dei familiari coinvolti	Entro dicembre 2023	S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri S.C. Direzione sanitaria delle professioni sanitarie S.C. Risorse Umane – Affari Generali
Realizzazione di indagini di <i>customer satisfaction</i> tramite supporto informatico (progettata attraverso l'utilizzo di QR Code) per la valutazione dei servizi ospedalieri e ambulatoriali erogati	Già avviato	S.C. Risorse Umane – Affari Generali		

2	Digitalizzazione	Implementazione dei Punti Assistiti Salute	Entro dicembre 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Mantenimento del sito internet aziendale fruibile anche per i soggetti ipovedenti come descritto nei criteri di accessibilità riportati sul sito stesso	Già avviato	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
3	Prevenzione	Realizzazione di pagine social e campagne di prevenzione e sensibilizzazione	Entro giugno 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Redazione del Piano Locale di Prevenzione	Entro giugno 2023	Dipartimento di Prevenzione
4	Conseguimento di un miglior clima organizzativo attraverso la realizzazione di “azioni positive”	Ricostituzione del Comitato Unico di Garanzia	Entro giugno 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Approvazione del regolamento aziendale del Comitato Unico Garanzia	Entro giugno 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Proposte formative in tema di discriminazione	Entro giugno 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
		Realizzazione di progetti inerenti il benessere organizzativo	Entro giugno 2023	S.C. Risorse Umane – Affari Generali
5	Efficientamento energetico	Azioni da intraprendere sugli impianti per ridurre i consumi di energia	Già avviati	S.C. Tecnico
6	Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	Realizzazione del Centrali Operative Territoriali	Stipula dei contratti entro 30/06/2023	S.C. Tecnico
		Realizzazione della Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità	Consegna degli elaborati di progettazione e l'indizione della fase di realizzazione entro 31/03/2023	S.C. Tecnico

Tabella 2: Strumenti e azioni a medio-lungo termine per la creazione di valore

2.2 Sottosezione di programmazione – Performance

2.2.1 L'iter di approvazione degli obiettivi e gli ambiti di interesse

Secondo quanto previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale, approvato con deliberazione del direttore generale n. 238 del 12/5/2020 e, ai sensi del regolamento aziendale sulla valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti area medico-veterinaria, sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (determinazione del direttore generale n. 953 del 31/7/2009) gli obiettivi prestazionali annuali, assegnati ai direttori/responsabili, seguono un preciso iter di approvazione.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance definisce, infatti, quello che è il ciclo della performance aziendale che prende avvio con la definizione degli obiettivi aziendali, la loro assegnazione alle strutture interessate, la valutazione del raggiungimento e l'erogazione del compenso legato agli obiettivi.

Qui di fianco è rappresentato l'intero ciclo della performance aziendale.

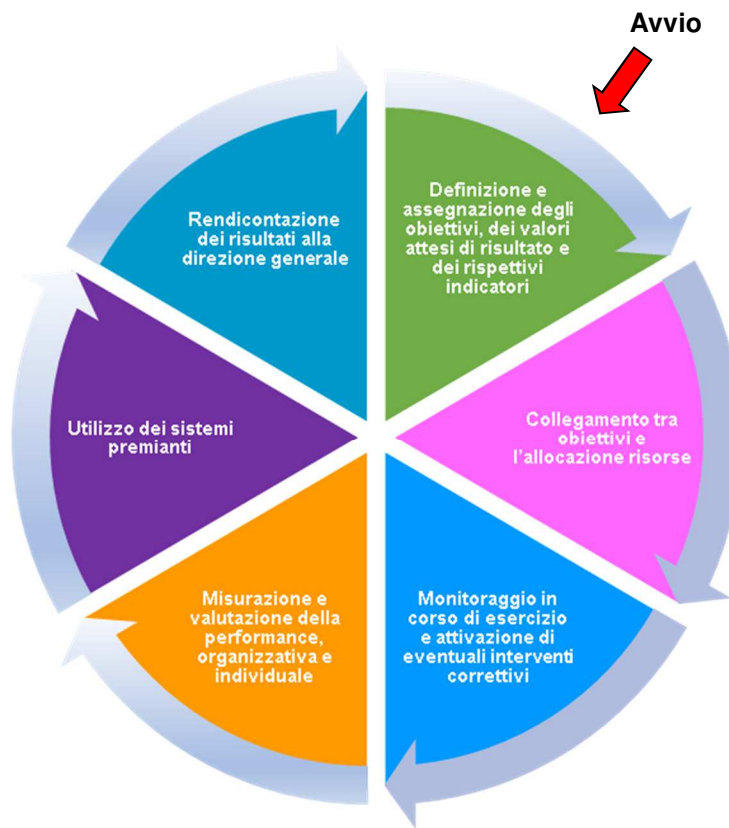


Figura 8: Rappresentazione del ciclo della performance aziendale

A tutti i direttori/responsabili di struttura (complessa, semplice in staff alla Direzione Generale e semplice a valenza dipartimentale) è stato richiesto in data 27 gennaio 2023, dalla Direzione Generale, l'invio di una/due proposte di obiettivi per l'anno 2023. Gli obiettivi proposti verranno così analizzati e integrati con quelli che la Direzione intende attribuire ai direttori/responsabili.

La scelta e la declinazione degli obiettivi che vanno a comporre il piano della performance 2023 hanno "fonti" differenti e riguardano, come di seguito rappresentato, principalmente:

- obiettivi individuati dalla Direzione Generale come strategici e contenuti nel presente piano o richiesti dalla Regione Piemonte;
- obiettivi declinati nel rispetto di piani nazionali/regionali quali, per l'anno 2023: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR); Piano Nazionale Esiti (PNE); Piano Locale della Prevenzione (PLP); Piano Nazionale di Contenimento dei Consumi di Gas Naturale (PNCCGN);
- obiettivi proposti dai direttori/responsabili delle strutture in quanto di interesse specifico per la struttura nell'ottica del miglioramento delle prestazioni offerte, sia da un punto di vista qualitativo che economico;
- obiettivi proposti dal Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

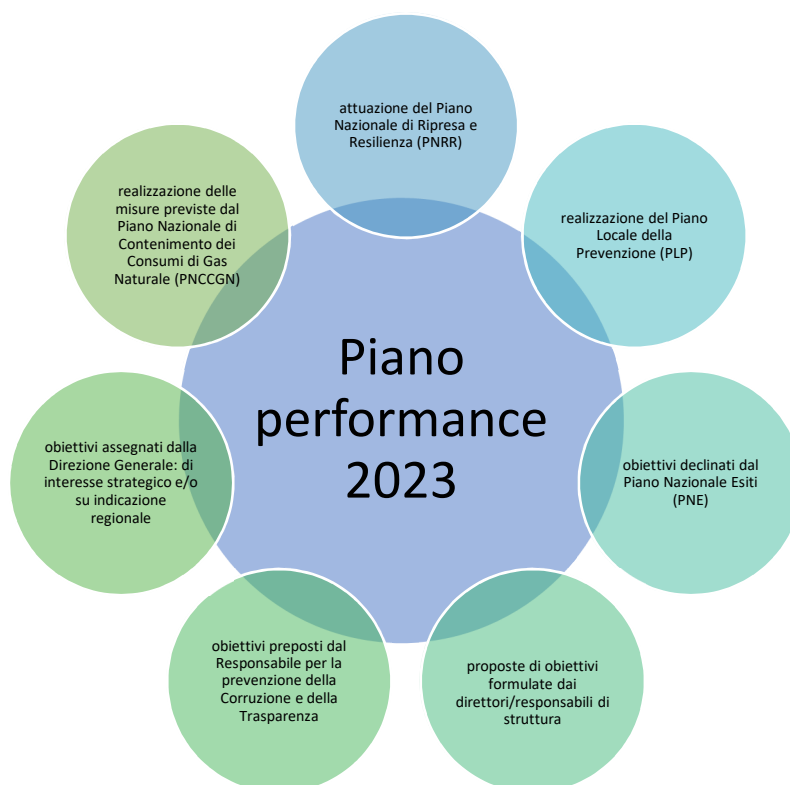


Figura 9: Principali fonti per la definizione degli obiettivi

Gli obiettivi prima dell'approvazione definitiva verranno condivisi e discussi con i responsabili, in particolare con tutti i responsabili delle strutture in staff alla direzione e con tutti i direttori di dipartimento che hanno, a cascata, coinvolto i direttori/responsabili delle strutture afferenti il proprio dipartimento.

La bozza degli obiettivi sarà, inoltre, discussa ed esaminata con l'Organismo Indipendente di Valutazione, Gli obiettivi, che verranno approvati con deliberazione del direttore generale entro il 31 marzo 2023, saranno poi sottoscritti dal direttore/ responsabile di struttura e dal direttore generale stesso.

Sarà poi compito del direttore/responsabile di struttura illustrare gli obiettivi al personale assegnato alla struttura affinché tutti siano coinvolti nel loro raggiungimento.

Destinatari di specifici obiettivi sarà anche il personale del comparto titolare di funzioni di coordinamento o incarichi di funzione. In tal caso, gli obiettivi verranno discussi e definiti con il superiore gerarchico, che si occuperà di valutarne anche il raggiungimento e di assegnare la specifica valutazione.

A vigilare sul corretto rispetto del Sistema di Misurazione della Performance e in particolare sulle scadenze da questo definite, è l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'ASL.

Gli obiettivi che saranno assegnati per l'anno 2023 interesseranno prospettive diverse e sono genericamente riassumibili come raffigurato nello schema seguente:

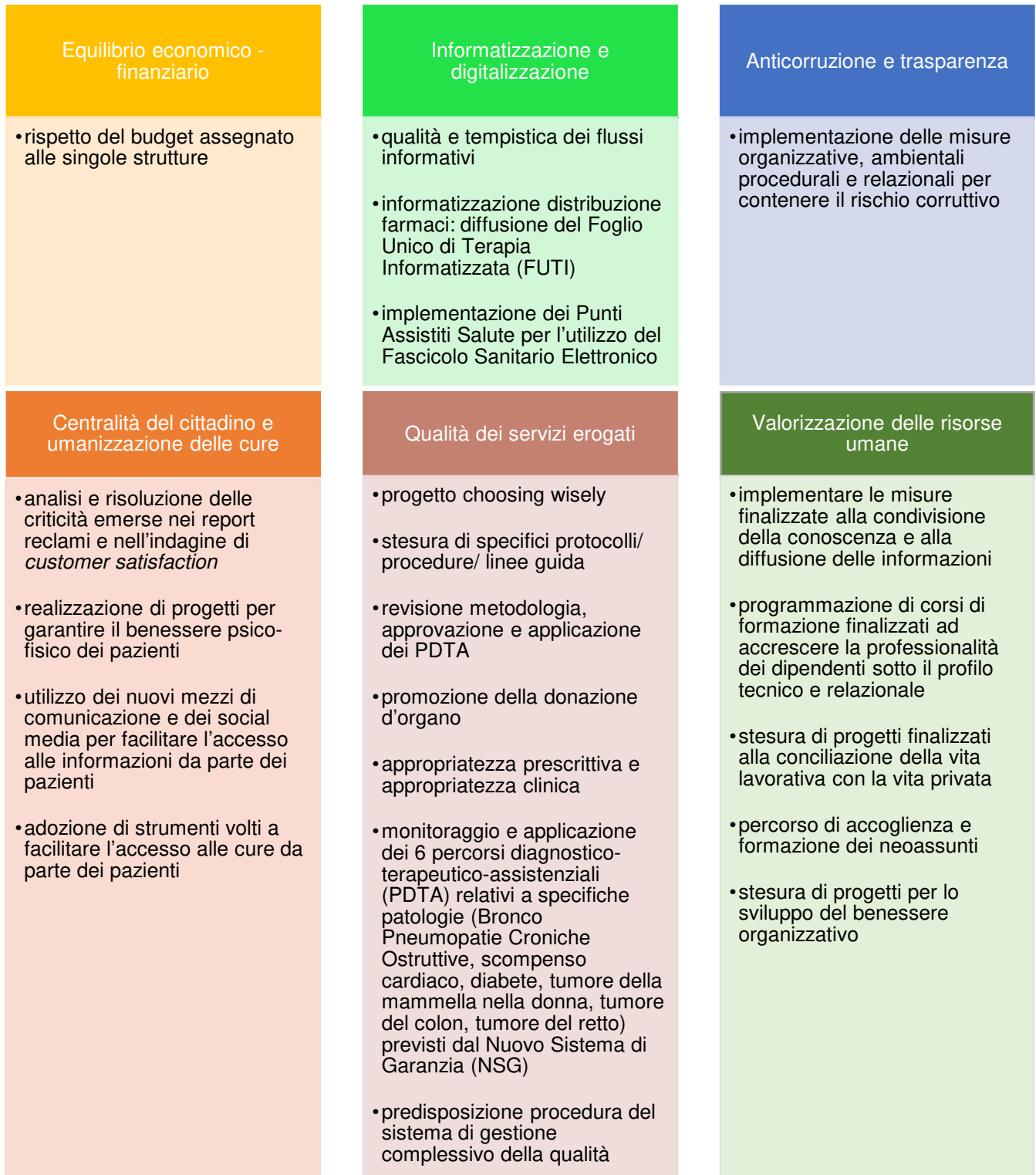


Figura 10: Riepilogo dei principali obiettivi

2.3 Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Premessa

Con la legge n. 190 del 6/11/2012 ad oggetto “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, è stato istituito un sistema di prevenzione della corruzione articolato su due livelli: un livello nazionale con la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione e uno proprio di ciascuna amministrazione che prevede l’adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT). Con l’adozione del Decreto del Presidente della Repubblica n. 81 del 24 giugno 2022, “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione” il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è confluito all’interno della sezione 2.3 del PIAO denominata “Rischi corruttivi e trasparenza.”

Le indicazioni per la redazione della suddetta sezione provengono dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) che periodicamente individua le tematiche e gli aspetti più importanti in materia di prevenzione della corruzione.

La sezione 2.3 ha il compito di individuare il grado di esposizione dell’amministrazione al rischio di corruzione e di indicare gli interventi organizzativi, definiti come “misure”, volte a prevenire il medesimo rischio. Il documento in oggetto ha, dunque, la finalità di: analizzare il contesto in cui opera l’ASL (interno ed esterno); valutare il rischio (identificazione, analisi, ponderazione del rischio) e fornire le indicazioni su come trattarlo (identificazione delle misure di prevenzione).

Nel corso del 2022 l’ASL TO5, su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT), ha proseguito un approccio partecipativo e di coinvolgimento attivo del personale.

I direttori/responsabili sono stati invitati a presentare il PTPC e il Codice di comportamento aziendale a tutti gli operatori della propria struttura, redigendo apposito verbale, da trasmettere al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

2.3.2 Finalità

L’ASL TO5, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, redige la sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” al fine di definire la programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla legge 190/2012, e in particolare per quanto riguarda:

- la riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- l’aumento della capacità di individuazione degli eventuali casi di corruzione;
- la creazione di un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi.

2.3.3 Le azioni prioritarie

L’ASL TO5, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 1, comma 16, della legge 190/2012, al fine di pianificare le strategie di prevenzione della corruzione, esamina la propria organizzazione, le regole e le prassi di funzionamento per valutare la possibile esposizione al fenomeno corruttivo e predispone adeguate misure di contrasto.

L'Azienda, consapevole delle gravi conseguenze dei fenomeni corruttivi sulla fiducia dei cittadini, intende proseguire le azioni di contrasto incentrate, non solo su misure repressive, quanto in termini preventivi, incidendo sulla sensibilità degli operatori e sui valori etici, così come richiesto dal Legislatore stesso e come già avviato negli ultimi anni.

La sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" si inserisce proprio in questo contesto e in esso il concetto di corruzione è da intendersi in senso lato, comprendendo tutte le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri abuso, da parte di un soggetto, dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati.

La definizione di corruzione cui si fa riferimento è quella ampia, riportata nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, che descrive la corruzione come: i comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio, o un interesse particolare di terzi, assume (o concorre all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di vantaggio (economico, o meno) dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

2.3.4 Soggetti, funzioni e responsabilità

I soggetti che, in maniera tra loro coordinata, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda sono indicati nella tabella che segue.

Soggetto/organo/ struttura	Funzioni e responsabilità
Direttore generale	<ul style="list-style-type: none"> • designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT); • adotta il Piano e i suoi aggiornamenti e li comunica al Collegio sindacale e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV); • valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio corruzione; • assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni; • promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgono l'intero personale.
Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) <i>(Il Direttore Generale con delibera n. 34 del 16/01/2023, ha nominato quale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, la dott.ssa Maria Luisa Busso. L'incarico ha durata triennale a decorrere dal 1/2/2023 e si configura</i>	L'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione. In particolare: <ul style="list-style-type: none"> • collabora con il referente del PIAO alla redazione della sezione 2.3; • vigila sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nella suddetta sezione; • elabora le modifiche necessarie per migliorarne l'efficacia e predisporre l'aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute; • segnala all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;

<p><i>come incarico aggiuntivo a quello di dirigente già titolare di incarico).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza; • pianifica le misure di trasparenza, monitora l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e verifica la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione; • pubblica sul sito internet istituzionale, entro le scadenze definite da ANAC, una relazione sull'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni fornite dall'ANAC stessa; • definisce percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità e individua, in accordo con i referenti, interventi di formazione specifica per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione; • verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto dei criteri generali stabiliti dall'Azienda (nei limiti di quegli incarichi ed uffici ove la rotazione è tecnicamente e logisticamente possibile, per la tipologia di competenze); • vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile; • cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento aziendale e collabora con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il monitoraggio annuale sulla sua attuazione; • programma incontri periodici con i referenti al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività. • Si precisa che il RPCT non ha personale esclusivo, dedicato a svolgere le attività previste dalla normativa e richiamate nel presente Piano, ma opera con le risorse disponibili all'interno della propria struttura, di cui è responsabile.
<p>Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza per l'area di rispettiva competenza</p>	<p>Ai referenti sono attribuiti i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • affiancano il RPCT nella sua attività; • svolgono una costante attività informativa nei confronti del RPCT; • coinvolgono tutti i dipendenti delle strutture di loro competenza nelle attività previste dal piano anticorruzione; • forniscono gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del Piano anticorruzione e del programma per la trasparenza; • collaborano all'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione; • forniscono gli elementi per l'adozione dei "protocolli di legalità" e dei "patti di integrità" che dovranno essere osservati dai fornitori di beni, servizi e consulenze; • partecipano agli incontri periodici programmati dal Responsabile al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività; • comunicano tempestivamente al RPCT fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza. • realizzano gli obiettivi assegnati in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nel ciclo della performance individuale;

<p>Gruppo operativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • supporta il RPCT nella sua attività operativa; • collabora con i referenti, in accordo con il Responsabile; • contribuisce alla stesura del Piano e degli allegati; • affianca il RPCT nell'attività di verifica, monitoraggio e sensibilizzazione.
<p>Tutti i direttori di struttura e i dirigenti, per l'area di rispettiva competenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> • valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative; • partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure; • curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovono la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità; • assumono la responsabilità delle misure di propria competenza; • tengono conto, in sede di valutazione delle performance del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT; • forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione; • concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione; • controllano costantemente le attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti; • assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; • avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente la propria struttura; • propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione.
<p>S.C. Risorse Umane – Affari Generali</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concorre alla definizione degli obiettivi finalizzati alla realizzazione delle azioni previste dal PIAO; • cura la realizzazione delle iniziative di formazione previste dal Piano.
<p>OIV - Organismo Indipendente di Valutazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo; • fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi; • favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo; • attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le disposizioni impartite dall'ANAC; • esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Amministrazione; • assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di comportamento e il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale; • verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;

	<ul style="list-style-type: none"> rafforza il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance delle strutture e dei singoli operatori.
Collegio sindacale	Verifica l'amministrazione dell'ASL sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.
Servizio Ispettivo	Verifica la regolare applicazione delle norme e dei regolamenti in materia di incarichi extra-istituzionali, che rappresentano una misura di prevenzione obbligatoria.
UPD - Uffici per i Procedimenti Disciplinari	<ul style="list-style-type: none"> Vigilano sull'applicazione del Codice di comportamento aziendale; svolgono i compiti attribuiti dalla normativa ai comitati etici; curano l'aggiornamento del Codice di comportamento della amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento; possono chiedere all'Autorità Nazionale Anticorruzione parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di comportamento.
Dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> Partecipano attivamente al processo di gestione del rischio; attuano le misure di prevenzione programmate nel PTPCT; comunicano i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente; segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, legge 190/2012).
Collaboratori a qualsiasi titolo	<ul style="list-style-type: none"> Osservano le misure contenute nel Piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'ASL; segnalano le situazioni di illecito.

Tabella 3: Soggetti con funzioni e responsabilità in tema di prevenzione alla corruzione

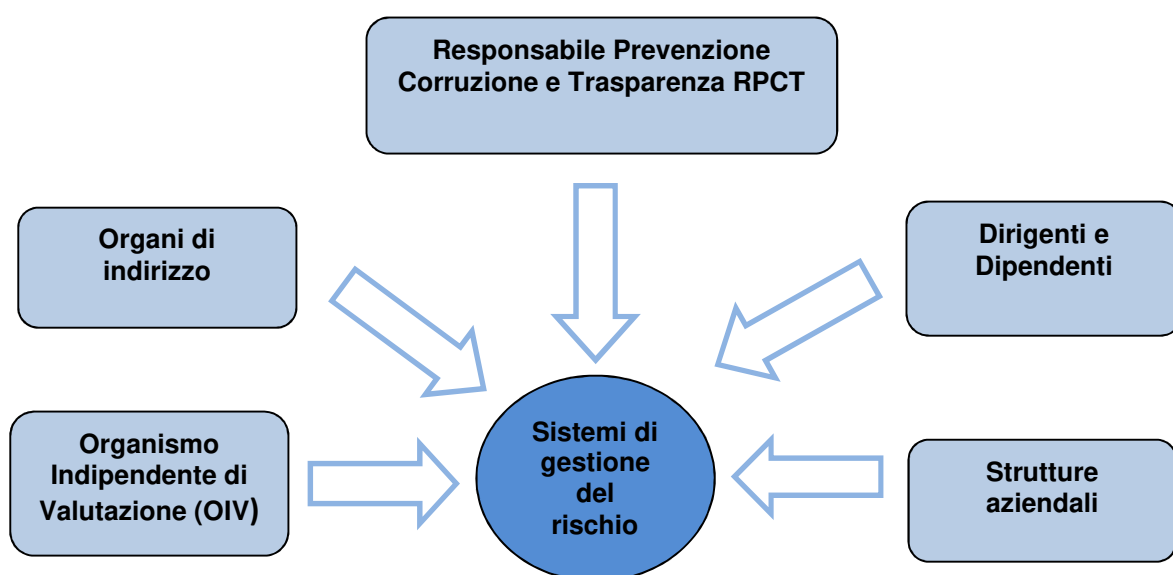


Figura 11: Attori coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo

2.3.5 Gestione del rischio

Analisi del contesto esterno

Al fine di rendere l'idea del contesto esterno in cui opera l'ASL TO5, è stato preso in analisi il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022-2024 redatto dalla Regione Piemonte.

La Regione Piemonte, nel proprio Piano di prevenzione della corruzione riporta i risultati dell'indagine effettuata da IPSOS (con riferimento l'anno 2021), dai quali si evince che la corruzione non è al centro della preoccupazione dell'opinione pubblica, ma si colloca al terzo posto.

La corruzione è al terzo posto tra i problemi più avvertiti nel mondo. Il tema della corruzione è, infatti, sentito dal 28% dell'opinione pubblica di 28 Paesi (individuati tra i più importanti dei 5 continenti). Prendendo in considerazione la percezione dell'incidenza della corruzione e associandola ad altri temi, quali la povertà, la disuguaglianza sociale, il lavoro, etc., l'Italia sui 28 Paesi si colloca al 22° posto, indicando prioritari altri temi come il lavoro, le tasse, l'ambiente; mentre la corruzione è percepita in minima parte o quasi assente nei Paesi come il Canada, la Francia, la Germania e la Svezia.

Se la corruzione viene associata al settore pubblico, la percezione, secondo l'opinione di esperti e uomini d'affari, è praticamente nulla in Svezia, Olanda, Canada e Germania; mentre in Italia si colloca al 50% (data abbastanza preoccupante, considerato che tra i Paesi europei è in una situazione peggiore solamente l'Ungheria).

La Regione Piemonte ha inoltre preso in analisi il documento di Transparency International (edizione 2022) che analizza la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo. Per quel che riguarda l'Italia si osserva un costante miglioramento negli ultimi anni, ottenuto grazie alla crescente attenzione dedicata al problema della corruzione.

Da una visione interna del fenomeno, invece, gli italiani pongono il problema della corruzione ai primi dieci posti, ma non la priorità che invece è rappresentata dall'occupazione e lavoro e dalla voce "sanità, livelli di assistenza sanitaria, situazione ospedali" fortemente condizionata dalla situazione emergenziale degli ultimi due anni.

Analisi del contesto territoriale dell'ASL TO5

Il fabbisogno di un ambiente salubre è tanto ovvio quanto poco quantificabile. L'ASL TO5 è impegnata sul fronte della tutela ambientale, attenta alla salute e al benessere umano. Sul territorio aziendale sono presenti almeno quindici siti di dimostrato inquinamento delle falde acquifere e/o del terreno; due discariche; due industrie a grande rischio, tre impianti per il trattamento dei rifiuti, cinque impianti per la produzione di biogas e un imprecisato numero di aree dismesse di dimensioni variabili, ma certamente degne di nota. Il settore della sicurezza sul lavoro deve fare i conti con il fatto che, pur assistendo a un generale decremento del numero totale degli infortuni, l'incidenza relativa degli eventi gravi è in aumento. L'immagine del territorio su cui opera l'ASL TO5 è in linea con i valori medi regionali, pur avendo una popolazione un po' più giovane. In linea generale, sono evidenti i bisogni di assistenza e di prevenzione della popolazione, poiché si colgono i rischi e i conseguenti effetti sulla salute dei propri utenti, che l'azienda deve contribuire a ridurre.

Metodologia

In continuità con i precedenti Piani Triennali Prevenzione Corruzione dell'ASL TO5, questo documento vuole orientare l'Azienda verso un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo da un punto di vista sostanziale e non meramente formale.

In particolare, per la gestione del rischio di corruzione in ASL TO5 si è fatto riferimento all'allegato metodologico (Allegato 1) del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 che fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

L'Allegato 1 al PNA 2019 ha ampiamente integrato e aggiornato le indicazioni presenti nel PNA 2013 e nell'Aggiornamento 2015 al PNA ispirandosi sempre ai principali standard internazionali di risk management. L'analisi condotta coinvolgendo i responsabili (direttore di struttura complessa, responsabile di struttura semplice e referenti per la prevenzione della corruzione) ha consentito di:

- migliorare e aggiornare la mappatura dei processi;
- modificare e integrare, per ciascun processo, i possibili rischi;
- attribuire a ciascun processo un grado di rischio specifico;
- modificare e integrare le misure di prevenzione dei rischi.

L'analisi dei processi e la loro descrizione in fasi ha subito un sostanziale blocco negli ultimi anni, considerato che l'epidemia da Covid-19, ha visto impegnate tutte le strutture aziendali nella gestione dell'emergenza.

Questa situazione ha coinvolto anche il personale deputato alle attività di analisi e verifica del Piano Triennale che è stato dirottato verso attività di supporto alle strutture sanitarie.

L'analisi dei processi e la loro descrizione in fasi è descritta nella seguente flow-chart.

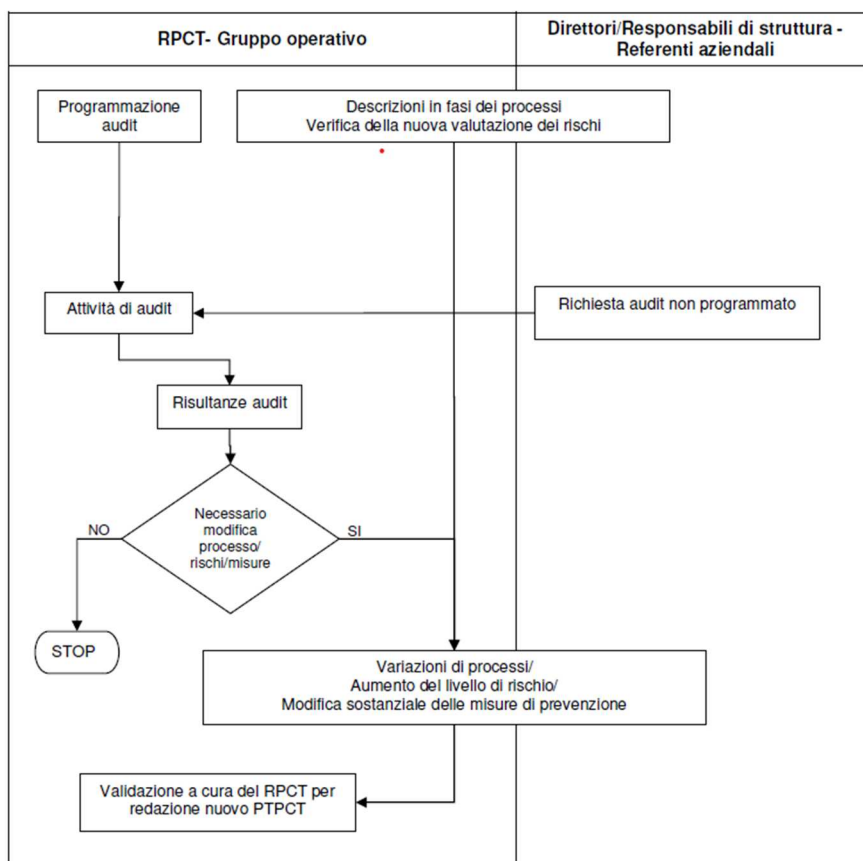


Figura 12: Flow chart riepilogativa degli audit di verifica sulla corretta applicazione/conoscenza del PTPCT

Individuazione delle aree di rischio e mappatura dei processi

Anche per la stesura di questa sezione, per l'individuazione delle aree di rischio, si è partiti dalle aree che, dall'analisi effettuata nel PNA, risultavano ricorrenti, al di là della specificità dell'attività istituzionale (ente locale, sanità, etc).

In particolare, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 individua, per le aziende sanitarie, le seguenti principali aree di rischio:

1. attività libero professionale;
2. liste d'attesa;
3. rapporti con soggetti erogatori;
4. farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
5. attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Considerato quanto previsto dal PNA e, vista l'esperienza dei precedenti Piani, nel presente documento dell'ASL TO5 sono individuate le seguenti aree di rischio:

1. acquisizione e progressione del personale;
2. affidamento di lavori, servizi e forniture e affidamento di ogni altro tipo di commessa;
3. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
4. provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
5. gestione delle risorse umane;
6. gestione della fase esecutiva dei contratti per lavori, servizi e forniture;
7. gestione farmaci ed altri beni sanitari;
8. gestione contabile e patrimoniale;
9. attività libero-professionale dei professionisti sanitari e attività a pagamento dell'ASL;
10. relazioni con il pubblico e marketing;
11. attività correlate al decesso in ospedale.
12. gestione rischi dei lavoratori dipendenti;
13. attività di vigilanza e controllo;
14. attività sanzionatoria;
15. certificazioni, attestazioni, vidimazioni, emissione documenti.

Il puntuale e costante lavoro di mantenimento e implementazione del PTPCT che ha la finalità di rendere il documento dinamico e adattato alla realtà aziendale, ha portato alla modifica di alcuni processi e dei relativi rischi e misure.

In particolare, come auspicato nell'Allegato 1 del PNA 2019, dopo aver identificato i processi, si è provveduto alla loro analisi per comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione.

Sicuramente, la descrizione più dettagliata di un processo risulta particolarmente rilevante in un contesto di prevenzione della corruzione, dove la descrizione delle fasi consente di identificare più agevolmente le criticità del processo e mettere in atto le azioni correttive.

Occorre precisare che tale risultato verrà raggiunto in maniera progressiva negli annuali aggiornamenti del Piano, anche in relazione all'arresto forzato delle attività non urgenti dovuto all'emergenza sanitaria in corso. Benché in maniera ridotta, si è deciso pertanto di procedere con la descrizione di quei processi già analizzati puntualmente in fase di *audit* e di altri che per la loro peculiarità necessitano di una particolare attenzione (risultanze del contesto interno ed esterno, eventi sentinella anche non accaduti nell'Azienda).

Nella mappatura dei processi delineata nel dettaglio all'allegato 1 si è quindi ritenuto primario inserire i seguenti elementi di base:

- breve descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha);
- attività che scandiscono e compongono il processo;
- responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo.

Valutazione dei rischi

La valutazione del rischio si articola nelle due fasi di: identificazione e analisi. Il sistema di identificazione include l'individuazione degli eventi rischiosi che potrebbero verificarsi.

Per l'anno in corso verrà mantenuto un livello di analisi limitato al processo per quelle attività per le quali non si sono manifestati nel tempo fatti o situazioni indicative di qualche forma di criticità.

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, privilegiando un'analisi di tipo qualitativo rispetto a una di tipo quantitativo. Sono stati individuati cinque criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata fatta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

Discrezionalità	
Processo con alta discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, ecc)	Alto
Processo parzialmente vincolato (presenza di leggi o di atti amministrativi):	Medio
Processo totalmente vincolato	Basso
Rilevanza esterna e valore economico	
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico alto	Alto
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico basso	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico alto	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico basso	Basso
Efficacia dei controlli	
(autovalutazione a cura del direttore/responsabile della struttura e rilevazione in sede di audit)	

Misure applicate ma da implementare	Alto
Misure applicate ma alcune da implementare	Medio
Misure correttamente applicate	Basso
Presenza di segnalazioni in realtà simili	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Basso
Presenza di segnalazioni nell'azienda	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi nell'azienda	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi nell'azienda	Basso

Tabella 4: criteri sulla base dei quali è stata fatta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi

Preme sottolineare che, con la nuova metodologia, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori, non può essere la media dei singoli indicatori, ma deve essere il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti.

In particolare si è data particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un "alert" per la gestione del rischio corruttivo e portano i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro "intrinseca rischiosità".

Trattamento del rischio e misure per neutralizzarlo

In questa sezione si individuano le misure di neutralizzazione o di diminuzione del rischio con riferimento ai processi mappati. Le misure previste, processo per processo, con l'indicazione dei Responsabili, sono indicate sinteticamente nell'Allegato 1.

Le misure individuate vengono differenziate in misure specifiche esistenti, misure specifiche previste e misure generali. Le misure specifiche sono frutto delle evidenze emerse in sede di audit o di proposte avanzate dei Direttori/Responsabili delle Strutture.

Misure per la riduzione del rischio

Le misure previste per la prevenzione della corruzione si suddividono in due categorie a seconda della loro portata:

- misure "generali": quando si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, agendo, in modo trasversale, su tutta l'amministrazione;
- misure "specifiche": quando incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e, pertanto, sono ben caratterizzate rispetto al processo cui fanno riferimento.

La legge n. 190 del 2012 e s.m.i. e le disposizioni ANAC hanno individuato alcune misure di prevenzione obbligatorie, suddivisibili in queste categorie:

1. misure di trasparenza;
2. misure di comportamento;
3. misure di formazione;
4. misure di rotazione;
5. misure di protezione;
6. misure di regolamentazione/semplificazione/informatizzazione;
7. il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Ulteriori misure sono state considerate preventive poiché non obbligatorie per legge, ma lo sono diventate in seguito alla loro previsione nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Contribuisce alla sorveglianza sull'attività degli operatori dell'ASL il fatto che molte attività siano disciplinate da leggi, regolamenti, procedure e/o istruzioni operative interne.

Il 2022 ha visto il mantenimento della certificazione ISO 9001:2015 per la S.C. Approvvigionamenti e logistica e per il Centro di formazione, afferente alla S.C. Risorse Umane – Affari Generali.

L'elaborazione di una mappa dei rischi e delle relative azioni per prevenirne l'accadimento, requisito richiesto dalla norma 9001 versione 2015, e la presenza di procedure informatizzate hanno garantito la tracciabilità delle operazioni facilitando, nel contempo, la gestione del rischio corruttivo.

Misure per la trasparenza

Secondo quanto introdotto dalla delibera ANAC n. 1310/2016, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione doveva contenere una sezione apposita dedicata alla trasparenza, all'interno della quale erano indicati:

- i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione,
- la trasmissione e la pubblicazione dei dati richiesti dalla norma

- i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti all'individuazione e/o alla elaborazione dei dati e alla pubblicazione.

Considerato quindi valide le citate indicazioni anche nella redazione della presente sezione tali informazioni sono riportate nella tabella "elenco degli obblighi di pubblicazione" (allegato 2 del presente documento).

L'allegato contiene l'elenco di tutti gli obblighi di pubblicazione, come previsti dalla deliberazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 avente ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni contenute nel decreto legislativo n. 33 del 2013 come modificato dal decreto legislativo n. 97 del 2016", e per ogni singolo obbligo individua la struttura responsabile della pubblicazione e il nominativo del responsabile.

Il dirigente responsabile di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

Le modalità di pubblicazione devono inoltre porre la massima attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

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

- l'elenco delle deliberazioni del Direttore Generale;
- l'elenco delle determinazioni adottate dai dirigenti aziendali.

La compilazione di tutte le sezioni del sito Amministrazione trasparente è sorvegliata dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, coadiuvato dal Gruppo operativo.

La verifica della correttezza dei dati pubblicati nella sezione Amministrazione trasparente è avvenuta anche in sede di specifici *audit*. In occasione degli *audit* di verifica delle misure di prevenzione della corruzione, effettuati in alcune strutture, sono stati infatti ricordati a tutti i direttori/responsabili gli obblighi di pubblicazione relativi al processo esaminato ed è stata riportata nel verbale ogni specifica indicazione.

Misure organizzative per assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi

Per l'anno 2022, le misure dirette ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi sono state quelle già individuate e adottate negli anni precedenti, e in particolare:

- definizione univoca, per ciascun obbligo di pubblicazione, del contenuto e della forma di presentazione dei dati che deve rispondere a precisi requisiti di chiarezza e usabilità, con evidenza documentale di quanto definito;
- semplificazione del processo di pubblicazione, mediante flussi automatici di pubblicazione, attraverso l'utilizzo del software già in uso per la procedura delibere.
- coordinamento delle pubblicazioni inserite nella sezione Amministrazione Trasparente con quelle di altre sezioni;
- presenza del Gruppo operativo a supporto del Responsabile che coincide con quello individuato per le attività previste dal Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico

L'Accesso Civico "semplice", previsto dall'art. 5 comma 1 del decreto legislativo 33/2013, è il diritto di chiunque di richiedere alle P.A. di pubblicare documenti, informazioni e dati per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

L'Accesso Civico "generalizzato", previsto dall'art. 5 comma 2 del decreto legislativo 33/2013 (introdotto dall'art. 6 del decreto legislativo 97/2016) è il diritto di chiunque di accedere a documenti, informazioni e dati detenuti dalle P.A., ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

L'esercizio del diritto all'accesso civico non richiede uno specifico interesse personale del cittadino, l'istanza non necessita di motivazione e non è sottoposta ad alcuna limitazione, ad esclusione di quanto espressamente previsto dalla legge (es. *privacy*, diritto d'autore, ecc..), con le procedure previste dalla stessa (opposizione dell'interessato).

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, nella sezione Amministrazione Trasparente, sotto la voce Altri contenuti – Accesso Civico sono pubblicati il regolamento e la modulistica utile all'esercizio di questa facoltà, i dati relativi al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza al quale può essere presentata la richiesta di accesso civico e l'apposito registro delle domande di accesso civico pervenute nel corso dell'anno.

Il regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato è stato adottato con deliberazione del direttore generale n. 389 del 26/3/2019.

Nel corso dell'anno 2022 sono pervenute quattro richieste di accesso civico, riguardanti i seguenti argomenti:

1. dato aggregato delle dimissioni degli anni 2020-2021 nei reparti di medicina generale, pneumologia, infettivologia e terapia intensiva;
2. elenco farmaci autorizzati al commercio in Italia con indicazioni terapeutiche di prevenzione dell'infezione da Sars-Cov2;
3. gare attive per forniture ausili ortopedici;
4. rendicontazioni ispezioni effettuate presso canili, rifugi e allevamenti comprese sanzioni amministrative e notizie di reato.

A tutte è stato dato seguito, nel rispetto della normativa in materia di riservatezza dei dati personali.

Iniziative per la sensibilizzazione sulla trasparenza

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell'ASL TO5 ha presentato ed inviato, quale strumento di comunicazione del Piano, degli opuscoli dedicati a riepilogare i contenuti principali del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Codice di comportamento, approvati rispettivamente con delibera del Direttore Generale n. 269 del 20 aprile 2022 e n. 737 del 16 novembre 2022. Tali opuscoli sono stati distribuiti a tutto il personale neoassunto, ai dipendenti che hanno partecipato alla formazione aziendale specifica (che approfondiremo più avanti) e pubblicati sul sito internet aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione. Di seguito sono riportate le copertine delle due pubblicazioni:



Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Codice di comportamento

(Approvato con deliberazione del direttore generale n. 737 del 16 novembre 2022)

(Sintesi)



Salvador Dalí - Il Purgatorio di Dalí

"Per correr miglior acque alza le vele
omai la navicella del mio ingegno,
che lascia dietro a sé mar si crudele;

e canterò di quel secondo regno
dove l'umano spinto si purga
e di salire al ciel diventa degno".

(Dante Alighieri - Purgatorio, Canto I, versi 1-6)

Chieri, 16 novembre 2022



Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022-2024

(Approvato con deliberazione del direttore generale n. 269 del 20 aprile 2022)

(Sintesi)



Salvador Dalí - Inferno

"La vostra avarizia il mondo attrista,
calcando i buoni e sollevando i pravi".

(Dante Alighieri - Inferno, Canto XIX, versi 104, 105)

Chieri, 16 novembre 2022

Figura 13: Opuscoli per la presentazione del PTPCT e del codice di comportamento

Misure di comportamento / etica / garanzia

Tra le misure inserite in questa tipologia rientrano la presenza del Codice di comportamento, la stipula dei Patti di integrità, gli interventi per contrastare le situazioni di conflitto di interessi.

Codice di comportamento

Il Codice di comportamento è un elemento complementare al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed è elaborato in stretta sinergia. La finalità è, dunque, quella di tradurre gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue, con misure di tipo oggettivo e organizzativo, in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

Il Codice di comportamento dell'ASL TO5 è stato aggiornato, tenendo conto delle "Linee guida per la predisposizione dei Codici di comportamento delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte", approvate dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 9-4694 del 25/2/2022 che costituiscono lo schema di riferimento cui le aziende sanitarie dovranno conformarsi.

Il richiamo all'osservanza del Codice di comportamento è stato inserito, negli ultimi anni, nei contratti di lavoro e nei contratti di collaborazione.

Tutto il personale assunto viene informato della presenza del Codice di comportamento aziendale sul sito internet aziendale e invitato alla sua consultazione e al suo rispetto.

A tutti i neoassunti viene inoltre consegnato l'opuscolo informativo, predisposto dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza che riporta, in breve, i contenuti principali del Codice.

Inoltre, durante la formazione specifica prevista per i neoassunti a cura della S.S. Servizio di Prevenzione e Protezione è stato inserito un intervento a cura del Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza per illustrare la sezione del PIAO dedicata ai rischi corruttivi e trasparenza, il Codice di Comportamento e la Carta dei Servizi.

Il Codice individua le regole di condotta integrative e/o aggiuntive rispetto a quelle contenute nel DPR 62/2013 e richiama norme di comportamento specifiche, correlate ai compiti istituzionali dell'Azienda, consistenti principalmente nella tutela della salute individuale e collettiva. Esso prevede espressamente l'obbligo di rispettare le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Un'ulteriore occasione, di conoscenza del Codice di comportamento, a tutto il personale, è stata la presentazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, organizzata, a carico del direttore/responsabile, in tutte le strutture aziendali, come risulta dai verbali redatti.

Con riferimento ai collaboratori esterni, a qualsiasi titolo, ai titolari di organi, al personale impiegato negli uffici di diretta collaborazione dell'autorità politica, ai collaboratori delle ditte che forniscono beni e servizi o eseguono opere a favore dell'amministrazione, quest'ultima deve predisporre o modificare gli schemi di incarico, contratto, bando, inserendo sia l'obbligo di osservazione del Codice di comportamento sia disposizioni o clausole di risoluzione o di decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Patti di integrità

Rientra tra le misure di comportamento anche la sottoscrizione di Patti di integrità negli affidamenti e clausole di integrità nei contratti.

I protocolli di legalità o patti di integrità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici. Con i patti di integrità, l'ASL TO5 chiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto a un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

Le stazioni appaltanti possono prevedere nei bandi di gara che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisca 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. Specifico riferimento all'obbligo dei singoli fornitori e appaltatori di aderire alle clausole etiche è esplicitamente previsto anche all'art. 14, comma 9 del Codice di comportamento aziendale.

Lo schema tipo aggiornato è pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione Amministrazione trasparente – altri contenuti – Prevenzione della Corruzione e deve essere sottoscritto dagli operatori economici partecipanti a gare per appalti di lavori e forniture di beni e servizi.

Disciplina degli incarichi extraistituzionali

Lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti pubblici è disciplinato all'art. 53 del d. lgs. 165/2001.

I dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono, infatti, intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito all'art. 60 e seguenti del D.P.R. n. 3/1957.

La possibilità di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

La legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extra istituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

Ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione è stato aggiunto quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, comma 5 e 7).

La concentrazione di incarichi in capo a un unico soggetto, soprattutto se extra-istituzionali, può dar luogo a situazioni di conflitto di interesse, che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e costituire, a loro volta, sintomo di fatti corruttivi.

La precedente disciplina degli incarichi extra-istituzionali conferiti a dipendenti pubblici è stata modificata con l'inserimento delle seguenti previsioni:

- l'autorizzazione all'esercizio di incarichi extra-istituzionali deve essere disposta secondo criteri oggettivi e predeterminati;
- in sede di autorizzazione occorre valutare tutti i profili di conflitto di interesse anche potenziale;
- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti.

Con delibera n. 172 del 30/4/2015 è stato approvato il Regolamento per le attività extra-istituzionali, pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente (Disposizioni generali/Atti generali/Atti amministrativi generali). In data 2/11/2015, con circolare prot. 43263 sono state precisate alcune istruzioni operative.

Il regolamento aziendale per la disciplina delle attività extra-istituzionali approvato con deliberazione n. 172 del 2015 è stato modificato negli articoli 4-5-11 con deliberazione n. 137 del 24/2/2022. Tale regolamento aggiornato è stato diffuso tra tutti i dipendenti e pubblicato sul sito internet istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente.

In questi anni ha continuato ad operare anche il Servizio ispettivo, il cui regolamento è stato approvato con deliberazione del direttore generale n. 315 del 5 maggio 2022.

Il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d. lgs. 33/2013 ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

L'ASL TO5 adempie a tale richiesta pubblicando sul proprio sito il link alla pagina web del Ministero per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione.

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Si configura come una condizione di conflitto di interesse la situazione in cui la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Con l'art. 1 comma 41 della legge 190/2012 è stato introdotto nella legge sul procedimento amministrativo (legge n. 241/1990) l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e a assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse.

Qui il conflitto di interessi è inteso in senso ampio, comprendendo sia il conflitto di interessi reale e concreto, che potenziale.

In ASL TO5, l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse è disciplinato dall'art. 7 del Codice di comportamento cui si rinvia per quanto concerne termini e modalità di applicazione dell'istituto.

In ogni caso la tematica del conflitto di interesse rientra negli interventi formativi sui temi etici e della legalità avviati nei confronti di tutto il personale aziendale, secondo quanto previsto più avanti.

L'art. 7 del Codice di comportamento aziendale e la specifica procedura di segnalazione, è stata diffusa con le modalità previste per il Codice di comportamento (vedi precedente punto) e richiamata in occasione degli *audit* effettuati in alcune strutture aziendali.

In breve, i soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo tempestivamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

L'individuazione e la gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici è stata, invece, oggetto di specifiche linee guida da parte dell'ANAC, approvate con delibera n. 494 del 5/6/2019.

Attività successive alla cessazione del servizio

L'art. 1, comma 42, lettera l) della legge n. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 il comma 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che svolgono effetto sia nei confronti del soggetto, che nei confronti dell'atto. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti.

Tale disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

Il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali.

L'ANAC precisa che le pubbliche amministrazioni sono tenute a inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53 comma 16-ter del d. lgs. n. 165/2001.

Al fine di prevenire il fenomeno descritto, l'ASL TO5 si impegna a:

- inserire clausole specifiche all'atto di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di *pantouflage*;
- prevedere una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage*, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- prevedere nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d. lgs. n. 50/2016.

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali

Per evitare situazioni che possano illecitamente favorire il preconstituersi di situazioni favorevoli ad un successivo conferimento di incarichi dirigenziali o che possano inquinare l'imparzialità dell'agire amministrativo, il Legislatore, con l'art. 3 del decreto legislativo 39/2013, ha stabilito che non è possibile conferire incarichi dirigenziali a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per reati contro la pubblica amministrazione anche con sentenza non passata in giudicato;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione del divieto sono nulli e l'inconferibilità non può essere sanata. Prima di conferire incarichi dirigenziali è pertanto necessario acquisire, da parte dell'interessato, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza delle condizioni previste dal decreto legislativo 39/2013. La dichiarazione viene pubblicata sul sito internet istituzionale (art. 20 d.lgs. 39/2013).

Il decreto in esame prevede inoltre ipotesi di incompatibilità tra l'incarico dirigenziale e le seguenti situazioni:

- assunzione e svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico;
- svolgimento di attività professionali;
- assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato all'incarico incompatibile. Annualmente dovrà essere resa, dagli interessati, una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità che viene pubblicata sul sito istituzionale (art. 20 d.lgs. 39/2013).

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni incorrono nella sanzione della nullità, ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013.

La durata dell'inconferibilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia del reato.

Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Con queste misure si mira a 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.

Come espressamente previsto dall'art. 35 bis decreto legislativo 165/2001, e richiamato nell'aggiornamento al Codice di comportamento, tali soggetti:

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

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

Misure di formazione

La formazione in materia di etica, integrità, conflitto di interesse rientra tra le principali misure di prevenzione della corruzione. All'interno dell'ASL TO5 sono previsti due livelli di formazione: uno di tipo iniziale sulle regole di condotta generali definite dal codice di comportamento aziendale, ed uno più approfondito rivolto a specifici destinatari. In particolare, per l'anno 2023, con deliberazione del direttore generale n. 786 del 30/11/2022 è stato approvato il piano di formazione aziendale, all'interno del quale è stato confermato il corso FAD in materia di anticorruzione "Prevenzione della corruzione e della trasparenza della Pubblica Amministrazione: aggiornamento 2023" e il corso "Procedure di scelta del contraente: il ruolo del nucleo tecnico, della commissione giudicatrice e del direttore dell'esercizio del contratto" destinato ai direttori di struttura complessa, ai responsabili di struttura semplice e semplice a valenza dipartimentale, ai referenti area dipartimento, ai coordinatori sanitari agli amministrativi e ai tecnici e realizzato nell'ottica di orientare la formazione su casi concreti, calati nel contesto dell'amministrazione con la collaborazione della struttura Approvvigionamenti e Logistica. Eventuali ulteriori necessità formative sul tema della prevenzione della corruzione e trasparenza saranno esaminate, e avviate, nel corso dell'anno.

Misure di rotazione

L'istituto della rotazione cosiddetta "straordinaria" è una misura di prevenzione della corruzione, prevista dall'art. 16, comma 1, lettera l quater del decreto legislativo 165/2001, quale misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

A tale riguardo ANAC, con la deliberazione n. 215/2019 ha precisato che è necessario che l'Azienda, all'interno del proprio codice di comportamento, identifichi i reati che costituiscono il presupposto per l'adozione di tale misura e chiarisce che l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato, ai fini dell'eventuale applicazione della misura.

Nel Codice di comportamento aziendale, è stato specificato che è obbligo dei dipendenti comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio.

Occorre distinguere la rotazione prevista dall'art. 16, comma 1, lett. l quater del d.lgs. 165/2001, dalla rotazione intesa come misura di prevenzione di carattere generale che si fonda sul fatto che l'alternanza tra più soggetti nell'assunzione di decisioni e nella gestione delle procedure riduca il rischio che possano crearsi relazioni particolari con soggetti esterni, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e di situazioni ambientali potenzialmente illegali.

Per quanto riguarda l'ipotesi prevista dal decreto legislativo 165/2001, in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare un provvedimento di sospensione del rapporto di lavoro, l'azienda procede:

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

Per quanto riguarda la rotazione per così dire "organizzativa", come osservato dalla Conferenza unificata del 24 luglio 2013 *"l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa"* e, in ogni caso, la rotazione del personale presuppone l'adozione di criteri generali oggettivi, previa informativa sindacale.

In linea generale la rotazione del personale addetto alle attività a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura importante, ma di difficile attuazione in un'azienda sanitaria con le caratteristiche dell'ASL TO5 (in termini di dimensioni, numero di personale dirigenziale ecc.). La rotazione è infatti difficilmente attuabile nei confronti del personale dirigente del ruolo sanitario, in particolare del personale medico, in quanto si tratta di personale che deve essere necessariamente assegnato alla struttura corrispondente alla propria disciplina di specializzazione. La rotazione è difficilmente attuabile anche nei settori amministrativi a causa dell'elevata specializzazione richiesta. L'applicazione della misura comporterebbe il rallentamento dell'attività ordinaria in entrambe le strutture coinvolte. In alternativa il direttore di struttura valuterà la fattibilità della rotazione del personale non dirigenziale con riguardo innanzi tutto ai responsabili del procedimento. Negli ultimi anni è proseguita la rotazione del personale nei settori dove la misura è stata ritenuta utile e applicabile: rotazione del personale di vigilanza ispezione nei servizi del Dipartimento di Prevenzione, rotazione dei dirigenti medici di direzione sanitaria e dei coordinatori del personale delle professioni sanitarie in ambito ospedaliero.

Misure di protezione

Tra le misure di segnalazione e protezione la principale è quella relativa alla tutela del dipendente che segnala situazioni di illecito (c.d. *whistleblower*) una misura che mira a consentire l'emersione di fenomeni corruttivi.

La norma prevede tre distinte disposizioni:

- la tutela dell'anonimato, fatte salve le situazioni in cui la conoscenza del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato;
- il divieto di discriminazioni e cioè, come precisato dal Piano Nazionale Anticorruzione, le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili;
- la sottrazione della denuncia al diritto di accesso.

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali. Questo tipo di tutela non opera, ovviamente, per i casi in cui la denuncia o la segnalazione integrino i reati di calunnia o diffamazione. La misura è espressamente richiamata dall'art. 8 del Codice di comportamento.

La procedura per la gestione delle segnalazioni di illeciti, approvata con deliberazione del direttore generale n. 237 del 3/6/2015, è stata sostituita dal Regolamento sulla segnalazione di condotte illecite e la tutela dei segnalanti (*whistleblowing*)", validato dalla struttura Risorse Umane – Affari Generali e dal Data Protection Officer (DPO) aziendale e approvato con deliberazione del direttore generale n. 69 del 9/2/2021.

Nel corso dell'anno 2022 non sono pervenute segnalazioni.

Misure di regolamentazione / semplificazione /informatizzazione

Nel corso degli ultimi anni sono stati avviati interventi di regolamentazione e semplificazione, al fine di creare e consolidare buone prassi interne. Tali novità, hanno inizialmente riguardato l'utilizzo di sistemi informatici dedicati alla gestione delle gare di appalto e dei concorsi; successivamente hanno riguardato alcune richieste di autorizzazione e valutazione del personale.

Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

Tra le attività attribuite al RPCT vi è quella di sorvegliare sull'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), eventualmente sollecitando l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del presente documento. Con il comunicato del 28/10/2013 l'ANAC ha, inoltre, stabilito che ogni stazione appaltante nomini con apposito provvedimento il soggetto responsabile della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA). L'ASL TO5 con deliberazione del direttore generale n. 453 del 27/06/2022 ha provveduto alla nomina della dott.ssa Nadia Beccati, responsabile della S.S. Logistica, quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante.

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa

3.1.1 Linee generali di organizzazione

L'ASL garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso un'articolazione in strutture organizzative, caratterizzate da: autonomia, definita nell'ambito delle competenze stabilite dal piano di organizzazione; responsabilità funzionale e/o gestionale; assegnazione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate e amministrare in spazi fisici definiti e omogenei.

Le tipologie di strutture organizzative presenti in ASL TO5 sono: i dipartimenti, le strutture complesse, le strutture semplici a valenza dipartimentale e le strutture semplici.

L'organigramma e la declaratoria delle funzioni attribuite a ciascuna articolazione organizzativa sono rappresentati all'interno del piano di organizzazione, allegato all'atto aziendale.

Il piano di organizzazione costituisce un documento flessibile che può essere aggiornato periodicamente, indipendentemente dall'atto stesso, in funzione delle strategie e delle attività aziendali.

In relazione all'assetto stabilito dal piano di organizzazione, l'azienda provvede periodicamente, in funzione dei fabbisogni accertati e coerentemente con i criteri stabiliti dalla Regione, a rideterminare la dotazione organica necessaria al corretto funzionamento delle strutture aziendali.

Le funzioni amministrative e tecniche sono articolate in strutture organizzative poste in *staff* al Direttore Amministrativo e aggregate in due macroaree: quella economico-giuridica e quella tecnico-logistica.

Funzionalmente si configurano:

- funzioni di *staff*, riconducibili alle funzioni di Direzione strategica (a loro volta articolate in strutture complesse, semplici o uffici);
- funzioni di *line*, articolate in dipartimenti, strutture complesse, semplici e altre articolazioni organizzative.

L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di strutture organizzative:

- il dipartimento: è una struttura organizzativa qualificata dall'aggregazione di strutture finalizzato all'espletamento coordinato di attività affini o complementari. I dipartimenti dell'ASL TO5 sono distinti in dipartimenti strutturali, e in dipartimenti strutturali *trans murali*. Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiali e i processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti negli appositi regolamenti;
- le strutture complesse:
 - sono articolazioni organizzative dotate di autonomia gestionale organizzativa e tecnico professionale che dispongono di risorse umane, tecniche e finanziarie specificamente assegnate, fatte salve le risorse assegnate a livello dipartimentale. Le strutture organizzative complesse sono quelle che esercitano funzioni e organizzano settori di attività o ambiti individuati come prioritari dalla programmazione regionale locale;
 - risultano economicamente rilevanti in relazione alle risorse da allocare;
 - assicurano funzioni di produzione, di prestazioni e di servizi che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo;

- esercitano funzioni di rilievo nel supporto alla Direzione Aziendale e riguardano attività prioritariamente connesse con la pianificazione e con la crescita organizzativa dell'Azienda;
- governano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione, trasversalmente a diverse strutture dell'Azienda.
- Le strutture semplici sono articolazioni organizzative con assegnazione di risorse specifiche. Le strutture semplici si dividono in:
 - semplici dipartimentali: quando svolgono funzioni o servizi la cui organizzazione nelle singole strutture complesse risulterebbe inefficiente; di norma riconducibili alle discipline ministeriali di cui al D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.. Sono poste all'interno di dipartimenti strutturali al fine di organizzare e gestire in modo ottimale spazi ed attrezzature utilizzate da più unità operative e personale eterogeneo, appartenente a strutture complesse diverse;
 - semplice: rappresentano strutture organizzative che gestiscono risorse identificabili, che assicurano attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile a livello aziendale o nell'ambito di quella della struttura complessa di riferimento.

Possono essere previste delle articolazioni organizzative (servizi, settori, uffici) cui è attribuita la responsabilità di attività che non richiedono combinazione di mezzi, persone o contenuti gestionali tali da giustificare l'istituzione di una struttura; sono normalmente individuati per il perseguimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia aziendale e sono caratterizzati da alto contenuto professionale. La responsabilità di attività assegnata non comporta necessariamente il conferimento dell'incarico, che sarà disciplinato da apposita regolamentazione aziendale.

Il modello dipartimentale

L'Azienda adotta il modello dipartimentale per l'organizzazione delle attività assistenziali e socio assistenziali territoriali, di ricerca, didattiche e di prevenzione.

Il dipartimento rappresenta la struttura deputata all'efficacia della funzione cui è preposto e al conseguimento di sinergie ed efficienze attuabili mediante azioni di interscambio e condivisione delle risorse. I dipartimenti sono finalizzati a costruire la reale integrazione dell'attività dei professionisti della rete di assistenza, la collaborazione multidisciplinare attraverso lo sviluppo di percorsi di cura a livello di strutture organizzative diverse. In particolare, l'individuazione delle strutture dipartimentali ospedaliere è orientata ad un modello di organizzazione per intensità e gradualità delle cure, per favorire il progressivo superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

Tutti i dipartimenti si interfacciano, per gli aspetti di competenza, con la struttura denominata Direzione delle Professioni Sanitarie che esercita la funzione di governo delle professioni sanitarie.

Il funzionamento dei dipartimenti è normato da apposito regolamento aziendale.

Per ogni dipartimento viene nominato dal Direttore generale un direttore scelto fra i direttori di struttura complessa afferenti allo stesso, motivando tale scelta.

Il Direttore di struttura complessa nominato Direttore di dipartimento mantiene la direzione della propria struttura.

L'organigramma seguente, offre una visione d'insieme della struttura aziendale:

ORGANIGRAMMA GENERALE

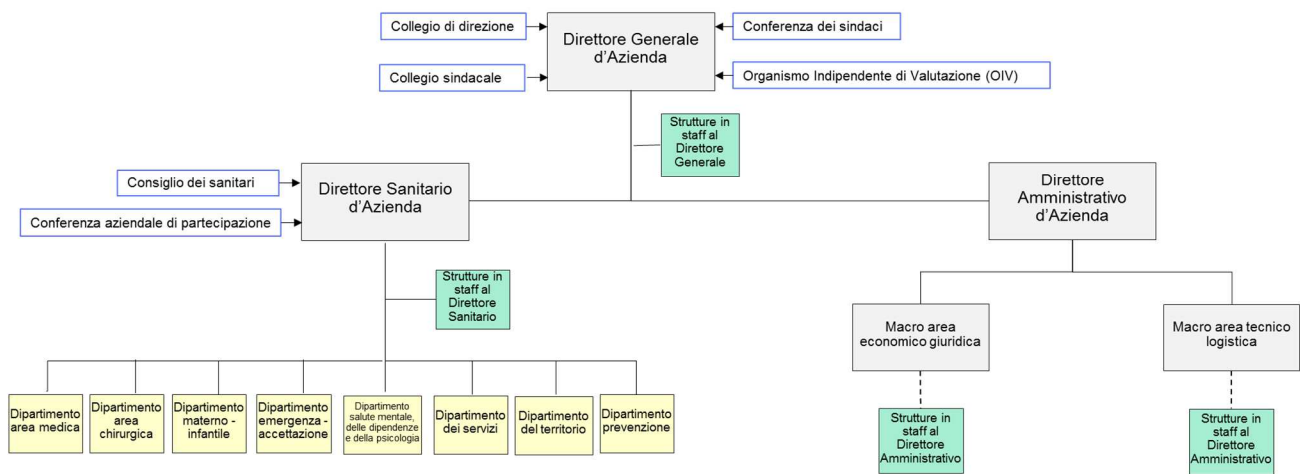


Figura 14: Organigramma generale aziendale

Dipartimenti aziendali

I dipartimenti strutturali sono organizzazioni in *line* alla struttura organizzativa aziendale.

A essi sono ricondotte tutte le strutture complesse aziendali (eccetto quelle in staff).

Il dipartimento strutturale è costituito da strutture complesse e/o semplici a valenza dipartimentale, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono, quindi, fra loro interdipendenti, pur mantenendo ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale. Le strutture costituenti il dipartimento sono aggregate secondo una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volte a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati.

I dipartimenti strutturali trans murali rappresentano il raccordo tra ospedale e territorio; il loro ruolo principale è quello di esercitare il coordinamento con le relative attività extraospedaliere per una integrazione dei servizi dipartimentali con quelli del territorio ed in particolare con i distretti.

Sono istituiti i seguenti dipartimenti strutturali:

1. per la macro area ospedaliera:
 - 1.1. dipartimento di area medica;
 - 1.2. dipartimento di area chirurgica;
 - 1.3. dipartimento dei servizi;
 - 1.4. dipartimento di emergenza e accettazione;
2. per la macroarea territoriale:
 - 2.1. dipartimento del territorio
3. *trans murali*
 - 3.1. dipartimento materno infantile;
 - 3.2. dipartimento di salute mentale e delle dipendenze;
4. per la macroarea prevenzione
 - 4.1. dipartimento di prevenzione.

Macroarea ospedaliera

L'attuale rete ospedaliera dell'ASL TO5 è organizzata in tre presidi ospedalieri:

- Ospedale Maggiore di Chieri, ospedale di primo livello sede di DEA I livello;
- Ospedale Santa Croce di Moncalieri, ospedale di primo livello sede di DEA I livello;
- Ospedale San Lorenzo di Carmagnola, ospedale di base sede di PS 24h.

La rete ospedaliera, divisa nei tre stabilimenti presenti sul territorio dell'ASL TO5 risente di importanti problematiche: problemi logistico strutturali (vetustà delle strutture, collocazione, dimensioni) problemi organizzativi (necessità di duplicazione di servizi, ridondanze di apparati di supporto e attrezzature, di collegamento della rete).

Il pieno superamento di tali problematiche sarà possibile solo con la costruzione di un nuovo ospedale unico della ASL TO5. Tale intervento infatti permetterà di elevare i livelli di sicurezza e qualitativi dei servizi e di raggiungere una maggiore efficienza organizzativa con un incremento dei servizi ed importanti risparmi gestionali.

In attesa della realizzazione di un ospedale unico, già con la deliberazione del direttore generale n. 743 del 31/12/2020, la rete dei presidi ospedalieri presenti sul territorio dell'ASL TO5 è stata organizzata in Presidio Ospedaliero Riunito, stante la necessità di una gestione comune e di una organizzazione complessiva dei tre stabilimenti, in modo tale che i limiti di ciascuna struttura possano essere mitigati da una gestione fortemente integrata ed unitaria.

Tale integrazione ha richiesto, quindi, sotto il profilo organizzativo il superamento della suddivisione in due direzioni di presidio (S.C. Presidio ospedaliero Chieri e S.C. Presidio ospedaliero Carmagnola – Moncalieri), e la riconduzione delle funzioni ad un'unica struttura complessa denominata proprio Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti di Carmagnola, Chieri e Moncalieri, attualmente posta in Staff alla direzione sanitaria, quale collocazione più coerente con le funzioni svolte.

Il Presidio Ospedaliero Riunito della ASL TO5 garantisce l'attività di produzione specialistica ospedaliera per la popolazione del territorio ed è composto dai tre presidi ospedalieri sopracitati.

Le case di cura private accreditate presenti sul territorio di competenza collaborano nell'attività di produzione specialistica complessiva, ad integrazione di quanto fornito dai presidi a gestione diretta aziendale, nei limiti definiti annualmente dalla Regione Piemonte e secondo i bisogni della popolazione rilevati dalla ASL TO5.

Le strutture complesse della macroarea ospedaliera si raggruppano in 3 dipartimenti strutturali:

- dipartimento di Area medica;
- dipartimento di Area chirurgica;
- dipartimento dei Servizi;

e si suddividono tra strutture complesse assegnate ad uno specifico presidio ospedaliero (Chirurgia Generale Carmagnola, Chirurgia Generale Chieri, Chirurgia Generale Moncalieri, Medicina Carmagnola, Medicina Chieri, Medicina Moncalieri, Anestesia e Rianimazione Chieri, Anestesia e Rianimazione Moncalieri e Carmagnola, Ostetricia e Ginecologia Chieri, Ostetricia e Ginecologia Moncalieri e Carmagnola, Pediatria Chieri, Pediatria Moncalieri e Carmagnola) e strutture complesse uniche aziendali operative sui tre presidi (Cardiologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Nefrologia, Radiodiagnostica, Laboratorio, Anatomia Patologica).

In particolare, le attività erogate dalle strutture complesse nei tre presidi ospedalieri sono le seguenti:

Presidio San Lorenzo – Carmagnola

Sede di Pronto Soccorso h24. È sede di posti letto ordinari di Chirurgia Generale, Medicina Generale e Lungodegenza. Garantisce attività in regime di Day Surgery, One Day Surgery e Week Surgery di tutte le discipline chirurgiche, le attività di Day Service ostetrico – ginecologico e pediatrico, il Day Hospital di Oncologia, il Day Hospital medico, le attività ambulatoriali di tutte le discipline.

Presidio Maggiore – Chieri

Sede di DEA di I Livello. È sede di posti letto ordinari di Chirurgia Generale, Medicina, Nefrologia (in posti letto dipartimentali), Urologia, Ortopedia e Traumatologia, Rianimazione, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria. Garantisce attività in regime di Day Surgery di Chirurgia Generale, il Day Hospital medico e le attività ambulatoriali di tutte le discipline.

Presidio Santa Croce – Moncalieri

Sede di DEA di I Livello. È sede di posti letto ordinari di Chirurgia Generale, Medicina, Ortopedia e Traumatologia, Rianimazione, Cardiologia, Otorinolaringoiatria, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Neurologia. Garantisce le attività ambulatoriali di tutte le discipline.

Macroarea della prevenzione

All'interno della macroarea della prevenzione è attualmente presente unicamente il dipartimento di prevenzione, che rappresenta la struttura operativa dell'ASL volta a garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

Il dipartimento di prevenzione promuove azioni, sulla base di quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP), volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale e contribuisce ad attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline e la partecipazione dei cittadini, dei gruppi sociali e dell'organizzazione sociale della Comunità.

Inoltre, come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2020 – 2025, le ASL sono chiamate, a partire dal 2022, ad adottare, mediante approvazione formale, il Piano Locale della Prevenzione (PLP) come strumento di programmazione strategica dell'Azienda sanitaria necessario per coordinare e integrare le attività di prevenzione e promozione della salute a livello territoriale, traducendo i livelli di programmazione nazionale e regionale in concrete risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, con approccio intersettoriale e in ottica One Health.

In particolare, le attività di prevenzione e promozione della salute, svolte dal dipartimento di prevenzione, sono finalizzate a:

- promuovere azioni di coordinamento fra il livello centrale regionale e le strutture periferiche dell'ASL;
- sostenere progetti e iniziative della programmazione centrale;
- sviluppare le attività di rete e di integrazione all'interno dell'ASL;
- sviluppare l'integrazione e la comunicazione tra le ASL;

- potenziare le attività di osservazione epidemiologica, di promozione della salute e garantire la gestione integrata delle emergenze;
- recuperare efficienza ed efficacia;
- ricondurre problemi e rischi a gerarchie di valori e priorità;
- sviluppare un adeguato sistema di comunicazione con la popolazione.

Le azioni realizzate per garantire tali finalità dovranno essere sistematiche, orientando le scelte verso le azioni che presentano maggiori evidenze di efficacia e di costi. Il metodo da utilizzarsi dovrà essere basato su prove di efficacia, affinché gli interventi siano fondati su prove scientifiche, sulla base di pratiche di buona qualità ed economiche.

Al dipartimento di prevenzione viene attribuito il compito di integrare le funzioni di prevenzione e quelle di diagnosi e cura, ferme restando le rispettive competenze come risultanti dal piano di organizzazione. Tutte le attività di prevenzione devono sempre prevedere l'integrazione tra le attività del dipartimento di prevenzione, dei dipartimenti ospedalieri e dei servizi territoriali

Macroarea territoriale e distretti

La rete dei servizi territoriali si articola nei distretti sanitari dell'ASL ai quali compete la *governance* dell'insieme dei servizi territoriali.

Il distretto, quale articolazione territoriale, operativa e organizzativa dell'ASL, rappresenta la sede per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del servizio sanitario regionale con i cittadini e, quale garante della salute della popolazione, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati dall'art. 3- quinquies del D. lgs. n. 502/1992, s.m.i.

La Legge regionale 18/2007 (Norme per la programmazione sociosanitaria e il riassetto del servizio socio sanitario regionale) prevede che l'articolazione distrettuale persegua le seguenti finalità:

- governare la domanda di servizi attraverso la valutazione dei bisogni sociosanitari della comunità per definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari;
- assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali affidati ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, nonché ai servizi direttamente gestiti dall'azienda sanitaria;
- promuovere iniziative di corretta comunicazione e informazione ai cittadini;
- garantire equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità dell'assistenza e delle cure per la popolazione di riferimento;
- assicurare il coordinamento fra le attività territoriali di prevenzione e quelle ospedaliere;
- valutare l'efficacia degli interventi.

Il Distretto è quindi l'articolazione aziendale deputata a garantire l'erogazione dei servizi essenziali di assistenza sul territorio.

Fa capo al distretto l'erogazione dell'assistenza primaria sul proprio territorio anche tramite l'organizzazione e lo sviluppo delle nuove forme organizzative: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità complesse di cure primarie (UCCP). Esse, infatti, trovano definizione e avvio nell'ambito della programmazione distrettuale.

Il distretto nell'ambito delle risorse assegnate e in relazione agli obiettivi di salute, definisce il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT) in coerenza con lo schema tipo e gli indirizzi regionali.

Il direttore del Distretto che è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della direzione dell'ASL:

- coordina le attività produttive gestite direttamente od indirettamente dal distretto;
- promuove e presidia l'integrazione organizzativa fra le strutture per la garanzia di una corretta presa in carico e di continuità assistenziale.

Lo strumento tecnico-professionale di governo del quale si avvalgono i direttori di distretto è l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), con funzioni propositive e tecnico consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Tale Ufficio, presieduto dal direttore di distretto, è composto secondo i dettami delle norme e delle convenzioni nazionali collettive; comprendendo comunque rappresentanti di tutte le figure che a vario titolo operano nei distretti: medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, farmacisti, specialisti ambulatoriali convenzionati e rappresentanti dei servizi aziendali di volta in volta coinvolti. L'ufficio è integrato per le materie afferenti all'area sociosanitaria dal dirigente dei consorzi socioassistenziali.

Competono a tale organo funzioni propositive e consultive in merito a:

- coordinamento delle attività distrettuali, territoriali e sociosanitarie integrate;
- processo di budgeting;
- analisi dei fabbisogni di salute;
- individuazione del raccordo tra rete produttiva territoriale, servizi socioassistenziali, medici convenzionati;
- definizione delle procedure di offerta dei servizi (sportelli unici, cartelle sociosanitarie comuni, formazione congiunta, continuità assistenziale, ecc.).

Il territorio dell'ASL TO5 è suddiviso nei quattro distretti sanitari di Carmagnola, Chieri, Moncalieri e Nichelino, i quali, a loro volta, sono raggruppati in due strutture complesse: S.C. Distretto di Chieri – Distretto di Carmagnola e S.C. Distretto di Moncalieri – Distretto di Nichelino.

Le modifiche all'Atto Aziendale

Come specificato nella sezione 2 con l'approvazione del PNRR e del D.M. n. 77/2022, è stata posta sempre maggiore centralità alle Reti territoriali e al sistema delle Cure primarie, anche attraverso l'istituzione di 7 Case di Comunità, 2 Ospedali di Comunità e 3 Centrali Operative Territoriali.

Scaturiscono quindi dalla volontà di avere una struttura operativa che possa concretamente realizzare questi progetti le modifiche all'atto aziendale introdotte dalla delibera del Direttore Generale n. 663 del 18/10/2022 approvate dalla Regione Piemonte con DGR 13-6170 del 07/12/2022.

Soprattutto al fine di gestire al meglio le nuove strutture territoriali che nasceranno, è stato costituito il Dipartimento del Territorio, la cui funzione è quella di rispondere alla domanda di salute, espressa a livello territoriale con riferimento all'area di integrazione estesa, già richiamata nel mandato istituzionale dei distretti e delle strutture a peculiarità cliniche (diabetologia e cure palliative) e di settore (farmaco e farmacie). Ma non solo. Al fine di dare nuova linfa all'impianto della medicina territoriale non si può assolutamente sottovalutare l'importanza di un coordinamento tra percorsi sanitari e quelli socioassistenziali che siano in grado di garantire anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione.

A questo proposito sono state introdotte due nuove strutture semplici, Coordinamento Integrazione Socio Sanitaria Chieri - Carmagnola e Coordinamento Integrazione Socio Sanitaria Moncalieri Nichelino che hanno collocazione organizzativa all'interno delle strutture complesse dei rispettivi distretti e la funzione di coordinare

il personale amministrativo di front e back office, collaborare con le strutture territoriali nella raccolta dati e delle informazioni a valenza aziendale e coordinare tutte le funzioni territoriali gestite centralmente.

Nel perseguire la logica di una sanità che riesca a raggiungere una piena soddisfazione delle richieste della popolazione sfruttando appieno le risorse a sua disposizione e le sinergie che da queste hanno origine, nasce la scelta di unire in un unico dipartimento le strutture afferenti alla salute mentale e quello delle dipendenze.

L'integrazione operativa tra i due dipartimenti permetterà di garantire una presa in carico più efficace degli utenti, consentendo di attuare strategie di intervento psicologico mirate per gli utenti affetti da disturbi mentali, problemi di dipendenza o difficoltà di ordine emotivo.

Il nuovo Dipartimento del Territorio

Il Dipartimento territoriale ha la finalità di rafforzare l'area territoriale, indispensabile alla garanzia delle azioni di coordinamento per l'integrazione e l'intersettorialità a livello intra ed extra aziendale, per rispondere alle esigenze sanitarie, presenti e future, della popolazione aziendale. Così come previsto e richiesto dal PNRR e dal DM 77/2022 l'ASL è spinta a sviluppare un percorso organizzativo incrementale, tale da garantire le sempre più estese attribuzioni funzionali previste dai citati documenti, finalizzate a consentire risposte giuste e appropriate alle esigenze della popolazione, correlate alla longevità di massa e alla cronicità.

Afferiscono al Dipartimento territoriale le seguenti strutture:

- S.C. Distretto di Carmagnola e Distretto di Chieri;
- S.C. Distretto di Nichelino e Distretto di Moncalieri;
- S.C. Diabetologia territoriale;
- S.C. Farmacia territoriale;
- S.S.V.D. Unità Cure palliative.

Dal punto di vista funzionale, afferisce al Dipartimento territoriale anche la S.C. Servizio di Psicologia.

La costituzione del dipartimento consente di gestire le macro-funzioni e attività specifiche di rilievo e respiro aziendale con una certa ergonomia organizzativa.

Tra le macro funzioni assegnate al Dipartimento, sono da sottolineare:

- integrazione socio-sanitaria con gli enti di gestione dei servizi sociali e terzo settore;
- piano di cronicità e politiche per le malattie croniche non trasmissibili;
- tempi di attesa (azioni di committenza, produzione, tutela);
- politiche del farmaco (appropriatezza, aderenza, etc.) e coinvolgimento delle farmacie del territorio come nodi della rete territoriale;
- sviluppo dei PSDTA;
- sviluppo uniforme nei quattro distretti, come da PNRR e DM 77, di cure domiciliari e telemedicina;
- sviluppo di modelli organizzativi anche innovativi nella gestione delle risorse umane e professionali che favoriscano il benessere organizzativo e il lavoro di equipe interdisciplinare e inter-professionale;
- programmazione operativa e negoziazione delle attività (budgeting);
- sviluppo e monitoraggio degli indicatori di efficienza, qualità e sicurezza (Sistema indicatori territoriali e Nuovo Sistema di Garanzia);
- gestione del piano di formazione e dell'aggiornamento del personale.

Sono invece individuate tra le attività trasversali del dipartimento le seguenti:

- gestione dei contratti, accordi di programma, protocolli di intesa con gli erogatori provati accreditati e convenzionati;
- assistenza protesica e integrativa;
- gestione degli accordi collettivi nazionali per i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni (obiettivi e valutazione di performance);
- attività amministrative diffuse (quali ad esempio “front office”, assistenza protesica, recupero crediti).

Il nuovo Dipartimento di Salute mentale e delle Dipendenze

Il dipartimento di Salute mentale e delle Dipendenze è una struttura deputata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali e di dipendenza. In coerenza con le finalità e i valori dell'ASL, il dipartimento in oggetto assume come principio ispiratore il “prendersi cura della persona” creando una rete di servizi in grado di realizzare percorsi di cura integrati fra l'ospedale, il territorio, i servizi sociosanitari e sociali.

Afferiscono al Dipartimento di Salute mentale e delle Dipendenze le seguenti strutture:

- S.C. Psichiatria;
- S.S.V.D. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
- S.S.V.D. Area comunitaria;
- S.C. Servizio Dipendenze (Ser.D.);
- S.C. Servizio di Psicologia.

Il dipartimento garantisce interventi appropriati ed efficaci, secondo standard di qualità accreditati, in grado di cogliere i bisogni differenziati degli utenti, intervenendo con equipe formate, coinvolgendo attivamente e motivando l'utente nelle fasi di pianificazione e attuazione al proprio percorso di cura. Il dipartimento promuove le azioni necessarie a combattere lo stigma e a tutelare i pieni diritti dei cittadini affetti da disturbi mentali e di dipendenza.

La presenza nel dipartimento di strutture territoriali, ospedaliere, residenziali riabilitative e assistenziali a diverse intensità e semiresidenziali consente di seguire la persona con disturbi mentali in modo continuo, organico e integrato, rispondendo ai diversi bisogni che possono configurarsi.

I servizi territoriali per le dipendenze offrono interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per le persone con problemi legati all'utilizzo di sostanze d'abuso, alcol, fumo al gioco d'azzardo patologico e altre dipendenze comportamentali. L'integrazione operativa fra i servizi psichiatrici e delle dipendenze garantisce una presa in carico più efficace degli utenti.

Il dipartimento di salute mentale e delle dipendenze attua interventi coordinati, integrati e articolati anche nelle situazioni nelle quali la patologia mentale, l'utilizzo di sostanze e disagio sociale generano condizioni di alta complessità.

L'interazione di quelle che erano le attività svolte dal dipartimento di salute mentale, dal dipartimento della patologia delle dipendenze e dalla struttura di psicologia consente di condividere strategie di intervento psicologico per le persone affette da disturbi mentali, problemi di dipendenza o difficoltà di ordine emotivo.

Riepilogo modello organizzativo aziendale

Il numero dei dipartimenti e delle strutture che compongono l'ASL TO5 è di seguito indicato:

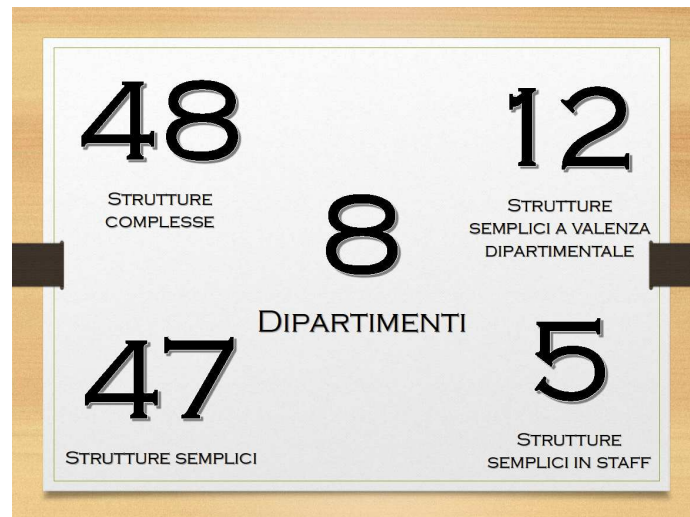


Figura 15: Riepilogo del numero di dipartimenti, strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali

Livelli di responsabilità organizzativa all'interno dell'ASL TO5

L'ASL TO5 informa il proprio modello organizzativo alla distinzione tra:

- potere di indirizzo, programmazione e controllo;
- compiti e responsabilità gestionali.

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Generale dell'Azienda, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente pur nella distinzione di relativi ruoli e responsabilità.

Al Direttore Generale compete la responsabilità complessiva della gestione aziendale, che egli esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della *mission* aziendale, alla negoziazione del budget con i direttori di dipartimento, alla definizione degli obiettivi gestionali, all'allocazione delle risorse e alla valutazione dei risultati.

Il potere gestionale e di direzione delle strutture aziendali, nell'ambito dei compiti assegnati e della relativa area di competenza, spetta alla Dirigenza, cui è devoluta la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi aziendali e l'attuazione degli specifici atti amministrativi e/o di diritto privato.

L'Azienda, con deliberazione n. 590 del 17/05/2019 ha approvato il Regolamento per disciplinare gli atti di gestione rimessi alla autonoma responsabilità dei Direttori delle strutture amministrative e tecniche e la delega di funzioni, quale prerogativa della funzione dirigenziale e strumento mediante il quale si instaurano processi di collaborazione diretta con la Direzione aziendale.

Come di seguito specificato, le diverse responsabilità organizzative all'interno dell'Azienda, affidate al personale della dirigenza e del comparto, vengono così declinate e graduate:

- incarichi dirigenziali gestionali;
- incarichi dirigenziali professionali;
- incarichi di posizione per il personale del comparto;
- incarichi di funzione organizzativa per il personale del comparto;
- incarichi di funzione professionale per il personale del comparto.

Dirigenza dell'area sanitaria

Le tipologie di incarico conferibili ai dirigenti dell'area sanitaria, che comprende tutti i dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie, descritte all'art. 18 del CCNL 19 dicembre 2019, sono sintetizzate nelle tabelle seguenti:

Incarico gestionale	Incarico di direttore di dipartimento (art. 18, comma 1, par I)
	Incarico di direzione di struttura complessa (art. 18, comma 1, par I, lett. a)
	Incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o di struttura semplice in staff alla direzione generale (art. 18, comma 1, par I, lett. b)
	Incarico di direzione di struttura semplice (art. 18, comma 1, par I, lett. c)
Incarichi professionali	Incarico professionale di altissima professionalità (art. 18, comma 1, par. II, lett. a) suddiviso in a1) e a2)
	Incarico professionale di alta specializzazione (art. 18, comma 1, par. II, lett. b)
	Incarico professionale di consulenza, di studio, di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo (art. 18, comma 1, par. II, lett. c)
	Incarico professionale di base (art. 18, comma 1, par. II, lett. d)

Tabella 5: Riepilogo delle tipologie degli incarichi dirigenziali (area sanitaria)

Gli incarichi dirigenziali vengono conferiti nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 37 del vigente Atto aziendale. In particolare, l'incarico può essere conferito solo in presenza di valutazioni positive, sia per gli incarichi precedentemente svolti, sia con riferimento alla performance annuale.

Incarico dirigenziale	Requisiti per l'incarico	Valutatore / proponente	Durata incarico	
Incarico gestionale	Direttore di dipartimento	Direttore di struttura complessa afferente al dipartimento	Direzione generale	Tre anni con possibilità di rinnovo
	Direttore di struttura complessa	Dirigente in servizio con non meno di cinque anni di anzianità	Direttore sanitario ASL TO5 e tre direttori della medesima disciplina (legge n. 189/2012 s.m.i.)	Non inferiore a cinque anni e non superiore a sette con possibilità di rinnovo
	Responsabile struttura semplice a valenza dipartimentale. Responsabile struttura semplice in staff alla direzione generale	Dirigente in servizio con non meno di cinque anni di anzianità	Direttore di dipartimento e direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento (per le strutture dipartimentali). Direzione generale (per le strutture in staff).	Non inferiore a cinque anni e non superiore a sette con possibilità di rinnovo
	Responsabile di struttura semplice, articolazione di struttura complessa	Dirigente in servizio con non meno di cinque anni di anzianità	Direttore struttura complessa di afferenza	Non inferiore a cinque anni e non superiore a sette con possibilità di rinnovo

Tabella 6 Riepilogo degli incarichi gestionali (area sanitaria)

Incarico professionale	Altissima professionalità a valenza dipartimentale	Dirigente in servizio con almeno cinque anni di anzianità	Direttore generale o Direttore sanitario d'Azienda o Direttore di dipartimento	Non inferiore a cinque anni e non superiore a sette con possibilità di rinnovo
	Altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa	Dirigente in servizio con almeno cinque anni di anzianità	Direttore sanitario d'Azienda o Direttore di dipartimento Direttore di struttura complessa o responsabile di struttura semplice e (struttura) semplice dipartimentale	Non inferiore a cinque anni e non superiore a sette con possibilità di rinnovo
	Alta specializzazione	Dirigente in servizio con almeno cinque anni di anzianità	Direttore di struttura complessa / responsabile di struttura semplice e (struttura) semplice dipartimentale	Non inferiore a cinque anni e non superiore a sette con possibilità di rinnovo
	Professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo	Dirigente in servizio con almeno cinque anni di anzianità	Direttore di struttura complessa / responsabile di struttura semplice e semplice dipartimentale	Non inferiore a cinque anni e non superiore a sette con possibilità di rinnovo
	Di base	Dirigente in servizio con non meno di cinque anni di anzianità	Direttore di struttura complessa / responsabile di struttura semplice e semplice dipartimentale	Cinque anni

Tabella 7: Riepilogo degli incarichi professionali (area sanitaria)

Ai sensi dell'art. 110, comma 9, del CCNL 19/12/2019, la titolarità di un incarico dirigenziale di natura gestionale è incompatibile con il rapporto di lavoro a impegno ridotto. Qualora il dirigente con incarico di natura gestionale abbia presentato la relativa domanda e la medesima sia stata accolta, verrà revocato l'incarico gestionale e conferito un incarico professionale tra quelli di cui all'art. 18, comma 1, par. II, lett. c (incarico professionale conferibile a chi ha maturato almeno cinque anni di servizio).

Graduazione degli incarichi gestionali

Gli incarichi gestionali di cui all'art. 18, comma 1, par. I lettere a), b) e c) sono definiti in base all'assetto organizzativo risultante dall'Atto aziendale, dalle leggi regionali e dalle scelte di programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale e regionale.

Per gli incarichi di direzione di dipartimento è prevista la seguente graduazione, in base al numero di strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti al dipartimento stesso:

n° strutture complesse e semplici dipartimentali afferenti al dipartimento	Fascia
Superiore o uguale a otto strutture	A
Superiore o uguale a cinque strutture e inferiore a otto	B
Superiore o uguale a tre strutture e inferiore a cinque	C

Tabella 8: Riepilogo graduazione dei dipartimenti (area sanitaria)

Gli incarichi sono graduati secondo le tipologie di seguito elencate:

Tipologia di incarico		Fascia
INCARICHI	Struttura complessa con coordinamento	SCC
GESTIONALI	Struttura complessa	SC
	Struttura semplice a valenza dipartimentale	SSD
	Struttura semplice (articolazione di struttura complessa)	SS

Tabella 9: Riepilogo graduazione incarichi gestionali (area sanitaria)

Graduazione degli incarichi professionali

L'individuazione degli incarichi professionali e del correlato trattamento economico di posizione è effettuata con riferimento all'assetto organizzativo aziendale in relazione alla natura e alle caratteristiche delle strutture nonché dei programmi da realizzare e degli obiettivi fissati.

In relazione alle risorse destinate all'istituto è necessario che gli incarichi professionali siano numericamente definiti e corrispondano al riconoscimento di funzioni, responsabilità e competenze che non siano di per sé riconducibili alla qualifica ricoperta.

L'individuazione degli incarichi viene effettuata sulla base dei seguenti criteri e parametri:

- complessità della struttura;
- grado di autonomia;
- consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali affidate;
- importanza e delicatezza della funzione;
- svolgimento di funzioni di coordinamento, ispezione e vigilanza, verifica di attività direzionali;
- grado di competenza specialistico – funzionale o professionale;
- utilizzazione nell'ambito della struttura di metodologie e strumentazioni significativamente innovative e con valenza strategica per l'azienda o ente;
- affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'azienda o ente;
- produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda;
- valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali.

Gli incarichi professionali di altissima professionalità a valenza dipartimentale/aziendale e gli incarichi professionali di altissima professionalità quali articolazioni interne di strutture complesse sono definiti in relazione alle esigenze di servizio e all'organizzazione aziendale, nel rispetto delle leggi regionali di organizzazione nonché delle scelte di programmazione sanitaria e socio-sanitaria nazionale e regionale.

Gli incarichi professionali di altissima professionalità a valenza dipartimentale vengono istituiti con deliberazione del direttore generale, entro i limiti stabiliti dall'art. 18, comma 3-bis, lett. a1) del CCNL 19/12/2019, su proposta del direttore del dipartimento.

Gli incarichi professionali di altissima professionalità quali articolazioni interne di strutture complesse vengono istituiti con deliberazione del direttore generale entro i limiti stabiliti all'art. 18, comma 3-bis, lett. a2) dello stesso CCNL, su proposta dei direttori di dipartimento sentiti i direttori delle strutture complesse interessate, ovvero dei direttori delle strutture complesse non aggregate in dipartimenti.

Gli incarichi professionali di alta specializzazione vengono graduati sulla base dei parametri indicati nella scheda di graduazione delle funzioni dirigenziali (di cui al regolamento sulla graduazione delle posizioni e identificazione profili di responsabilità approvato con determinazione del direttore generale n. 952 del 31/7/2009).

L'istituzione e la graduazione degli incarichi di alta specializzazione vengono effettuate su proposta motivata dei direttori di struttura complessa, responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale e responsabili di struttura semplice, contenente la descrizione dei contenuti funzionali e degli obiettivi correlati agli incarichi, con il parere favorevole del direttore di dipartimento, ove presente.

La scheda di graduazione delle funzioni dirigenziali connesse all'incarico, compilata dal direttore di struttura complessa, dal responsabile di struttura semplice a valenza dipartimentale o responsabile di struttura semplice, deve essere validata dal direttore di dipartimento ove presente e dalla direzione generale.

Gli incarichi professionali, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo vengono graduati sulla base dei parametri indicati nella scheda di graduazione delle funzioni dirigenziali. La graduazione degli incarichi viene proposta dai direttori di struttura complessa e responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale, con il parere favorevole del direttore di dipartimento, ove presente.

La scheda di graduazione delle funzioni dirigenziali connesse all'incarico, compilata dal direttore di struttura complessa, dal responsabile di struttura semplice a valenza dipartimentale o responsabile di struttura semplice, deve essere validata dal direttore di dipartimento, ove presente, e dalla direzione generale.

Gli incarichi professionali, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo vengono graduati sulla base dei parametri indicati nella scheda di graduazione delle funzioni dirigenziali. La graduazione degli incarichi viene proposta dai direttori di struttura complessa, dai responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale o dai responsabili di struttura semplice, con il parere favorevole del direttore di dipartimento, ove presente.

La scheda di graduazione delle funzioni dirigenziali connesse all'incarico, compilata dal direttore di struttura complessa, dal responsabile di struttura semplice dipartimentale o dai responsabili di struttura semplice, deve essere validata dal direttore di dipartimento, ove presente e dalla direzione generale. Gli incarichi professionali di base vengono conferiti ai dirigenti con meno di cinque anni di attività dopo il superamento del periodo di prova dal primo giorno del mese successivo, ovvero dal primo giorno del mese successivo dalla data assunzione per i dirigenti esonerati dal periodo di prova.

Mappatura degli incarichi dirigenziali sanitari

Durante l'anno 2022 è stata ultimata la stesura della mappatura degli incarichi dirigenziali gestionali e professionali, nella quale sono indicati, ed aggiornati con cadenza mensile, i conferimenti e rinnovi degli incarichi assegnati a tutti i dirigenti presenti in Azienda a tempo indeterminato.

In particolare, la mappatura classifica gli incarichi dirigenziali per:

- dipartimento;
- struttura di appartenenza;
- classificazione incarico (gestionale/professionale);
- denominazione dell'incarico dirigenziale;
- anagrafica dirigente incaricato;
- decorrenza e scadenza dell'incarico;
- valore dell'indennità di posizione dell'incarico.

Tale strumento, oltre che fondamentale per il monitoraggio degli incarichi dirigenziali, della loro collocazione all'interno dei dipartimenti, nonché della scadenza, rappresenta la base di partenza per le scelte strategiche di programmazione organizzativa in ottica di:

- efficienza dei servizi e delle prestazioni specialistiche fornite all'utenza;
- valorizzazione delle professionalità sviluppare dai dirigenti, coerentemente alla graduazione dell'incarico attribuito;
- corretta distribuzione delle professionalità all'interno delle strutture aziendali;
- bilanciamento costi – fondi disponibili.

Di seguito una rappresentazione di sintesi della mappatura, dalla quale si potrà evincere il numero di incarichi gestionali e professionali assegnati al 01/01/2023 ad ogni struttura aziendale:

Incarichi gestionali

Dipartimento	Struttura	Direttore Dipartimento	Direttore S.C.	Responsabile S.S.	Responsabile S.S.V.D.
Area Chirurgica	S.C. Anestesia e Rianimazione Carmagnola e Moncalieri	0	1	2	0
	S.C. Anestesia Rianimazione Chieri	0	1	1	0
	S.C. Chirurgia Carmagnola	0	0	0	0
	S.C. Chirurgia Chieri	0	1	0	0
	S.C. Chirurgia Moncalieri	0	1	0	0
	S.C. Oculistica	0	0	0	0
	S.C. Ortopedia e Traumatologia	0	1	3	0
	S.C. Otorinolaringoiatria	1	1	0	0
	S.C. Urologia	0	1	0	0
	S.S. Dip. Day Surgery E Week Surgery	0	0	0	1
	S.S. V.D. Algologia	0	0	0	1
Totale		1	7	6	2

Area Medica	S.C. Cardiologia	0	1	2	0
	S.C. Medicina Interna Carmagnola	1	1	1	0
	S.C. Medicina Interna Chieri	0	1	0	0
	S.C. Medicina Interna Moncalieri	0	1	0	0
	S.C. Nefrologia e Dialisi	0	1	0	0
	S.C. Neurologia	0	1	1	0
	S.C. Oncologia	0	0	0	0
	S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	0	1	0	0
	S.C. Urologia	0	0	0	0
	S.S. V.D. Geriatria	0	0	0	1
Totale		1	7	4	1
Emergenza - Accettazione	S.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	1	1	3	0
Totale		1	1	3	0
Materno Infantile	S.C. Ostetricia e Ginecologia Carmagnola Moncalieri	1	1	2	0
	S.C. Ostetricia e Ginecologia Chieri	0	1	0	0
	S.C. Pediatria Carmagnola Moncalieri	0	1	1	0
	S.C. Pediatria Chieri	0	1	0	0
	S.S. V.D. Neuropsichiatria Infantile	0	0	0	0
Totale		1	4	3	0
Prevenzione	S.C. Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C	0	0	0	0
	S.C. Igiene della Produzione degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati-Area B	1	1	2	0
	S.C. Medicina Interna Chieri	0	0	0	0
	S.C. Medicina Legale	0	0	0	0
	S.C. S.I.A.N.	0	1	0	0
	S.C. S.I.S.P.	0	1	0	0
	S.C. S.Pre.S.A.L.	0	0	2	0
	S.C. Sanità Animale - Area A	0	0	1	0
	S.S. V.D. Nucleo Ispettivo Veterinaria Interarea	0	0	0	1
	S.S. V.D. Struttura Di Vigilanza	0	0	0	1
	S.S.V.D. Uvos	0	0	0	1
Totale		1	3	5	3
Servizi	S.C. Anatomia Patologica	0	1	0	0
	S.C. Farmacia Ospedaliera	0	1	0	0
	S.C. Laboratorio	0	0	0	0
	S.C. Medicina Nucleare	0	1	0	0
	S.C. Radiodiagnostica	1	1	2	0
Totale		1	4	2	0
Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente	0	0	1	0
Totale		0	0	1	0
Staff Direzione Sanitaria	S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie (Dipsa)	0	1	0	0
	S.C. Direzione Sanitaria Presidi Riuniti Carmagnola, Chieri e Moncalieri	0	1	1	0
Totale		0	2	1	0

Salute Mentale e delle Dipendenze	S.C. Psichiatria	1	1	2	0
	S.C. Ser.D	0	1	2	0
	S.C. Servizio di Psicologia	0	0	1	0
	S.S. Dip. Area Comunitaria	0	0	0	1
	S.S. V.D. Spdc	0	0	0	1
Totale		1	2	5	2
Territorio	S.C. Diabetologia Territoriale	0	0	0	0
	S.C. Distretto Di Moncalieri-Distretto Di Nichelino	0	1	0	0
	S.C. Farmaceutica Territoriale	0	0	0	0
	S.S. Unità Cure Palliative	0	0	1	0
	S.C. Distretto di Chieri - Distretto di Carmagnola	0	1	0	0
Territorio Totale		0	2	1	0
Totale Complessivo		7	32	31	8

Tabella 10: Rappresentazione numerica degli incarichi gestionali suddivisi per dipartimento e struttura di assegnazione

Incarichi professionali

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	A	AS	B	C	D	E	F	G
Area Chirurgica	S.C. Anestesia e Rianimazione Carmagnola e Moncalieri	4	0	5	3	2	0	0	3
	S.C. Anestesia Rianimazione Chieri	1	0	2	5	2	0	0	0
	S.C. Chirurgia Carmagnola	0	0	0	3	1	0	0	2
	S.C. Chirurgia Chieri	1	0	2	2	1	1	0	3
	S.C. Chirurgia Moncalieri	0	0	2	2	4	0	0	1
	S.C. Oculistica	0	0	0	0	0	0	0	3
	S.C. Ortopedia e Traumatologia	0	0	4	2	0	0	0	4
	S.C. Otorinolaringoiatria	1	0	1	1	0	0	0	3
	S.C. Urologia	0	1	2	1	0	0	0	0
	S.S. Dip. Day Surgery E Week Surgery	0	0	0	0	0	0	0	0
	S.S. V.D. Algologia	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale		7	1	18	19	10	1	0	19
Area Medica	S.C. Cardiologia	3	0	7	1	0	0	0	6
	S.C. Medicina Interna Carmagnola	0	0	1	0	0	1	0	7
	S.C. Medicina Interna Chieri	0	0	1	7	0	0	0	2
	S.C. Medicina Interna Moncalieri	0	0	1	1	2	0	0	2
	S.C. Nefrologia E Dialisi	0	0	2	0	0	0	0	3
	S.C. Neurologia	0	0	1	2	1	0	0	2
	S.C. Oncologia	1	0	1	1	0	0	0	0
	S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	3	0	6	0	0	0	0	3
	S.C. Urologia	0	0	0	0	0	0	0	2
S.S. V.D. Geriatria	1	0	0	0	0	0	0	0	
Totale		8	0	20	12	3	1	0	27

Emergenza - Accettazione	S.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0	0	0	7	2	0	1	3
Totale		0	0	0	7	2	0	1	3
Materno Infantile	S.C. Ostetricia e Ginecologia Carmagnola Moncalieri	2	0	5	2	1	0	0	3
	S.C. Ostetricia e Ginecologia Chieri	1	0	3	4	0	0	0	0
	S.C. Pediatria Carmagnola Moncalieri	0	0	2	0	4	0	0	4
	S.C. Pediatria Chieri	0	0	1	0	1	0	0	0
	S.S. V.D. Neuropsichiatria Infantile	0	0	4	0	0	0	0	1
Totale		3	0	15	6	6	0	0	8
Prevenzione	S.C. Igiene Degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C	1	0	1	0	0	0	1	1
	S.C. Igiene della Produzione degli Alimenti di origine Animale e loro derivati-Area B	1	0	3	0	0	0	0	3
	S.C. Medicina Interna Chieri	0	0	0	1	0	0	0	0
	S.C. Medicina Legale	0	0	0	1	1	0	0	0
	S.C. S.I.A.N.	0	0	0	0	0	0	1	1
	S.C. S.I.S.P.	0	0	0	0	0	0	0	2
	S.C. S.Pre.S.A.L.	1	0	0	0	0	0	0	1
	S.C. Sanità Animale - Area A	0	0	1	0	0	0	1	3
	S.S. V.D. Nucleo Ispettivo Veterinaria Interarea	0	0	0	0	0	0	0	0
	S.S. V.D. Struttura Di Vigilanza	0	0	0	0	0	0	0	0
S.S.V.D. Uvos	0	0	0	0	0	0	0	0	
Totale		3	0	5	2	1	0	3	11
Servizi	S.C. Anatomia Patologica	1	0	0	2	0	0	0	0
	S.C. Farmacia Ospedaliera	1	0	2	0	0	1	1	2
	S.C. Laboratorio	2	0	2	0	1	0	0	1
	S.C. Medicina Nucleare	1	0	0	0	0	0	0	0
	S.C. Radiodiagnostica	0	0	1	2	5	5	2	7
Totale		5	0	5	4	6	6	3	10
Staff Direzione Generale	S.S. Medico Competente	0	0	0	0	0	0	1	0
Totale		0	0	0	0	0	0	1	0
Staff Direzione Sanitaria	S.C. Direzione Delle Professioni Sanitarie (Dipsa)	0	0	0	0	0	0	1	1
	S.C. Direzione Sanitaria Presidi Riuniti Carmagnola, Chieri e Moncalieri	0	1	0	0	0	0	0	2
Totale		0	1	0	0	0	0	1	3
Salute Mentale e delle Dipendenze	S.C. Psichiatria	2	0	3	4	2	0	0	3
	S.C. Ser.D	1	0	1	0	0	1	0	0
	S.C. Servizio di Psicologia	1	0	5	2	0	0	0	9
	S.S. Dip. Area Comunitaria	0	0	0	0	0	0	0	0
	S.S. V.D. Spdc	1	0	1	0	0	0	0	0
Totale		5	0	10	6	2	1	0	12
Territorio	S.C. Diabetologia Territoriale	1	0	0	0	0	0	0	2
	S.C. Distretto di Moncalieri-Distretto di Nichelino	0	0	0	0	0	0	0	1
	S.C. Farmaceutica Territoriale	0	1	0	0	1	0	0	0
	S.S. Unità Cure Palliative	2	0	0	0	0	0	0	0
	S.C. Distretto di Chieri - Distretto di Carmagnola	1	0	1	1	0	0	0	1
Totale		4	1	1	1	1	0	0	4
Totale Complessivo		35	3	74	57	31	9	9	97

Tabella 11: Rappresentazione numerica degli incarichi professionali suddivisi per dipartimento e struttura di assegnazione

Riepilogo incarichi dirigenziali sanitari

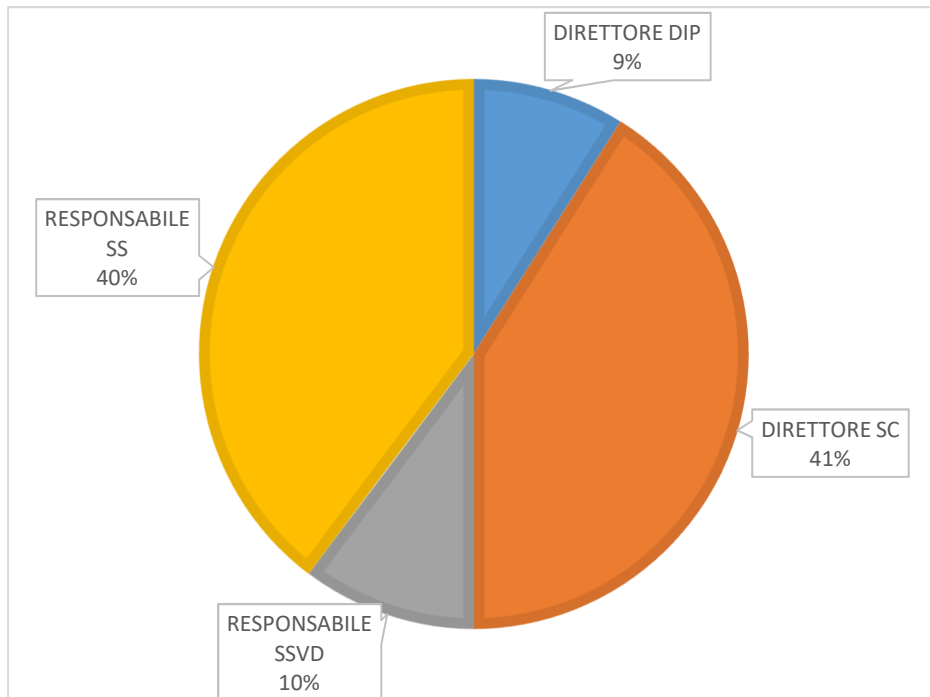


Grafico 4: Rappresentazione percentuale della ripartizione degli incarichi dirigenziali gestionali (area sanitaria)

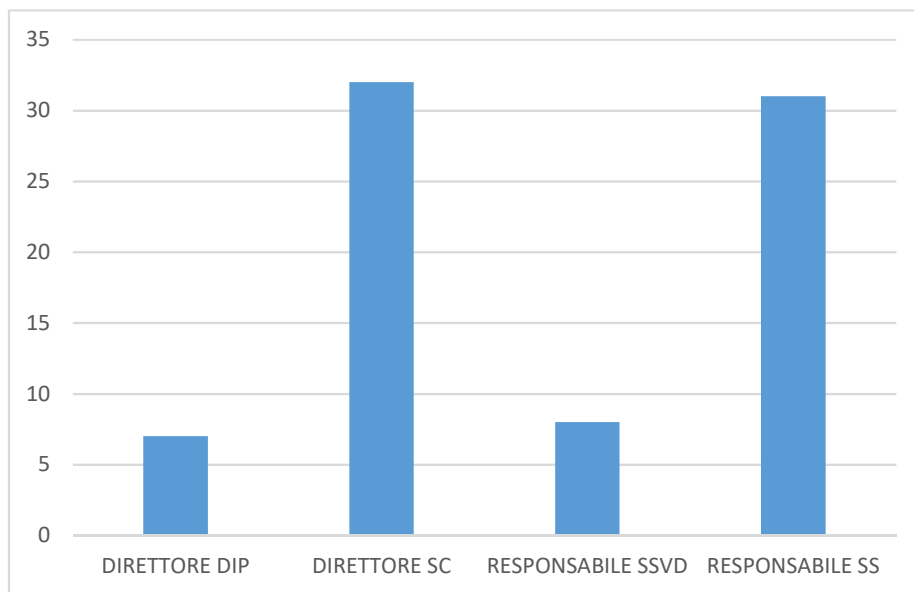


Grafico 5: Rappresentazione numerica della ripartizione degli incarichi dirigenziali gestionali (area sanitaria)

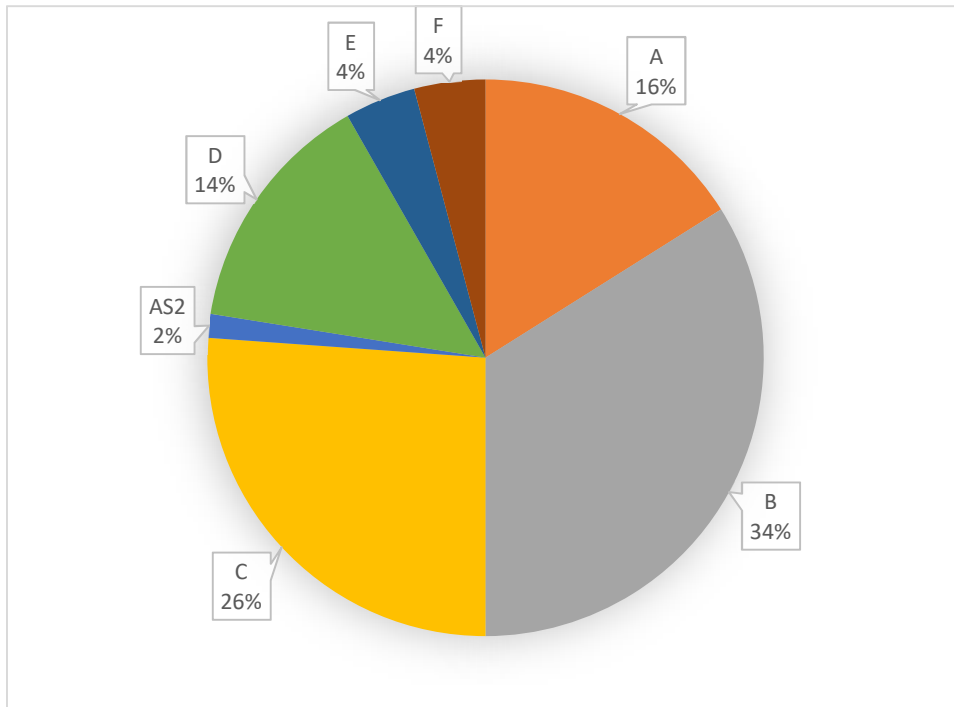


Grafico 6: Rappresentazione percentuale della ripartizione degli incarichi dirigenziali professionali (area sanitaria)

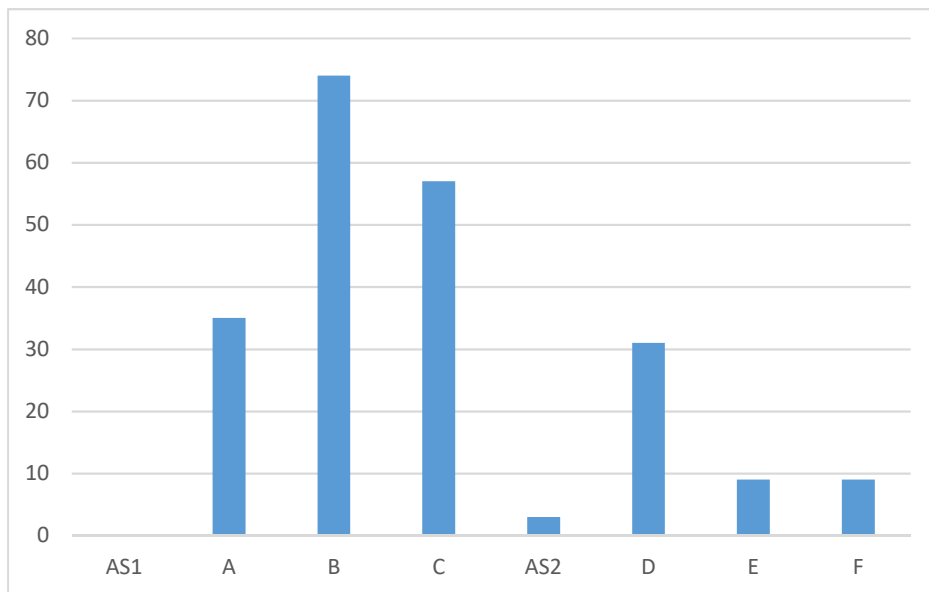


Grafico 7: Rappresentazione numerica della ripartizione degli incarichi dirigenziali professionali (area sanitaria)

Dirigenza dell'area professionale tecnica e amministrativa

Le tipologie di incarico conferibili alla dirigenza PTA sono descritte all'art. 70 del CCNL relativo al personale dell'area delle funzioni locali.

Le diverse tipologie di incarico dirigenziale sono schematizzate di seguito:

Riepilogo delle tipologie di incarichi dirigenziali	
Incarichi gestionali	Incarico di direzione di dipartimento (art. 70, comma 1, lettera a)
	Incarico di direzione di struttura complessa (art. 70, comma 1, lettera a)
	Incarico di direzione di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale o distrettuale o in staff (art. 70, comma 1, lett. b)
	Incarico di direzione di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa (art. 70, comma 1, lett. b)
Incarichi professionali	Incarico di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo (art. 70, comma 1, lett. c)

Tabella 12: Riepilogo delle tipologie di incarichi dirigenziali (area professionale, tecnica e amministrativa)

Gli incarichi gestionali di cui all'art. 70 lett. a) e b) del comma 1 si configurano come sovraordinati rispetto a quelli professionali lettera c) del medesimo comma.

Le diverse tipologie di incarichi non sono cumulabili, fatto salvo il mantenimento della titolarità della struttura complessa da parte del direttore del dipartimento, ai sensi dell'art. 17 bis, comma 2, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

L'istituzione degli incarichi gestionali di cui all'art. 70, comma 1, lettera a) e b) del CCNL è definita dall'ASL tenuto conto della specifica situazione organizzativa, risultante dall'atto aziendale, da disposizioni regionali di organizzazione, nei limiti delle risorse disponibili nel "Fondo per la retribuzione di posizione (incarichi)".

In fase di prima applicazione gli incarichi vigenti sono stati automaticamente ricondotti alle nuove tipologie sulla base della tabella di corrispondenza di cui all'art. 70, comma 6.

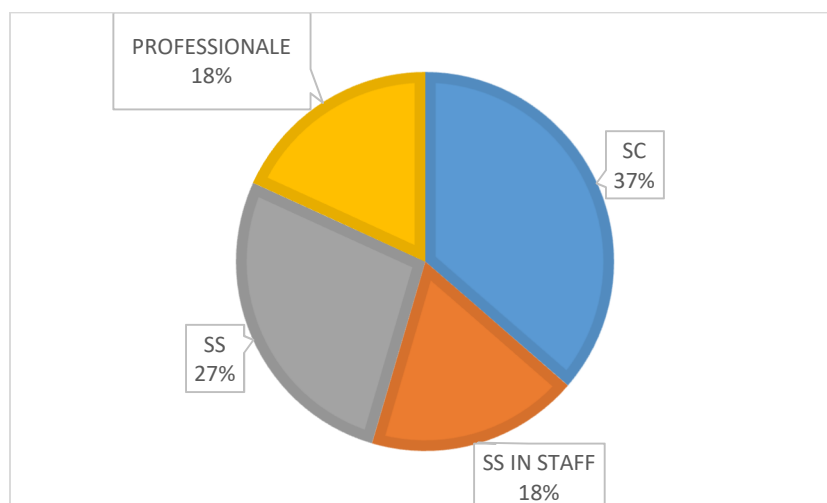


Grafico 8: Rappresentazione percentuale della ripartizione degli incarichi dirigenziali (area PTA)

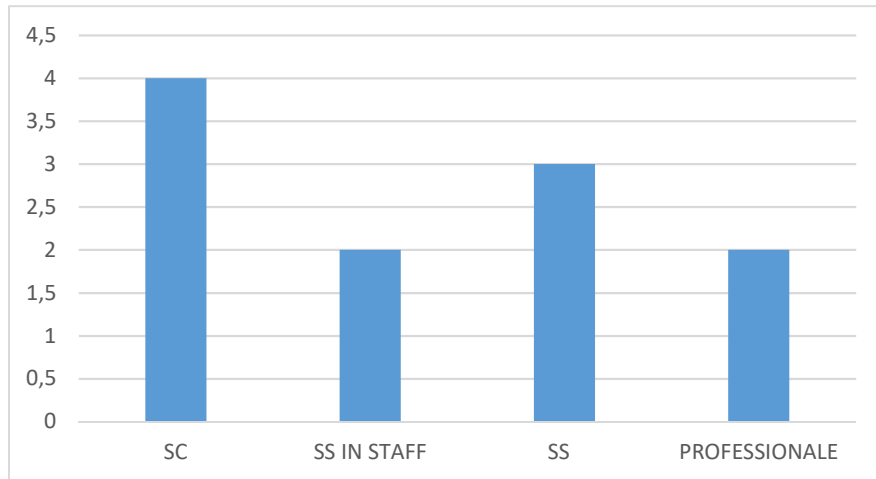


Grafico 9: Rappresentazione numerica della ripartizione degli incarichi dirigenziali (area PTA)

Principi generali per il conferimento degli incarichi dirigenziali

Il conferimento di un incarico dirigenziale comporta la sottoscrizione di un contratto.

Tale contratto è sottoscritto entro il termine di trenta giorni, salvo diverso termine concordato tra le parti. La modifica di uno degli aspetti del contratto di incarico, in corso di validità, è preventivamente comunicata al dirigente per il relativo esplicito assenso che è espresso entro il termine massimo di trenta giorni. In assenza della sottoscrizione del contratto non potrà essere erogato il trattamento economico relativo alla retribuzione di posizione dell'incarico.

Nel conferimento degli incarichi e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse dovrà essere effettuata la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali che tenga conto dei seguenti fattori:

- valutazioni del Collegio tecnico;
- profilo di appartenenza;
- attitudini del personale e delle capacità professionali sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi, svolti anche in altre ASL e enti, valutabili anche sulla base di un apposito colloquio tendente a valorizzare anche le caratteristiche motivazionali dell'interessato, o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
- valutazione annuale della performance individuale;
- criterio della rotazione ove applicabile.

Per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, oltre i criteri sopra indicati, si dovrà tenere conto delle capacità gestionali con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con le altre strutture, nonché dei risultati ottenuti con le risorse assegnate.

Gli incarichi conferiti con le modalità di cui ai successivi articoli (struttura complessa, struttura semplice a valenza dipartimentale, struttura semplice in staff alla direzione, struttura semplice e incarichi professionali) possono essere rinnovati alla scadenza, a seguito di valutazione positiva, senza attivare le procedure sopra descritte.

L'esito positivo della valutazione affidata al Collegio tecnico realizza la condizione per la conferma dell'incarico già assegnato o per il conferimento di altro incarico della medesima tipologia di pari o maggior rilievo gestionale, economico e professionale.

Gli incarichi professionali, di cui all'art. 70, comma 1, lettera c) del CCNL, sono individuati in relazione al numero di dirigenti dipendenti dell'Azienda sulla base delle funzioni svolte e del grado di responsabilità, nonché delle competenze tecnico-specialistiche possedute.

Gli incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo sono conferibili ai dirigenti anche neo assunti, dopo il periodo di prova, su proposta del direttore/responsabile della struttura di riferimento e hanno durata di cinque anni con facoltà di rinnovo.

L'incarico viene conferito dal direttore generale, sulla scorta della proposta di attribuzione incarico, con atto scritto e motivato.

Gli incarichi professionali sono graduati sulla base dei seguenti parametri:

- aggiornamento costante e continuativo richiesto;
- competenze tecnico-specialistiche;
- autonomia nell'esercizio dell'attività;
- grado di interazione in ASL;
- grado di complessità nelle relazioni con interlocutori interni ed esterni all'ASL.

Gli incarichi anche di alta specializzazione sono articolati in più livelli a seconda che vengano assegnate competenze specialistiche di base, ovvero più avanzate e complesse, ovvero nei casi in cui oltre alle competenze specialistiche siano attribuite attività in settori che richiedono particolari abilità e preparazione o funzioni di interesse aziendale senza attribuzione diretta di risorse.

L'incarico di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo prevede in modo prevalente responsabilità tecnico specialistiche.

Il direttore della struttura complessa deve inoltrare al direttore amministrativo una richiesta di attivazione di procedura selettiva; il direttore amministrativo, qualora ritenga di procedere, chiede alla S.C. Risorse Umane – Affari Generali di attivare la procedura comparativa.

L'individuazione viene effettuata in esito a tale procedura, che prevede:

1. la pubblicazione sul sito intranet dell'Azienda, per un periodo non inferiore a 15 giorni, di apposito avviso interno indirizzato a tutti i dirigenti dello specifico ruolo in possesso dei requisiti richiesti per il conferimento dell'incarico (profilo di appartenenza; valutazioni positive da parte del competente Collegio tecnico, positivo superamento del periodo di prova, solo per dirigenti neoassunti, unitamente alla *job description* dell'incarico). L'avviso deve specificare:
 - a. il tipo di incarico da affidare e le figure dirigenziali destinatarie dell'avviso;
 - b. i requisiti richiesti;
 - c. la durata dell'incarico cui si riferisce l'avviso;
 - d. il valore economico attribuito all'incarico (retribuzione di posizione correlata);
 - e. il termine perentorio di presentazione delle istanze, redatte in carta libera;
 - f. l'invito a presentare ogni titolo atto a dimostrare la capacità professionale dell'aspirante all'incarico e l'esperienza acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre aziende o istituti di rilievo nazionale o internazionale, in relazione alla tipologia dell'incarico da affidare;
 - g. l'invito ad allegare un curriculum formativo e professionale.
2. la trasmissione al direttore della struttura complessa delle candidature pervenute entro il termine prescritto;

3. l'accertamento del possesso dei requisiti e l'effettuazione della comparazione, effettuata dal direttore di struttura complessa sentito il direttore di dipartimento o di distretto, utilizzando i criteri previsti dall'art. 71 comma 12 del CCNL 17/12/2020 (fatta eccezione per il criterio alla lettera a), non applicabile ai neoassunti); della comparazione svolta dovrà essere redatta relazione scritta, dalla quale risulti l'avvenuto coinvolgimento del direttore di dipartimento o di distretto, il dettaglio dei criteri applicati, il nominativo del candidato proposto perché ritenuto maggiormente idoneo e la motivazione di tale scelta;
4. la trasmissione della relazione al direttore generale;
5. la valutazione della proposta da parte del direttore generale che, nel caso di accoglimento della stessa, ne dà comunicazione al direttore amministrativo e alla S.C. Risorse Umane – Affari Generali. Ove la proposta del direttore di struttura complessa non risulti idonea all'incarico, il direttore generale non l'accoglie indicandone per iscritto le relative motivazioni. Il direttore di struttura complessa, conseguentemente, viene invitato a valutare e a formalizzare un'altra proposta;
6. il conferimento dell'incarico con deliberazione adottata su proposta della S.C. Risorse Umane – Affari Generali.

L'incarico è conferito a tempo determinato e ha una durata di cinque anni, con facoltà di rinnovo per una sola volta, per lo stesso periodo, senza dover ricorrere a procedura comparativa, fatto salvo il positivo esito delle procedure di valutazione e verifica dei risultati e delle attività del dirigente, previste dagli artt. da 74 a 81 del CCNL 17/12/2020. La durata dell'incarico può essere inferiore se coincide con il conseguimento del limite di età per il collocamento a riposo dell'interessato.

Gli incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo sono conferibili ai dirigenti anche neoassunti dopo il periodo di prova, su proposta motivata del direttore/responsabile della struttura di riferimento e hanno durata di cinque anni con possibilità di rinnovo. L'incarico viene conferito dal direttore generale, sulla scorta della proposta di attribuzione incarico, con atto scritto e motivato.

Incarico dirigenziale		Requisiti per l'incarico	Commissione valutatrice	Durata incarico
Incarico gestionale	Direttore di dipartimento	Direttore di struttura complessa afferente al dipartimento	Direzione generale	Tre anni
	Direttore di struttura complessa	Dirigente in servizio con non meno di cinque anni di anzianità	Direttore amministrativo ASL TO5 e due Direttori amministrativi di altre aziende sanitarie	Non inferiore a cinque anni, e non superiore a sette
	Responsabile struttura semplice a valenza dipartimentale e Responsabile struttura semplice in staff alla direzione generale	Dirigente anche neoassunto, terminato il periodo di prova	Direttore amministrativo ASL TO5 e due Direttori amministrativi di altre aziende sanitarie	Non inferiore a cinque anni, e non superiore a sette
	Responsabile di struttura semplice, articolazione di struttura complessa	Dirigente anche neoassunto, terminato il periodo di prova	Direttore amministrativo e direttore della struttura complessa cui afferisce la struttura semplice	Non inferiore a cinque anni, e non superiore a sette

Incarico professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo	Dirigente anche neoassunto, terminato il periodo di prova	Direttore della struttura di appartenenza, sentito il direttore di dipartimento (ove presente)	Non inferiore a cinque anni, e non superiore a sette
---	---	--	--

Tabella 12: Riepilogo incarichi gestionali dirigenza area professionale, tecnica e amministrativa:

Programmazione conferimenti incarichi gestionali

L'ASL TO5 adotta uno stile di direzione che promuove la responsabilità diffusa, definendo le specifiche responsabilità decisionali, di coordinamento e controllo dei processi organizzativi e gestionali affinché i dirigenti aziendali perseguano la piena responsabilizzazione nell'assunzione delle scelte e delle decisioni, orientando i comportamenti secondo logiche di gestione per processi.

Nei primi mesi dello scorso anno le strutture complesse dotate di un direttore di struttura titolare dell'incarico erano 27, per cui il 43% delle strutture complesse aveva un direttore facente funzioni.

In ottica di perseguimento dell'obiettivo sopracitato, nell'anno 2022, l'Azienda ha provveduto al conferimento degli incarichi gestionali di Direttore S.C., delle seguenti strutture:

- S.C. Igiene e Sanità Pubblica
- S.C. Direzione Sanitaria Presidi riuniti Carmagnola, Chieri e Moncalieri
- S.C. Nefrologia e Dialisi
- S.C. Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
- S.C. Distretto di Moncalieri e Nichelino
- S.C. Servizio Dipendenze (SER.D.)
- S.C. Medicina Interna Chieri
- S.C. Chirurgia Moncalieri
- S.C. Pediatria Carmagnola-Moncalieri
- S.C. Oncologia
- S.C. Oculistica

applicando la procedura aziendale approvata a seguito dell'adozione del "Regolamento degli incarichi dirigenziali del ruolo sanitario e professionale tecnico e amministrativo (PTA): tipologie e procedure di conferimento".

Al 1 gennaio 2023 risultano coperti 35 incarichi, nel corso del biennio 2023 – 2024, l'Azienda procederà alla programmazione delle procedure di selezione per il conferimento di ulteriori 8 incarichi di Direttore di Struttura complessa, attualmente ricoperti da incarichi di facente funzioni, ovvero:

- S.C. Chirurgia Carmagnola;
- S.C. Laboratorio;
- S.C. Medicina Legale;
- S.C. Prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro;
- S.C. Servizio di Psicologia;
- S.C. Farmaceutica territoriale;
- S.C. Diabetologia territoriale;
- S.C. Approvvigionamenti e logistica (PTA)

Incarichi di funzione dell'Area Comparto:

Fermo restando la sovraordinazione nell'ambito dell'organizzazione aziendale e le peculiari competenze e responsabilità del Dirigente, il sistema degli incarichi per il personale del comparto si basa sui principi di maggiore responsabilità e di impegno realmente profuso, valorizzazione del merito e della prestazione professionale ed è funzionale ad una efficace organizzazione aziendale e al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dalla programmazione sanitaria e sociosanitaria nazionale e regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo professionale, mediante il riconoscimento dell'autonomia operativa.

In particolare, gli incarichi richiedono lo svolgimento di funzioni aggiuntive e/o maggiormente complesse nell'ambito e del profilo di appartenenza, con assunzione diretta di responsabilità.

L'intero sistema degli incarichi è stato modificato con il nuovo CCNL Comparto sanità approvato il 02/11/2022, il quale agli artt. 24 e seg. prevede l'istituzione, in tutti i ruoli, dei seguenti incarichi, in virtù del nuovo sistema di classificazione del personale:

- incarico di posizione, per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;
- incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori.

Area	Tipologia incarico	Graduazione
Elevata qualificazione	Incarico di posizione	10.000 - 20.000

Area	Tipologia Incarico	Complessità		
		Base	Media	Elevata
Professionisti della salute e dei funzionari	Funzione organizzativa		4.000 - 9.500	9.501 - 13.500
	Funzione Professionale	1.000	4.000 - 9.500	9.501 - 13.500
Assistenti	Funzione Professionale	930	1.800	3.000
Operatori	Funzione Professionale	700	1.500	2.000

Tabella 13: Descrizione tipologie e indennità incarichi di funzione

L'Azienda, solamente nel periodo novembre 2021 - dicembre 2022, a causa dello slittamento dovuto all'emergenza da covid-19, ha provveduto al conferimento degli incarichi di funzione, in attuazione della mappatura già approvata con deliberazione n. 418 del 17/08/2020 e revisionata, a seguito dello stanziamento di ulteriori risorse, con successiva deliberazione n. 398 del 18/06/2021.

Come per gli incarichi dirigenziali, anche per gli incarichi di funzione per il personale del comparto, nel 2022 l'Azienda ha provveduto a ultimare la mappatura degli incarichi conferiti, con le relative scadenze e indennità. Di seguito una sintesi degli incarichi di funzione conferiti nell'anno 2022, suddivisi per tipologia.

Incarichi di funzione sanitari

Tipologia Incarico	Denominazione Incarico
Incarico organizzativo con coordinamento	Responsabile Area Prevenzione
	Responsabile Assistenza Dipartimento Patologia Delle Dipendenze
	Responsabile Assistenza Dipartimento Area Chirurgica
	Responsabile Assistenza Dipartimento Area Emergenza
	Responsabile Assistenza Dipartimento Area Medica
	Responsabile Assistenza Dipartimento Materno Infantile
	Responsabile Assistenza Dipartimento Salute Mentale
	Responsabile Assistenza Dipartimento Servizi
	Responsabile Programmazione e Controllo
Incarico organizzativo senza coordinamento	Area Cronicità e Residenzialità
	Area Domiciliarità
	Area Implementazione PLP
	Area Sviluppo dell'infermieristica di Sanità Pubblica
	Gestione degli Eventi Avversi
	Governo Clinico e Qualità Professionale
	Monitoraggio Reclutamento del Personale
	Ricerca Progettazione e Sviluppo
	Servizi Esternalizzazione di Supporto alla Persona
	Sistema Informativo e Documentale
	Sviluppo della Territorialità
	Sviluppo Erp e Gestione Flussi Informativi
	Sviluppo Progettuale Area delle Dipendenze
Incarico di coordinamento	Coordinamento Anatomia Patologica Moncalieri
	Coordinamento Area Degenze Chirurgica Day e WS Carmagnola
	Coordinamento Area Degenze Chirurgiche Moncalieri
	Coordinamento Area Riabilitativa Carmagnola Chieri + Degenza
	Coordinamento Area Riabilitativa Moncalieri Nichelino
	Coordinamento Area Sicurezza Alimentare e Veterinaria
	Coordinamento Cas - Day Hospital Oncologico Carmagnola
	Coordinamento Chirurgia Degenza Amb. Endoscopia Chieri
	Coordinamento Consultori Familiari Moncalieri Nichelino - Prevenzione Serena
	Coordinamento Csm (Mo-Ni)
	Coordinamento Cure Domiciliari Chieri
	Coordinamento Cure Domiciliari Distretto Di Moncalieri
	Coordinamento Cure Domiciliari Distretto Di Nichelino
	Coordinamento Degenza Cardiologica e UTIC Moncalieri
	Coordinamento Degenza Medica DH Chieri
	Coordinamento Degenza Medica DH Moncalieri
	Coordinamento Degenza Medica Piattaforma Ambulatoriale Carmagnola
	Coordinamento Degenza Neurologia Moncalieri
	Coordinamento Degenza Riabilitativa e LD Carmagnola
	Coordinamento Diabetologia
	Coordinamento e Supervisione Sorveglianza Sanitaria
	Coordinamento Emodinamica Moncalieri
Coordinamento Igiene dell'abitato e Ambienti di Vita	
Coordinamento Malattie Infettive e Vaccinazioni	

Coordinamento Nefrologia e Dialisi Chieri e Nichelino
Coordinamento NOCC e NDCC
Coordinamento Obi Moncalieri
Coordinamento Ortopedia Chieri
Coordinamento Ortopedia Moncalieri
Coordinamento Ospedale Carmagnola
Coordinamento Ospedale Chieri
Coordinamento Ospedale Moncalieri
Coordinamento Ostetricia e Ginecologia Chieri
Coordinamento Ostetricia Ginecologia Moncalieri
Coordinamento Pediatria e Nido Chieri
Coordinamento Pediatria Moncalieri e Day Service Pediatrico Carmagnola
Coordinamento Piattaforma Ambulatoriale Chirurgica Endoscopia Moncalieri
Coordinamento Piattaforma Ambulatoriale Chirurgica Prevenzione Serena Endoscopia Carmagnola
Coordinamento Poliambulatorio Chieri
Coordinamento Poliambulatorio e Cure Domiciliari Carmagnola - Carignano
Coordinamento Poliambulatorio Moncalieri
Coordinamento Poliambulatorio Nichelino
Coordinamento Processi Riabilitativi Trasversali
Coordinamento Promozione Salute
Coordinamento PS Carmagnola
Coordinamento PS Chieri
Coordinamento Radiologia Carmagnola
Coordinamento Radiologia Chieri
Coordinamento Radiologia Moncalieri Nichelino - Medicina Nucleare - Screening Mammografico
Coordinamento Rischio Infettivo
Coordinamento Sale Operatorie Carmagnola
Coordinamento Sale Operatorie Chieri
Coordinamento Sale Operatorie Moncalieri
Coordinamento Salute ed Igiene del Lavoro
Coordinamento Sian – Micologia
Coordinamento Sicurezza Sul Lavoro e Tecnologie Impiantistiche
Coordinamento SPDC Moncalieri
Coordinamento Tecnici Laboratorio Analisi
Coordinamento Terapia Intensiva Chieri
Coordinamento Terapia Intensiva Moncalieri
Coordinamento Tin - Nido Moncalieri
Coordinamento Ufa

Tabella 15: Incarichi di funzione sanitaria

Incarichi di funzione PTA

Tipologia Incarico	Denominazione Incarico
Incarico di organizzazione PTA	Referente Sociale Area Continuità Assistenziale e Fragilità
	Referente Sociale Area Servizi Specialistici
	Responsabile Contabilità Analitica Aziendale
	Responsabile Contabilità Direzionale e Flussi Informativi
	Responsabile Coordinamento Attività Amministrative Area Prevenzione
	Responsabile Coordinamento Attività Amministrative Territoriali Distretti Moncalieri e Nichelino
	Responsabile Coordinamento Case della Salute Carmagnola e Carignano
	Responsabile Coordinamento Manutenzioni Edili
	Responsabile Coordinamento Manutenzioni Impiantistiche
	Responsabile Coordinamento Servizi Esterni Appaltati
	Responsabile Coordinamento Sistemi Centrali e Archivi Informatici
	Responsabile Gestione Amministrativa Integrata della Logistica
	Responsabile Gestione Integrata della Sicurezza Aziendale
	Responsabile Gestione Integrata Beni e Servizi per la Sicurezza
	Responsabile Innovazione Processi Area Territorio e Funzioni Decentrate
	Responsabile Libera Professione e Coordinamento Spedalità
	Responsabile Mobilità e Stranieri
	Responsabile Personale Convenzionato
	Responsabile Piano Strategico Aziendale - Programmazione Grandi Interventi - Ristrutturazioni e Manutenzioni Straordinarie
	Responsabile Previdenza e Gestione Rapporto di Lavoro
	Responsabile Privacy e Referente Attività Protocollo e Gestione Documentale
	Responsabile Procedimento Sanzioni Amministrative
	Responsabile Procedure Digitali per la Gestione Documentale
	Responsabile Programmazione Aziendale Acquisti ed Investimenti
	Responsabile Relazioni Sindacali e Gestione dei Fondi Aziendali
	Responsabile Servizio Sociale Professionale Aziendale
	Responsabile Settore Patrimonio
Responsabile Sistemi Informativi e Dematerializzazione	
Responsabile Trattamento Economico e Rilevazione Presenze	
Responsabile UCAT	
Responsabile Ufficio Concorsi	
Responsabile Ufficio Tutele	

Tabella 14: Incarichi di funzione PTA

Di seguito si riportano schemi riepilogativi degli incarichi di funzione conferiti durante l'anno 2022, che confluiranno nel nuovo sistema sopra specificato.

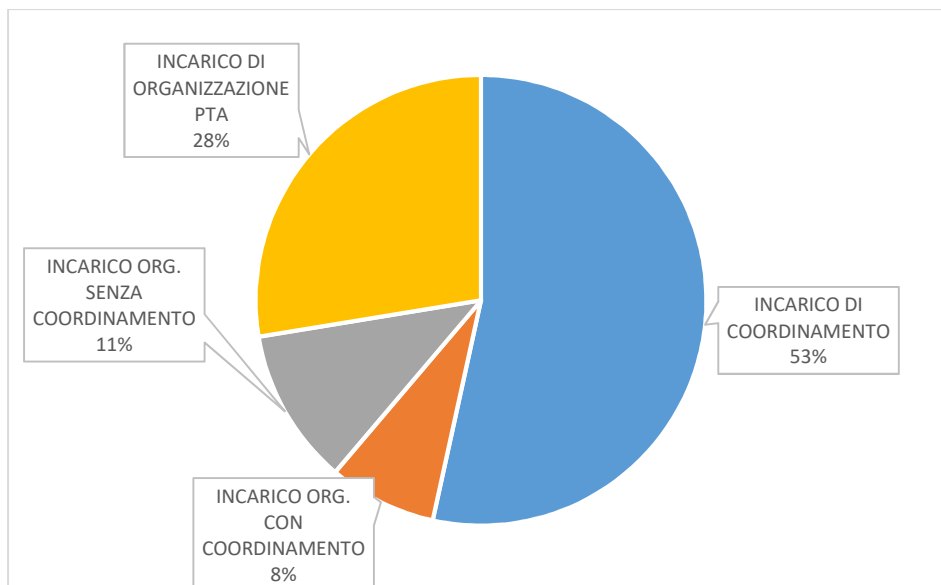


Grafico 10: Rappresentazione percentuale degli incarichi di funzione dell'area del comparto

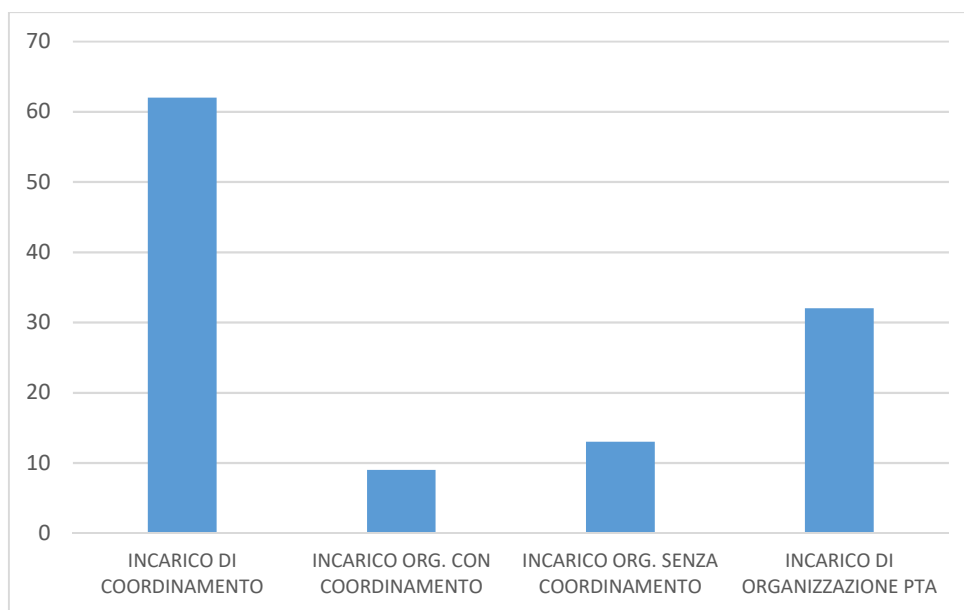


Grafico 11: Rappresentazione numerica degli incarichi di funzione dell'area del comparto

Osservando gli incarichi attribuiti in ASL TO5, si rileva come la maggior parte degli incarichi sia assegnata al personale sanitario, che è anche il più numeroso in ASL. Dal grafico di seguito riportato, emerge che il 53% degli incarichi è attribuito al personale del ruolo sanitario con incarico di coordinamento, mentre gli incarichi di organizzazione, con e senza funzioni di coordinamento, rappresentano rispettivamente l'8% e l'11% del totale degli incarichi. Gli incarichi del ruolo amministrativo e tecnico, con funzioni di organizzazione rappresentano invece il 28% del totale degli incarichi.

Programmazione assetto incarichi di funzione ai sensi del CCNL 2/11/2022

In data 10/01/2023 è stato avviato il tavolo tecnico con le rappresentanze sindacali finalizzato ad addivenire, entro il primo semestre dell'anno 2023, all'approvazione di un nuovo regolamento aziendale e, conseguentemente, all'istituzione del nuovo assetto degli incarichi di funzione, con l'obiettivo di mappare anche gli incarichi professionali.

Si riportano di seguito alcune delle novità introdotte dal nuovo CCNL.

- *Istituzione dell'Incarico di posizione*: l'incarico di posizione è finalizzato ad assicurare lo svolgimento di funzioni organizzative e professionali caratterizzate da livelli di competenza e responsabilità professionale, amministrativa e gestionale nonché autonomia, conoscenze e abilità particolarmente elevate, atte ad organizzare e coordinare fattivamente l'attività propria e dei colleghi in proficua collaborazione con i medesimi, anche in presenza di eventi straordinari, costituendo il collegamento con i dirigenti di riferimento. In particolare:
 - per il personale del ruolo sanitario: rappresenta punto di riferimento di alta qualificazione, finalizzato al consolidamento, sviluppo e diffusione di competenze sanitarie avanzate relative ai processi di cura, riabilitativi, diagnostici e di prevenzione, decisionali e valutativi;
 - per il personale del ruolo sociosanitario: rappresenta punto di riferimento della competenza e consulenza socio-sanitaria nelle situazioni di bisogno e di disagio o nello sviluppo e diffusione di competenze nei processi gestionali all'interno di un gruppo o di un'organizzazione con assunzione di diretta responsabilità, anche con funzioni di controllo;
 - per il personale dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico: rappresenta punto di riferimento della competenza nello sviluppo e diffusione di processi gestionali e amministrativi all'interno di un gruppo o di un'organizzazione con assunzione di diretta responsabilità, anche con funzioni di controllo, di programmazione, di ricerca e analisi indispensabili per le attività svolte nell'articolazione organizzativa.
- *Trasposizione degli incarichi già assegnati nel nuovo sistema degli incarichi*: nell'ambito del nuovo assetto degli incarichi, gli incarichi di organizzazione e professionali, di cui agli artt. 14 e seguenti del CCNL del 21.5.2018, in essere alla data di sottoscrizione del nuovo CCNL o quelli che saranno conferiti in virtù di una procedura già avviata alla medesima data e fermo restando il valore economico già individuato, sono collocati all'interno delle fasce di cui all'art. 32 comma 7 (Trattamento economico degli incarichi di funzione del personale dell'area dei professionisti della salute e dei funzionari) senza necessità di attivazione di una nuova procedura selettiva secondo i seguenti criteri:
 - a) gli incarichi di organizzazione, ivi inclusi gli incarichi di posizione organizzativa ad esaurimento e non ancora scaduti ai sensi dell'art. 22 del CCNL 21.5.2018 e di coordinamento, assumono la denominazione di "Incarichi di funzione organizzativa";
 - b) gli incarichi professionali assumono la denominazione di "Incarichi di funzione professionale".

Resta ferma in ogni caso la durata precedentemente definita.

Ampiezza delle unità organizzative in termini di numero di dipendenti in servizio

A completamento della presente sezione destinata all'analisi organizzativa dell'Azienda, si riporta di seguito tabella inerente il totale del personale presente nelle diverse unità organizzative, con l'ulteriore suddivisione tra il personale interinale, a tempo determinato e a tempo indeterminato.

Unità Organizzativa	Personale presente in struttura	Di cui interinali	Di cui a tempo determinato	Di cui a tempo indeterminato
Direzione Generale	33	0	1	32
Direzione Amministrativa	30	0	0	30
Direzione Sanitaria	3	0	0	3
Direzione Sanitaria Aziendale	0	0	0	0
S.C. Affari Generali e Personale	50	0	5	45
S.C. Anatomia Patologica	14	0	0	14
S.C. Anestesia e Rianimazione Carmagnola e Moncalieri	98	5	6	87
S.C. Anestesia Rianimazione Chieri	59	4	3	52
S.C. Approvvigionamenti e Logistica	60	13	1	46
S.C. Cardiologia	70	1	4	65
S.C. Chirurgia Carmagnola	38	1	1	36
S.C. Chirurgia Chieri	45	6	2	37
S.C. Chirurgia Moncalieri	45	6	2	35
S.C. Diabetologia Territoriale	34	1	2	31
S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie (Dipsa)	17	0	0	17
S.C. Direzione Sanitaria Presidi Riuniti Carmagnola, Chieri e Moncalieri	112	6	6	99
S.C. Distretto di Carmagnola-Distretto di Chieri	112	6	11	95
S.C. Distretto di Moncalieri-Distretto di Nichelino	104	5	11	88
S.C. Farmaceutica Territoriale	10	0	2	8
S.C. Farmacia Ospedaliera	25	1	2	22
S.C. Igiene Degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C	9	0	0	9
S.C. Igiene Della Produzione degli Alimenti di Origine Animale e loro Derivati-Area B	13	0	0	13
S.C. Laboratorio	94	6	2	86
S.C. Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza	155	17	11	127
S.C. Medicina Interna Carmagnola	94	23	7	64
S.C. Medicina Interna Chieri	103	16	12	75
S.C. Medicina Interna Moncalieri	57	11	13	33
S.C. Medicina Legale	9	0	0	9
S.C. Medicina Nucleare	11	0	0	11
S.C. Nefrologia e Dialisi	65	1	4	60
S.C. Neurologia	40	4	4	32
S.C. Oculistica	10	3	0	7
S.C. Oncologia	14	0	0	14
S.C. Ortopedia e Traumatologia	77	11	7	59
S.C. Ostetricia e Ginecologia Carmagnola Moncalieri	69	10	0	59
S.C. Ostetricia e Ginecologia Chieri	41	0	1	40
S.C. Otorinolaringoiatria	14	1	0	13
S.C. Pediatria Carmagnola Moncalieri	68	10	1	57

S.C. Pediatria Chieri	29	2	0	26
S.C. Psichiatria	66	2	1	63
S.C. Radiodiagnostica	102	1	0	101
S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale	100	5	1	94
S.C. S.I.A.N.	25	0	2	23
S.C. S.I.S.P.	104	3	30	48
S.C. S.Pre.S.A.L.	26	0	1	25
S.C. Sanità Animale - Area A	20	0	2	18
S.C. Ser.D	43	0	0	42
S.C. Servizio di Prevenzione e Protezione	4	0	0	4
S.C. Servizio di Psicologia	24	0	0	20
S.C. Sistemi Informativi e Tecnologie Integrate	16	0	1	15
S.C. Tecnico	21	0	0	21
S.C. Urologia	9	0	0	9
S.S. Dip. Area Comunitaria	2	0	0	2
S.S. V.D. Algologia	1	0	0	1
S.S. V.D. Day Surgery e Week Surgery	1	0	0	1
S.S. V.D. Endoscopia Digestiva	9	0	1	8
S.S. V.D. Geriatria	4	0	0	4
S.S. V.D. Neuropsichiatria Infantile	11	1	0	10
S.S. V.D. Nucleo Ispettivo Veterinaria Interarea	8	0	0	8
S.S. V.D. Spdc	25	0	2	23
S.S. V.D. Struttura di Vigilanza	5	1	0	4

Tabella 15: Totale del personale presente nelle diverse unità organizzative

3.2 Sottosezione di programmazione – Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Il lavoro agile nel CCNL

All'interno della Sezione relativa all'organizzazione e capitale umano, si inserisce la sottosezione attinente alle strategie e agli obiettivi aziendali volti allo sviluppo del nuovo modello di organizzazione del lavoro, denominato lavoro agile o *smartworking*.

In particolare, nell'ordinamento nazionale, il lavoro agile è disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, agli artt. 18 seg., la quale “allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro”, promuove il lavoro agile come modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, mediante l'uso di strumenti tecnologici, caratterizzato da forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro.

Il CCNL del personale del Comparto Sanità sottoscritto il 02/12/2022 ha previsto un apposito titolo, il VI, dedicato al lavoro a distanza, declinato poi nelle modalità di lavoro agile e di lavoro da remoto, disciplinati rispettivamente nel capo I e nel capo II.

Occorre infatti, preliminarmente, definire:

- “lavoro agile o smartworking”: intesa come modalità di esecuzione flessibile 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 (flessibilità temporale e spaziale della prestazione), mediante l'utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva;
- “lavoro da remoto”: quale modalità di esecuzione flessibile del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, caratterizzata da vincolo di tempo e dall'obbligo di presenza del lavoratore per lo svolgimento, in luogo idoneo esterno ai locali aziendali, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede aziendale, di attività individuate dall'Azienda che richiedono il presidio costante del processo con il prevalente supporto di tecnologie dell'informazione e della comunicazione, che consentano il collegamento con l'Azienda.

Stante i buoni risultati ottenuti dall'Azienda durante l'emergenza pandemica mediante l'utilizzo del lavoro agile, che di fatto ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, garantendo la continuità dei servizi, nonché la sicurezza dei dipendenti, l'obiettivo dell'ASL TO5, nel rispetto delle indicazioni fornite nelle “Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche” dal Dipartimento per la Funzione Pubblica, è quello di promuovere il lavoro agile quale modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa, senza precisi vincoli di orario e di luogo, basata sui principi di autonomia, responsabilità, fiducia e delega, quale fattore abilitante dello sviluppo della digitalizzazione, del miglioramento della produttività, di promozione della sostenibilità sociale, economica e ambientale e per favorire la conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata.

L'ASL TO5 con la prestazione lavorativa in modalità agile persegue, in particolare, i seguenti obiettivi:

- sperimentare nuove soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al lavoro per obiettivi e risultati;

- ottimizzare l'introduzione delle nuove tecnologie realizzando economie di gestione;
- rafforzare le pari opportunità e le misure di conciliazione fra vita professionale e vita privata;
- fornire la possibilità al personale di fruire di una diversa modalità di lavoro, che salvaguardi il sistema di relazioni personali e collettive in termini di formazione, crescita professionale, motivazione e responsabilizzazione;
- razionalizzare l'uso dei locali e degli spazi aziendali e modernizzare le dotazioni tecnologiche in utilizzo in ASL.
- promuovere la mobilità sostenibile attraverso la riduzione dei consumi di energia negli uffici e negli spostamenti.

3.2.2 Utilizzo dello strumento del lavoro agile in ASL nel corso del 2022

Già durante l'emergenza pandemica l'ASL TO5 ha potuto ravvisare i benefici in termini di efficienza e di efficacia del lavoro agile, quale principale strumento di lavoro che ha saputo bilanciare positivamente l'esigenza di garantire i servizi dedicati all'utenza e quella di assicurare la sicurezza sanitaria dei dipendenti. Se il picco più alto di dipendenti in *smartworking* è sicuramente stato raggiunto nell'anno 2020, concomitante con l'inizio della pandemia, quando lo *smartworking* è stato imposto "d'ufficio" a tutti i servizi che per la tipologia di attività potevano svolgere il proprio lavoro da un luogo diverso dalla sede assegnata, l'adesione allo *smartworking* da parte dei dipendenti non è molto diminuita nei mesi successivi, in quanto il personale ha potuto ravvisare, nell'utilizzo di tale tipologia lavorativa, un miglioramento del benessere organizzativo e della conciliazione tra la vita lavorativa e quella privata.

Nel mese di settembre 2021, l'ASL TO5, in aderenza a quanto previsto dall'art. 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/09/2021, ha disposto la decadenza, a far data dal 15/10/2021, di tutte le autorizzazioni allo svolgimento della prestazione in *smartworking* concesse nel periodo emergenziale con modalità semplificata e quindi senza la sottoscrizione dello specifico accordo individuale, ad eccezione delle autorizzazioni riconosciute ai lavoratori in condizioni di fragilità per i quali è stata confermata la possibilità di svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità di *smartworking* fino al 31/12/2021.

Nel corso del 2022, ai lavoratori in condizioni di fragilità per i quali, a seguito di precisa certificazione da parte del Medico Competente, è stato confermato lo *smartworking*, nel periodo di vigenza dell'obbligo vaccinale, precauzionalmente, al fine di contenere il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2, si sono aggiunti i lavoratori esonerati dall'obbligo medesimo o soggetti a differimento dello stesso, nei confronti dei quali sia stato possibile programmare lo svolgimento delle mansioni a distanza o assegnare mansioni diverse effettuabili in *smartworking*.

Sono state infatti mappate alcune attività a cui assegnare lavoratori nelle suddette condizioni quali, ad esempio, il recupero dei ticket insoluti, le prenotazioni di esami e visite, anche nell'ambito delle attività di screening, le attività di recall su disdette e variazioni date appuntamenti sanitari, il progetto PASSI.

La modalità di lavoro a distanza è stata inoltre attuata nei casi di necessità di distanziamento nei luoghi di lavoro dove gli spazi non consentivano adeguata applicazione delle disposizioni in materia di sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro.

Il grafico di seguito riportato mostra la percentuale di dipendenti, suddivisa tra personale della dirigenza e personale del comparto, che hanno richiesto ed utilizzato il lavoro agile.

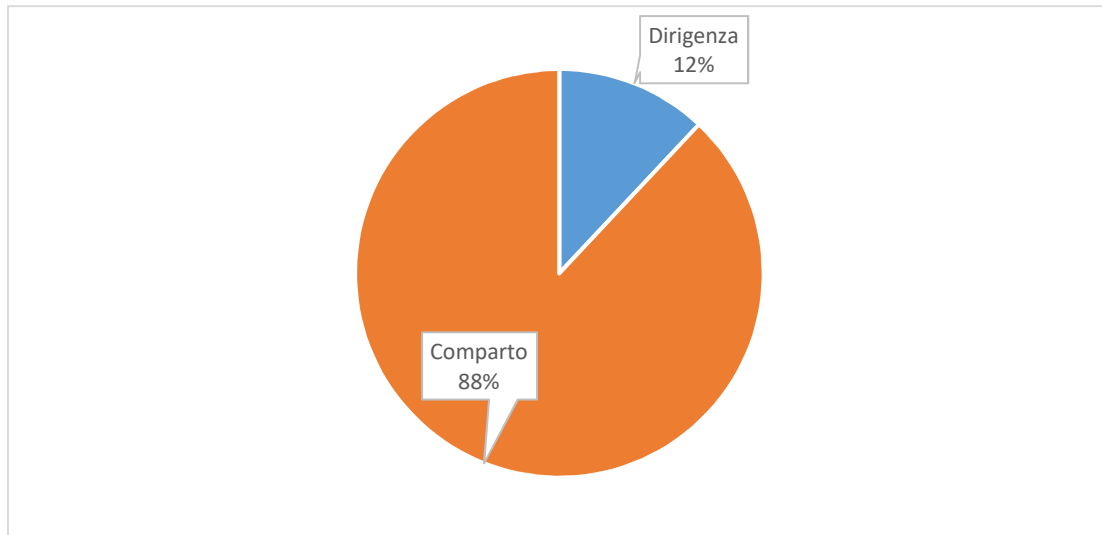


Grafico 12: Rappresentazione percentuale del personale che ha svolto l'attività in smartworking nell'anno 2022

Come facilmente osservabile, il profilo del comparto è quello che maggiormente ha usufruito dello smartworking. È necessario precisare che l'area del comparto è molto più numerosa di quella della dirigenza e che nell'area della dirigenza è compreso tutto il personale medico che per la tipologia di attività svolta, difficilmente hanno la possibilità di svolgerla in modalità agile.

Procedendo con l'analisi del personale che ha richiesto, e ottenuto, l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività in *smartworking* emerge che tra il personale dell'area amministrativa, tecnica e professionale, il personale del ruolo amministrativo è quello che maggiormente ha fruito di tale tipologia di lavoro agile.

Mettendo a confronto il dato numerico dello *smartworking* concesso per l'anno 2022, rispetto all'anno 2021, si osserva una significativa contrazione. Si passa, infatti, dalle 245 autorizzazioni rilasciate (e utilizzate per l'anno 2021), alle 86 dell'anno 2022.

Anno 2021		Anno 2022	
AREA	NUMERO	AREA	NUMERO
COMPARTO SANITARIO	49	COMPARTO SANITARIO	18
COMPARTO AMM. - TECNICO - PROFESSIONALE	151	COMPARTO AMM. - TECNICO - PROFESSIONALE	58
DIRIGENZA MEDICA - SANITARIA	38	DIRIGENZA MEDICA - SANITARIA	7
DIRIGENZA AMM. - TECNICO - PROFESSIONALE	7	DIRIGENZA AMM. - TECNICO - PROFESSIONALE	3
	245		86

Tabella 16: Confronto tra le unità di smartworking attivate nel 2021 e nel 2022

Adozione del Regolamento operativo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile (smartworking) e lavoro da remoto

L'ASL individuerà le modalità attuative del lavoro agile nell'ottica della transizione digitale e della semplificazione amministrativa; a tal fine, adotterà nei prossimi mesi il Regolamento operativo per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile (smartworking) e lavoro da remoto, il quale provvederà a definire e dettagliare:

- le attività espletabili in modalità agile;

- le misure organizzative;
- procedura di accesso al lavoro agile;
- l'accordo individuale di lavoro agile;
- durata e recesso;
- programmazione delle giornate di lavoro agile;
- trattamento giuridico ed economico;
- tempo e postazione di lavoro;
- i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale;
- gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.
- specifiche in merito alla tutela assicurativa, sicurezza sul lavoro e disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Di seguito sono evidenziate le azioni preliminari per l'adozione del Regolamento con la descrizione delle attività che costituiscono le diverse fasi e la tempistica di realizzazione. Nel prospetto di seguito indicato sono riportati anche i soggetti responsabili della realizzazione della singola fase.

	Fase	Dettaglio attività	Struttura responsabile	Tempistica
1	Regolamento per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile (smartworking) e lavoro da remoto	Delibera di adozione del regolamento, con definizione di ruoli e responsabilità.	S.C. Risorse umane – Affari generali	giugno 2023
		Predisposizione di un accordo individuale per i dipendenti autorizzati all'utilizzo dello smartworking.		giugno – luglio 2023
2	Mappatura delle strutture interessate	Individuazione delle strutture che presentano delle attività che è possibile svolgere in smartworking	Tutte le strutture aziendali, con il coordinamento della S.C. Risorse umane – Affari generali	giugno – luglio 2023
3	Mappatura delle attività di ogni struttura aziendale espletabili da remoto	Predisposizione di un elenco delle attività che, a seguito di specifica analisi, possono essere espletate da remoto. Definizione delle attività per cicli, fasi ed obiettivi	Tutte le strutture aziendali, con il coordinamento della S.C. Risorse umane – Affari generali	giugno – luglio 2023

Tabella 17 Fasi per l'approvazione del Regolamento per lo svolgimento del lavoro agile (smartworking) e lavoro da remoto

3.3 Sottosezione di programmazione – Piano triennale dei fabbisogni di personale

Ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo 165 del 2001, come modificato dall'art. 4 del decreto legislativo 75/2017, le amministrazioni pubbliche hanno il dovere di adottare annualmente il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché delle linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter del medesimo decreto.

Con decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione dell'8/05/2018, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018, sono declinate le predette linee di indirizzo riferite agli enti e alle aziende del SSN (punti da 7 a 7.3).

Queste ultime prevedono che la definizione del piano dei fabbisogni debba fondarsi su una complessiva analisi concreta dei compiti istituzionali delle Aziende in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, e deve essere compatibile con l'equilibrio economico-patrimoniale dell'azienda, nonché rispettare gli obiettivi previsti dalla normativa vigente.

In particolare, la determinazione del fabbisogno delle Aziende del S.S.N. dovrà tenere conto dei seguenti elementi:

- articolazione dei professionisti per ruolo, area e profilo;
- esigenze delle singole unità operative: l'analisi delle modalità operative e di erogazione del servizio permette di determinare il fabbisogno complessivo dell'ente;
- tempi di attuazione dei documenti programmatori: il fabbisogno deve essere declinato in relazione alle modalità e ai tempi di attuazione dei documenti di programmazione nazionali, regionali e aziendali;
- distinzione tra attività continuative e, dunque, da soddisfare con contratti di lavoro a tempo indeterminato e attività, invece, connesse ad esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale;
- modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale a tempo indeterminato e determinato;
- ricorso alle prestazioni aggiuntive a vario titolo;
- personale universitario in assistenza;
- specialisti ambulatoriali;
- contratti libero professionali;
- convenzioni con altre aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

In questa sottosezione denominata "Piano Triennale dei fabbisogni di personale" sono analizzati i dati principali relativi alla programmazione dei fabbisogni del personale 2022–2024 all'interno dell'ASL TO5.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022–2024 dell'ASL TO5 (allegato 3 del presente documento) è stato trasmesso in Regione con nota di protocollo n. 6694 del 07 febbraio 2023 per la necessaria approvazione. Iniziando da un preliminare monitoraggio di 12 anni, dal 2010 al 2022, sulla consistenza del personale a tempo indeterminato e determinato, si passerà successivamente a un'analisi più puntuale delle strategie di programmazione e delle caratteristiche delle risorse umane presenti in Azienda.

3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale degli ultimi dodici anni

Nella seguente tabella si riporta una panoramica degli anni 2010 –2022 relativa alla consistenza del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, suddivisa per aree (dirigenza e comparto) e per profili.

AREA	PROFILO	2010		2015		2019		2021		2022	
		T.IND.	T.DET.	T.IND.	T.DET.	T.IND.	T.DET.	T.IND.	T.DET.	T.IND.	T. DET.
Dirigenza medica e veterinaria	Medico	375	12	347	4	353	8	347	2	352	6
	Veterinario	37	0	32	0	31	0	33	0	27	2
Totale		412	12	379	4	384	8	380	2	379	8
Dirigenza SPTA	Avvocato	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
	Biologo	7	0	5	0	3	0	3	1	5	1
	Dirigente amministrativo	7	1	6	0	5	0	6	0	7	0
	Dirigente analista	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Dirigente delle Professioni Sanitarie	1	0	1	0	1	0	3	0	2	0
	Farmacista	7	1	8	0	11	0	12	0	10	1
	Ingegnere	2	0	2	0	3	0	3	0	2	0
	Psicologo	24	0	20	0	14	0	16	0	17	0
Architetto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
Totale		50	2	44	0	38	0	44	1	45	2
Ruolo Amministrativo (Comparto)	Assistente Amministrativo	181	0	157	0	130	0	113	73	129	60
	Coadiutore amministrativo	38	13	35	0	35	0	45	0	56	0
	Coadiutore amministrativo S	50	0	46	0	42	0	36	1	36	1
	Collab. amministrativo professionale	38	0	34	0	32	0	47	0	56	0
	Collab. amministrativo professionale S	28	0	23	0	19	0	16	0	36	0
	Commesso	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Totale		336	13	296	0	259	0	258	74	284	61
Ruolo Sanitario (Comparto)	Assistente sanitario	10	0	9	0	9	0	5	0	4	0
	Coll.prof.san. tecn. farmacia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dietista	5	0	5	0	5	0	6	0	6	0
	Educatore professionale	11	0	9	0	11	0	9	0	9	0
	Fisioterapista	59	2	58	1	60	0	55	0	53	0
	Fisioterapista S	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0
	Infermiere	674	15	644	0	762	0	758	73	734	59
	Infermiere generico	39	0	19	0	5	0	1	0	0	0
	Infermiere pediatrico	45	0	41	0	37	0	38	0	39	1
	Infermiere pediatrico S	4	0	4	0	3	0	2	0	2	0
	Infermiere S	50	0	42	0	33	0	28	0	22	0
	Logopedista	16	0	17	0	18	0	18	0	20	0
	Logopedista S	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0
	Ostetrica	56	0	58	0	58	0	71	4	75	1
	Ostetrica S	4	0	4	0	3	0	3	0	2	0
	Puericultrice	10	0	8	0	6	0	1	0	0	0
Tecnico audiometrista	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	

	Tecnico della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro	27	0	26	0	27	0	34	3	34	1
	Tecnico della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro S	6	0	3	0	2	0	0	0	0	0
	Tecnico di neurofisiopatologia	3	0	3	0	3	1	3	0	3	0
	Tecnico sanitario di laboratorio	54	0	53	0	49	0	52	2	54	1
	Tecnico sanitario di laboratorio S	4	0	3	0	1	0	1	0	1	0
	Tecnico sanitario di radiologia medica	42	4	46	0	51	0	58	0	57	0
	Tecnico sanitario di radiologia medica S	3	0	3	0	3	0	3	0	3	0
	Terapista della neuro e psicomotricità e dell'età evolutiva	0	0	0	0	2	0	2	0	2	0
Totale		1127	21	1059	1	1152	1	1153	82	1124	65
Ruolo Tecnico e Professionale (Comparto)	Architetto	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Assistente religioso	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
	Assistente sociale	16	0	14	0	17	0	16	0	17	0
	Assistente sociale esperto	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Assistente tecnico	13	0	13	0	11	0	10	0	10	0
	Ausiliario specializzato	24	0	18	0	15	0	11	0	10	0
	Coll. prof. san. tecn. cardiologia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Collab. tecnico professionale	6	0	6	0	5	0	6	0	5	0
	Collab. tecnico professionale s	5	0	3	0	2	0	2	0	2	0
	Infermiere generico bs	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Op. tec. cucina-mensa	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Op. tecnico spec esp magazzino	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Oper. tec. specializzato esperto meccanico	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Operatore socio sanitario	216	0	200	0	282	0	260	33	256	28
	Operatore tec. servizi sanitari	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Operatore tecnico	21	1	16	0	15	0	15	0	14	0
	Operatore tecnico addetto all'assistenza	13	0	5	0	4	0	4	0	4	0
Operatore tecnico specializzato	53	0	42	0	32	0	25	0	21	0	
Operatore tecnico specializzato s	14	0	11	0	9	0	3	0	3	0	
Programmatore	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	
Totale		396	1	335	0	395	0	355	33	345	28
Totale Complessivo		2321	49	2113	5	2228	9	2190	192	2177	164

Tabella 18: Confronto del personale in servizio, per profilo, negli anni dal 2010 al 2022

Di seguito una tabella riassuntiva del numero dei dipendenti a tempo indeterminato e determinato dell'ASL TO5, dalla quale si evince una moderata riduzione del numero dei dipendenti a tempo indeterminato; tra il 2010 e il 2022 possiamo, infatti, contare una differenza di 212 unità (2321 unità al 31/12/2010 contro le 2177 unità al 31/12/2022).

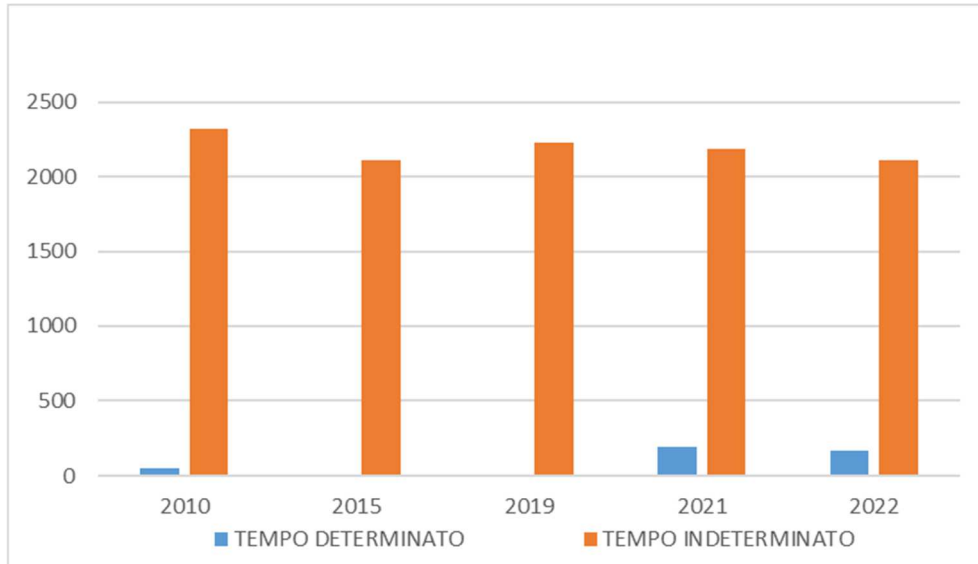


Grafico 13: Consistenza del personale al 31/12 degli anni 2010, 2015, 2019, 2021 e 2022.

L'elemento di interesse che maggiormente emerge dall'analisi risulta essere, anche per l'anno 2022, l'incremento del personale a tempo determinato che, se nel 2021 rappresentava il 291% in più rispetto al 2010, nel 2022 rappresenta il 234%, dovuto al proseguimento dell'emergenza pandemica da Covid 19 e alla conseguente necessità di arruolare personale con contratti a termine per la gestione delle diverse fasi emergenziali che si sono succedute.

In particolare, i profili maggiormente interessati da questo incremento continuano ad essere:

- gli assistenti amministrativi (cat. C), che sono passati da n. 0 unità del 2010 a n. 60 unità nel 2022;
- gli infermieri, che da n. 15 nel 2010 (e n. 0 nei successivi anni) sono n. 59 nel 2022;
- gli operatori socio sanitari, n. 28 nel 2021 e n. 0 dei precedenti anni.

Secondo quanto previsto dal Decreto Legge 17/03/2020, n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, per far fronte alle necessità delle Aziende Sanitarie Piemontesi connesse all'emergenza COVID-19 e, conseguentemente, al fine di agevolare le attività di arruolamento di personale da parte delle aziende medesime, il DIRMEI (Dipartimento interaziendale funzionale a valenza regionale Malattie ed Emergenze Infettive) ha emesso diversi avvisi pubblici per soli titoli per il reclutamento di personale a tempo determinato di diversi profili (tra cui quelli sopra richiamati).

Il personale assunto a tempo determinato dall'ASL TO5 negli anni 2020 – 2022 è, infatti, stato utilizzato per far fronte alla crisi sanitaria e, in particolare, per attività quali il *contact tracing*, la gestione degli hub vaccinali, la somministrazione dei vaccini e, in generale, per il supporto operativo e organizzativo dei reparti maggiormente colpiti dalla crisi.

La pandemia ancora in corso ha dimostrato che l'elemento essenziale per il funzionamento dell'ASL e per il perseguimento della *mission* aziendale, al servizio della persona, sono le risorse umane.

Proprio per affrontare l'emergenza sanitaria, l'ASL TO5 ha dovuto ricorrere maggiormente anche a contratti di lavoro somministrato.

Come osservabile dal grafico di seguito riportato, negli ultimi quattro anni, il personale con contratto interinale nel 2018 rappresentava l'11% del personale dipendente, mentre nel 2019 ha raggiunto il minimo (pari al 4,9%), per poi risalire negli ultimi anni, rappresentando l'8,8% del personale dipendente nel 2021 e il 7,8% nel 2022. Su tale incremento ha inciso certamente la necessità di far fronte all'emergenza sanitaria legata alla pandemia da Covid-19.

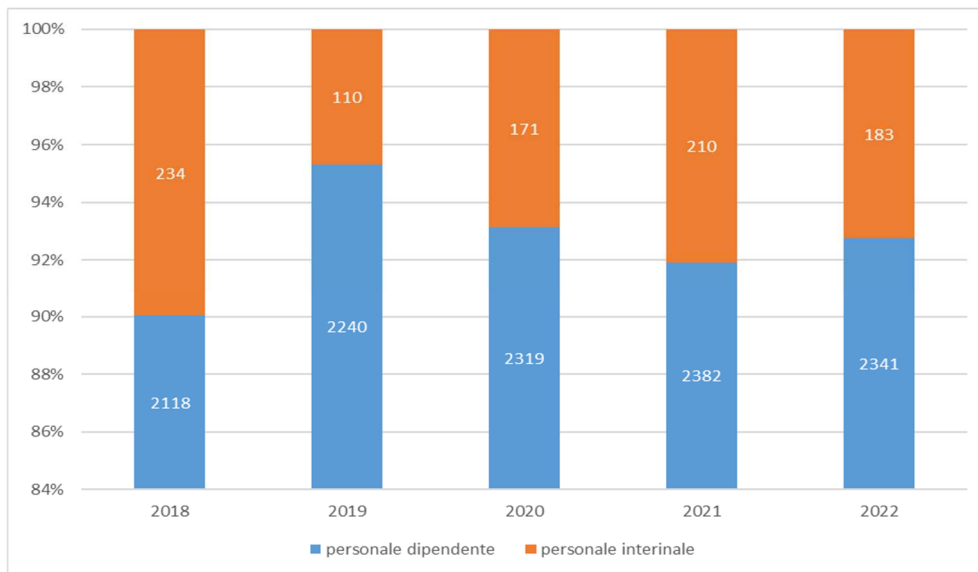


Grafico 14: Andamento personale dipendente e interinale periodo 2018-2022

Complessivamente il personale sanitario rappresenta il 70% circa del totale del personale che opera in ASL. Di seguito è proposta una rappresentazione grafica dell'andamento del personale (dipendente e interinale) in servizio il 31/12 degli anni dal 2018 al 2022, da cui si osserva l'incremento totale del 7,3% dal 2018 al 2022.

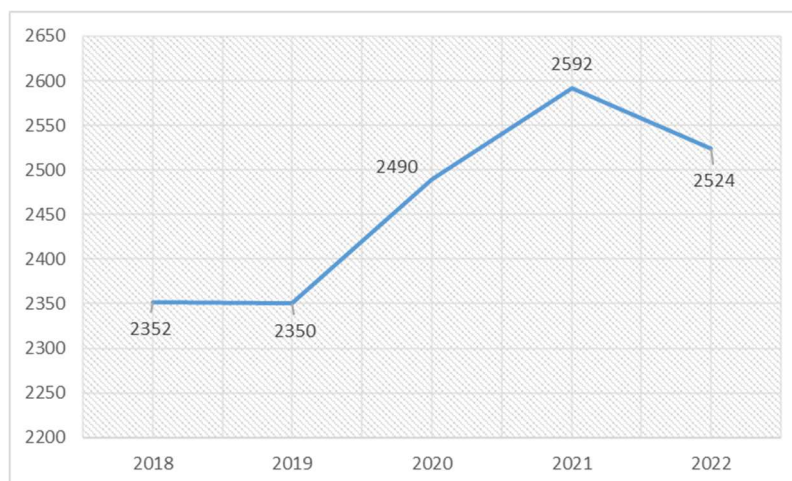


Grafico 15: Andamento personale (dipendente e interinale) in servizio al 31/12 (anni 2018, 2019, 2020, 2021, 2022)

Nel procedere ad una ridefinizione della strategia per la copertura del fabbisogno, temi sensibili per l'ASL, meritevoli di analisi, sono quelli del ricambio generazionale e della parità di genere all'interno del personale dipendente.

Nelle tabelle seguenti, pertanto, si sono analizzati i dati relativi alle generazioni attualmente presenti in Azienda, suddivisi per ruolo professionale, e al genere delle stesse.

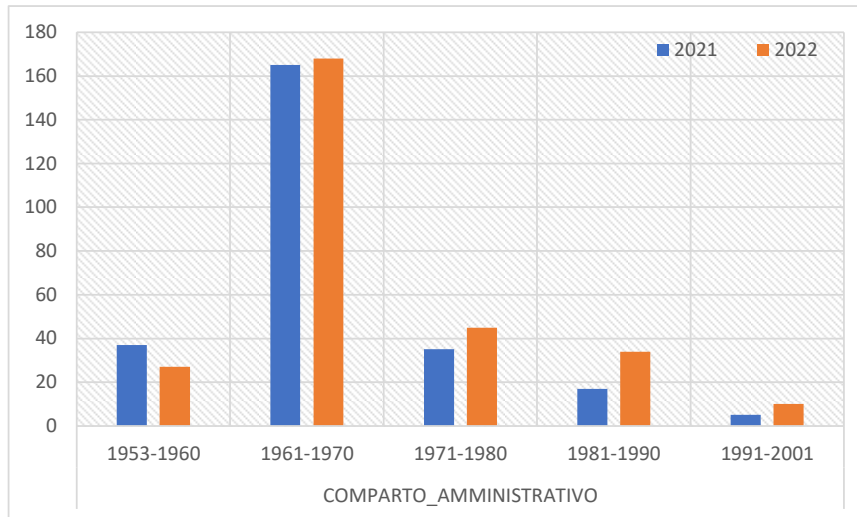


Grafico 16: Numero di personale dipendente del comparto, ruolo amministrativo, suddiviso per fasce di anni di nascita (al 31/12/2022)

Osservando la situazione attuale dell'area del comparto, per quel che riguarda il ruolo amministrativo, la maggior parte del personale in servizio ha un'età compresa tra i 52 e i 61 anni.

Dal confronto dei dati relativi al 2022 rispetto a quelli dell'anno precedente emerge un *trend* di abbassamento dell'età anagrafica del personale dipendente: la classe d'età superiore ai 60 anni si riduce ed aumentano i lavoratori di età inferiore ai 52 anni.

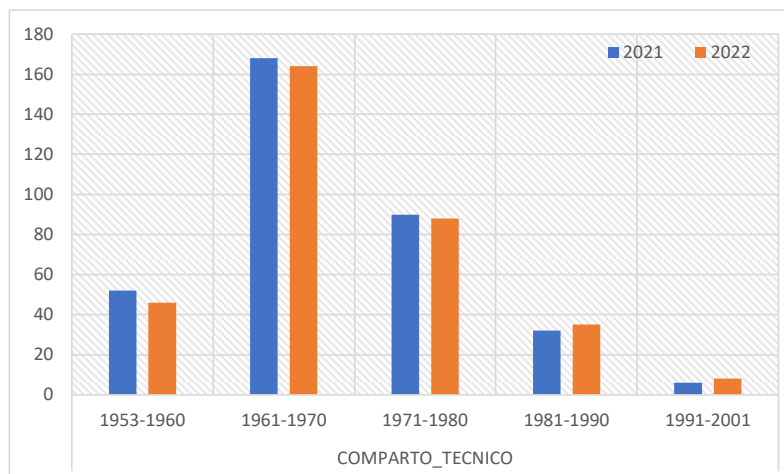


Grafico 17: Numero di personale dipendente del comparto, ruolo tecnico, suddiviso per fasce di anni di nascita (al 31/12/2022)

Dall'analisi del dato relativo all'area del comparto, ruolo tecnico, emerge una situazione simile a quella del ruolo amministrativo. La fascia di età più rappresentativa è quella tra i 52 e i 61 anni.

Per il personale di questo ruolo, è presente, anche se meno marcato, il fenomeno dello svecchiamento della popolazione lavoratrice.

Osservando il personale del comparto, afferente al ruolo sanitario, la maggior rappresentanza spetta sempre alla fascia di età compresa tra i 52 e i 61 anni; in questo caso si osserva una percentuale maggiore di giovani generazioni che si mantengono sostanzialmente costanti (classi '71-'80 e classi '81-'90) anche nell'anno 2022 con un incremento dei dipendenti giovanissimi (classi '91-'01).

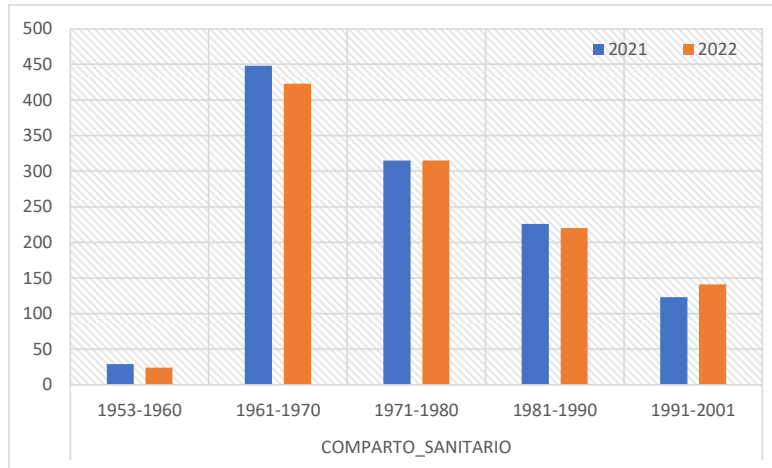


Grafico 18: Numero di personale dipendente del comparto, ruolo sanitario, suddiviso per fasce di anni di nascita (al 31/12/2022)

L'area della dirigenza amministrativa è sicuramente quella che presenta una età più alta, avendo per lo più un'età compresa tra i 62 e i 69 anni, mentre la maggior parte della dirigenza dell'area professionale ha un'età compresa tra i 52 e i 62 anni, come è osservabile dai grafici di seguito riportati.

Per quanto concerne la dirigenza amministrativa, emerge con evidenza il salto generazionale compiuto fra il 2021 e il 2022 a seguito delle cessazioni di rapporto di lavoro avvenute nel 2021, sostituite con nuovi ingressi di figure dirigenziali appartenenti alla fascia di età inferiore.

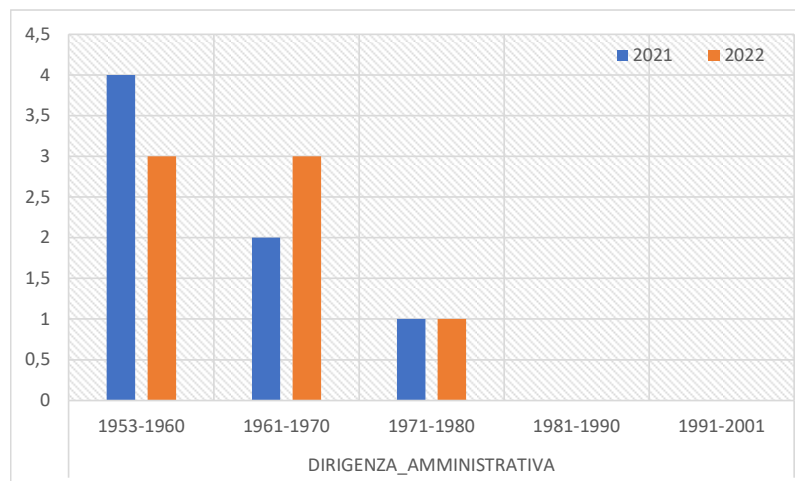


Grafico 19: Numero di personale dipendente della dirigenza amministrativa, suddiviso per fasce di anni di nascita (al 31/12/2022)

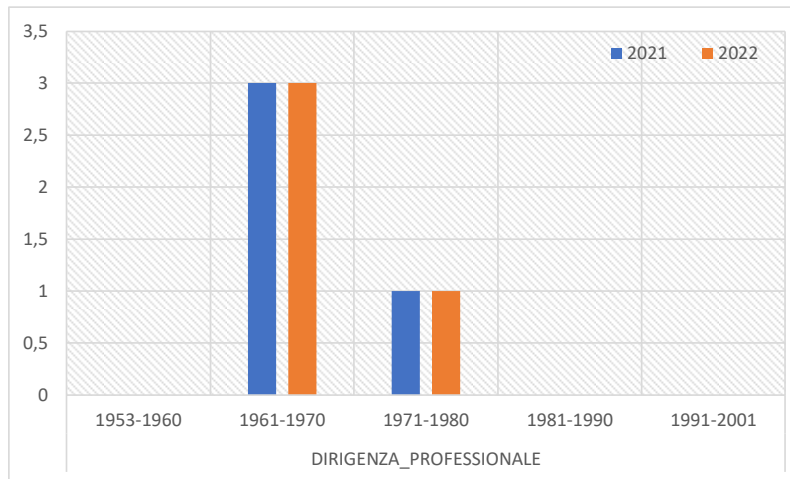


Grafico 20: Numero di personale dipendente della dirigenza professionale, suddiviso per fasce di anni di nascita (al 31/12/2022)

Per quel che riguarda la dirigenza medica, invece, l'età media è un po' più bassa rispetto a quella della dirigenza amministrativa, tant'è che il personale di tale area più rappresentativo ha un'età compresa tra i 42 e i 51 anni. Nella dirigenza sanitaria (non medica) sono equamente rappresentate le fasce di età tra i 52 e 61 anni e i 42 e i 51 anni.

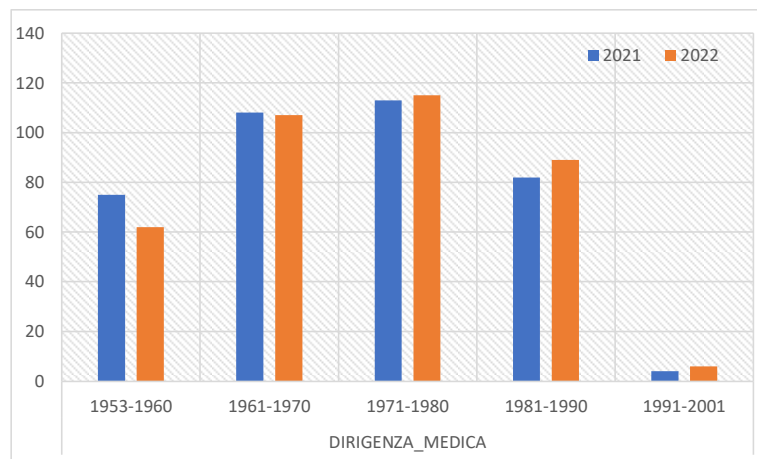


Grafico 21: Numero di personale dipendente della dirigenza medica, suddiviso per fasce di anni di nascita (al 31/12/2022)

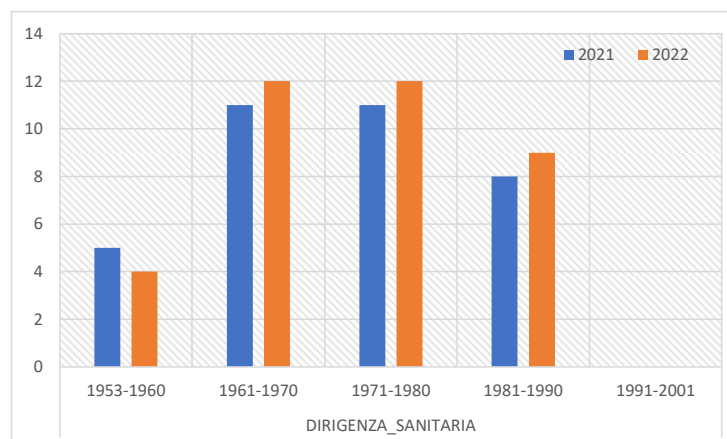


Grafico 22: Numero di personale dipendente della dirigenza sanitaria, suddiviso per fasce di anni di nascita (al 31/12/2022)

3.3.2 Analisi di genere del personale dipendente

Dalle analisi riportate nei grafici si evince, in via generale la prevalenza del genere femminile, il quale conta in totale nel 2022 1660 unità, rispetto al 517 unità del genere maschile. Poca differenza, invece, in Area dirigenza dove il genere maschile conta solamente 75 unità in meno di quello femminile.

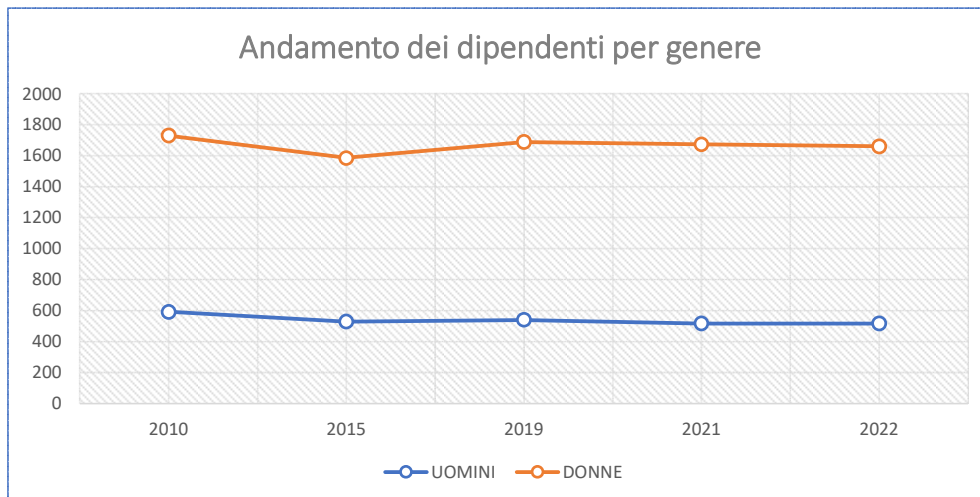


Grafico 23: Andamento del personale dipendente al 31/12 degli anni 2010, 2015, 2019, 2021 e 2022 suddiviso tra uomini e donne

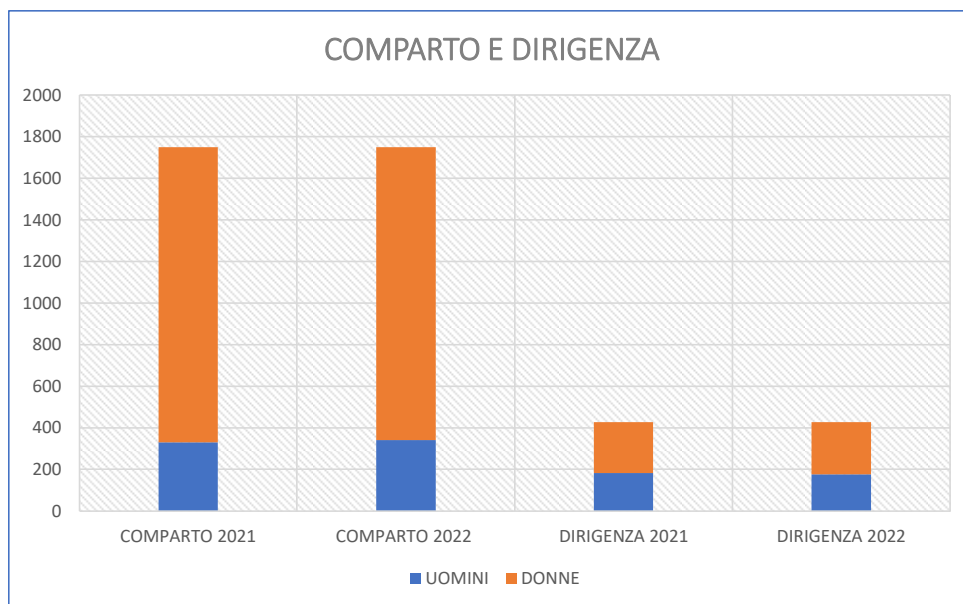


Grafico 24: Andamento del totale del personale dipendente al 31/12 suddiviso tra dirigenza e comparto e tra uomini e donne

3.3.3 Programmazione strategica delle risorse umane

Come previsto dalle “Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA”, adottate dal Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione l'8/05/2018 e pubblicate in Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018, in sede di determinazione del piano triennale dei fabbisogni di personale, con riferimento alla parte del fabbisogno che deve essere soddisfatta con rapporti di lavoro di dipendenza, andrà definita la consistenza della dotazione organica, espressa in termini di teste e del relativo valore economico-finanziario.

Dalla programmazione strategica della dotazione organica prevista con il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale relativo agli anni 2022 - 2024, è possibile ricavare due dati importanti per l'andamento aziendale, ovvero quello relativo al numero delle assunzioni previste per il triennio, in conformità con il budget concordato con la Regione Piemonte, nonché quello relativo alle cessazioni del personale per raggiungimento dei requisiti finalizzati all'accesso alla pensione.

Di seguito è riportato il numero delle assunzioni previste nell'ultimo Piano dei Fabbisogni approvato.

PTFP 2021-2023	2021	2022	2023
Assunzioni T. Indeterminato	217	221	231

Le cessazioni previste per pensionamento sono, per l'anno in corso e per il 2024 di seguito indicate:

	2023	2024
Pensionamenti	49	52

Strategie di copertura del fabbisogno

Al fine di far fronte alle esigenze di personale rappresentate nel paragrafo precedente, diverse sono le strategie di reclutamento messe in atto dall'A.S.L. TO5, come di seguito riportate.

- soluzioni interne all'amministrazione: mediante mobilità interna tra settori/aree/dipartimenti e meccanismi di progressione di carriera interni e riqualificazione funzionale;
- soluzioni esterne all'amministrazione: concorsi, stabilizzazioni, mobilità esterna, incarichi a tempo determinato o altre forme di assegnazione temporanea di personale da altre pubbliche amministrazioni, incarichi di lavoro autonomo.

Procedure di reclutamento ordinarie a copertura del turn over e per incremento di personale

L'ASL TO5 utilizza le procedure ordinarie per fronteggiare stabilmente le carenze di organico, nel rispetto di quanto annualmente previsto nel Piano dei fabbisogni di personale.

Diverse sono state le procedure messe in campo dall'Azienda nello scorso 2022, di seguito sintetizzate:

CONCORSI		
Struttura richiedente	Profilo - Disciplina	Assunzioni
S.C. Urologia	Dirigente Medico - Urologia	3
S.C. Anestesia e rianimazione Chieri	Dirigente Medico - Anestesia e Rianimazione	9
S.C. Ser.D	Dirigente Medico - Farmacologia e Tossicologia clinica ovvero Psichiatria, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Medicina Interna	3
S.C. Medicina legale	Dirigente Medico - Medicina Legale	4
S.S.V.D. N.P.I.	Dirigente Medico - Neuropsichiatria Infantile	1
S.C. Igiene e sanità pubblica	Dirigente Medico - Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica	2
S.C. MeCAU	Dirigente Medico - Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	1
SS.CC. Distretti Chieri-Carmagnola e Moncalieri-Nichelino	Dirigente Medico - Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	2
SS.CC. Medicina interna	Dirigente Medico - Medicina Interna	7
AVVISI (TEMPO DETERMINATO)		
Struttura richiedente	Profilo - Disciplina	Assunzioni
S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione	Dirigente Biologo - Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	5
S.C. Farmacia ospedaliera	Dirigente Farmacista - Farmacia Ospedaliera	6
S.C. Ortopedia e traumatologia	Dirigente Medico - Ortopedia e Traumatologia	1
S.C. Chirurgia generale	Dirigente Medico - Chirurgia Generale	4
S.C. Igiene e Sanità pubblica	Dirigente Medico - Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica	2
S.C. MeCAU	Dirigente Medico - Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza	1
S.S. Medico competente	Medicina del Lavoro	1
AVVISI DI MOBILITA'		
Struttura richiedente	Profilo - Disciplina	Assunzioni
S.C. Tecnico	Ingegnere/Architetto per conferimento incarico di Direzione della S.C. Tecnico	1
S.C. Medicina legale	Dirigente Medico	2
S.C. Oculistica	Dirigente Medico	2
S.C. Farmacia ospedaliera	Dirigente Farmacista	1
S.C. Chirurgia generale	Dirigente Medico - Chirurgia generale	1
S.C. Direzione sanitaria dei presidi ospedalieri riuniti	Dirigente Medico - Direzione Medica di Presidio Ospedaliero	1
S.C. RRF	Dirigente Medico - Medicina Fisica e Riabilitazione	1

Tabella 19: Sintesi procedure di reclutamento ordinario personale dirigenziale per l'anno 2022

AVVISI DI MOBILITA'		
Struttura richiedente	Profilo	n° candidati assunti/in fase di arruolamento
S.C. DIPSA	CPSI Tecnico di Neurofisiopatologia	1
S.C. DIPSA	C.P.S. TPALL	1
Servizio sociale	Assistente Sociale part-time al 50%	1
S.C. DIPSA	C.P.S. Infermiere - Inf. Di Famiglia e Comunità	1
S.C. DIPSA	C.P.S. Infermiere	1
S.C. DIPSA	C.P.S. Infermiere - Inf. DEA/PS	1
S.C. DIPSA	C.P.S. Infermiere - Inf. Blocchi Operatori	1

Tabella 20: Sintesi procedure di reclutamento ordinario personale del comparto per l'anno 2022

A seguito delle numerose procedure di reclutamento concluse nel 2022 e in aderenza con quanto previsto dal nuovo Piano dei Fabbisogni del Personale, nell'anno 2023 l'ASL TO5 procederà all'indizione di nuove procedure al fine di garantire la copertura del turn over e l'implementazione di alcuni dipartimenti, tra cui il Dipartimento area medica, con l'attivazione delle nuove Strutture semplici a valenza dipartimentale di Gastroenterologia e Pneumologia, istituite con l'ultima modifica dell'Atto aziendale, che attualmente risultano prive di personale.

Programmazione della reinternalizzazione di attività

La direzione strategica si è posta l'obiettivo, per l'anno 2023, di attuare una progressiva riduzione, fino all'azzeramento, del ricorso alle cooperative esterne di professionisti a cui è stato necessario affidarsi negli ultimi anni al fine di garantire la continuità dei servizi assistenziali.

Nel primo semestre 2023, saranno pertanto bandite procedure concorsuali o indetti avvisi di mobilità che consentano di acquisire risorse da inserire stabilmente nell'organico a supporto delle equipe di pediatria e di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza.

Programmazione del personale sanitario per l'incremento dell'Assistenza Primaria

La necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale, prevede come punto di partenza la valorizzazione dell'Assistenza Primaria, quale prima porta d'accesso al servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società.

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti e della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Al fine di realizzare quanto sopra, l'ASL TO5, nel dicembre 2022, ha effettuato la programmazione delle risorse umane per la messa a regime della riorganizzazione dei servizi territoriali entro l'anno 2026.

La previsione è stata effettuata in stretta correlazione alle aperture programmate delle strutture previste dal PNRR (Casa della Comunità, Ospedale di Comunità, Centrale Operativa Territoriale) e delle attività (Unità di Continuità Assistenziale):

- si prevede l'avvio delle 3 COT aziendali entro l'anno 2023;
- la Casa della Comunità di Carmagnola è prevista in apertura nel 2025;
- le ulteriori 6 Case della Comunità e i 2 Ospedali di Comunità verranno attivati entro il 2026;
- gli IFeC sono previsti in organico e operativi nei 4 anni di riferimento ('23-'26);
- 1UCA sarà attivata nel 2023 e le restanti 2 nel 2024.

Di seguito una rappresentazione della programmazione delle risorse umane da destinare ai sopracitati servizi, effettuata dall'ASL TO5.

PERSONALE DA ACQUISIRE		2023		2024		2025		2026	
		min	max	min	max	min	max	min	max
Medici dipendenti e convenzionati (MMG, PLS, specialisti ambulatoriali)	Case delle comunità	0		0		0		0	
	Ospedali di comunità	0		0		0		2	
	Unità di continuità assistenziale	3		6		0		0	
	Totale	3		6		0		2	
Infermieri	Infermieri di Famiglia o Comunità	5	10	10	32	10	30	10	30
	<i>di cui IFeC operanti nelle CdC</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
	Case della Comunità	0	0	0	0	7	11	42	66
	Ospedali di comunità	0	0	0	0	0	0	14	18
	Centrali operative territoriali	4	10	0	0	0	0	0	0
	Unità di continuità assistenziale	3		6		0		0	
	Totale	12	23	16	38	17	41	66	114
Assistenti sociali	Case delle comunità	2		0		1		4	
	Ospedali di comunità								
	Totale	2		0		1		4	
Personale riabilitazione	Case delle comunità								
	Ospedali di comunità	0	0	0	0	0	0	2	4
	Totale							2	4
OSS	Case delle comunità (di cui Personale di Supporto)	0	0	0	0	2	4	3	4
	Ospedali di comunità	0	0	0	0	0	0	8	12
	Totale	0	0	0	0	2	4	11	16
Personale di supporto	Case delle comunità	0	0	0	0	2	5	29	47
	Centrali operative territoriali	1	4	0	0	0	0	0	0
	Ospedali di comunità	0		0		0		0	
	Totale	1	4	0	0	0	0	29	47

Tabella 21: Programmazione delle risorse umane per la messa a regime della riorganizzazione dei servizi territoriali

Procedura di stabilizzazione a tempo indeterminato del personale del ruolo sanitario e del ruolo socio sanitario (O.S.S. e assistenti sociali)

Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali e di consentire la valorizzazione della professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante l'emergenza da COVID-19, ai sensi dell'art. 1, comma 268, lettera b) della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, gli enti del Servizio sanitario nazionale, dal 1° luglio 2022 e fino al 31 dicembre 2023 possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione.

In virtù della suddetta normativa, l'A.S.L. Città di Torino, quale "azienda capofila", ha indetto avviso pubblico finalizzato alla stabilizzazione a tempo indeterminato del personale del ruolo sanitario e del ruolo socio

sanitario (O.S.S. e Assistenti Sociali) con contratto di lavoro a tempo determinato presso Aziende o Enti del Servizio Sanitario della Regione Piemonte in possesso dei requisiti previsti dalla medesima normativa.

Successivamente all'approvazione del piano triennale dei fabbisogni del personale (PTFP) delle aziende sanitarie regionali per il triennio 2021-2023 e definiti i tetti di spesa del personale anni 2022-2023-2024 da parte della Regione Piemonte, l'ASL TO5, nelle ultime settimane del 2022, ha sottoscritto 55 contratti di lavoro a tempo indeterminato (28 unità di infermiere e 27 unità di operatore socio-sanitario), con decorrenza 01/01/2023.

Come previsto dall'Accordo sui criteri per le procedure di stabilizzazione ex L. 234/2021 stipulato tra la Regione Piemonte e le rappresentanze sindacali, le Aziende avrebbero dovuto stabilizzare:

- nell'anno 2022 il personale in possesso dei requisiti, con contratto a tempo determinato in scadenza entro il 31/12/2022 e in servizio alla data di scadenza dell'avviso e, in subordine, il personale in possesso dei requisiti non più in servizio alla data di scadenza dell'avviso;
- nell'anno 2023, il personale in possesso dei requisiti, con contratto a tempo determinato in scadenza entro il 31/12/2023 e anni successivi.

Proprio in ottica di superamento del precariato e di fidelizzazione del personale, la scelta dell'ASL TO5 è stata quella di procedere alla stabilizzazione di tutto personale, in possesso dei requisiti sopra citati, con decorrenza 01/01/2023, senza attendere la naturale scadenza del contratto a tempo determinato di alcuni candidati, che sarebbe avvenuta nel corso del 2023.

Programmazione di riduzione del personale somministrato mediante assunzioni a tempo indeterminato

Come specificato al precedente paragrafo 3.3.1., attualmente in ASL TO5, il personale con contratto di somministrazione rappresenta il 7,8% del totale. Qui di seguito, una rappresentazione del personale con contratto di somministrazione, suddiviso per ruolo e profilo di appartenenza:

RUOLO	PROFILO	Totale
comparto amministrativo	assistente amministrativo	9
comparto sanitario	dietista	1
comparto sanitario	educatore professionale	1
comparto sanitario	fisioterapista	3
comparto sanitario	infermiere	37
comparto sanitario	infermiere pediatrico	6
comparto sanitario	logopedista	1
comparto sanitario	ortottista	3
comparto sanitario	ostetrica	11
comparto sanitario	tecnico audiometrista	1
comparto sanitario	tecnico della riabilitazione psichiatrica	1
comparto sanitario	tecnico di neurofisiopatologia	2
comparto sanitario	tecnico sanitario di laboratorio	1
comparto sanitario	tecnico sanitario di radiologia medica	1
comparto sanitario	terapista della neuro e psicomotricità e dell'età evolutiva	1
comparto sanitario	terapista occupazionale	1
comparto tecnico	operatore socio sanitario	91
comparto tecnico	operatore tecnico	12
Totale complessivo		183

Tabella 22: Personale somministrato presente al 31/12/2022

Come illustrato nella tabella, la netta prevalenza del personale interinale che presta servizio presso l'ASL TO5 appartiene al ruolo sanitario, con un'alta concentrazione nel profilo di operatore socio-sanitario e in quello di infermiere.

Restrignendo l'analisi delle causali di arruolamento degli interinali appartenenti ai suddetti due profili più numerosi, emerge che circa il 50% degli infermieri e circa il 40% degli operatori socio-sanitari somministrati coprono di fatto posti vacanti della dotazione organica poiché non è stato possibile assumere personale a tempo indeterminato attraverso le procedure ordinarie.

Alla luce dell'analisi condotta, anche in considerazione del superamento della fase emergenziale relativa alla pandemia da Covid-19, l'ASL TO5 intende attuare, nel biennio 2023-2024, una politica di progressiva contrazione del numero dei contratti di somministrazione, assumendo, da un lato, personale a tempo indeterminato a seguito della programmazione di procedure concorsuali per i due profili maggiormente rappresentati e nei limiti dei posti vacanti nel piano dei fabbisogni del personale, al fine di ridurre il precariato e dare maggiore stabilità all'organizzazione, nonché riducendo il numero delle proroghe dei contratti di somministrazione man mano che le esigenze temporanee emergenziali si attenueranno ulteriormente.

È obiettivo dell'Azienda, nello specifico, ridurre il numero dei contratti di somministrazione del personale del ruolo sanitario di circa il 40% entro il 2024 conservando una residua quota di contratti di somministrazione da utilizzare per soddisfare esigenze temporanee o eccezionali alle quali non si può far fronte con il personale strutturato.

Immissione in ruolo di personale in assegnazione temporanea ex art. 42 bis d.lgs. 151/2001

Anche se numericamente poco significativo, si riporta a conferma dell'indirizzo della direzione strategica a favore di contratti di lavoro stabili a tempo indeterminato, l'operazione attuata a fine 2022 di immissione in ruolo di personale assegnato temporaneamente all'ASL TO5 ai sensi dell'art. 42bis del d.lgs. 151/2001.

L'art. 42bis del d.lgs. 151/2001 prevede che il genitore con figli minori fino a tre anni di età dipendente di amministrazioni pubbliche possa essere assegnato, a richiesta, anche in modo frazionato e per un periodo complessivamente non superiore a tre anni, ad una sede di servizio ubicata nella stessa provincia o regione nella quale l'altro genitore esercita la propria attività lavorativa, subordinatamente alla sussistenza di un posto vacante e disponibile di corrispondente posizione retributiva e previo assenso delle amministrazioni di provenienza e destinazione.

Nell'ultimo biennio sono stati accolti presso l'ASL TO5 due lavoratori in assegnazione temporanea appartenenti al profilo, rispettivamente, di coadiutore amministrativo senior e a quello di infermiere.

Nel mese di dicembre 2022, l'ASL TO5 ha attivato la procedura per l'immissione in ruolo presso questa Azienda del suddetto personale in assegnazione temporanea già utilmente inserito nei percorsi organizzativi aziendali.

Alla scadenza del termine per la presentazione dell'istanza per l'immissione in ruolo presso questa Azienda, sono pervenute le due domande degli aventi diritto, una per profilo, per i quali si è proceduto alla richiesta dei nulla-osta alle amministrazioni di provenienza.

Entro i primi mesi del 2023 si presume di poter procedere con la stipula dei contratti per l'assunzione a tempo indeterminato presso l'ASL TO5.

Andamento arruolamenti lavoratori autonomi per emergenza Covid-19

L'ASL TO5, per contrastare la diffusione del Covid-19, ai sensi dell'art. 2 bis del D.L. 17/03/2020, n. 18 convertito con modificazioni nella L. 27/2020, nel triennio 2020-2022 ha reclutato personale sanitario conferendo incarichi di lavoro autonomo, prorogati in ragione del perdurare dello stato di emergenza e in funzione delle esigenze assistenziali rappresentate dalle diverse strutture coinvolte nella gestione dell'emergenza, in particolar modo dalla S.C. Igiene e Sanità Pubblica.

Si illustra qui di seguito l'andamento dei suddetti arruolamenti nel corso del periodo emergenziale, rappresentato in termini di monte ore complessivo reso e di teste presenti: lo scostamento fra le due linee discende dalla natura delle collaborazioni libero-professionali che prevedono un impegno orario variabile di ogni professionista.

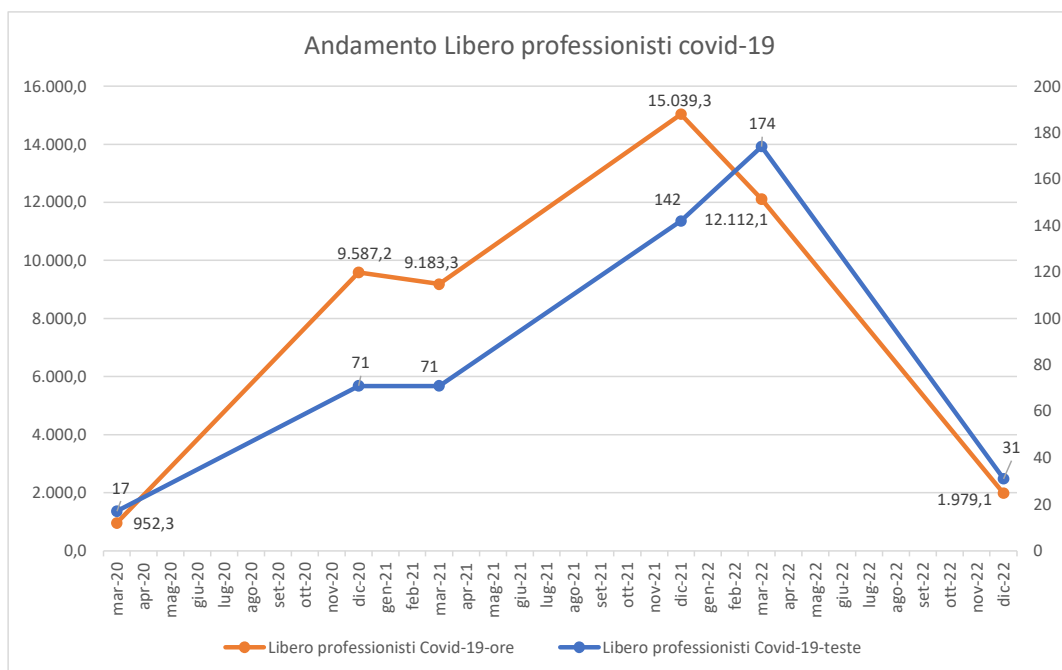


Grafico 25: Andamento libero professionisti nel periodo emergenziale

Con il termine dello stato d'emergenza, ossia a decorrere da aprile 2022, in considerazione della riduzione delle attività strettamente correlate alla gestione della pandemia da Covid-19, quali, in particolare, le somministrazioni vaccinali e il *contact tracing*, questa Azienda ha progressivamente ridotto sia il monte ore reso, sia il numero di professionisti contrattualizzati.

Per il primo trimestre dell'anno 2023 sono solo più 17 i lavoratori autonomi arruolati per la gestione delle somministrazioni dei vaccini covid-19 negli hub vaccinali e a domicilio, nonché per la gestione della parte residuale delle attività di controllo dell'infezione da virus SARS-CoV-2 (*contact tracing*, gestione guarigioni post-isolamento, attività coordinamento focolai e vaccinazioni nelle comunità).

Arruolamenti liberi professionisti per la realizzazione di progetti aziendali

Nell'anno 2022, e per almeno tutto il 2023, sono attivi nell'ASL TO5 molti progetti per i quali, accertata l'indisponibilità interna, è stato necessario arruolare personale esterno ai sensi dell'art. 7, comma 6, del d.lgs. n. 165/2001.

In particolare, il citato art. 7, comma 6, prevede che le amministrazioni pubbliche possono conferire incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, di natura occasionale o coordinata e continuativa, ad esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria, in presenza dei seguenti presupposti di legittimità:

- a) l'oggetto della prestazione deve corrispondere alle competenze attribuite dall'ordinamento all'amministrazione conferente, ad obiettivi e progetti specifici e determinati e deve risultare coerente con le esigenze di funzionalità dell'amministrazione conferente;
- b) l'amministrazione deve avere preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili al suo interno;
- c) la prestazione deve essere di natura temporanea e altamente qualificata; non è ammesso il rinnovo; l'eventuale proroga dell'incarico originario è consentita, in via eccezionale, al solo fine di completare il progetto e per ritardi non imputabili al collaboratore, ferma restando la misura del compenso pattuito in sede di affidamento dell'incarico;
- d) devono essere preventivamente determinati durata, oggetto e compenso della collaborazione.

Attualmente sono in essere presso l'ASL TO5 i seguenti progetti:

- “Sperimentazione di vaccino per polmonite da virus sinciziale per anziani con diabete”;
- “Attività di consulenza e formazione nell'ambito della radiologia interventistica”;
- “Trattamenti psico – educazionali e psicosociali demenze”;
- “RTMS (neurostimolazione transcranica ripetitiva) - Piano integrato delle attività di contrasto, prevenzione, diagnosi e cura del gioco d'azzardo patologico (GAP)”;
- “Potenziamento dei servizi territoriali ed ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza sul territorio dell'ASL TO5”;
- “Promozione del benessere e della persona finalizzato a favorire l'accesso ai servizi psicologici”;
- “Progetto innovativo di istituzione dello psicologo delle cure primarie”;
- “Screening HCV”.

Buona parte dei progetti sopracitati sono stati avviati nell'anno 2022, altri sono, invece, ancora in fase di avvio poiché è in corso la selezione delle figure da destinare ai progetti medesimi: il conferimento degli incarichi è in programma entro il mese di febbraio 2023.

È, inoltre, in programma, per l'anno 2023, l'avvio delle selezioni per il progetto “A.L.I. (AUTISM LIFE IMPROVEMENT) – Percorso individualizzato per la promozione della qualità della vita di personale con autismo dall'età scolare all'età giovane adulta” per la cui realizzazione saranno ricercate tre figure libero professioniste altamente specializzate, di cui uno psicologo, un logopedista e un educatore professionale o terapeuta della riabilitazione psichiatrica. Entro il primo trimestre nell'anno 2023 si presume che l'Azienda provvederà ai conferimenti degli incarichi ai suddetti professionisti.

3.3.4 Formazione del personale

La funzione della formazione è, in particolar modo all'interno di un'azienda sanitaria, quella di portare a un cambiamento "culturale e valoriale" riferito al lavoro svolto dai singoli professionisti e "cognitivo" con riferimento alle conoscenze già possedute. La finalità della formazione è dunque quella di fornire gli strumenti utili a gestire i cambiamenti e le innovazioni all'interno dei differenti contesti di cura.

L'aggiornamento e la formazione del personale costituiscono la base per lo sviluppo professionale degli operatori, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

La formazione non è solo un processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, ma anche di trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali.

La definizione delle diverse competenze in materia di formazione e aggiornamento del personale da parte delle strutture aziendali, è riportata all'interno dell'Atto aziendale. L'ASL TO5, nella piena consapevolezza di assicurare a tutto il personale, e in particolar modo a quello sanitario, rientrando nella formazione continua ECM, offre proposte formative specifiche basate sui fabbisogni annualmente rilevati.

Le tipologie di offerta formativa che l'ASL TO5 eroga ai propri dipendenti sono individuate dal Manuale per l'accreditamento degli eventi formativi della Regione Piemonte, che ne descrive le modalità di realizzazione e le caratteristiche per il rilascio dei crediti ECM. L'attribuzione dei crediti dipende dal numero dei partecipanti, dalla durata della formazione e dalle metodologie didattiche utilizzate.

Le tipologie di formazione sono le seguenti:

- **formazione Residenziale:** è la formazione "tradizionale" che viene svolta in aula;
- **formazione sul campo (FSC):** la specificità di tale formazione è l'ambito in cui viene erogata. La caratteristica fondamentale è quella di effettuare formazione nel contesto lavorativo del discente o nel suo ambito; la formazione può portare a replicare/simulare attività o comportamenti da mettere a frutto nell'esercizio dell'attività lavorativa.

Sono riconducibili a tale tipologia di formazione le seguenti attività:

- addestramento;
- audit clinico;
- ricerche;
- **formazione a distanza (FAD):** è la formazione in cui le attività vengono effettuate da discenti localizzati in sedi diverse da quelle in cui opera il docente/formatore. I tempi di fruizione sono scelti dai discenti, o in alcuni casi sono prestabiliti; la fruizione della FAD avviene individualmente, tuttavia possono essere previste attività di tutoraggio e interazione tra i discenti, in appositi ambienti di collaborazione dove poter interagire, scambiare opinioni/esperienze. Rientra in tale tipologia di formazione anche quella svolta tramite **webinar (FAD sincrona)**;
- **formazione blended:** è un approccio di e-learning che combina i metodi tradizionali in aula e la formazione autonoma, per creare una metodologia ibrida. Unisce l'apprendimento tradizionale, residenziale, con la formazione on line, a distanza.

Le diverse tipologie di formazione, sopra elencate, possono essere organizzate direttamente dall'ASL TO5, costituendo la cosiddetta "formazione in sede", oppure possono essere attivate da altri soggetti.

La formazione in sede per il 2023 è stata definita con il Piano aziendale di formazione (PAF), approvato dal Comitato tecnico–scientifico e deliberato dalla direzione generale con atto n. 786 del 30/11/2022, a seguito dell'analisi dei fabbisogni formativi rilevati dai dipartimenti e dalle strutture aziendali.

Di seguito è proposta una rappresentazione grafica dell'iter di approvazione del piano di formazione aziendale.



Figura 16: Iter per l'approvazione del Piano formativo aziendale

L'organizzazione e l'accREDITAMENTO di tali corsi è a carico della struttura complessa Risorse Umane – Affari Generali (centro di formazione aziendale).

L'aggiornamento fuori sede è considerato come integrativo rispetto all'offerta formativa interna e si configura limitatamente ad alcuni contesti a elevata specializzazione, o realtà cliniche e/o organizzative esterne in grado di stimolare miglioramenti e sviluppi rispetto a conoscenze e competenze possedute in azienda.

L'aggiornamento fuori sede consiste nella partecipazione a corsi, convegni, congressi organizzati da altri enti, differenti dall'ASL TO5.

I professionisti che hanno la responsabilità autorizzativa, nel valutare le richieste di partecipazione a eventi esterni dei propri collaboratori, devono tenere in considerazione i seguenti criteri:

- pertinenza dell'iniziativa di formazione con gli obiettivi aziendali;
- esistenza di un legame effettivo tra le competenze acquisibili con la partecipazione all'evento esterno e l'attività del servizio;
- qualità e rilevanza dei contenuti scientifici dell'evento e dell'ente organizzatore, compreso l'accREDITAMENTO ECM per quanto riguarda le professioni sanitarie;
- garanzia di rotazione tra i beneficiari;
- esistenza di profili professionali numericamente poco rappresentati in Azienda per i quali non è possibile organizzare corsi in sede;
- situazioni di carenza dei crediti previsti nell'anno.

L'intera gestione del processo di richiesta e autorizzazione alla partecipazione alla formazione avviene sul Portale per la Formazione in Sanità della Regione (www.formazioneinregione.it).

La partecipazione ai corsi, sia organizzati dall'ASL, che da soggetti differenti, è disciplinata da un regolamento aziendale denominato "Regolamento aziendale per la partecipazione alle attività formative" approvato con determinazione del direttore generale n. 671 del 10/6/2010, che definisce le regole che disciplinano l'accesso, dei dipendenti dell'ASL TO5, agli eventi formativi e ne stabilisce le modalità di richiesta, autorizzazione e svolgimento.

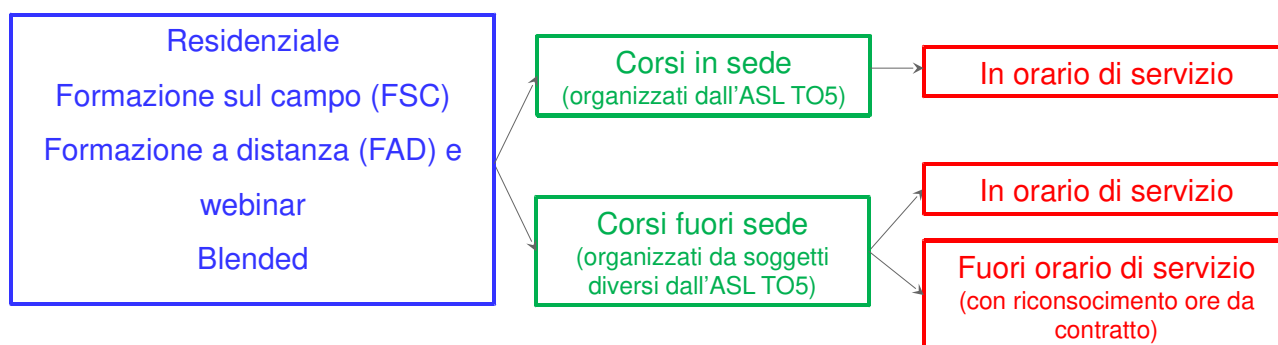


Figura 17: Schema con le tipologie di corsi e i soggetti erogatori

Il dipendente che partecipa a eventi formativi è tenuto, su richiesta del proprio responsabile, a diffondere le conoscenze acquisite tra il personale della propria struttura e a mettere a disposizione dei colleghi il materiale del corso. A tale riguardo possono essere previsti momenti ad hoc per promuovere i contenuti esaminati durante il momento formativo.

Per quel che riguarda l'ambito della formazione, l'ASL TO5 sta cercando di orientare gli operatori ad utilizzare strumenti più digitalizzati, cercando di semplificare le procedure.

In particolare, per il prossimo futuro le iniziative che si intendono avviare sono:

Area obiettivo	Descrizione obiettivo	Tempistica di realizzazione
Digitalizzazione	Raccolta delle proposte formative sul portale della formazione ECM eliminando completamente la modulistica cartacea	Entro fine 2023
	Inserimento di tutte le richieste di formazione fuori piano sul sistema informatizzato ECM	Entro fine 2023
	Approvazione del nuovo regolamento della formazione che tenga conto degli strumenti informatici in essere	Entro fine 2023
Semplificazione	Maggiore diffusione della formazione residenziale con utilizzo di videoconferenza	Entro fine 2023

Tabella 23: Iniziative di digitalizzazione e semplificazione in materia di formazione

SEZIONE 4

MONITORAGGIO

Il sistema di monitoraggio del PIAO è complesso e coinvolge attori differenti. Prendendo in esame le tre principali sezioni e le relative sottosezioni che compongono il documento, è possibile individuare i soggetti coinvolti in tale attività.

Il monitoraggio che i soggetti indicati devono svolgere interessa la corretta attuazione dei programmi, la tempistica di realizzazione e la valutazione dei risultati raggiunti rispetto al preventivato.

A tal fine, il soggetto responsabile può avvalersi di strumenti/ sistema di verifica e controllo già consolidati in ASL TO5.

Area del PIAO monitorata	Soggetto responsabile del monitoraggio	Strumenti disponibili per il monitoraggio
Valore pubblico	S.C. Risorse Umane – Affari Generali	<ul style="list-style-type: none"> • Accredитamento istituzionale • Certificazione ISO Centro di Formazione Aziendale • Report reclami e le indagini di customer satisfaction
Performance	Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) con il supporto della struttura tecnica S.C. Risorse Umane – Affari Generali	Sistema di misurazione e valutazione della performance
Rischi corruttivi e trasparenza	Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e trasparenza	<ul style="list-style-type: none"> • Audit interni • Obiettivi aziendali legati al ciclo della performance • Vigilanza dell'OIV
Organizzazione del lavoro agile	S.C. Risorse Umane – Affari Generali	POLA (in fase di elaborazione)
Piano triennale di fabbisogno del personale	S.C. Risorse Umane – Affari Generali	Indicazioni regionali

Tabella 24: Soggetti responsabili del monitoraggio

4.1 Monitoraggio della sottosezione 2.1 “Valore Pubblico”

Nell'introduzione della sottosezione 2.1 si è parlato di “valore pubblico” inteso come “livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders*”.

L'obiettivo che ci si pone in questa sezione è quello di determinare come le politiche e le pratiche operative dell'Azienda, possano migliorare nello stesso tempo le condizioni economiche e sociali e di salute della comunità in cui essa opera.

Al fine di valutare la capacità dell'organizzazione di creare un “valore pubblico condiviso” con cittadini e *stakeholders*, si fa riferimento alle verifiche condotte da soggetti esterni relativamente alla qualità dei servizi erogati dall'Azienda:

- l'accreditamento istituzionale;
- la certificazione ISO 9001 del Centro di Formazione Aziendale;
- l'analisi del report reclami e delle indagini di *customer satisfaction*.

Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie

La Regione Piemonte ha sviluppato nel tempo il processo dell'accreditamento, quale sistema di garanzie, di coerenza rispetto al fabbisogno della comunità, di adeguati livelli di sicurezza e qualità di erogazione delle prestazioni sanitarie, individuando requisiti delle strutture sanitarie e provvedendo periodicamente alla loro revisione e al loro aggiornamento. In relazione all'ulteriore sviluppo del processo di accreditamento istituzionale e in attuazione degli adempimenti LEA, della DGR 9-6021 del 28 giugno 2013, della DGR 32-2366 del 2 novembre 2015 e della D.D. 15 novembre 2017, n. 725 recante “*Aggiornamento del manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte ai requisiti previsti dal “Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento” all. A dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012*”, la Regione Piemonte ha individuato delle azioni propedeutiche alla visita di accreditamento, tra cui l'individuazione dei referenti aziendali e l'autovalutazione del possesso dei requisiti.

Il percorso di accreditamento prevede quindi una prima autovalutazione, sulla base dei requisiti e dell'evidenze inserite nel Manuale di Accreditamento, che è stata inviata al competente settore regionale a dicembre 2019 e che ha costituito la base per la verifica ispettiva prevista nel 2020.

L'ASL TO5 è stata sottoposta a visita ispettiva il 22 e 23 marzo 2022 da parte del personale individuato dall'Organismo Tecnicamente Accreditante (A.R.P.A. Piemonte). Quest'incontro, svoltosi in un clima di fattiva collaborazione, ha costituito, all'interno di un percorso di miglioramento continuo, l'occasione per valutare l'implementazione dei requisiti del Manuale di Accreditamento e per meglio comprendere quali potevano essere i punti di forza e di debolezza dell'Azienda.

La verifica si è conclusa positivamente con il riconoscimento dell'accreditamento istituzionale dell'Azienda da parte della Regione Piemonte.

La certificazione ISO 9001:2015 del Centro di Formazione Aziendale e della struttura complessa Approvvigionamenti e Logistica

Il forte impulso alla riorganizzazione delle aziende sanitarie, in un'ottica di gestione aziendalistica, razionalizzazione delle risorse, orientamento all'utente e garanzia della qualità si è concretizzato in un modello gestionale di riferimento, specifico per le aziende sanitarie, basato sullo Standard Internazionale ISO 9001.

Ogni organizzazione deve dotarsi di un efficace Sistema di Gestione della Qualità (SGQ), ovvero un sistema di gestione utile per guidare e tenere sotto controllo l'organizzazione con riferimento alla qualità e che traduca i principi cardine della ISO 9001, nella realtà del contesto, garantendo il rispetto dei requisiti legislativi nazionali e regionali (Sistemi di Accreditamento), integrando e coordinando le indicazioni cliniche delle società scientifiche (*good clinical practice*) e gli eventuali programmi di accreditamento professionale e di miglioramento della qualità. Attraverso un SGQ di questo tipo, l'Azienda va al di là degli obblighi di legge, costruendo un modello organizzativo ottimale, capace di raggiungere il fine ultimo di dare garanzia sul livello di qualità del servizio erogato all'utente finale.

L'ASL TO5 ha impegnato da sempre le proprie risorse per il continuo miglioramento dell'organizzazione e dei servizi offerti, portando avanti una costante azione di assimilazione dei concetti relativi alla gestione per la qualità soprattutto in ambito formativo e in quello dell'approvvigionamento e della logistica.

Negli ultimi anni sono state formulate strategie finalizzate a valorizzare, responsabilizzare e coinvolgere tutto il personale nell'elaborazione di piani formativi capaci di accrescere il patrimonio culturale dell'Azienda.

La *customer satisfaction* e il report reclami

L'ascolto costituisce un momento d'importanza strategica per l'Azienda, in quanto consente di seguire nel tempo l'evoluzione dei bisogni, delle attese e delle percezioni dei cittadini. Tale evoluzione è legata ai mutamenti socio-demografici ed epidemiologici della popolazione, all'introduzione di nuove tecnologie e all'accumulo di esperienze da parte della struttura erogatrice. La conoscenza, l'analisi e il monitoraggio nel tempo dei bisogni e delle aspettative dei vari segmenti di cittadini è fondamentale per mantenere l'organizzazione al passo coi tempi, attenta ai bisogni dei cittadini e della collettività. La normativa vigente prevede che le indagini sulla qualità percepita debbano essere svolte con riferimento a tutti gli *stakeholder* dell'organizzazione, con un'attenzione particolare al destinatario finale del servizio, ovvero al cittadino.

Per tale ragione, l'ASL TO5 s'impegna a:

- progettare e svolgere ricerche periodiche, almeno una volta l'anno, sulla qualità percepita dai cittadini rispetto ai servizi offerti;
- diffondere i risultati delle ricerche;
- definire strategie d'intervento e programmi di miglioramento;
- promuovere all'interno dell'organizzazione la cultura della misurazione e della valutazione della qualità dei servizi e del miglioramento continuo.

Dall'indagine di *customer satisfaction* "Vota la qualità!" e dalla gestione dei reclami, di cui abbiamo trattato nella sottosezione 2.1, verranno elaborati due report che, dopo la validazione del direttore della S.C. Risorse Umane – Affari Generali, verranno consegnati alla direzione generale e ai direttori delle strutture coinvolte.

I risultati saranno successivamente presentati ai cittadini tramite i media informativi, il sito aziendale, la rete degli URP e la Conferenza Aziendale di Partecipazione.

4.2. Monitoraggio della sottosezione 2.2 “Performance”

In applicazione delle linee guida regionali, del Decreto Legislativo n. 150/2009, e dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, l'ASL TO5 ha adottato, nel 2015, il proprio Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (approvato con la deliberazione del direttore generale n. 19 del 23/1/2015).

A seguito dell'emanazione delle Linee guida per la misurazione e valutazione della performance individuale da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica (linee guida n. 5 del dicembre 2019), redatte ai sensi del decreto legislativo n. 150/2009 e dell'art. 3, comma 1, del D.P.R. n. 105/2016, l'ASL TO5 ha poi ritenuto necessario l'aggiornamento del sistema in essere ed ha pertanto provveduto, con delibera del Direttore Generale n. 238 del 12/05/2020 ad approvare un nuovo Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è l'insieme delle tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione della performance, ossia del ciclo della performance di cui abbiamo trattato nel paragrafo 2.2.1.

Secondo quanto stabilito dall'art. 7 del D. Lgs. n. 150/2009 e come modificato dal D. Lgs. n. 74/2017: “le amministrazioni pubbliche valutano annualmente la performance organizzativa e individuale. A tal fine adottano e aggiornano annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance”.

La misurazione e la valutazione della performance sono finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'Azienda, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate per il loro perseguimento.

Descrizione generale del sistema

La performance in ASL TO5 è misurata a livello complessivo aziendale, rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), a livello di singola struttura (dipartimento, struttura complessa, semplice dipartimentale e semplice) e del singolo dipendente. La performance organizzativa e la performance individuale sono strettamente correlate tra loro in tutte le fasi del ciclo della performance: solo l'azione programmata e coordinata degli individui consente il raggiungimento di risultati organizzativi e, viceversa, la performance individuale dei direttori di struttura è integrata con quella organizzativa e concerne il contributo individuale ai risultati della gestione.

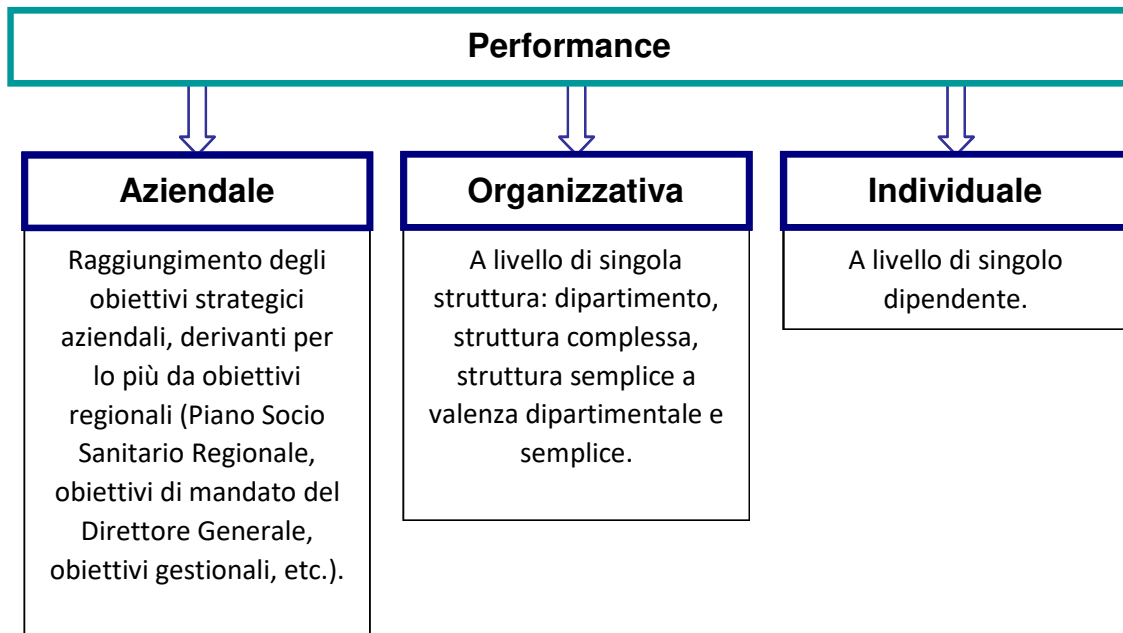


Figura 18: Sistema della performance

La definizione del SMVP spetta all'Organismo Indipendente di Valutazione, mentre l'adozione formale è di competenza dell'organo di indirizzo politico-amministrativo (Direzione Generale) che lo adotta con propria deliberazione.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione delle performance;
- le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e valutazione delle performance;
- le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance consente, quindi, di:

- definire meglio gli obiettivi;
- verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- gestire con maggiore efficienza le risorse e i processi organizzativi;
- aumentare le competenze professionali;
- rafforzare le responsabilità;
- promuovere il miglioramento continuo dei servizi resi ai cittadini.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance si compone di tre fondamentali elementi:

- gli indicatori, collegati agli obiettivi;
- specifici standard o target, che rappresentano i risultati che si intendono ottenere;
- struttura tecnica di supporto.

Gli indicatori

Gli indicatori sono l'elemento essenziale del SMVP e rappresentano lo strumento che rende possibile l'acquisizione di informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento di ciascun obiettivo. Ogni obiettivo è misurato sulla base di un indicatore che può essere di tipo qualitativo o quantitativo e deve avere delle specifiche caratteristiche.

Un indicatore deve essere:

- comprensibile;
- rilevante;
- confrontabile;
- realizzabile;
- affidabile.

Per ogni indicatore è definito uno specifico standard che consente di valutare il grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Gli standard

Lo standard è il risultato atteso che un soggetto si prefigge di ottenere rispetto ad un'attività o a un processo misurato attraverso un indicatore, entro uno specifico intervallo temporale.

Affinché sia utile, è necessario che lo standard sia:

- sfidante, ma raggiungibile;
- quantificabile e misurabile;
- accettato dal singolo o dal gruppo individuato per il suo raggiungimento.

Soggetti coinvolti

Secondo quanto previsto dall'art. 7 del Decreto Legislativo n. 150/2009 e s.m.i., la funzione di misurazione e valutazione della performance è svolta:

- dall'Organismo Indipendente di Valutazione, cui compete, la misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura nel suo complesso, nonché la proposta di valutazione annuale dei dirigenti di vertice;
- dai direttori di struttura e dai coordinatori (a seconda dei profili e di quanto stabilito dai regolamenti aziendali per la valutazione dei dirigenti e del comparto);
- dai cittadini o dagli altri utenti finali in rapporto alla qualità dei servizi resi dall'amministrazione, partecipando alla performance organizzativa dell'amministrazione.

Lo schema di seguito riportato riepiloga i soggetti coinvolti nella valutazione, con l'indicazione dell'area di competenza. A tale riguardo si rimanda ai regolamenti aziendali sulla valutazione degli operatori.

Valutati Valutatori	Performance aziendale	Performance organizzativa (individuale per i direttori di dipartimento e di struttura)				Performance individuale	
		Dipartimenti	Strutture complesse e semplici dipartimentali	Strutture semplici in staff alla direzione	Strutture semplici	Dirigenti	Comparto
Regione							
OIV		obiettivi prestazionali	obiettivi prestazionali	obiettivi prestazionali			
Direzione Generale		competenze organizzative		competenze organizzative			
Direttore di dipartimento			competenze organizzative				
Direttore di struttura					competenze organizzative e obiettivi prestazionali		
Di.PSA- Coordinatore							
Utenti							

Figura 19: Soggetti coinvolti nella valutazione, con l'indicazione dell'area di competenza

La Relazione annuale sulla performance

Ogni anno l'Azienda predispose un documento che attesta la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi presenti nel Piano della performance. Tale documento è denominato Relazione Annuale sulla Performance.

Le indicazioni per la stesura della Relazione sono contenute nelle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica; in queste si precisa che tale documento ha la finalità di essere:

- uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando il funzionamento del ciclo della performance;
- uno strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholders, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati.

La Relazione Annuale sulla Performance dell'ASL TO5 contiene l'indicazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'anno ed è lo strumento utile all'erogazione della retribuzione di risultato/produttività collettiva al personale dell'Azienda.

La Relazione Annuale sulla Performance è pubblicata entro il 30 giugno dell'anno successivo.

Il processo di misurazione e valutazione della performance individuale

Le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica del dicembre 2017 "Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance" sottolineano come, all'interno del processo di misurazione e valutazione della performance individuale, siano indispensabili i momenti di confronto tra valutato e valutatore nelle seguenti fasi:

<i>Programmazione</i>	I colloqui hanno lo scopo di assicurare la reale condivisione delle aspettative e dei traguardi da raggiungere e dei comportamenti attesi, dove la condivisione non deve essere necessariamente intesa come “accordo” ma, piuttosto, come una reciproca conoscenza degli elementi che sono oggetto di valutazione;
<i>Monitoraggio intermedio</i>	Il confronto favorisce il coordinamento organizzativo, permette di analizzare le motivazioni di eventuali scostamenti dalla performance attesa, consente il riallineamento a fronte di cambiamenti sostanziali del contesto di riferimento.
<i>Valutazione</i>	Quando il colloquio costituisce un momento di chiarificazione sulla prestazione del valutato, ma anche occasione di dialogo in cui valutatore e valutato individuano le modalità e le azioni di sviluppo organizzativo e professionale che consentano il futuro miglioramento della prestazione stessa.

Procedure di conciliazione (valutazione in seconda istanza)

La procedura della conciliazione, ai sensi dell'art. 7 comma 2-bis del D. Lgs. 150/2009 e s.m.i., opera a valle della conclusione del processo di valutazione, come strumento di garanzia per il valutato in ottica di prevenzione di eventuali contenziosi.

La procedura di conciliazione è fatta coincidere con la valutazione in seconda istanza e può essere attivata dal soggetto valutato che non concorda sulla correttezza metodologica della valutazione, o sul punteggio ottenuto.

Per avviare la valutazione in seconda istanza, il valutato deve farne esplicita richiesta sulla propria scheda di valutazione, indicandone le motivazioni.

Il ricorso alla valutazione in seconda istanza è disciplinato nei regolamenti aziendali, in particolare nel:

- “Regolamento sulla valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti area medico veterinaria, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa”, recepito con determinazione del Direttore Generale n. 953 del 31/07/2009;
- “Regolamento sulla valutazione delle prestazioni del personale del comparto” recepito con deliberazione del Direttore Generale n. 275 del 10/06/2013.

Il soggetto incaricato della seconda istanza è, a seconda dei casi, precisati nei citati regolamenti, l'Organismo Indipendente di Valutazione o il superiore gerarchico del valutatore.

Fasi, tempi e responsabilità

Nella tabella seguente sono delineate nel dettaglio tutte le fasi, con i relativi responsabili, del ciclo della performance: dalla designazione degli obiettivi alla loro valutazione.

Tempistica	Fase	Descrizione	Responsabile
Gennaio	Definizione degli indirizzi e delle priorità strategiche	Recepimento degli indirizzi provenienti dalla Regione e definizione delle linee strategiche aziendali.	Direzione generale.
Gennaio	Definizione degli obiettivi organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione delle strutture che hanno responsabilità di budget e/o di conseguimento di obiettivi di gestione. - Creazione delle schede di budget e obiettivi. - Negoziazione degli obiettivi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione generale. - Direttori di dipartimento. - Direttori di struttura complessa - Responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale. - Responsabili di struttura semplice in staff alla direzione generale.
Gennaio - febbraio	Negoziazione degli obiettivi e del budget con la direzione	Incontri con la direzione per la discussione degli obiettivi e del budget	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione generale. - Direttori di dipartimento. - Direttori di struttura complessa - Responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale. - Responsabili di struttura semplice in staff alla direzione generale.
31 gennaio (comunque non oltre il 31 marzo)	Piano annuale della performance	<ul style="list-style-type: none"> - Approvazione del Piano con adozione di specifica deliberazione per l'assegnazione degli obiettivi annuali ai direttori di dipartimento, ai direttori di struttura complessa, ai responsabili di struttura semplice dipartimentale e ai responsabili delle strutture semplici in staff alla direzione generale. - Presentazione all'OIV. - Pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente". 	Direzione generale.
Entro 30 giorni dall'adozione del Piano della performance	Monitoraggio sull'avvio del ciclo della performance	Trasmissione al Dipartimento della Funzione Pubblica dell'esito del controllo riguardante l'avvio del ciclo della performance.	Organismo Indipendente di Valutazione
Entro 30 aprile anno successivo	Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza, integrità dei controlli interni.	<ul style="list-style-type: none"> - Redazione della relazione con riferimento al ciclo della performance dell'anno precedente. - Invio della relazione alla direzione generale e al Dipartimento della funzione pubblica. - Pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente". 	Organismo Indipendente di Valutazione

Entro 30 giugno anno successivo	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	<ul style="list-style-type: none"> - Compilazione e raccolta delle schede di valutazione per i dirigenti gestionali e professionali. - Raccolta report attestanti il grado di partecipazione al raggiungimento degli obiettivi di struttura da parte del personale del comparto. 	Dirigente sovraordinato
31 gennaio (e comunque non oltre il 31 marzo)	Assegnazione obiettivi ai dirigenti e al personale del comparto titolare di posizione organizzativa o funzioni di coordinamento	Assegnazione e condivisione degli obiettivi. Tali obiettivi possono essere eventualmente integrati nel corso dell'anno. Sottoscrizione degli obiettivi con l'apposita scheda.	Direttori, Coordinatori infermieristici – tecnici, dirigente professioni sanitarie.
Entro 31 luglio anno successivo	Redazione e adozione della Relazione Annuale sulla Performance	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione relazione annuale sulla performance. - Adozione della relazione con deliberazione del direttore generale. - Trasmissione della relazione all'OIV. 	Direzione generale
Entro 15 settembre anno successivo	Validazione della Relazione sulla Performance	<ul style="list-style-type: none"> - Il documento di validazione viene trasmesso dall'O.I.V. alla Direzione Generale e, per conoscenza, all'A.N.A.C. e al Dipartimento della Funzione Pubblica. - Trasmissione, da parte della Direzione Generale, entro il 15 settembre, della Relazione Annuale sulla Performance e del documento di validazione, al Dipartimento della Funzione Pubblica, e all'Assessorato Regionale. - Pubblicazione della Relazione sulla performance e del relativo documento di validazione sul sito internet aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente". 	Organismo Indipendente di Valutazione
Dopo la validazione della Relazione sulla performance	Utilizzo dei sistemi premianti, secondo i criteri di valorizzazione del merito	Erogazione al personale dipendente del saldo della retribuzione di risultato/produttività, come da contratti integrativi aziendali, secondo le risultanze delle performance indicate nella delibera di valutazione raggiungimento obiettivi.	SC Risorse Umane - Affari generali
30 settembre	Monitoraggio intermedio degli obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta della documentazione prodotta dai direttori/responsabili a cura della struttura tecnica. - Valutazione a cura dell'OIV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Direttori/responsabili - Organismo Indipendente di Valutazione

Tabella 25: Riepilogo dei tempi e delle responsabilità in tema di assegnazione degli obiettivi e del conseguente monitoraggio

4.3 Monitoraggio della sottosezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza”

Il monitoraggio delle attività previste nella sottosezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza” si articola in tre momenti fondamentali:

1. monitoraggio e valutazione degli specifici obiettivi individuali relativi all'anticorruzione e trasparenza assegnati alle diverse strutture;
2. misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza poste in essere dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e all'Organismo Indipendente di Valutazione;
3. realizzazione di un sistema di controlli interni (audit).

Coordinamento con il ciclo della performance

Le misure per la prevenzione della corruzione e trasparenza rivestono un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale, in quanto sono individuati specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione del conguaglio annuale della retribuzione di risultato (performance organizzativa). Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza presenta apposita proposta alla Direzione, in tempo utile rispetto alla predisposizione del piano annuale degli obiettivi aziendali da assegnare ai direttori/responsabili di struttura. Il Responsabile elabora la proposta in modo che gli obiettivi da assegnare alle strutture siano strettamente correlati alle misure contenute nella sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO, ricalcandone adempimenti, compiti e responsabilità. La Direzione generale procederà all'assegnazione di specifici obiettivi individuali al Responsabile (performance individuale) in relazione agli adempimenti di sua competenza.

Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il RPCT provvede a:

- monitorare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Se rileva inadempienze di livello significativo, sollecita il Referente aziendale interessato a provvedere in merito, entro un termine concordato. In caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile segnala la circostanza alla Direzione aziendale, all'OIV e/o agli ulteriori organismi interessati;
- supportare l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
- predisporre ulteriori programmi operativi per ottemperare alle prescrizioni che risultano non ancora o non pienamente attuate;

All'OIV spetta invece il compito di verificare e attestare in sede aziendale l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza secondo gli indirizzi formulati dall'ANAC. Gli esiti della verifica sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale. L'OIV tiene conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del programma ai fini della misurazione e valutazione delle performance.

Il sistema degli audit interni

L'introduzione di un sistema di controlli interni rappresenta uno strumento per rafforzare il sistema di prevenzione del rischio di corruzione.

La gestione del rischio non può prescindere da una valutazione specifica della struttura cui si riferisce e del suo contesto interno (quindi la struttura organizzativa dell'Ente, i ruoli, le responsabilità, le politiche, gli obiettivi e le strategie messe in atto per conseguirli, il capitale umano e le conoscenze in essere, i flussi informativi, ecc...).

La gestione del rischio deve essere quindi dinamica e rispondere in modo adeguato al cambiamento continuo: strumento idoneo a tale scopo è il monitoraggio e il riesame, al fine di far emergere eventualmente nuovi rischi o modificarne/eliminarne alcuni, nell'ottica di un miglioramento continuo.

L'approccio sopra delineato permette di cogliere così le interrelazioni presenti tra le diverse attività svolte e di integrare metodologie e strumenti diversi per un'efficace ed efficiente azione di controllo circa l'attuazione delle misure di contenimento dei rischi.

La procedura aziendale "Gestione degli audit interni per la verifica delle attività della prevenzione e della corruzione" approvata con delibera del Direttore Generale n. 150 del 27 febbraio 2018 segue i principi della norma UNI EN ISO 19011:2018 che fornisce le linee guida sull'attività di audit, sulla gestione dei programmi e sulla conduzione degli audit, applicabile in qualsiasi contesto (impresa pubblica o privata, gruppo o individuo singolo, ecc..).

Scopo della procedura è la definizione delle modalità di pianificazione e conduzione degli audit interni per il controllo delle misure di prevenzione della corruzione, nonché delle modalità di gestione della documentazione dei risultati degli audit medesimi, con l'obiettivo di valutare se il sistema di controllo delle misure di prevenzione della corruzione è conforme a quanto pianificato, attuato e mantenuto aggiornato.

Il tipo di controllo che viene effettuato non si configura come una "ispezione", ma come una raccolta di elementi che, evidenziando eventuali problematiche, costituiranno uno spunto di riflessione e approfondimento per il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, la Direzione Generale e per le Strutture coinvolte, con l'intento di un miglioramento continuo e di un superamento delle criticità.

Caratteristiche degli audit

Gli audit interni presentano le seguenti caratteristiche:

- sono pianificati e sistematici (tranne quelli straordinari);
- vengono eseguiti secondo modalità operative descritte nella suddetta procedura;
- sono svolti sulla base di liste di riscontro utilizzate come supporto per gestire le specifiche di ciascuna struttura e di audit;
- danno luogo a elementi di giudizio basati su evidenze oggettive;
- prendono in esame la conformità a procedure, prescrizioni e disposizioni specifiche;
- documentano i risultati;
- costituiscono un ciclo dinamico di miglioramento.

Individuazione degli auditor

Gli auditor verranno identificati:

- tra i componenti del Gruppo operativo a supporto del RPCT;

- tra il personale in possesso di una formazione specifica sulla metodologia dell'audit.

Per facilitare l'attività di verifica, gli auditor verranno affiancati da un referente, appositamente individuato dal Direttore/Responsabile della struttura interessata.

Potranno essere richiesti da parte del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza altre figure, sia interne che esterne all'Azienda, come esperti tecnici che affiancheranno il gruppo di audit nelle verifiche.

Il personale è individuato sulla base dei seguenti criteri:

- indipendenza nei confronti delle attività da verificare;
- competenza nelle attività di verifica.

Programmazione e pianificazione degli audit

Ogni anno la direzione generale approva il programma di audit per il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza in cui vengono individuati i processi da sottoporre a ispezione.

Gli audit si svolgono monitorando l'efficace e corretta gestione delle azioni di risposta ai rischi attivate in base alle priorità emerse. Saranno, pertanto, verificati i processi, i sistemi, le operazioni, le funzioni e le attività programmate per mitigare ed eliminare i rischi identificati, tenendo conto di possibili evoluzioni dello scenario di contesto e dell'ambiente organizzativo.

Il Programma annuale di audit è organizzato in base al valore del rischio.

Nella tabella seguente è riportata la percentuale di processi da sottoporre ad audit nel corso dell'anno:

Classificazione del rischio	Programmazione attività	% annuale di processi da sottoporre ad audit
rischio basso	azioni correttive da programmare a lungo termine	10% dei processi mappati
rischio medio	azioni correttive da programmare a medio termine	20% dei processi mappati
rischio alto	azioni correttive da programmare con urgenza	50% dei processi mappati

Tabella 26: Percentuali di processi da sottoporre ad audit

Tra i processi da sottoporre a valutazione almeno uno dovrà rientrare tra i processi di seguito elencati:

- reclutamento personale;
- conferimento incarichi di collaborazione;
- libera professione;
- affidamento di lavori, servizi e forniture;
- concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone giuridiche;
- sperimentazioni;
- liste d'attesa;
- attività ispettiva e sanzioni;

La programmazione annuale degli audit potrà subire variazioni in seguito a:

- segnalazioni al RPCT che necessitino di una verifica immediata;
- richieste da parte dei Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione;
- richieste da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- richieste da parte della direzione aziendale;
- richieste da parte dei direttori/responsabili di Struttura;
- criticità emerse durante l'anno.

Gli audit vengono programmati e pianificati in accordo:

- con il direttore/responsabile della Struttura da verificare;
- con gli auditor.

Successivamente all'approvazione del succitato programma l'RPCT nomina il Responsabile del Gruppo di Audit (RGA) e conferisce al gruppo di audit il mandato di verificare la conformità degli atti/processi alle norme e alle procedure utilizzate; sull'applicazione delle misure proposte nella sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO.

Nella flowchart seguente sono illustrate le modalità operative per la predisposizione del piano di audit.

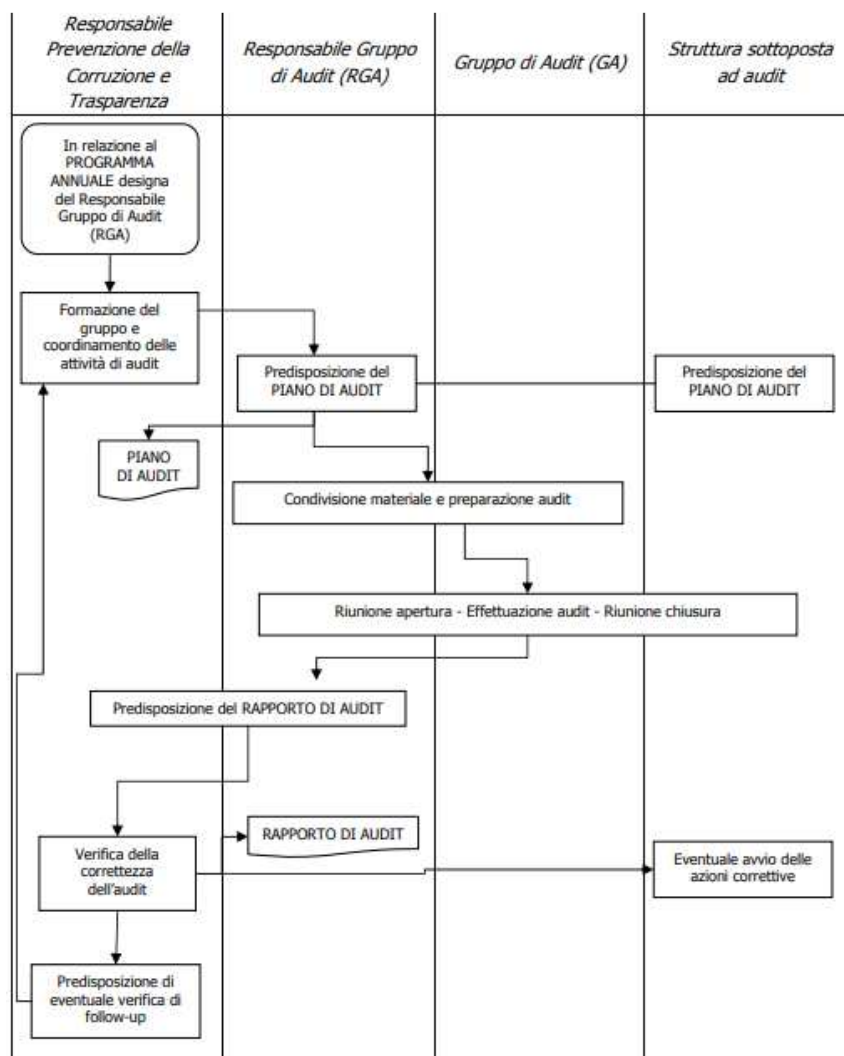


Figura 20: Modalità operative per la predisposizione del piano di audit

4.4 Monitoraggio del lavoro agile

Il monitoraggio circa il corretto svolgimento del lavoro agile sarà definito più dettagliatamente ed operativamente nel Regolamento, attualmente in fase di elaborazione. Secondo quanto previsto dagli artt. 76 e seg. del CCNL Comparto sanità 2/11/2022, all'interno dell'accordo individuale, stipulato per iscritto tra il dipendente interessato e il datore di lavoro, dovranno essere definite 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 e sullo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

4.5 Monitoraggio del Piano Triennale dei Fabbisogni

Il controllo del rispetto di quanto previsto nel Piano è costante e permanente. In ogni deliberazione di assunzione di nuovo personale va specificato a cura del direttore della struttura complessa Risorse umane – Affari generali che il posto che si va a coprire è previsto nel Piano dei fabbisogni. Inoltre, lo stesso Piano è soggetto all'approvazione preventiva della Regione Piemonte.

ALLEGATI