



**2023-2025**  
**Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**  
**A. S. L. TO3**

**Aggiornato a marzo 2023**



## Sommario

Premessa.....	2
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....	3
1.1 Contesto esterno .....	3
1.2 Contesto interno.....	6
1.3 Produzione aziendale.....	8
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE .....	11
2.1 Valore pubblico .....	11
2.1.1 Pilastro della sostenibilità economica .....	12
2.1.2 Pilastro della qualità clinica ed assistenziale .....	12
2.1.3 Pilastro dell'area organizzativa.....	18
2.1.4 Pilastro della promozione.....	26
2.2 Performance.....	27
2.2.1 Ciclo di gestione della performance .....	27
2.2.2 Albero della performance.....	28
2.2.3 Pianificazione triennale .....	29
2.2.4 Obiettivi strategici .....	32
2.2.5 Dalla performance organizzativa alla performance individuale.....	33
2.2.6 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	33
2.2.7 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale .....	44
2.2.8 Performance e programmazione economico finanziaria e di bilancio.....	44
2.2.9 Performance, prevenzione della corruzione e trasparenza .....	45
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza .....	46
1) e 2) La valutazione del contesto interno e esterno.....	46
3) Mappatura dei processi che espongono l'azienda a rischi corruttivi.....	53
4) L'identificazione e la valutazione del rischio corruttivo.....	56
5) La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio. ....	60
6) il monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure. ....	76
7) Programmazione dell'attuazione della Trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del Decreto Legislativo N. 33 del 2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato. ....	77
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	81
3.1 Organizzazione .....	81
3.2 Capitale umano.....	82
3.3 Fabbisogno del personale e formazione .....	84
3.4 Lavoro agile.....	85
Sezione 4. MONITORAGGIO .....	88

## Premessa

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione (PIAO) è stato introdotto all'articolo 6 del D.L. n. 80/2021, convertito in Legge n.113 del 6 agosto 2021.

Il D.L. contiene le “misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)” e il PIAO ne rappresenta un elemento cardine, in quanto strumento unico di programmazione e governance per le Amministrazioni Pubbliche, che comprende e sostituisce la numerosità di piani e adempimenti finora previsti, permettendo una lettura più organica e integrata dell’attività di pianificazione aziendale.

Il PIAO si pone dunque come strumento di massima semplificazione delle Pubblica Amministrazione sull’onda dei processi di modificazione introdotti dal PNRR.

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

La struttura e le modalità redazionali del PIAO sono stabilite dal Decreto Interministeriale 30.6.2022, secondo il quale il Piano è articolato in quattro sezioni principali, a loro volta suddivise in sottosezioni:

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

## SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale TO3 è stata costituita in Azienda con decreto del Presidente della Giunta Regionale del Piemonte n. 85 del 17/12/2007 con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale che sostituisce i rapporti giuridici attivi e passivi di qualunque genere, relativi alle funzioni e alle attività in precedenza riferite all'A.S.L. 5 di Collegno e all'A.S.L. 10 di Pinerolo; ad esse si è aggiunto il Distretto di Venaria dell'ex Asl 6 di Ciriè, ed è operativa dal 1° gennaio 2008. Da tale unione è nato un nuovo logo con richiamo a elementi grafici delle ex AA.SS.LL.

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

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

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

<b>Denominazione</b>	<b>Azienda Sanitaria Locale TO3 (A.S.L. TO3)</b>
<b>Sede legale</b>	Collegno, Via Martiri XXX Aprile, 30
<b>Direttore</b>	Franca Dall'Occo
<b>Popolazione</b>	572.455 abitanti
<b>Organizzazione</b>	Disciplinata <a href="#">dall'Atto Aziendale</a>

### 1.1 Contesto esterno

La A.S.L. TO3 comprende 109 Comuni, si estende su un territorio di 2.952 Km<sup>2</sup> pari al 12% della Regione Piemonte, attraverso le sue articolazioni organizzative, serve una popolazione totale di 572.455 abitanti, pari al 13,5% della popolazione regionale; il territorio è suddiviso in cinque distretti

Area Metropolitana Centro (5 Comuni): 141.701 (68.004 maschi e 73.697 femmine)

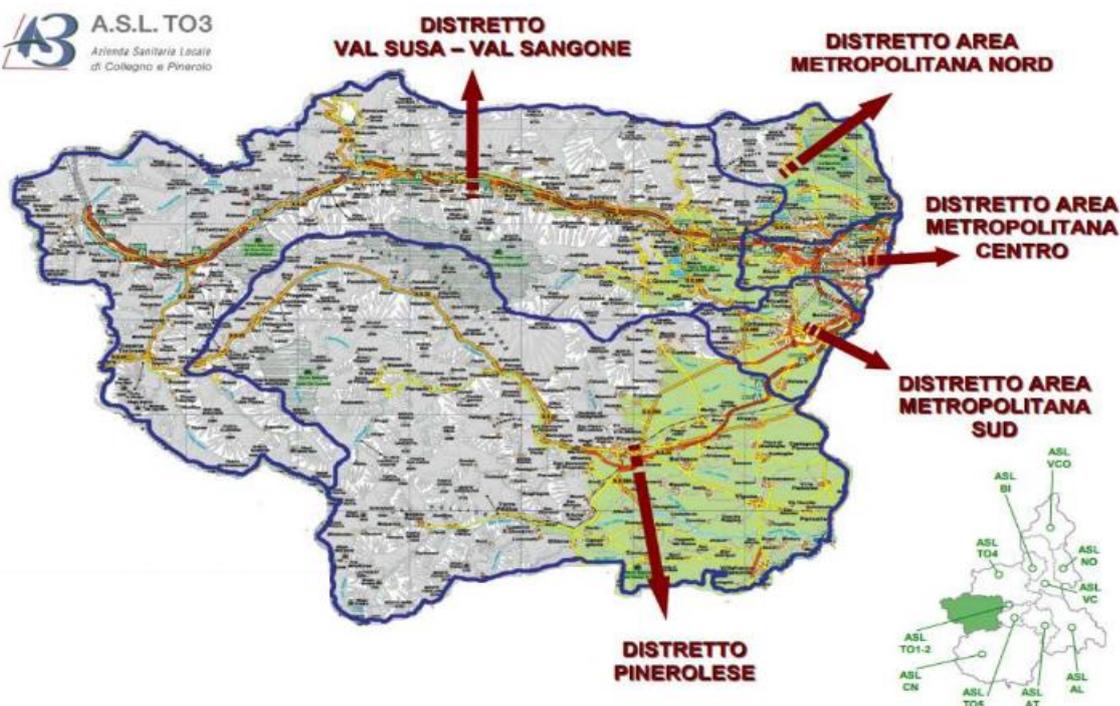
Area Metropolitana Nord (8 Comuni): 86.452 (42.312 maschi e 44.140 femmine)

Area Metropolitana Sud (6 Comuni): 95.777 (46.763 maschi e 49.014 femmine)

Val Susa e Val Sangone (43 Comuni): 116.468 (57.372 maschi e 59.096 femmine)

Distretto Pinerolese (47 Comuni): 132.057 (64.807 maschi, 67.250 femmine)

(fonte dati: ISTAT 1° gennaio 2022)



La rappresentazione percentuale per fasce di età della popolazione è 12,1% per il gruppo 0 – 14 anni, 37,9% per il gruppo 15-49 anni, 23,5% per il gruppo 50- 64 anni, 12,9% per il gruppo 65-74 anni e 13,6% per il gruppo maggiore o uguale di 75 anni.

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

Per quanto riguarda lo stato di salute della popolazione residente, la A.S.L. TO3 partecipa alla Sorveglianza P.A.S.S.I. (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che tramite interviste telefoniche alla popolazione adulta (18-69 anni), raccoglie informazioni sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali connessi alle malattie croniche non trasmissibili e ai programmi di prevenzione. I dati sono raccolti da operatori della A.S.L. TO3 e analizzati in modo anonimo dall'Istituto Superiore di Sanità che li pubblica su Epicentro - portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica ([www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)).

Dai dati emerge come la percentuale di sedentari rispetto al totale della popolazione adulta sia maggiore rispetto a quella dell'intero Piemonte, così come la percentuale di persone con eccesso ponderale e di bevitori a rischio:

INDICATORE	A.S.L. TO3	REGIONE PIEMONTE
<b>Livello di attività fisica: prevalenza di sedentari</b>	32,8%	29,0%
<b>Abitudine al fumo: prevalenza di fumatori</b>	11%	25,4 %
<b>Situazione nutrizionale: prevalenza di persone in eccesso ponderale (sovrappeso e obesi)</b>	39,14%	38,5 %
<b>Consumo di frutta e verdura: prevalenza di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day)</b>	7,9 %	12,3%
<b>Bevitori a rischio: prevalenza di bevitori a rischio</b>	25,6%	20,1%

*Sorveglianza PASSI 2017-2020. Principali indicatori dello stile di vita*

Per le cure primarie, la A.S.L. TO3 si avvale di 380 Medici di Medicina Generale, che assistono complessivamente una popolazione pari a 496.927 unità, e 55 Pediatri di Libera Scelta, che assistono complessivamente una popolazione pari a 58.014 unità (dati al 31/12/2021).

Nel territorio aziendale sono presenti diverse strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, dedicate a Neuropsichiatria, Recupero e Riabilitazione Funzionale, e Lungodegenza, eroganti prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali come risulta dal seguente prospetto. I posti letto complessivi sono circa 600.

STRUTTURE PRIVATO ACCREDITATO	DISTRETTO	PL	Fascia di accreditamento
<b>Casa di Cura Ville Augusta</b>	Area Metropolitana Sud	80	A
<b>Casa di Cura Villa Patrizia</b>	Area Metropolitana Sud	25	C
<b>Casa di Cura Villa Serena</b>	Area Metropolitana Sud	14 0	A
<b>Casa di Cura Madonna dei Boschi</b>	Val Susa – Val Sangone	55	A
<b>Casa di Cura Villa Papa Giovanni XXIII</b>	Area Metropolitana Nord	14 5	A
<b>Casa di Cura Villa Iris</b>	Area Metropolitana Nord	15 1	A
<b>TOTALE POSTI LETTO IN CONVENZIONE</b>		59 6	

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

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

- le strutture per assistenza anziani sono: 68 di tipo residenziale, per un totale di n. 3.556 posti letto, e 9 di tipo semiresidenziale;
- le strutture per assistenza psichiatrica sono 32 di tipo residenziale e 2 di tipo semiresidenziale;
- le strutture per assistenza disabili sono 46 di tipo residenziale (n. 464 posti letto autorizzati) e 17 di tipo semiresidenziale (centri diurni);
- le strutture per assistenza tossicodipendenti sono 5: 4 strutture per tossicodipendenti con 110 posti letto e 1 struttura per assistenza AIDS con 12 posti letto.

Per quanto concerne il territorio della A.S.L. TO3, la “Sanità” produce quindi un ampio giro di affari ed il settore sanitario è esposto a rischi specifici in ragione dell’entità delle risorse gestite e delle particolari dinamiche che si instaurano tra i professionisti, gli utenti e le ditte fornitrici, tra le attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario.

Nell’A.S.L. TO3 assume inoltre particolare importanza il patrimonio zootecnico, che in Piemonte è secondo per numerosità solo all’A.S.L. di Cuneo; infatti, sul territorio della A.S.L. TO3 sono presenti allevamenti e animali come dettagliati nella tabella che segue:

Specie allevamento	Numero allevamenti	Numero capi
BOVINI	1.546	98.964
OVINI e CAPRINI	1.637	34.127
SUINI	208	90.562
EQUIDI	1.546	4.478
LAGOMORFI (Conigli)	41	9.000 di età >30gg
AVICOLI (> di 250 capi)	26	432.719 capi per 52 gruppi anno
APICOLTURA	975 apicoltori con 2.926 apiari	21.000 Alveari/Nuclei
ITTICI	53 impianti	Capacità produttiva di circa 2.000 ql/anno
ELICICOLTURA	11 impianti	
CAMELIDI E CERVIDI	33 allevamenti	

Fonte dati “Sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute (<https://vetinfo.it>)” Portale delle Banche Dati Zootecniche: dati al 30/06/2022.

## 1.2 Contesto interno

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

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

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

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

- Rivoli;
- Pinerolo;
- Susa,

per un totale di circa 620 posti letto, suddivisi nella tabella in posti letto di ricovero ordinario e *day-hospital*.

<b>PRESIDIO</b>	<b>LETTI RO*</b>	<b>LETTI DH**</b>	<b>TOT</b>
<b>Presidio Ospedaliero "Ospedale Civile E. AGNELLI" PINEROLO</b>	226	19	245
<b>Presidio Ospedaliero "Ospedale degli Infermi" RIVOLI</b>	254	18	272
<b>Presidio Ospedaliero "Ospedale Civile" SUSA</b>	46	8	54
<b>Polo Sanitario di Venaria Reale</b>	30	1	31
<b>Presidio Sanitario Pomaretto</b>	18	0	18
<b>TOT posti letto A.S.L. TO3</b>	574	46	620
<b>Di cui letti NIDO</b>	23	0	23

\*RO= ricoveri ordinari

\*\*DH= day hospital

Posti letto suddivisi per ricovero ordinario – DH. Al totale sono da aggiungere 23 posti letto COVID-19 presso il PO di Rivoli. Dati aggiornati a dicembre 2022.

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

La A.S.L. TO3 ha organizzato l'assistenza territoriale attraverso la suddivisione in cinque ambiti, chiamati Distretti Sanitari. Tali strutture costituiscono il vero nodo dei percorsi assistenziali fra prevenzione, ospedale e territorio. Nello specifico, il rafforzamento dei distretti fa parte di un disegno nazionale che prevede il progressivo rafforzamento dell'assistenza territoriale, con un utilizzo più appropriato degli ospedali dedicati alla fase acuta della cura, l'istituzione di servizi "cuscinetto" in

grado di erogare un'assistenza medica locale di base evitando, se possibile, l'accesso improprio al pronto soccorso dei casi a medio-bassa gravità.

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

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

### 1.3 Produzione aziendale

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

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

Disciplina	2022
	Q.tà
ALLERGOLOGIA	1.540
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	18.794
ANESTESIA	2.174
ANGIOLOGIA	2.155
CARDIOLOGIA	43.559
CHIRURGIA GENERALE	26.655
CHIRURGIA PLASTICA	956
CHIRURGIA VASCOLARE	1.003
DERMATOLOGIA	6.572
EMATOLOGIA	11.793
EMODIALISI	327.247
ENDOCRINOLOGIA	65.211
GASTROENTEROLOGIA	16.396

GERIATRIA	3.425
MEDICINA GENERALE	7.132
NEFROLOGIA	6.997
NEUROLOGIA	30.483
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	32.284
OCULISTICA	31.052
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	17.702
ONCOLOGIA	23.609
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	26.942
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20.012
OTORINOLARINGOIATRIA	31.091
PEDIATRIA	5.885
PNEUMOLOGIA	9.220
PSICHIATRIA	77.732
RADIOLOGIA	89.570
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	99.607
REUMATOLOGIA	2.638
UROLOGIA	17.980
	<b>1.120.700</b>

*Prestazioni ambulatoriali, escluse le prestazioni di laboratorio. Dati aggiornati a Dicembre 2022*

Disciplina	2022
	<b>Q.tà</b>
LABORATORIO	<b>6.195.792</b>

*Volume delle prestazioni di laboratorio. Dati aggiornati a Dicembre 2022*

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

2022			
DISCIPLINA	PINEROLO	RIVOLI	SUSA
08 - CARDIOLOGIA	584	2868	
09 - CHIRURGIA GENERALE	1112	1419	490
26 - MEDICINA GENERALE	2014	2384	865
29 - NEFROLOGIA	236	479	
31 - NIDO	397	516	
32 - NEUROLOGIA	584	555	
34 - OCULISTICA	71		
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1288	826	489
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1042	1439	192
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	447	394	
39 - PEDIATRIA	283	285	
40 - PSICHIATRIA	336	318	
43 - UROLOGIA	337	751	18
49 - TERAPIA INTENSIVA	572	508	8
50 - UNITÀ CORONARICA	341	56	
56 - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	239		
62 - NEONATOLOGIA	250	296	
64 - ONCOLOGIA		37	
94 - SEMINTENSIVA	39	3	
<b>A.S.L. TO3</b>	<b>10172</b>	<b>13134</b>	<b>2062</b>

Posti letto A.S.L. TO3 - Ricoveri ordinari, DH, DS. Dati aggiornati a dicembre 2022.

Periodo di riferimento: Gennaio – Dicembre 2022				
INTERVENTI CLASSE DI RICOVERO PER COMPLESSITÀ 1, 2, 3				
	A	B	C	D
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	653	89	23	7
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo	1710	1176	571	64
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	679	754	381	98
<b>A.S.L. TO3</b>	<b>3042</b>	<b>2019</b>	<b>975</b>	<b>169</b>

Numero interventi programmati per classe di ricovero e di priorità. A (Ricovero entro 30 giorni) B (Ricovero entro 60 giorni) C (Ricovero entro 180 giorni) D (Ricovero senza attesa massima definita). Dati aggiornati a dicembre 2022.

## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

### 2.1 Valore pubblico

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

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

Nel caso di una Azienda Sanitaria, il Valore Pubblico è declinabile nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale del suo contesto di riferimento.

Per il raggiungimento di questo obiettivo, l'Azienda deve utilizzare in modo congruo le risorse che le vengono affidate, garantendo elevate performance in termini di efficienza ed efficacia, e mettendo in atto tutte le azioni necessarie per proteggersi dagli eventuali rischi (corruttivi, clinici).

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

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

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

Tali fattori sono basati su quattro fondamentali pilastri:

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



Figura 1. Il Valore Pubblico

### 2.1.1 Pilastro della sostenibilità economica

Gli obiettivi di efficienza e di contenimento dei costi sono trasversali a tutti i Centri di Responsabilità (Strutture Complesse e Strutture Semplici) e sono il pilastro portante per la realizzazione di tutti gli altri obiettivi. Essi mirano ad un efficientamento delle risorse che consenta un miglioramento del rapporto tra produzione e costi sostenuti. Un focus particolare viene posto sulla riduzione della spesa farmaceutica. Particolare attenzione viene inoltre posta all'implementazione di un sistema di contabilità analitica, che si prefigge di passare da un documento di base, dove vengono raffrontati i costi sostenuti rispetto ai ricavi conseguiti, ad uno più preciso e strutturato che tenga conto anche dei costi ribaltati per responsabilizzare le strutture anche su questo fattore e che consentirà il monitoraggio costante dell'andamento gestionale della Struttura.

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

**Indicatore di valore pubblico:** indicatori forniti dal sistema di contabilità analitica estratto da data warehouse aziendale.

### 2.1.2 Pilastro della qualità clinica ed assistenziale

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

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

L'erogazione dei servizi di qualità passa attraverso Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali, attenzione alla qualità degli esiti, attenzione al rischio clinico, attenzione alle attività preventive, contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, contrasto del sovraffollamento in pronto soccorso, governo delle liste d'attesa e attenzione alle disuguaglianze.

#### **I Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA)**

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

I PSDTA sono prodotti da gruppi di lavoro multidisciplinari, con il coinvolgimento anche dei rappresentanti dei pazienti. Nella definizione del Percorso, il gruppo di lavoro raccoglie tutte le informazioni sulle modalità aziendali di gestione della patologia e sulla condizione oggetto del

Percorso, ricerca la letteratura di riferimento nazionale ed internazionale e le esperienze di altre realtà sanitarie, costruisce il nuovo Percorso individuando le persone alle quali è rivolto, le fasi da trattare e gli indicatori necessari per monitorarne i risultati.

Nella A.S.L. TO3 sono pienamente attivi PDTA per le più frequenti patologie croniche (BPCO, Scompenso cardiaco, diabete mellito, patologie oncologiche).

Nel triennio 2023-2025 la A.S.L. TO3 ha come obiettivo quello di incrementare il numero di percorsi di salute diagnostici terapeutici assistenziali, al fine di facilitare ed efficientare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, e di garantire piena implementazione dei PDTA già attivati.

**Indicatori di valore pubblico:** analisi sistematica dei percorsi previsti dai PDTA specifici per patologia, schematizzazione dei processi attraverso flow chart, la fotografia dello stato dell'arte al T0 relativamente all'attuazione dei percorsi stessi con focus specifico rivolto al rispetto delle tempistiche ed all'erogazione dei servizi previsti (individuando qualora necessario ulteriori indicatori di qualità), analisi delle cause delle eventuali criticità e discrepanze dall'atteso riscontrate (inclusa l'inappropriatezza prescrittiva).

### **La qualità degli esiti**

L'attenzione della A.S.L. TO3 in merito agli esiti delle procedure sanitarie si concentra soprattutto sugli indicatori del Programma Nazionale Esiti individuati come prioritari dalla Regione Piemonte (D.G.R. 23 – 5653 del 19.09.2022) quali la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti, le tempistiche di esecuzione di PTCA, e l'intervento di riduzione della frattura di femore entro 48 ore dalla presa in carico dell'assistito; un attento monitoraggio di tutti gli indicatori del Piano Nazionale Esiti ha inoltre permesso di individuare particolari criticità che divengono quindi oggetto di attenzione per alcune selezionate strutture Aziendali. Oltre al Piano Nazionale Esiti, il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) permette di misurare, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza, che tutti i cittadini residenti nella A.S.L. TO3 ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Gli indicatori oggetto di particolare attenzione sono quelli indicati dalla Regione Piemonte (D.G.R. 23-5652 del 19/09/2022) e comprendono indicatori relativi alla sicurezza alimentare e alla attività veterinaria, alla promozione della salute, agli screening, alle cure domiciliari, alle cure psichiatriche e alle patologie oncologiche. Particolare importanza, tra gli indicatori di esito, riveste inoltre il ruolo della prevenzione (cfr. paragrafo successivo), intesa sia come promozione della salute e di corretti stili di vita, sia come prevenzione delle malattie cronico-degenerative e di quelle infettive, in un'ottica one health in cui la salute umana, animale e ambientale sono viste come un unico sistema strettamente interconnesso.

**Indicatori di valore pubblico:** indicatori previsti dal Programma Nazionale Esiti (<https://pne.agenas.it/>) e dal [Nuovo Sistema di Garanzia](#)

### **Il Rischio Clinico**

La segnalazione spontanea da parte degli operatori degli eventi avversi e/o dei quasi eventi mediante Incident Reporting (IR) è di fondamentale importanza ai fini della gestione del rischio in quanto rappresenta uno degli strumenti principali per l'identificazione dei rischi e dei pericoli insiti nell'organizzazione aziendale. L'IR rappresenta pertanto una delle fonti informative imprescindibili sia per avviare un processo di mappatura dei rischi e dei pericoli a livello aziendale che anche per l'attivazione dei processi di analisi, audit e valutazione degli stessi al fine di una corretta individuazione ed applicazione delle azioni correttive mirate alla loro mitigazione/eliminazione.

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

Per il triennio 2023-2025, l'obiettivo è quello di diffondere ulteriormente una "cultura della sicurezza delle cure" promuovendo attivamente la cultura della gestione del rischio clinico nei processi di cura ed assistenziali in area ospedaliera attraverso la creazione di un gruppo di professionisti esperti che possano diventare punto di riferimento per la gestione del rischio. Tale gruppo di esperti rappresenterà anche una comunità di pratica in grado di implementare l'adesione da parte degli operatori al sistema di IR per sviluppare ulteriormente la conoscenza dei rischi, attivi o latenti, che caratterizzano l'attività ospedaliera a diversi livelli, comportando il progressivo miglioramento delle azioni di sensibilizzazione degli operatori e di diffusione delle metodiche finora attuate a tale scopo.

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

- Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati;
- Sicurezza del processo trasfusionale;
- Surgical Safety Check List (SSCL) e sicurezza nel percorso chirurgico;
- Segnalazioni Eventi Sentinella (SIMES);
- Corretta identificazione del paziente.

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

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

### **Le attività di prevenzione**

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

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

Le strutture e le risorse dell'area della prevenzione operano in forte integrazione con i comuni e le reti sociali le quali influenzano fortemente i determinanti della salute di una popolazione (condizioni socio economiche, ambiti di vita, inquinamento, scuola, relazioni sociali) e con i servizi aziendali e interaziendali, anche secondo le direttive del Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per quanto riguarda gli screening oncologici per i tumori della mammella, cervice e colon retto, la A.S.L. TO3 per il 2022 risulta in linea con gli indicatori di attività monitorati dalla Regione Piemonte e con gli obiettivi di recupero delle liste d'attesa. Per il raggiungimento degli obiettivi si è ricorso nel 2022 all'aumento dei posti in agenda sia in attività ordinaria, sia in regime di prestazione aggiuntiva, adattando le risorse ai volumi di attività necessari valutati periodicamente.

È attivo per la popolazione residente anche lo screening per l'infezione da HCV per la coorte di nati tra il 1969 e il 1989, con chiamata attiva attraverso lettera o accesso diretto, con l'obiettivo di far emergere i casi non ancora diagnosticati nella popolazione e avviarli alla terapia di eradicazione del virus, prevenendo così lo sviluppo di problematiche importanti correlate all'infezione cronica, nonché riducendo la possibilità di contagio.

Rimane attiva l'attività legata al contenimento dell'emergenza COVID-19 quali vaccinazioni, tamponi, tracciamento dei contatti.

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

### **Indicatori di valore pubblico:**

Indicatori previsti dal Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 di Regione Piemonte;

Capacità di centri vaccinali e di programmi con MMG/PLS a livello aziendale per assicurare le coperture vaccinali previste (D.G.R. 23-5653 del 19.09.2022);

Presenza di strutture per accesso ai tamponi tutti i giorni compresi i giorni prefestivi e festivi (D.G.R. 23-5653 del 19.09.2022);

Numero di soggetti convocati per screening HCV sul totale dei soggetti da convocare secondo le indicazioni regionali. Alla luce della prevalenza riscontrata nel 2022 (circa 1 positivo ogni 1000 screenati) e ipotizzando per il 2023 un tasso di adesione del 20-22% rispetto alla popolazione di riferimento (circa 145.000 utenti al netto dei positivi noti) si ritiene di intercettare circa 30 positivi da avviare al percorso di cura idoneo all'eradicazione dell'infezione e alla prevenzione delle complicanze;

Per gli screening oncologici: Copertura inviti: N° persone invitate + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale. Copertura esami: N° persone sottoposte al test di screening, incluse le adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale.

### **Contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza**

L'impegno della A.S.L. TO3 nella qualità dell'assistenza comprende anche l'adozione di tutte le linee guida Nazionali e Internazionali sulle misure atte a contenere il fenomeno delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). A questo scopo è attivo all'interno dell'Azienda il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), un gruppo multidisciplinare di professionisti che si riunisce periodicamente per affrontare le tematiche relative al rischio infettivo sia all'interno dei Presidi Ospedalieri, sia delle strutture Distrettuali.

In accordo con le attività previste dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza, è attivo all'interno dell'Azienda il Gruppo di Lavoro aziendale sulla stewardship antibiotica che si occupa del monitoraggio dei microrganismi resistenti agli antibiotici, dei dati di consumo degli antibiotici stessi e dell'appropriatezza prescrittiva, mediante l'attuazione di audit periodici delle cartelle cliniche.

Sia l'antimicrobicoresistenza sia la prevenzione e il controllo delle ICA sono oggetto di interventi di formazione strutturati e accreditati ECM e di sopralluoghi periodici all'interno delle strutture di degenza al fine di incentivare l'adozione di comportamenti positivi e volti a ridurre il rischio di trasmissione di patologie infettive all'interno delle strutture sanitarie. La sensibilizzazione della popolazione sul rischio infettivo passa, invece, attraverso la produzione di opuscoli informativi e la promozione di momenti divulgativi in occasione delle giornate internazionali dell'igiene delle mani e dell'antimicrobicoresistenza.

L'attenzione dell'Azienda al contrasto delle Infezioni Correlate all'Assistenza si focalizza, per il prossimo triennio, sull'aggiornamento delle procedure esistenti a tema di igiene ospedaliera e di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA; sulla promozione di interventi di miglioramento dell'igiene delle mani e sulla attività di sorveglianza in accordo con le attività previste dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza.

**Indicatori di valore pubblico:** indicatori previsti dal [Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-resistenza](#)

### **Gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso**

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

Nel 2022 è stato deliberato dalla A.S.L. TO3 un piano di gestione del sovraffollamento (PGS), con l'obiettivo del contenimento dei tempi di permanenza in PS per tutti i pazienti. In particolare nel piano si definiscono i tempi standard a cui tendere come riportati nelle Linee di Indirizzo Nazionali su Triage-OBI-Sovraffollamento (Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2019) e della DGR Piemonte n.7-3088 del 16/04/2021. Si definiscono inoltre gli indicatori da monitorare per analizzare il fenomeno del sovraffollamento, al fine di implementare azioni correttive per ridurre il tempo di boarding in Pronto Soccorso e conseguentemente il sovraffollamento. Al piano di gestione del sovraffollamento sono seguiti report mensili a cura della S.C. Pianificazione Strategica. È inoltre in corso un aggiornamento del PGS come da indicazioni della DGR Piemonte n.23-6428 del 16.01.2023.

Nel triennio 2023-2025 la A.S.L. TO3 intende continuare e migliorare l'opera di contrasto al sovraffollamento in Pronto Soccorso tramite un attento monitoraggio del fenomeno e attraverso la valutazione quotidiana di specifici indicatori, la produzione di report mensili e l'attuazione di audit periodici, con conseguente implementazione di azioni correttive, grazie al coinvolgimento delle diverse Strutture coinvolte nel sovraffollamento, quali le Strutture Cliniche e Chirurgiche, la Medicina D'Urgenza, le Riabilitazioni e le Direzioni Mediche di Presidio. Pertanto l'obiettivo 2023 è quello di ridurre il boarding a livello aziendale con azioni mirate a livello del ricovero e della dimissione dei pazienti nelle strutture esterne.

**Indicatori di valore pubblico:** indicatori previsti dal PGS aziendale; indicatori previsti nella D.G.R. Piemonte n. 23-6428 del 16 gennaio 2023.

## **Governo delle Liste di Attesa**

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) è finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, e si realizza rispettando i criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza nella condivisione delle informazioni ai cittadini sui loro diritti e doveri.

È ampiamente dimostrato che il metodo dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso il solo incremento dell'offerta non sia efficace, dato che la domanda cresce proporzionalmente rispetto all'offerta.

Un ruolo centrale è occupato dall'integrazione tra Medici di Medicina Generale e Medici erogatori delle prestazioni sanitarie: nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite è obbligatorio inserire l'indicazione di prima visita/controllo, il quesito diagnostico e la classe di priorità, che può essere Urgente, Breve, Differibile, Programmata (U, B, D, P).

L'Azienda intende apportare miglioramenti al sistema di gestione delle liste d'attesa in modo da renderlo sempre più efficiente; il sistema di monitoraggio costante della domanda e dell'offerta complessiva iniziato negli anni precedenti, consente di fornire, attraverso idonei strumenti di analisi, informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa, supportando l'attività di programmazione sanitaria e la comunicazione ai cittadini.

L'A.S.L. TO3 ha tra i propri obiettivi prioritari il recupero delle liste d'attesa e il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche erogate in Azienda. Questo obiettivo si inserisce in un quadro normativo regionale che promuove il recupero delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche non erogate a causa della pandemia da COVID-19. Nello specifico, la A.S.L. TO3 ha recepito la normativa regionale vigente di riferimento per il recupero liste di attesa.

Per raggiungere l'obiettivo prefissato, la Direzione Aziendale della A.S.L. TO3 nel 2022 ha implementato una serie di iniziative volte ad incrementare il numero di prestazioni svolte, oltre all'attività di monitoraggio mensile sulle prestazioni erogate, che coinvolge le Strutture di Pianificazione Strategica e Controllo di Gestione, le Direzioni Sanitarie e Amministrative Ospedaliere e Distrettuali, la Prevenzione Attiva, il Di.P.Sa. Come da indicazioni regionali, il termine di confronto è il 2019 così, sia nel 2021, sia nel 2022 l'obiettivo è stato quello del raggiungimento dei volumi di produzione registrati nel 2019.

La metodica che la A.S.L. TO3 ha istituzionalizzato per il controllo dei volumi di erogazione, la definizione e il monitoraggio delle azioni volte al recupero delle liste di attesa su Ricoveri e Prestazioni Ambulatoriali verrà mantenuta nel 2023. Tale analisi permette di evidenziare tempestivamente gli scostamenti rispetto ai volumi e ai tempi di attesa e di mettere in atto azioni di correzione. Risulta inoltre necessaria per migliorare gli accordi che saranno negoziati durante il 2023 con il privato accreditato in un'ottica di efficienza e gestione attenta delle risorse.

### **Indicatori di valore pubblico:**

Numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PNGLA eseguite rispetto al precedente anno in attività istituzionale e in attività aggiuntiva;

Numero di prestazioni chirurgiche monitorate dal PNGLA eseguite rispetto al precedente anno in attività istituzionale e in attività aggiuntiva;

Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche.

### **Attenzione alle disuguaglianze**

Nella programmazione dell'offerta, attenzione viene posta al rispetto dei principi di omogeneità ed equità distributiva dei servizi.

La struttura di epidemiologia della A.S.L. TO3 effettua periodiche analisi delle disuguaglianze di salute rispetto alle due principali dimensioni delle disparità: quella geografica, che descrive gli squilibri tra territori e contesti, e quella sociale, che descrive i divari tra chi ha di più e di meno (povertà di genere, etnica, educativa e materiale per gli individui e povertà di contesto delle aree).

Gli indicatori misurati sono i determinanti di salute, le malattie croniche, l'offerta di servizi, l'accesso ai servizi, gli esiti degli interventi sanitari, che sono stati utilizzati per la programmazione di nuovi servizi e il miglioramento di servizi già esistenti.

Nel contesto delle disuguaglianze di salute assume particolare importanza la Medicina di Genere, una dimensione interdisciplinare della medicina che studia l'influenza del sesso e del genere su fisiologia, fisiopatologia e patologia umana, vale a dire su come si instaurano le patologie, quali sono i sintomi, come si fa prevenzione, diagnosi e terapia negli uomini e nelle donne. Il concetto di Medicina di Genere nasce dall'idea che le differenze tra uomini e donne in termini di salute siano legate non solo alla loro caratterizzazione biologica e alla funzione riproduttiva, ma anche a fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali definiti dal termine "genere". L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il "genere" come il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso e come elemento portante per la promozione della salute. Le diversità nei generi si manifestano: nei comportamenti, nello stato di salute, nell'incidenza di molteplici patologie, croniche o infettive, nella tossicità ambientale e farmacologica, nelle patologie lavoro correlate, salute mentale e disabilità, nel ricorso ai servizi sanitari per prevenzione (screening e vaccinazioni), diagnosi, ricovero, medicina d'urgenza, uso di farmaci e dispositivi medici, nel vissuto di salute, atteggiamento nei confronti della malattia, percezione del dolore, etc.

Molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Uomini e donne possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci.

La Direzione Generale A.S.L. TO3 ha istituito all'interno dell'Azienda (deliberazione n. 373 del 08/04/2022) un gruppo di lavoro interdisciplinare, con l'obiettivo includere in tutte le aree una nuova "dimensione" basata sulle differenze di sesso e/o genere, non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici.

Il gruppo di lavoro sta completando una prima ricognizione delle attività svolte nella nostra azienda nell'ambito della MdG per il triennio 2019-2021.

### 2.1.3 Pilastro dell'area organizzativa

#### **Fascicolo sanitario elettronico**

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito." Tramite FSE, i professionisti sanitari e socio sanitari autorizzati possono esaminare le informazioni relative ai pazienti, indipendentemente dalla fonte che le ha prodotte (ASL, ospedali, MMG, PLS) se il paziente ne ha dato il consenso, ovvero nel pieno rispetto delle disposizioni in tema di privacy. Il cittadino può visualizzare e gestire il proprio "faldone virtuale della salute", fornendo il consenso all'accesso secondo le linee guida emesse dal Garante della Privacy nel 2009 e dal Ministero della Salute nel 2010 (e successive disposizioni di legge). Il FSE, di fatto, si pone le seguenti finalità:

- supportare il medico nei processi di cura e nel formulare la diagnosi rendendo disponibile la storia clinica del paziente;
- supportare il medico durante l'emergenza/urgenza fornendo ad un operatore sanitario le informazioni cliniche su di un paziente a lui sconosciuto
- favorire la continuità assistenziale favorendo l'integrazione delle diverse competenze professionali, l'interdisciplinarietà degli interventi e agevolando lo scambio di dati e documenti sanitari di un paziente fra strutture sanitarie differenti;
- supportare le attività amministrative correlate alla cura condividendo tra operatori sanitari informazioni amministrative quali ad esempio prescrizioni specialistiche e farmaceutiche;

- favorire un incremento dell'appropriatezza clinica della cura, una riduzione del rischio clinico, grazie ad una maggiore condivisione delle informazioni fra medici e strutture sanitarie, una riduzione delle inutili ripetizioni degli esami, dovuta ad una maggiore conoscenza da parte dei medici della storia clinica del paziente.

Obiettivo della A.S.L. TO3 per il triennio 2023-2025 è quello di garantire una piena attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico ed un efficace utilizzo dello stesso da parte di cittadini e professionisti sanitari. Le iniziative avviate e da avviare sono finalizzate a migliorare le percentuali di copertura dei documenti firmati digitalmente rispetto ai dati provenienti dai flussi consolidati regionali. In particolare per le Lettere di Dimissione Ospedaliere e verbali di PS:

- Adeguato monitoraggio interno aziendale rispetto al sistema di calcolo regionale;
- Invio di report di dettaglio alle direzioni mediche di presidio per l'analisi dei documenti non emessi digitalmente rispetto ai flussi consolidati;
- Consegna di un manuale di istruzioni per il recupero dei documenti non emessi correttamente.

**Indicatori di valore pubblico:** numero di documenti (Lettere di Dimissione Ospedaliere, Verbali di Pronto Soccorso, Referti di Specialistica Ambulatoriale, Referti di Esami Strumentali) firmati digitalmente ed inviati al Fascicolo Sanitario, rispetto al totale delle prestazioni prodotte.

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

Il termine innovazione assume sempre di più il significato di sviluppo e miglioramento derivanti dall'avanzamento scientifico. In questa prospettiva si afferma l'idea che la conoscenza scientifica sia di per sé stessa fattore di salute, sicurezza e comfort. La A.S.L. TO3 ha deciso di investire in modo significativo sulla ricerca clinica e sull'analisi dei processi. Il Lean thinking è una metodologia di management che ha come obiettivo l'abbattimento degli sprechi, per creare processi standardizzati associati a bassi costi, grazie al contributo delle persone che ne fanno parte. Alla base della filosofia Lean thinking c'è la centralità del cliente, (nel contesto sanitario il paziente), la ricerca degli sprechi e la responsabilizzazione delle risorse umane aziendali per creare valore aggiunto. Concettualmente il Lean management nasce con il Toyota production System, un sistema manageriale e di produzione industriale, ed ha avuto origine al fine fronteggiare le condizioni negative in cui si trovava l'economia giapponese negli anni '50. Tali condizioni hanno determinato le basi per un modello gestionale caratterizzato da una attenzione maniacale ad evitare ogni tipo di spreco delle risorse: tempo, persone, materiali, spazio, trasporti. Considerando i notevoli costi operativi, vi è un forte interesse nel massimizzare l'efficienza della sala operatoria. Oltre al risparmio economico, il miglioramento dell'efficienza della sala operatoria può avere diversi benefici, tra cui il miglioramento della sicurezza dei pazienti, l'aumento della produttività della sala operatoria e il miglioramento della soddisfazione dei pazienti, dei chirurghi e del personale. Il processo che porta il paziente ad un'operazione chirurgica comporta una serie di passaggi e procedure su cui la metodica Lean può intervenire in modo efficace. In questo senso, numerosi studi hanno applicato il Lean thinking nel contesto di una sala operatoria, dimostrando come questa metodologia possa essere un efficace approccio per l'efficientamento di questo setting. È stato attivato un progetto di analisi di processo, *Lean-based*, in ambito chirurgico all'interno dei blocchi operatori. L'obiettivo del progetto è utilizzare la metodologia Lean nel contesto di uno o più blocchi operatori. Il progetto si propone infatti di affrontare la questione dell'efficientamento delle sale operatorie nei Presidi Ospedalieri di Pinerolo, Rivoli e Susa.

Gli obiettivi specifici del progetto risultano essere:

1. Entrare nel dettaglio del processo tramite un approccio LEAN 5G: recarsi sul posto, esaminare il processo, controllare fatti e numeri, riferirsi alla teoria, seguire gli standard.
2. Verificare l'attendibilità dei dati inseriti sui sistemi informativi aziendali ed intraprendere azioni di miglioramento in ottica di digitalizzazione del processo.
3. Analizzare la pianificazione delle sedute verificando orari di inizio e fine sedute con numero di interventi pianificati vs eseguiti;

4. Evidenziare all'interno del processo gli sprechi e intraprendere azioni di miglioramento;
5. Definire di un set di indicatori di riferimento per il monitoraggio e il miglioramento continuo delle sale operatorie.

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

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

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

Nell'anno 2023 saranno aggiornati o implementati protocolli aziendali atti all'efficientamento dei processi delle sale operatorie.

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

La tipologia di settore, alto spendente, che coinvolge risorse interne ed esterne all'Azienda, sottoposta a numerosi vincoli di tipo normativo, richiede particolare attenzione. La spesa è concentrata in alcune categorie di dispositivi (prodotti per l'assorbimento, alimenti per celiaci, protesi acustiche) e l'iter che va dalla richiesta all'erogazione passa attraverso più figure professionali: il Medico Prescrittore, il Medico autorizzatore, il personale Amministrativo cui è demandato il governo delle pratiche di assistenza, relazione con il pubblico, aggiornamento dei Sistemi Informativi, i soggetti fornitori, comprese le farmacie convenzionate, il personale di magazzino che cura lo stoccaggio e il ritiro dei beni riutilizzabili, il ripristino, la sanificazione e lo smaltimento. Il processo è supportato da Sistemi Informativi tra loro integrati, che introducono un elemento di complessità per l'operatore. Nel 2022 è già stata effettuata una analisi dettagliata dei processi e delle criticità, per le quali sono state proposte azioni di miglioramento che verranno nel corso del 2023.

Le azioni che verranno attuate nel breve termine sono aumentare l'attenzione all'appropriatezza prescrittiva, anche tramite la formazione dei soggetti prescrittori, completare la digitalizzazione di tutti i processi, rivedere le procedure amministrative e sanitarie di autorizzazione anche migliorando gli accordi quadro per ottenere forniture dei dispositivi con prezzi concorrenziali, ottimizzare le quantità erogate e aumentare la percentuale di riutilizzo degli ausili, la razionalizzazione del processo

di acquisto. Secondo una prospettiva triennale, le azioni strutturali che si intendono realizzare sono l'inserimento di una risorsa con competenze tecniche utili alla valutazione dei preventivi e alla progettazione dei dispositivi di assistenza, la revisione dei sistemi Informativi, l'aumento della Distribuzione Diretta rispetto alla distribuzione tramite farmacie convenzionate, l'aggiornamento dei listini tramite gare di appalto.

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

## Telemedicina

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

La Regione Piemonte già a partire dal 2020 ha fornito indicazioni sulle Visite di Specialistica ambulatoriale erogabili in modalità tele visita (delibera n.6-1613 del 3 luglio 2020, "Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita)"). Facendo seguito alle indicazioni regionali, la A.S.L. TO3 ha implementato una serie di attività atte ad attivare e rendere pienamente efficienti prestazioni fornite in telemedicina. In particolare sono stati organizzati un corso di Formazione sul Campo: "Le possibilità di sviluppo organizzativo date dalla telemedicina: dalla teoria alla pratica" ed incontri di audit realizzati nel 2022 presso le Strutture per discutere le potenzialità e gli ostacoli specifici (tecnologici/ tecnici/ amministrativi/ clinici). Sulla base di quanto emerso durante il corso e negli audit, si sta procedendo alla pianificazione delle attività da implementare per consentire lo sviluppo e la redazione del Piano di Telemedicina Aziendale 2023-24.

L'attività di Audit ha fornito elementi utili a favorire una significativa diffusione dell'erogazione in telemedicina da parte delle diverse strutture aziendali: tutte le SS.CC. coinvolte hanno dimostrato interesse e disponibilità a continuare a fare Telemedicina anche dopo la fine dell'emergenza COVID-19, accettando – in molti casi – un incremento degli obiettivi in termini di prestazioni erogate. È inoltre emerso un potenziale di interesse verso i teleconsulti specialistici fra professionisti, che potrebbero aumentare considerevolmente la quantità di prestazioni in Telemedicina.

Tutti condividono una visione di Telemedicina saldamente inserita all'interno di percorsi di diagnosi, terapia e cura, e la necessità di formalizzare questo nuovo approccio attraverso la definizione di protocolli chiari e condivisi a livello Aziendale.

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

- Ambientali, in quanto si riducono i trasferimenti;
- Risparmio di tempo per i pazienti e/o i caregiver, per i quali si riduce la necessità di richiedere permessi/ferie per assistere il paziente;
- Poter vedere il paziente nel suo ambiente quotidiano (utile specialmente per alcune branche, come la Neuropsichiatria Infantile e la Riabilitazione Funzionale).

Salvo pochissime eccezioni, i partecipanti all'Audit riconoscono un effettivo valore clinico alla Telemedicina, soprattutto nella misura in cui le televisite, i teleconsulti e il

telecontrollo/telemonitoraggio si inseriscono in percorsi formalizzati e validati (anche, se del caso, attraverso HTA).

Tutti i partecipanti all’Audit condividono il fatto che le visite di rinnovo dei Piani Terapeutici possano essere trasformate in televisite, ciò significa disporre di un potenziale di televisite annuali pari a parecchie migliaia.

Tra le iniziative di telemedicina, verrà implementato un servizio di radiologia di prossimità; molte prestazioni di radiologia convenzionale potranno essere eseguite a casa del paziente o in strutture territoriali di ricovero. L’utilizzo di apparecchiature radiologiche più performanti e più “leggere” dal punto di vista fisico, protezionistico e ambientale permette l’esecuzione delle radiografie nel luogo di vita del malato con un conseguente effetto “protettivo” rispetto alla comparsa di disturbi comportamentali e/o dolore e, quindi, indirettamente, concorre ad un miglioramento della qualità di vita dei pazienti; la qualità clinico-diagnostica dei radiogrammi eseguiti al domicilio è certamente comparabile a quella degli esami effettuati in ospedale e il rischio di esposizione è contenuto sia per gli operatori che per la popolazione in generale, i costi sono più bassi rispetto all’esecuzione dell’esame radiologico in ospedale; il gradimento dei pazienti, esplorato nelle varie dimensioni della qualità percepita, è altissimo; la relazione malato-professionista è molto favorita, con grande beneficio e soddisfazione di entrambe le parti.

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

L’A.S.L. TO3 partecipa come protagonista a progetti di ricerca per la realizzazione di supporti alla diagnosi, sia nell’ambito dell’imaging che in quello della patologia clinica, basati sull’intelligenza artificiale.

Nell’ottica di una progressiva sostituzione delle apparecchiature diagnostiche, è assolutamente necessario creare una cultura professionale congruente con le nuove tecniche diagnostiche. È prevista l’installazione, nei servizi di radiodiagnostica, di tool di intelligenza artificiale per l’ausilio alla diagnosi di fratture ossee e per la detenzione precoce di segni radiologici di polmonite dell’interstizio suggestiva per COVID 19.

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

### **Health Technology Assessment (HTA)**

Il HTA è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l’analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia, attraverso la valutazione di più dimensioni quali l’efficacia, la sicurezza, costi, l’impatto sociale-organizzativo (AGENAS). La S.C. Pianificazione Strategica e Monitoraggio delle Attività Sanitarie della A.S.L. TO3 presiede la Commissione Aziendale HTA. Nell’anno 2022 sono pervenute all’attenzione della sopraindicata Struttura numerose richieste meritevoli di valutazione.

La Commissione HTA, nel corso dell’anno 2022, è stata convocata e si è riunita per sei volte. Tutte le richieste pervenute nel corso dell’anno 2022 sono state prese in carico e vagliate dalla Struttura, per mezzo del Gruppo di lavoro HTA e, per quelle ritenute meritevoli, portate all’attenzione della suddetta Commissione per la loro valutazione.

Oltre alle pratiche sopra elencate la Struttura ha partecipato attivamente alla gestione della pratica trasmessa all’IRES Piemonte “Sistema per ablazione della fibrillazione atriale” e all’elaborazione,

per quanto di sua competenza, delle pratiche indirizzate alle altre strutture facenti parte del percorso costituito. Nello specifico sono state discusse in Commissione HTA n. 12 richieste per la Farmacia/Logistica, n. 5 per l'Ingegneria Clinica e n. 1 da inviare all'IRES Piemonte per una loro preventiva valutazione, nonché ulteriori richieste estemporanee e progetti portati avanti dalla Commissione stessa, tra cui:

- La predisposizione di un bando per la costituzione di un Albo di esperti dell'area sanitaria e socio sanitaria interni all'Azienda;
- La revisione del regolamento per l'accettazione di donazioni di beni e dei relativi moduli;
- La revisione dei moduli di richiesta per l'utilizzo dei fondi vincolati al D. Lgs. 81/08;
- Definizione della procedura per l'attivazione di un nuovo applicativo informatico da utilizzare per effettuare le richieste di HTA;
- Predisposizione e attuazione di diversi incontri formativi sulla procedura HTA aziendale rivolti ai vari Direttori e Responsabili delle Strutture aziendali.

Il lavoro della Commissione HTA aziendale proseguirà, come negli anni precedenti, con incontri e sedute programmate ogni due mesi. L'obiettivo è quello di costruire una cultura della appropriatezza nella acquisizione e implementazione delle tecnologie in ambito sanitario.

**Indicatori di valore pubblico:** numero di richieste HTA prese in carico sul totale delle richieste pervenute dalle strutture aziendali.

### **L'assistenza territoriale**

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

È necessario riorganizzare dunque i processi prevedendo maggiore integrazione tra ospedali e territorio al fine di soddisfare i bisogni emergenti. L'obiettivo è la presa in carico del paziente, tramite una medicina di iniziativa, più integrata e di più facile accesso. Il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) attiva numerose innovazioni nelle comunità locali, in particolare quelle del riordino dell'assistenza territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali) orienta a più sanità di iniziativa, più prossimità, più continuità nei percorsi di cura, più integrazione tra interventi sanitari e non sanitari, più efficienza gestionale, più partecipazione delle risorse ed energie della comunità.

Attraverso il PNRR, la Comunità Europea ha riconosciuto la necessità di avviare un significativo potenziamento della rete territoriale dell'offerta di servizi sociosanitari, nonché l'integrazione degli stessi, per facilitare e garantire la presa in carico dei cittadini con problemi di fragilità sociosanitaria che la pandemia per SARS-CoV-2 nelle diverse ondate sta manifestando; a tal fine ha stanziato ingenti fondi anche all'Italia, fondi che sono stati ripartiti tra le varie Regioni.

La riorganizzazione territoriale deve passare attraverso la realizzazione di un nuovo modello di erogazione dei servizi che valorizzi l'assistenza sanitaria e socio sanitaria territoriale, rafforzando le strutture ed i servizi di prossimità e i servizi assistenziali a domicilio, nonché sviluppando soluzioni tecnologiche e digitali a supporto della salute pubblica e dell'assistenza, per garantire a tutti i cittadini omogeneità di trattamento, indipendentemente dal loro contesto sociale, ovvero delle condizioni geomorfologiche del territorio in cui si trovano.

La A.S.L. TO3 ha quindi proposto alla Regione Piemonte, che ha validato la proposta, di realizzare sei Centrali Operative Territoriali (COT), 11 Case di Comunità e quattro Ospedali di Comunità, a potenziamento delle strutture già in essere, partendo dall'applicazione dei seguenti criteri:

- ambiti territoriali, in base all'attuale articolazione distrettuale;
- disponibilità di edifici pubblici di proprietà delle Aziende Sanitarie o di altri Enti Pubblici;

- possibilità di adattare le strutture esistenti con i finanziamenti previsti che sono pari a 2.500.000 euro per gli Ospedali di Comunità, 1.500.000 euro per le Case della Comunità e 150.000 euro per le Centrali Operative Territoriali (nel finanziamento sono compresi anche arredi e attrezzature);
- vincolo ad utilizzare i predetti finanziamenti per le opere di adeguamento entro il 2026;
- valorizzazione delle strutture attive come gli ex ospedali oggi classificati presidi sanitari territoriali;
- accessibilità da parte della cittadinanza che si integri con la rete degli ambulatori della medicina e pediatria territoriale e che anticipi un accesso inappropriato ai Pronto Soccorso;
- criteri oro-geografici;
- densità di popolazione afferente;
- evidenza di attività qualificanti già presenti (nuclei CAVS oggi elemento valorizzante degli ospedali di Comunità).

Di seguito si descrivono le principali caratteristiche delle articolazioni organizzative descritte nel PNRR.

### 1) **Centrali Operative Territoriali** (parametri di popolazione 1/distretto - 1/100.000 abitanti)

La Centrale Operativa Territoriale è uno strumento organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali, quali le attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie ed ospedaliere, nonché con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto, prevalentemente, ad operatori sanitari e socio-sanitari.

La collocazione delle Centrali Operative Territoriali è la seguente:

- nel Distretto Area Metropolitana Nord: a Venaria, presso il Presidio Via Don Sapino;
- nel Distretto Area Metropolitana Centro: a Collegno, presso il Presidio Villa Rosa;
- nel Distretto Area Metropolitana Sud: ad Orbassano, Strada Rivalta n. 46 (riallocazione di servizi);
- nel Distretto Val Susa e Val Sangone: ad Avigliana (ex presidio ospedaliero) e a Susa (in Corso Inghilterra);
- nel Distretto Pinerolese: a Pinerolo, presso il Presidio Ex Cottolengo (riallocazione di servizi).

### 2) **Case di Comunità** (parametri di popolazione 1/50.000 abitanti)

Le Case di Comunità si caratterizzano per essere:

- una struttura fisica in cui opera un'équipe multi professionale di MMG, PLS, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute, potendo ospitare anche assistenti sociali;
- un punto di riferimento continuativo per la popolazione ove, grazie alla necessaria infrastruttura informatica, opera un punto prelievi ed è presente strumentazione polispecialistica.

La collocazione delle Case di Comunità è la seguente:

- nel Distretto Area Metropolitana Nord: a Venaria (Via Silva) e ad Alpignano (Movicentro);
- nel Distretto Area Metropolitana Centro: a Rivoli (progetto in corso con Comune di Rivoli), a Grugliasco (Villa Gay) e a Collegno (Villa Rosa);
- nel Distretto Area Metropolitana Sud: ad Orbassano (poliambulatorio);
- nel Distretto Val Susa e Val Sangone: ad Avigliana (ex presidio ospedaliero) e a Susa (ala storica enucleata del P.O.);
- nel Distretto Pinerolese: a Vigone, a Cavour e a Torre Pellice.

### **3) Ospedali Di Comunità** (Standard 1 - nucleo di 20 posti letto, ideale a tendere di 0.40 posti letto ogni 1000 abitanti).

Gli Ospedali di Comunità sono:

- strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica;
- strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, con massimo 40 posti letto;
- struttura a gestione prevalentemente infermieristica.

Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità, alla luce delle risorse disponibili da PNRR il progetto aziendale prevede la conversione/ampliamento dei posti letto territoriali CAVS in 40 posti letto a Venaria, 40 a Pomaretto, 40 a Giaveno e 20 Torre Pellice, a fronte della attuale disponibilità di 16 posti letto CAVS a Pomaretto, 20 posti letto CAVS a Giaveno, 20 posti letto CAVS a Torre Pellice. Unitamente alla conversione dei posti letto CAVS, verranno convertiti nelle sedi di Venaria e Pomaretto i posti di area Ospedaliera attualmente occupati dalle Lungo Degenze.

La realizzazione di un nuovo setting assistenziale attraverso la rottura della barriera tra Lungodegenza e CAVS porterà molteplici vantaggi in termini di turnover dei posti letto attraverso una miglior gestione del ricovero in post acuzie.

Attraverso la regia della COT si svilupperà un incremento di dialogo tra gli operatori coinvolti, il bisogno di salute socioassistenziale potrà esser preso in carico dai professionisti non più in un sistema a "silos" ma in un sistema integrato. L'obiettivo della Missione 5 e della missione 6 del PNRR è proprio quello dell'integrazione e il modello previsto dall'azienda ne vede la realizzazione anche attraverso la presenza dell'ente gestore nella cabina di regia.

Quindi le COT prima (realizzazione 2023) e successivamente gli Ospedali con le Case di Comunità, costituiranno il "sistema sanitario territoriale" a governo della Cronicità, dell'inappropriatezza prescrittiva e a facilitazione dei percorsi e si auspica che tale impianto possa esser il collante atteso con il "sistema sanitario ospedaliero" e che al termine 2026 si riesca a produrre quella riconduzione ad "unico sistema sanitario".

**Indicatori di valore pubblico:** rispetto delle tempistiche per la realizzazione di COT, Case di Comunità e Ospedali di Comunità previsti dalla programmazione aziendale.

### **Efficientamento energetico**

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

- impianti di cogenerazione e trigenerazione (produzione combinata di elettricità, calore e acqua refrigerata a partire dalla stessa energia primaria): sono state effettuate valutazioni delle officine elettriche a servizio degli ospedali di Rivoli e Pinerolo anche con tutte le variabili economiche che determinano l'ammortamento dell'investimento;
- impianti fotovoltaici: sono stati implementati due impianti fotovoltaici nei poli sanitari di Orbassano e Venaria Reale. Tali installazioni coprono circa il 5% dei consumi degli edifici;
- illuminazione: sostituzione dei corpi illuminanti delle parti comuni degli ospedali e dei poliambulatori, con particolare attenzione alle aree più energivore, completa illuminazione con tecnologia LED, monitoraggio dei consumi attraverso controllori sui quadri di zona;
- building managing system: nell'Ospedale di Rivoli, e replicato in parte per i presidi di Pinerolo e Susa, prevede l'acquisizione costante dei consumi dei vettori energetici e la supervisione degli impianti degli edifici, oltre agli alert per la gestione dei guasti. - isolamento (sostituzione serramenti e cappotto integrale): sono state già effettuate simulazioni di riqualificazione degli involucri esterni degli edifici più energivori, gli ospedali di Rivoli e Pinerolo. Sono iniziati parziali attività in occasione della ristrutturazione di alcuni reparti, con l'obiettivo di riqualificare progressivamente le strutture ;
- informazione e formazione sulle buone pratiche di utilizzo razionale dell'energia.

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

#### 2.1.4 Pilastro della promozione

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

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

Lo scopo dell'attività della Comunicazione esterna è la valorizzazione del capitale rappresentato dalla Sanità pubblica. Il Sistema Sanitario Nazionale è un bene comune da tutelare anche diffondendo informazioni corrette e puntuali rispetto ai servizi esistenti, la modalità di accesso a quei servizi, le strategie di gestione e di sviluppo messe in campo e informazioni precise sui temi specifici della prevenzione della salute. Tutto ciò contribuisce alla creazione di una corretta "Cultura della Salute", con la partecipazione attiva degli specialisti e del personale ogni volta coinvolto sui diversi temi, che mette il suo tempo e la sua competenza anche al servizio di questa importante attività di divulgazione/informazione, contribuendo alla crescita sociale e all'indirizzo culturale del territorio.

Particolare importanza rivestono poi campagne informative di promozione della salute e brochure informative per l'accesso ai servizi dell'Azienda.

La sfida principale per la Comunicazione per il 2023 sarà quella di comunicare il PNRR sul territorio aziendale: comunicati stampa e interviste specifiche ad hoc per una trasformazione condivisa con gli amministratori locali e con la popolazione del territorio.

Attenzione dell'Azienda viene inoltre posta alla revisione dei programmi formativi per il personale aziendale, programmi che vengono adeguati alle esigenze del miglioramento organizzativo e del benessere aziendale. Per il triennio 2023-2025 sono previste attività formative per sensibilizzare gli operatori interni ed esterni all'azienda in merito ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali attivati, e percorsi formativi per sensibilizzare il personale in merito all'efficientamento dei processi organizzativi e clinici aziendali.

Nel pilastro della promozione è inclusa anche l'attività formativa, declinata nel paragrafo "3.3. fabbisogno del personale e formazione" della sezione 3 "organizzazione e capitale umano".

**Indicatori di valore pubblico:** numero di comunicati stampa prodotti rispetto al precedente anno; numero di post sui social media aziendali prodotti rispetto al precedente anno; attività formative previste nel 2023.

## 2.2 Performance

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

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

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

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

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

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

### 2.2.1 Ciclo di gestione della performance

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

- a) individuazione da parte della Direzione Generale delle aree strategiche, degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi; condivisione e assegnazione degli obiettivi operativi ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa, Semplice Dipartimentale e di Staff;
- b) verifica e validazione da parte dell’Organismo Indipendente di Valutazione;
- c) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- d) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- e) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale e utilizzo dei sistemi premianti;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

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

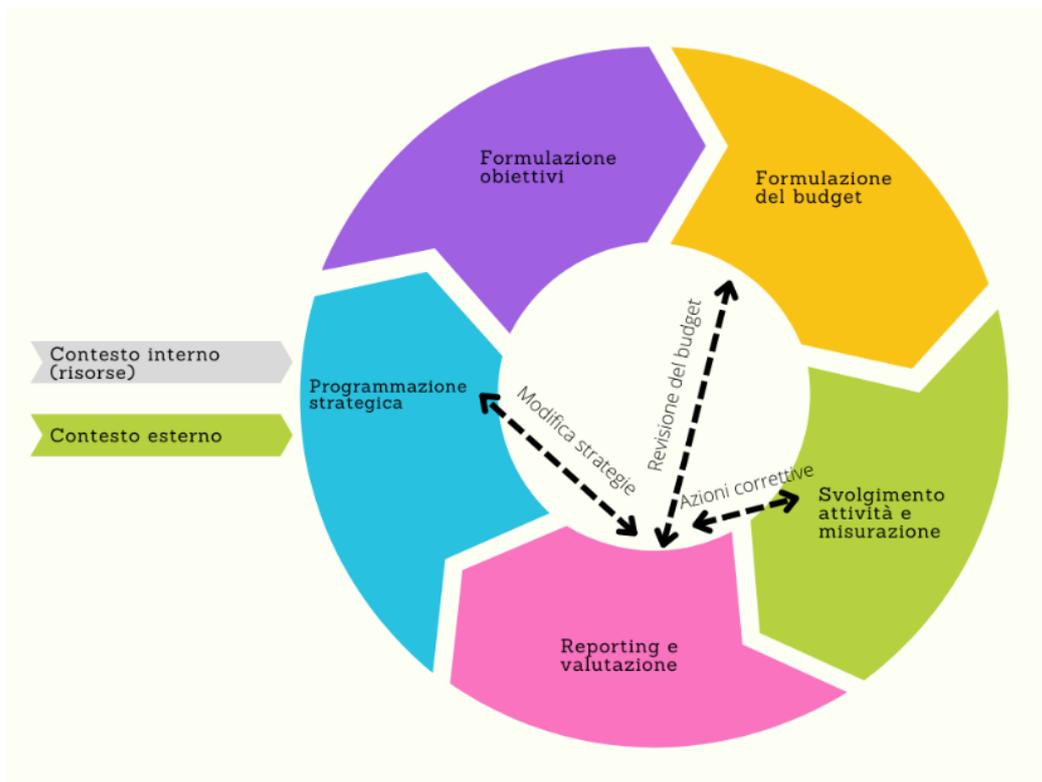


Figura 2 Il ciclo della performance

### 2.2.2 Albero della performance

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

Gli indirizzi strategici sono programmati e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo. Il punto di partenza è costituito dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale. Gli obiettivi generali individuati dall'Azienda per il triennio 2023-2025 sono di particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder ma nel rispetto delle risorse economiche disponibili. Tali obiettivi sono stati definiti in continuità con quelli già individuati negli anni pregressi e attualmente in corso di implementazione, tenendo conto dei risultati ottenuti, dei target e dei valori attesi, adeguandoli all'attuale contesto emergenziale.

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

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

obiettivo strategico può quindi essere declinato in uno o più obiettivi operativi, ognuno dei quali può a sua volta essere assegnato ad una o più strutture ed includere uno o più indicatori.

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

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

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

### 2.2.3 Pianificazione triennale

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

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

Si tratta, quindi, di realizzare una programmazione aziendale articolata su due livelli:

- uno in linea con le macro politiche sanitarie nazionali e regionali;
- l'altro con le proposte tecnico-operative provenienti dalle diverse Strutture e dai loro livelli di responsabilità;

L'Azienda, attraverso la pianificazione strategica, correla gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento.

Tale processo consente l'integrazione fra la Direzione Generale e tutte le articolazioni organizzative all'interno dell'Azienda.

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

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

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

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

Dal punto di vista del miglioramento della gestione finanziaria è obiettivo contrattuale dei nuovi Direttori Generali la tempestività del pagamento dei fornitori, come disciplinato dall'art. 1, comma 865 della legge n. 145/2018 (Legge di bilancio 2019).

Partendo dalle aree strategiche individuate vengono declinati gli obiettivi strategici e da questi gli obiettivi operativi da assegnare alle varie strutture.

Per ogni obiettivo operativo dovranno essere specificati: l'indicatore, il valore atteso, il peso e, dove necessario, le modalità di calcolo della percentuale di raggiungimento.

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

- **Comprensibile:** dovrà essere chiaro, contestualizzato, concreto, intelligibile.
- **Misurabile:** l'obiettivo deve tradursi in un numero o in un valore atteso oggettivabile.
- **Accessibile:** le risorse umane impegnate devono essere messe nelle condizioni operative di raggiungere il risultato, deve essere misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario.
- **Realistico:** deve essere frutto di una riflessione ponderata che accerti i reali presupposti di fattibilità.
- **Temporale:** ogni obiettivo ha un suo tempo di realizzazione.
- **Confrontabile:** comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o rispetto ad organizzazioni simile e attività standard.
- **Affidabile:** deve poter rappresentare e misurare un fenomeno.

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

- **Ambizioso** ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale, l'adeguatezza dei processi.
- **Quantificabile** e misurabile attraverso l'utilizzo di indicatori.
- **Supportato** da parte dei vertici organizzativi
- **Accettato** dall'individuo/gruppo incaricato di raggiungerlo.

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

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

Fase	Soggetti coinvolti	Atti di riferimento
<b>Definizione e identificazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Generale</li> <li>- S.C. Pianificazione strategica e monitoraggio attività sanitarie</li> <li>- Responsabili delle Strutture O.I.V.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piano Annuale della Performance</li> <li>- Delibera Annuale di Assegnazione Obiettivi Aziendali ai Responsabili di Struttura</li> </ul>
<b>Assegnazione degli obiettivi alle Strutture</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S.C. Personale e gestione delle risorse umane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schede di assegnazione degli obiettivi alle Strutture</li> </ul>
<b>Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S.C. Risorse finanziarie</li> <li>- S.C. Pianificazione strategica e monitoraggio attività sanitarie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento di assegnazione delle risorse (comunicazione, scheda di budget, etc.)</li> </ul>
<b>Assegnazione e condivisione degli obiettivi da parte dei Responsabili delle Strutture al personale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabili delle Strutture Aziendali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbale della conferenza di servizi o analogo documento che dia evidenza di condivisione con il personale coinvolto</li> </ul>
<b>Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabili delle S.C.</li> <li>- S.C. Risorse finanziarie</li> <li>- S.C. Pianificazione strategica e monitoraggio attività sanitarie</li> <li>- S.S. Controllo di gestione</li> <li>- O.I.V.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report</li> <li>- Relazioni</li> </ul>
<b>Misurazione e valutazione annuale del raggiungimento degli obiettivi di struttura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo (in prima istanza), con supporto di S.C. Pianificazione strategica e monitoraggio attività sanitarie, S.C. Risorse finanziarie, S.S. Controllo di gestione, O.I.V. (in seconda istanza)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbale dell'O.I.V.</li> </ul>
<b>Misurazione e valutazione annuale della performance aziendale e rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O.I.V. con supporto di S.C. Pianificazione strategica e monitoraggio attività sanitarie, S.S. Controllo di gestione, S.C. Risorse finanziarie, S.C. Personale e gestione delle risorse umane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relazione annuale sul raggiungimento degli obiettivi assegnati alla A.S.L. TO3</li> </ul>
<b>Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S.C. Personale e gestione delle risorse umane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accordi aziendali in materia di premialità del Personale del Comparto, della Dirigenza Medico-Veterinaria e della Dirigenza del Ruolo Sanitario, Professionale, Tecnico ed Amministrativo</li> </ul>

Questo consente la verifica interna ed esterna della “qualità” del sistema di **obiettivi** e del livello di coerenza con i requisiti metodologici che devono caratterizzare gli obiettivi. L’articolo 5, comma 2, del D. Lgs n.150/2009 richiede, infatti che gli obiettivi siano:

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

#### 2.2.4 Obiettivi strategici

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

Come indicato nella medesima sezione, le aree strategiche (pilastri) individuate per il triennio 2023-2025 sono classificabili area organizzativa, qualitativa, economica e di promozione, che corrispondono a macro obiettivi che l’azienda intende perseguire.

**Pilastro della sostenibilità economica**, che prevede un incremento della qualità e della quantità dei servizi erogati a parità di risorse economiche, con focus sulla riduzione della spesa farmaceutica, sui settori altospendenti, quali quello dei dispositivi medici e dell’attività chirurgica, sulla riduzione della mobilità passiva e sull’implementazione di un sistema di contabilità analitica che si prefigge di implementare un documento strutturato che tenga conto anche dei costi ribaltati, per responsabilizzare le strutture su questo fronte.

**Pilastro dell’area organizzativa**, che prevede obiettivi legati alla efficienza delle strutture organizzative aziendali, alla innovazione tecnologica e alla reingegnerizzazione dei processi, oltre che alla integrazione ospedale-territorio, quali la piena implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l’implementazione di percorsi LEAN per sale operatorie e attività integrativa e protesica, l’attività di telemedicina, la Health Technology Assessment (HTA), e la riorganizzazione della assistenza territoriale.

**Pilastro della qualità clinica ed assistenziale**, che prevede obiettivi legati alla qualità dei servizi sanitari erogati, quali la stesura e la piena implementazione di percorsi di salute diagnostico-terapeutico assistenziali (PSDTA), l’attività clinica legata ai parti cesarei, alla esecuzione di PTCA, alle fratture di femore operate entro 48 ore, l’attività di rischio clinico e incident reporting, le attività di prevenzione, il contrasto delle infezioni correlate all’assistenza, la gestione del sovraffollamento del pronto soccorso, il governo delle liste d’attesa e l’attenzione alle disuguaglianze.

**Pilastro dell’area della promozione**, che prevede attività legate ai programmi sulla trasparenza e anticorruzione, alla realizzazione di iniziative formative e informative, al marketing delle strutture e della attività dell’Azienda.

Il sistema di misurazione e valutazione della performance seguito attualmente dalla A.S.L. TO3 rispetta i principi ispiratori ed il dettato normativo del D.lgs. 150/2009 e della citata DGR25 - 6944 del 23/12/2013.

## **2.2.5 Dalla performance organizzativa alla performance individuale**

### **Il sistema premiante**

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

Il Sistema Premiante è l'ambito operativo dell'Azienda volto ad allineare il comportamento delle risorse umane alle aspettative dell'organizzazione, incentivando i comportamenti desiderati e disincentivando quelli non desiderati.

Tale sistema è considerato parte del più ampio sistema di gestione e sviluppo delle risorse umane.

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

Ne consegue la necessità di una stretta integrazione del sistema incentivante con il sistema di valutazione del personale e, più precisamente, con le componenti di quest'ultimo deputate alla valutazione delle prestazioni.

Nella A.S.L. TO3 si adotta la metodica nota come management by objectives (MbO), per cui l'integrazione viene estesa anche al sistema di pianificazione e controllo.

## **2.2.6 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

Sulla base degli obiettivi strategici, vengono declinati annualmente specifici obiettivi operativi, assegnati alle Strutture Organizzative Aziendali. Gli obiettivi operativi individuati nell'anno 2023, sulla base degli obiettivi strategici, comprendono le attività descritte nella tabella seguente:

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
<b>SOSTENIBILI LITÀ ECONOMICO – FINANZIARIA</b>	<i>Obiettivo di budget</i>	<i>Aumento del numero di prestazioni a parità di risorse</i>	<i>Riduzione rapporto costo-produzione</i>
	<i>Contenimento spesa e recupero crediti</i>	<i>Governo dei consumi per farmaci e nutrizione artificiale a domicilio</i>	<i>Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso il coinvolgimento dei soggetti prescrittori; sorveglianza e verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni ospedaliere di antibiotici J01 e delle nutrizioni artificiali a domicilio.</i>
		<i>Governo dei consumi per dispositivi medici</i>	<i>Affidabilità flussi informativi rispetto ai costi</i>
		<i>Revisione del regolamento recupero crediti</i>	<i>Adozione del nuovo regolamento</i>
	<i>Aumento della produzione e riduzione della mobilità passiva</i>	<i>Aumento della produzione e riduzione della mobilità passiva</i>	<i>Evidenza di riduzione della mobilità passiva per le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri maggiormente soggetti a mobilità passiva.</i>
	<i>Efficientamento patrimonio aziendale</i>	<i>Valorizzazione del patrimonio immobiliare aziendale e alienazioni</i>	<i>Vendita di immobili non più strumentali all'attività e concessioni a terzi</i>
		<i>Efficientamento e riallocazione parco auto</i>	<i>Riduzione dei costi e razionalizzazione uso</i>

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
<b>AREA ORGANIZZATIVA (crescita, innovazione, sviluppo)</b>	<i>Integrazione ospedale-territorio</i>	<i>Avvio della realizzazione di: CdC, OdC e COT</i>	<i>Evidenza di avvio dei progetti</i>
	<i>Innovazione tecnologica e reingegnerizzazione dei processi</i>	<i>Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero</i>	<i>Digitalizzazione delle strutture ospedaliere – DEA I e II</i>
		<i>Telemedicina</i>	<i>Incremento delle prestazioni ambulatoriali in telemedicina</i>
		<i>Definizione documenti gara d'appalto gestione e sviluppo del sistema informatico</i>	<i>chiusura contratto in essere, predisposizione e avvio nuovo contratto</i>
		<i>Fascicolo Sanitario Elettronico</i>	<i>Distribuzione strumenti di firma digitale, alimentazione dei documenti FSE</i>
		<i>HTA (Health Technology Assesment)</i>	<i>Valutazione multidisciplinare dell'impatto assistenziale, economico, etico e sociale delle tecnologie sanitarie di nuova introduzione o esistenti in azienda</i>
		<i>Sottoscrizione digitale degli atti interni o esterni</i>	<i>Creazione di registri di firma virtuali e con firma digitale idonea</i>
		<i>Digitalizzazione del Servizio Sociale</i>	<i>Formazione e sostegno all'utenza per l'accesso ai servizi da remoto</i>
		<i>Efficientamento energetico</i>	<i>impianti di cogenerazione e trigenerazione impianti fotovoltaici illuminazione building managing system isolamento termico</i>

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
<b>AREA ORGANIZZATIVA (crescita, innovazione, sviluppo)</b>	<i>Efficienza strutture organizzative aziendali</i>	<i>Efficientamento sale operatorie, integrativa e protesica</i>	<i>Applicazione sperimentale del protocollo LEAN</i>
		<i>Riorganizzazione del servizio di Provveditorato</i>	<i>Suddivisione in aree omogenee funzionali</i>
		<i>Implementazione della Struttura Semplice Dipartimentale Vigilanza</i>	<i>Adozione primo Regolamento di Funzionamento, formalizzazione procedure e termini dei procedimenti amministrativi.</i>
		<i>Standardizzazione delle procedure di gara</i>	<i>Evidenza delle azione intraprese</i>
		<i>Applicazione del regolamento incentivi tecnici</i>	<i>Evidenza delle azioni intraprese</i>
		<i>Nuovo applicativo AMCO. Operazioni contabili necessarie al passaggio sul nuovo applicativo</i>	<i>Adozione del nuovo applicativo AMCO</i>
		<i>Revisione del sistema di deleghe del datore di lavoro</i>	<i>Evidenza delle azioni intraprese</i>
	<i>Sicurezza sul lavoro</i>	<i>Valutazione rischio movimentazione pazienti e del rischio correlato ad ambienti di lavoro con nuova metodologia integrata</i>	<i>Relazioni di Valutazione del rischio e attuazione di misure idonee</i>
		<i>Procedure di evacuazione pazienti in caso di emergenza incendio</i>	<i>Esecuzione di 7 prove di evacuazione/anno</i>
		<i>Verifica corretta tenuta della documentazione nell'area Assistenza Domiciliare</i>	<i>Corrispondenza tra accessi MMG in cartella e portale ECW MED</i>

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
<b>QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE</b>	<i>Transizione post-emergenza</i>	<i>Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale, prestazioni chirurgiche, screening oncologici</i>	<i>N. prestazioni di ricovero prodotte in attività istituzionale nell'anno 2023 / N. prestazioni di ricovero prodotte in attività istituzionale nell'anno 2022)*100 ≥ 100 % Per lo screening Copertura inviti, copertura esami</i>
	<i>Rischio clinico</i>	<i>Promuovere attivamente la cultura della gestione del rischio clinico nei processi di cura ed assistenziali in area ospedaliera attraverso l'individuazione e la formazione di un gruppo di professionisti esperti che possano diventare punto di riferimento per la gestione del rischio costituendosi anche come comunità di pratica</i>	<i>1. Individuazione di un gruppo di professionisti sanitari da parte della Direzione Medica di Presidio e del SITRA, con ruolo di referenti per la gestione del rischio in ambito ospedaliero. 2 Attivazione di un percorso di formazione-ricerca-azione con definizione degli strumenti e delle metodologie utili per la mappatura, la valutazione e la gestione del rischio livello ospedaliero 3.Partecipazione al percorso formativo aziendale da parte dei professionisti selezionati entro il 31.12.2023</i>
		<i>Identificazione di una procedura finalizzata alla riduzione del rischio connesso con l'errata identificazione del paziente</i>	<i>1. Realizzazione di una istruzione operativa (IO) per la corretta identificazione del paziente 2. Condivisione della IO con Responsabili e Coordinatori Infermieristici delle SC, SS, SSD e servizi. 3. Formazione del Personale sulla corretta applicazione della IO</i>

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
<b>QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE</b>	<i>Rischio clinico</i>	<i>Identificazione di una procedura finalizzata alla riduzione del rischio connesso con l'errata identificazione del paziente</i>	<i>4. Dotazione presso tutti punti di identificazione (sportelli, ambulatori, aree di degenza, pronto soccorso, etc) di adeguati strumenti di supporto alla identificazione del paziente (lettori delle tessere sanitarie, stampanti e lettori di braccialetti con barcode o qr code)</i>
		<i>Monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali sul Rischio Clinico ed Implementazione delle segnalazioni di eventi su piattaforma aziendale</i>	<i>1. Implementazione dell'utilizzo della piattaforma aziendale check no risk a seguito della costituzione del gruppo ospedaliero dei referenti rischio clinico e della formazione a cascata presso le unità operative e servizi. 2. Numero di Audit clinici/RCA effettuati sul numero degli eventi sentinella segnalati = 100%</i>
	<i>Accessibilità ai servizi</i>	<i>Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding e del sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS)</i>	<i>Riduzione del tempo di permanenza in PS secondo le indicazioni della D.G.R n.23-6428 del 16 gennaio 2023</i>
<b>QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE</b>	<i>Qualità dei servizi erogati</i>	<i>Standardizzazione PSDTA e procedure aziendali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Malattia Renale Cronica (MRC)</i></li> <li>- <i>Demenze</i></li> <li>- <i>Parkinson in adempimento al Piano Nazionale di Prevenzione</i></li> <li>- <i>percorsi assistenziali standard in Day surgery e Week Surgery</i></li> <li>- <i>percorso chirurgico per adenocarcinoma della testa del pancreas</i></li> <li>- <i>procedure operative conizzazioni cervicali ambulatoriali in anestesia locale nel P.O. di Pinerolo</i></li> </ul>

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	
		<i>Trattamento del dolore</i>	- Attivazione percorso di radiofrequenza a scopo antalgico - Protocollo per l'utilizzo del Protossido per il trattamento del dolore procedurale nei pazienti pediatrici	
		<i>Istituzione di un Ambulatorio per il BRO (basso rischio ostetrico) gestito dal personale Ostetrico</i>	<i>Definizione e adozione procedura interna</i>	
		<i>Esiti di salute, processi clinici e sicurezza del paziente</i>	<i>Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e sorveglianza dell'Antimicrobicoresistenza</i>	<i>Monitoraggio uso gel idroalcolico / giornate di degenza, tasso di infezione sito chirurgico</i>
		<i>Appropriatezza nell'assistenza al parto</i>	<i>N parti con cesareo primario/ n parti con nessun pregresso cesareo %</i>	
<b>QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE</b>	<i>Esiti di salute, processi clinici e sicurezza del paziente</i>	<i>Area chirurgica: colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery, complicanze a 30 giorni.</i>	<i>Indicatori di riferimento Piano Nazionale Esiti (PNE)</i>	
		<i>Area osteo-muscolare: tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti &gt; 65 anni.</i>	<i>N ricoveri con diagnosi frattura di femore operati entro 48h dall'arrivo in PS/n pz ricoverati con diagnosi frattura di femore</i>	
		<i>Donazioni d'organo e di cornea : incremento</i>	<i>Indicatori come da DGR 23-5653 del 19/09/2022</i>	
		<i>Monitoraggio degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio LEA</i>	- indicatore H02Z <i>Proporzione di interventi per tumore maligno mammella eseguiti in reparti con volume superiore a 135 interventi annui</i> - indicatore D27Z: <i>Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche</i>	

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	
<b>QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE</b>		<i>Monitoraggio degli esiti del sistema GiViTI</i>	<i>Mortalità in reparti di terapia intensiva aggiustata per complessità, corretta compilazione del sistema Prosafe e mediana della durata della terapia antibiotica in pazienti non covid</i>	
	<i>Esiti di salute, processi clinici e sicurezza del paziente</i>	<i>Salute di genere</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apertura ambulatorio Prove Urodinamiche per disturbi della continenza femminile presso il PO di Susa</li> <li>- apertura ambulatorio senologico presso S.C. Ostetricia e Ginecologia di Pinerolo</li> <li>- percorsi individualizzati e facilitati per le donne affette da sclerosi multipla che manifestano disturbi della sfera sessuale</li> <li>- percorsi formativi per la popolazione transgender finalizzati all'acquisizione di abilità cognitive e sociali e a una miglior presa in carico</li> </ul>	
		<i>Riduzione mobilità passiva nel passaggio età infantile – adulta dei pazienti con patologia reumatica</i>	<i>Istituzione di un nuovo ambulatorio di patologia reumatologica di transizione</i>	
		<i>Riduzione della contenzione in psichiatria</i>	<i>Partecipazione al progetto nazionale 0 contenzioni dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) della A.S.L. TO3</i>	
		<i>Prevenzione</i>	<i>Sviluppo delle azioni previste nel Piano locale della prevenzione (PLP)</i>	<i>Percentuale di azioni sviluppate rispetto al totale delle azioni previste dai PP6-7-8; percentuale degli indicatori di programma e di processo dei PP6-7-8 che raggiungono lo standard atteso</i>
			<i>Implementazione programmi di screening HCV e SMA</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Chiamata attiva per lo screening HCV nella coorte 1989-69</i></li> <li><i>Offerta di screening per SMA a tutti i nuovi nati del punto nascita di Pinerolo</i></li> </ul>

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
<b>QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE</b>	Prevenzione	Contrasto alle dipendenze	- Attivazione degli interventi di sostegno legale nell'ambito del progetto a valenza regionale denominato "Sgarbuglio" rivolto a pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), alle loro famiglie  -proposta di adesione a progetti di screening onco-polmonare in collaborazione con l'Ospedale S. Luigi Gonzaga) ai soggetti con diagnosi di tabagismo (linkage to care)
		Contrasto al suicidio	Implementazione di due centri per il trattamento della depressione maggiore resistente (DMR) per una corretta selezione dei pazienti al trattamento con Esketamina
		Incremento attività ispettiva e verifiche periodiche obbligatorie delle strutture residenziali accreditate	Incremento del numero di sopralluoghi di attività ispettiva nelle strutture residenziali effettuati nell'anno 2022 e accertamento delle verifiche obbligatorie sugli impianti tecnici delle strutture residenziali autorizzate
		Attuazione del Piano di vigilanza in edilizia	Percentuale di cantieri vigilati rispetto al numero di cantieri da vigilare assegnato dalla programmazione regionale; percentuale di piani di lavoro per rimozione amianto esaminati sul totale dei piani pervenuti alla Struttura
<b>QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE</b>	Prevenzione	Raggiungimento obiettivi PRP e PRISA.	-Formulazione di proposte organizzative, complete della definizione del fabbisogno del personale e dei profili professionali necessari, finalizzate a garantire la piena attuazione di PRP e PRISA.

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo delle azioni specifiche previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2023 per la S.C. Sanità Animale - Area A</li> <li>- Effettuazione dei Controlli Ufficiali su allevamenti suini, finalizzati alla bio-sicurezza aziendale.</li> <li>- Effettuazione dei Controlli in campo riferiti alle predazioni da lupo denunciate sul territorio A.S.L. TO3</li> </ul>
<b>QUALITÀ CLINICA E ASSISTENZIALE</b>	Prevenzione	- Sicurezza alimentare: applicazione del Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare 2023 (PRISA 2023)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prevenzione delle patologie conseguenti al consumo di pesce crudo, attraverso interventi di vigilanza nei locali di ristorazione pubblica che producono e somministrano piatti a base di pesce crudo</li> <li>- fornire risposte rapide ai cittadini che presentano esposti e/o segnalazioni in materia di sicurezza alimentare</li> <li>- contrasto all'uso di anabolizzanti negli allevamenti e verifica dell'assenza di antimicrobici, antiparassitari e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale</li> <li>- controllo dei prodotti del settore lattiero-caseario e miglioramento dei parametri igienico-sanitari del latte crudo alla stalla;</li> <li>- verifica dell'uso di mangimi adeguati sotto il profilo igienico sanitario e correttezza dell'etichettatura.</li> </ul>

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
<b>PROMOZIONE</b> <b>LEGALITÀ FORMAZIONE COMUNICAZIONE</b>	<i>Legalità e anticorruzione</i>	<i>Incremento dei controlli sull'attività libero professionale effettuata dai dirigenti sanitari e dagli specialisti ambulatoriali negli spazi aziendali e presso gli studi privati.</i>	<i>Verifiche con cadenza trimestrale anziché semestrale e aumento della percentuale del personale verificato dal 20% al 25%; Verifica di tutti i professionisti che effettuano libera professione.</i>
		<i>Revisione del sistema delle deleghe del datore di lavoro in tema di sicurezza alla luce del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale.</i>	<i>Predisposizione nuova deliberazione con revisione dell'atto di delega e degli edifici aziendali; predisposizione e raccolta delle deleghe firmate; raccolta delle sub deleghe rilasciate dai datori di lavoro delegati; realizzazione di un archivio informatico in cui organizzare tutta la documentazione che sarà condiviso con la direzione generale e la S.S. Prevenzione Protezione e Sicurezza.</i>
<b>PROMOZIONE</b> <b>LEGALITÀ FORMAZIONE COMUNICAZIONE</b>	<i>Legalità e anticorruzione</i>	<i>Promozione della conoscenza delle norme in tema di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e finanziamento del terrorismo, con particolare attenzione alle attività legate al PNRR (obiettivo condiviso con S.C. Risorse Finanziarie)</i>	<i>1) Verifica organizzazione aziendale sulla tematica.2) Organizzazione incontri con direttori/dirigenti responsabili e gli operatori delle singole strutture</i>
		<i>Formazione</i>	<i>Organizzazione corsi in collaborazione con le strutture cliniche</i>

<b>PILASTRO</b>	<b>OBIETTIVI STRATEGICI</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>
			<i>consultazione, monitoraggio e cura da remoto</i> <i>Customer satisfaction e promozione dell'empowerment del paziente.</i>
	<i>Comunicazione</i>	<i>Miglioramento della comunicazione interna e esterna</i>	<i>-Incremento informazioni sul sito web A.S.L. TO3</i> <i>-Campagna informativa servizi on-line A.S.L. TO3</i> <i>-Incremento informazioni intranet aziendale</i> <i>-Realizzazione di pagina Web dedicata alla Struttura di Vigilanza sul Sito A.S.L. TO3</i>

### 2.2.7 Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

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

### 2.2.8 Performance e programmazione economico finanziaria e di bilancio

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

La performance è in stretta correlazione con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5 e art. 10. 150/2009), in modo da garantire il collegamento tra il sistema di obiettivi – le risorse effettivamente disponibili. Le politiche e le strategie aziendali vengono

declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budget. In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e, attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi. Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Generale con cadenza annuale, anche sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione.

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

### **2.2.9 Performance, prevenzione della corruzione e trasparenza**

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

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

Il Piano nazionale anticorruzione, ed in particolare la delibera Civit 6/2013, prescrive alle amministrazioni di procedere alla costruzione di un ciclo delle performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

Nel presente Piano, il PTPCT e il Piano della performance vengono integrati in un unico documento, fornendo così una ancora più stretta sinergia tra performance, prevenzione delle attività corruttive e trasparenza.

In particolare, si prevede che costituiscano obiettivi strategici della prevenzione della corruzione e della trasparenza:

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

## 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

### 1) e 2) La valutazione del contesto interno e esterno.

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

#### **La corruzione e l'illegalità in Italia e in Piemonte**

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

In data 9 dicembre 2020, in occasione della sedicesima Giornata Internazionale Contro la corruzione, l'associazione Libera ha pubblicato sul proprio sito ([libera.it](http://libera.it)) il Rapporto "InSanità L'impatto della corruzione sulla nostra salute" nell'ambito del quale vengono illustrati anche gli esiti di un'indagine condotta nel novembre 2020 sulla percezione delle mafie e della corruzione, anche alla luce dell'emergenza pandemica, su un campione di 995 persone. Per l'81% degli intervistati "la corruzione in politica è lo specchio della società italiana", mentre il 71% degli intervistati ritengono che con "l'emergenza Covid-19 la corruzione in Italia si sta diffondendo ancora di più".

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

Ulteriori dati per la definizione del contesto in cui si trova ad operare il Paese sono offerti dal Global Risk Profile (GRP) che, nel mese di novembre 2021, ha pubblicato il Global Corruption Index (GCI) 2021, indice che fornisce una valutazione sullo stato della corruzione e di altri crimini white collars nel mondo. I Paesi Scandinavi conquistano le prime posizioni: la Finlandia è al primo posto, seguita

da Norvegia, Nuova Zelanda, Danimarca e Svezia. Questi cinque paesi hanno gareggiato ai massimi livelli negli ultimi 3 anni, consolidando le loro posizioni leader nel GCI. L'Italia si classifica al 36° posto su 196 paesi e territori ma il suo punteggio GCI (30,1/100) è al di sotto della media dei paesi del G20 (32,2/100) e, per quanto riguarda l'UE, l'Italia si posiziona al 19° posto su 27 Paesi.

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

Dalla lettura della "Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia" (secondo semestre 2021) si apprende di significative pronunce giudiziarie ed importanti evidenze investigative che consentono di comprendere come il Piemonte sia un territorio eletto dalle mafie e in particolare dalla criminalità organizzata calabrese; dalle prime cellule di 'ndrangheta, infatti, si è arrivati nel tempo alla costituzione di veri e propri locali. Importanti inchieste degli ultimi anni – per citarne alcune si ricordano le operazioni "Crimine" (2010), "Minotauro" (2011), "Maglio" (2011), "Colpo di Coda" (2012), "Esilio", "Val Gallone" (2013), "San Michele" (2014) e "Barbarossa" (2018) – hanno fornito puntuale riscontro circa l'esatta indicazione nell'area dell'esistenza di strutturati organismi mafiosi calabresi come, per quanto concerne i Comuni dell'A.S.L. TO3, il *Locale* di Rivoli espressione delle consorterie di Cirella di Plati e della 'ndrina ROMEO di San Luca.

Per quanto concerne la criminalità di matrice albanese si segnala l'esecuzione a cura dei Carabinieri, il 28 settembre 2021, del fermo di indiziato di delitto nei confronti di 3 albanesi indagati ritenuti responsabili dell'omicidio di un torinese commesso a Piossasco (TO) nel giugno 2021 durante un tentativo di rapina in abitazione.

Nel mese di ottobre 2022 Transparency International ha pubblicato il report [Exporting Corruption 2022-Assessing Enforcement of the OECD Anti-Bribery Convention](#); si tratta di una valutazione sull'attuazione dei principi contenuti nella [Convenzione anticorruzione dell'OCSE](#) in 43 dei Paesi firmatari della Convenzione insieme a Cina, India, Hong Kong (RAS) e Singapore, nel periodo che va dal 2018 al 2021. [Exporting Corruption 2022](#) classifica i 47 Paesi dell'analisi in base alla loro quota di esportazioni globali, secondo quattro categorie di efficacia di applicazione della Convenzione: "attiva", "moderata", "limitata", e "poca o nessuna". Il report rileva che persiste la tendenza al ribasso già osservata negli ultimi anni e che attualmente gli "esecutori attivi" della Convenzione sono solo gli Stati Uniti e la Svizzera - che rappresentano solo l'11,8% delle esportazioni globali. In un quadro generale di arretramento anche l'Italia passa dal livello di applicazione moderata al livello di applicazione limitata, insieme a Spagna, Brasile, Svezia e Portogallo. I principali punti deboli che la ricerca addebita all'Italia sono la mancanza di un'adeguata formazione per indagare questo tipo di reato, l'eccessiva durata dei processi giudiziari, l'inadeguatezza dei sistemi di segnalazione e protezione dei *whistleblower*, la scarsità di informazioni statistiche sui reati e la difficoltà di accesso.

Nell'indice di percezione della corruzione 2022 elaborato da Transparency International, presentato il 31 gennaio 2023, apprendiamo che l'Italia guadagna un'ulteriore posizione rispetto all'anno precedente, passando dal 42esimo al 41esimo posto sui 180 Paesi oggetto dell'analisi, migliorando altresì di 3 punti il proprio punteggio (che passa da 53 a 56) rispetto al 2021.

Transparency International stila la classifica sulla scorta del livello di corruzione percepita nel settore pubblico; la valutazione è fatta sulla base di 13 strumenti di analisi e di sondaggi ad esperti provenienti dal mondo del *business* ed il punteggio finale è determinato in base ad una scala da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita) e, a livello globale, la Danimarca

è al vertice della classifica con 90 punti seguita da Nuova Zelanda e Finlandia, con 87 punti. In fondo alla classifica, troviamo la Somalia con 12 punti mentre Siria e Sud Sudan totalizzano 13 punti. Più di due terzi dei Paesi ottengono un punteggio inferiore a 50, mentre 26 Paesi sono scesi ai punteggi più bassi di sempre. Nonostante gli sforzi posti in essere da taluni, 155 Stati non hanno compiuto progressi significativi contro la corruzione o sono diminuiti dal 2012.

Infine, in questa sede si vuole altresì segnalare che, anche nel 2022, non ci sono stati reclami o segnalazioni di situazioni riconducibili alla mancanza di trasparenza o di integrità; dal 1° novembre 2022 è stata anche attivata un'indagine di customer satisfaction per quanto concerne l'esperienza del ricovero nei presidi ospedalieri aziendali e, in tale contesto, si è provveduto a richiedere agli utenti se gli operatori abbiano tenuto nei confronti dei pazienti e dei familiari comportamenti corretti, evitando discriminazioni e/o favoritismi, senza avere ritorni negativi in merito; infatti solo un utente si è espresso in senso negativo, senza però specificare quanto accaduto.

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

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

- il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- i Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza;
- tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione e il Collegio Sindacale;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- tutti i dipendenti dell'A.S.L. TO3;
- i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

#### **A. Il Direttore Generale**

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

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

#### **B. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

Alla luce dei criteri contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016, il Direttore Generale, con deliberazione n. 1017 del 21 dicembre 2016, ha individuato quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il dott. Fabrizio Blanc per il biennio 2017-2018, nomina comunicata all'A.N.A.C. in data 11 gennaio 2017 e che si configura come incarico aggiuntivo a quello

di dirigente titolare di incarico di direzione di struttura complessa; l'incarico è stato inizialmente prorogato con deliberazione n. 805 del 14 dicembre 2018 fino al 31 gennaio 2020 e, successivamente, fino al 31 gennaio 2022, giusta deliberazione n. 172 del 5 marzo 2021; inoltre, con deliberazione n. 210 del 3 marzo 2022, l'incarico è stato prorogato fino al 31 gennaio 2023 mentre, con deliberazione n. 145 del 6 febbraio 2023, l'incarico è stato ulteriormente prorogato fino al 31 gennaio 2024 (in tale contesto è stato anche stabilito che il sostituto sia la dott.ssa Anna Maria Araldo).

Al Responsabile sono attribuiti prioritariamente i seguenti compiti:

- elaborare e proporre al Direttore Generale il Piano di Prevenzione della Corruzione (art. 1 comma 8 L. 190/2012), da intendersi ora come sezione del PIAO;
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1 comma 10 lett. a) L. 190/2012);
- proporre modifiche del Piano, anche in corso di vigenza, in caso di accertate significative violazioni non espressamente previste o in seguito a cambiamenti significativi dell'organizzazione (art. 1 comma 10 lett. a) L. 190/2012);
- pubblicare sul sito web dell'amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno (art. 1 comma 14 L. 190/2012) ovvero secondo le indicazioni dell'ANAC, una relazione con i risultati dell'attività svolta;
- convocare incontri con i Referenti al fine di monitorare il rispetto del Piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività;
- vigilare sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo n. 39/2013 sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi (art. 15 D. Lgs. n. 39/2013) per quanto applicabile;
- curare la diffusione della conoscenza del codice di comportamento aziendale e collaborare con l'U.P.D. per il monitoraggio dello stesso (art. 54 D. Lgs. n. 165/2001).

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

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è a disposizione del personale per eventuali approfondimenti circa i contenuti del Piano di Prevenzione della Corruzione nonché del Codice di comportamento, previa richiesta di appuntamento e l'incontro deve essere fissato, di norma, entro tre giorni dalla richiesta.

### **C. I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione**

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

Valutata l'opportunità di revisionare la rete aziendale dei referenti per la gestione del rischio corruttivo, riducendo il numero degli stessi e specificando, al fine di evitare dubbi interpretativi, le aree di rischio nell'ambito delle quali tali referenti devono svolgere la loro specifica funzione, con deliberazione n. 584 del 7 ottobre 2019 si è proceduto a rivedere la composizione di tale gruppo come segue:

<b>REFERENTE INDIVIDUATO</b>	<b>AREA DI RISCHIO</b>
Direttore Dipartimento di Prevenzione	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Coordinatore Area Territoriale	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Direttore S.C. Provveditorato	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Direttore S.C. Personale e Gestione risorse umane	Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)
Direttore S.C. Risorse Finanziarie	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
Direttore Dipartimento di Prevenzione	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Direttore S.C. Personale e Gestione risorse umane	Incarichi e nomine
Direttore S.C. Contenzioso e Patrimoniale	Affari legali e contenzioso
Direttore S.C. Assetto istituzionale e Affari generali	Attività libero professionale
Direttore S.C. Direzione Medica Rivoli	Liste di attesa
Direttore S.C. Pianificazione strategica e monitoraggio attività sanitarie	Rapporti con soggetti erogatori
Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Direttore S.C. Direzione Medica Pinerolo	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Nelle more della revisione della deliberazione n. 584 del 7 ottobre 2019, sia alla luce delle modifiche apportate al Piano di Organizzazione Aziendale con la deliberazione n. 900 del 14 ottobre 2022 che dei collocamenti in quiescenza dei professionisti che svolgevano l'incarico di Referente della prevenzione della corruzione, si precisa che l'incarico in discorso viene ricoperto dalla figura dirigenziale di massimo livello presente all'interno dell'articolazione organizzativa di riferimento.

L'incarico di Referente della prevenzione della corruzione si configura come incarico aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto dal dirigente individuato e non dà luogo ad alcuna remunerazione.

I Referenti sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità,

nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure per l'implementazione del Piano di prevenzione della corruzione.

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

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

#### **D. I Dirigenti**

Tutti i dirigenti devono:

- fornire al Referente dell'area di competenza ovvero al R.P.C.T. le informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, collaborando così nella fase di individuazione ed analisi del rischio;
- proporre misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché le azioni di miglioramento delle stesse;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel Piano e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del personale di riferimento;
- controllare l'applicazione delle misure di prevenzione e contrasto individuate, che devono essere verificate e monitorate;
- assicurare l'osservanza del Codice di Comportamento e verificarne le ipotesi di violazione;
- avanzare proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente alla struttura di competenza;
- comunicare i nominativi del personale con priorità di formazione;
- segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia costituente la mancata attuazione del presente Piano, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure, nel caso in cui non rientrino nella propria competenza dirigenziale, proponendo al R.P.C.T. le azioni necessarie.

#### **E. L'Organismo Indipendente di Valutazione e il Collegio Sindacale**

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

- partecipa al processo di gestione del rischio fornendo supporto metodologico al R.P.C.T. e agli altri attori;
- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;
- esprime parere obbligatorio nell'ambito della procedura di adozione del Codice di Comportamento; assicura il coordinamento tra i contenuti del codice ed il sistema di

misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale;

- attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite dall'ANAC.

A seguito di emissione di avviso di procedura selettiva pubblica finalizzata all'acquisizione di manifestazioni di interesse per la nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance in forma collegiale, approvato con deliberazione n. 605 del 21 settembre 2020, con deliberazione n. 903 del 30 dicembre 2020 sono stati individuati quali componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per il triennio 2021-2023:

- dott.ssa Luzzi Loredana Monica Elisabetta – Presidente;
- dott.ssa Teodori Daniela Laura – Componente;
- dott. Zanzotto Alan – Componente.

Con deliberazione n. 453 del 18 maggio 2022 il dott. Balocco Roberto è stato nominato come Presidente a seguito delle dimissioni della dott.ssa Luzzi.

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

Al fine di realizzare quanto sopra, in aderenza a quanto suggerito nel PNA 2016, nel corso del 2018 è stato organizzato un sistema di controllo concernente gli affidamenti diretti, strutturando flussi informativi tra il R.U.P., il R.P.C.T. e il Collegio Sindacale, anche al fine di consentire di verificare, nel caso in cui l'appaltatore individuato risulti già affidatario del precedente appalto, se la scelta sia sorretta da idonea motivazione; nei propri verbali il Collegio Sindacale ha proceduto a dare conto della ricezione e dell'analisi di tali documenti.

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

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

## **F. L'Ufficio Procedimenti Disciplinari**

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) per il personale del comparto e per il personale dirigente collabora con il R.P.C.T. alla predisposizione del Codice di Comportamento e ne cura l'aggiornamento; esamina le segnalazioni di violazione del Codice di Comportamento e la raccolta degli atti delle condotte illecite accertate e sanzionate e può chiedere parere facoltativo all'ANAC, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per la violazione del Codice di Comportamento.

Inoltre, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari informa il R.P.C.T. dell'attivazione di procedimenti disciplinari attinenti l'ambito della corruzione al fine di valutare la necessità di implementare idonee misure di prevenzione del presente Piano e fornisce dati e informazioni circa la situazione di tali procedimenti disciplinari per la redazione della relazione da redigersi dal R.P.C.T. al termine di ogni annualità

A seguito delle profonde modifiche dettate dal D. Lgs. 75/2017, con deliberazione n. 460 del 1°/08/2017, si è proceduto ad approvare il Codice disciplinare per il personale del comparto e il Codice disciplinare per il personale della dirigenza; alla luce dei contenuti del C.C.N.L. della Dirigenza dell'Area Sanità, con deliberazione n. 528 del 10 agosto 2020 si è poi proceduto ad

aggiornare il Codice della Dirigenza mentre con deliberazione n. 1092 del 15 dicembre 2022 è stato aggiornato il Codice disciplinare per il personale del comparto.

Con deliberazione n. 524 del 3 agosto 2020 l'Azienda ha proceduto alla nomina del nuovo Ufficio Procedimenti Disciplinari (area comparto e aree dirigenziali).

Sono attualmente componenti titolari dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari:

- per l'Area Comparto la dott.ssa Simona Martina, la dott.ssa Astrid Robotti e la dott.ssa Barbara Chiapusso;
- per la Dirigenza dell'Area Sanità il dott. Fabrizio Blanc, la dott.ssa Marina Civita e il dott. Massimiliano Parlanti Garbero;
- per la Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa il dott. Fabrizio Blanc, la dott.ssa Marina Civita e il dott. Alessandro Bonansea;
- per la Specialistica Convenzionata il dott. Fabrizio Blanc, la dott.ssa Marina Civita e la dott.ssa Antonella Carozzo.

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

### **G. I dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale TO3**

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

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

### **H. I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda**

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel P.T.P.C. per quanto applicabili e segnalano le situazioni di illecito.

## **3) Mappatura dei processi che espongono l'azienda a rischi corruttivi**

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

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

La legge prevede espressamente l'obbligo per ciascuna amministrazione di effettuare una "mappatura" dei processi, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti elaborate nell'esercizio delle proprie funzioni. La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di

corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione; inoltre una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Con la nota prot. n. 93863 del 4 ottobre 2019 era stato chiesto ai vari dirigenti aziendali che i singoli processi, oltre ad essere identificati, fossero anche descritti, per comprendere meglio le modalità di svolgimento, procedendo altresì a riportare:

- una breve descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha);
- le attività che scandiscono e compongono il processo;
- la responsabilità complessiva del processo e i soggetti che svolgono le attività dello stesso,

ovvero gli elementi di base o nucleo imprescindibile per ciascun processo mappato.

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

- gli input (ovvero gli elementi in ingresso che innescano il processo);
- l'output (ovvero il risultato atteso del processo);
- i tempi di svolgimento del processo;
- i vincoli del processo;
- le criticità del processo,

unitamente alle istruzioni operative di cui alla scheda S AG 005, elaborata proprio per facilitare la compilazione del modulo in discorso.

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

Ricordato che un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente), in vista della redazione della presente sottosezione, è stato quindi richiesto, con nota prot. n. 0080726 del 5 settembre 2022, ai vari dirigenti aziendali, una valutazione circa la necessità di rivedere la mappatura dei processi in essere avendo cura, in caso di individuazione di un nuovo processo, di esplicitare tutti gli elementi sopra riportati.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4) L'identificazione e la valutazione del rischio corruttivo.**

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

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

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

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

AREA \_\_\_\_\_

**DENOMINAZIONE DEL PROCESSO**

**INDICATORI SOGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO**

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

**VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE DEL RISCHIO**

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA VALUTAZIONE: \_\_\_\_\_

Firma

Data \_\_\_\_\_

**INDICATORI OGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO**

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

**INDICATORI SOGGETTIVI PER LA STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO**

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

EVENTUALI OSSERVAZIONI DEL R.P.C.T.

IL R.P.C.T.: Dott. Fabrizio BLANC

Firma

Data \_\_\_\_\_

Per agevolare la compilazione del Modulo M AG 015 – Analisi dei rischi è stata redatta la scheda S AG 004 – Elementi per la stima del rischio come sotto riportati:

## **DATI SOGGETTIVI**

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

## **DATI OGGETTIVI**

- **DATI SUI PRECEDENTI GIUDIZIARI E/O SUI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI A CARICO DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE.** Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:
  - a. i reati contro la PA;
  - b. il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);
  - c. i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
  - d. i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.Tali dati possono essere reperiti dall'Ufficio Legale dell'amministrazione o tramite l'Avvocatura (se presenti all'interno dell'amministrazione), o dall'Ufficio procedimenti disciplinari e l'Ufficio Approvvigionamenti/Contratti. Si può ricorrere anche alle banche dati

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

on-line già attive e liberamente accessibili (es. es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione).

- LE SEGNALAZIONI PERVENUTE, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction, che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.
- ULTERIORI DATI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE (es. rassegne stampa, ecc.).

## VALUTAZIONE DEL RISCHIO

**B** Basso rischio

**M** Medio rischio

**A** Alto rischio

I soggetti che hanno effettuato la stima ovvero hanno curato il coordinamento della stima dei rischi relativamente ai processi mappati sono quelli riportati nell'allegato 4 del P.T.P.C. 2022-20224 mentre gli esiti della valutazione sono riportati nell'allegato 5 – Quantificazione della stima dei rischi del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2022-2024, Piano pubblicato al link <https://trasparenzaap.aslto3.piemonte.it/web/trasparenza/trasparenza> sezione Altri contenuti/ Prevenzione della corruzione, da cui risulta che i 160 processi mappati sono stati così valutati:

- a basso livello di rischio: n. 65 procedimenti;
- a medio livello di rischio: n. 67 procedimenti;
- ad alto livello di rischio: n. 28 procedimenti.

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

### 5) La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio.

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

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

Ricordato che le misure generali per la prevenzione della corruzione intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e che, invece, le misure specifiche agiscono in modo puntuale su alcune specifiche tematiche, in questa sede si vuole evidenziare come l'individuazione e la programmazione delle misure rappresentano il "cuore" della prevenzione della corruzione, poiché

tutte le attività espletate in precedenza hanno proprio la finalità di consentire di addivenire ad una corretta identificazione delle misure ed una giusta calendarizzazione delle stesse nel corso degli anni di vigenza del Piano; peraltro, in questa sede si precisa che non è pervenuta alcuna proposta da parte dei dirigenti titolari dei processi circa l'individuazione di nuove misure per gli anni 2023 e seguenti.

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

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

### **Codice di comportamento**

Il Codice di Comportamento aziendale è elemento complementare del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione dell'A.S.L. TO3, poiché rappresenta una delle misure principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato.

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

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

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

- a. dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- b. dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo;

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

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

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

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

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

## **Formazione**

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

- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da

esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;

- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

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

- **FORMAZIONE GENERALE**, rivolta alla generalità del personale, che abbia come caratteristica principale la diffusione dei principi normativi e la contestualizzazione dei profili di rischio legati alle attività svolte in Azienda. Nel corso del 2017 si è conclusa l'erogazione del corso FAD "Promozione della Trasparenza e della Legalità" mentre al 31 dicembre 2020 si è conclusa l'erogazione del corso FAD "Le strategie e gli strumenti di prevenzione della corruzione"; nel corso del triennio 2021-2023 il personale deve seguire il nuovo corso FAD "Anticorruzione e Trasparenza nell'A.S.L. TO3".
- **FORMAZIONE AVANZATA**, diretta al R.P.C.T., ai Referenti, ai dirigenti e al personale operante nelle aree di rischio, con l'obiettivo di definire le responsabilità e le procedure da attivare per evitare/segnalare il verificarsi di episodi di corruzione.

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

### **Rotazione del personale**

La rotazione del personale è considerata una misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. Anche alla luce della scarsa applicazione di tale misura, l'allegato 2 del PNA 2019 è interamente dedicato alla rotazione "ordinaria" del personale; l'art. 1 c. 4 lett. e) della L. 190/2012 prevede infatti che spetti ad ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione, ancorché ANAC ritenga che la finalità sostanziale della misura e lo scopo della norma portino a ritenere che l'ambito soggettivo sia riferibile a tutti i pubblici dipendenti.

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

Dal momento che l'Azienda deve comunque chiarire nel proprio P.T.P.C. i criteri e la programmazione della rotazione, affinché questa sia realmente funzionale alle esigenze di prevenzione dei fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione ed in attesa dell'approvazione del relativo regolamento, si precisa quanto segue.

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

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

In particolare:

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

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

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

Nel corso del 2022 sono stati collocati in quiescenza il Direttore della S.C. Provveditorato, il Direttore della S.C. Gestione appalti e Logistica e il Direttore della S.C. Contenzioso e Patrimoniale e sono stati assegnati nuovi incarichi a tempo determinato sulla Direzione Medica del P.O. Pinerolo e sulla Direzione Medica del P.O. di Rivoli oltreché sul Distretto Area Metropolitana Nord; infine, tutta l'area amministrativa, sarà oggetto di profonda revisione nel corso del 2023 in base alle modifiche del Piano di Organizzazione Aziendale approvato con deliberazione n. 900 del 14 ottobre 2022.

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

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

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

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

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

### **Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse**

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

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

Ricordato che:

- l'interesse non necessariamente deve avere carattere patrimoniale ma può essere anche di altra natura, come ad esempio una situazione di amicizia o di natura politica o per assecondare pressioni dei superiori gerarchici e, in generale, tutto ciò che possa pregiudicare l'imparzialità del dipendente;
- occorre considerare anche gli interessi del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, nonché i soggetti e le organizzazioni con cui il dipendente, o il coniuge, abbia causa pendente o grave,

la disciplina aziendale della tematica è prevista all'art. 7 del Codice di comportamento a cui si rinvia per quanto concerne termini e modalità di applicazione dell'istituto; tale norma è confermata nel regolamento sull'adozione delle determinazioni dirigenziali (deliberazione n. 1037 del 28 dicembre 2016) laddove si prevede che "nel caso la determinazione interessi il Dirigente (obbligo di astensione), questa viene assunta da altro Dirigente".

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

I destinatari della comunicazione di cui sopra, dopo aver esaminato le circostanze segnalate e valutato se tale situazione realizza o meno un conflitto di interessi, adottano le determinazioni conseguenti, esplicitando per iscritto la necessità che colui che ha segnalato il conflitto di interessi sia sollevato

dall'incarico ovvero le motivazioni per le quali può essere consentito ugualmente al medesimo di svolgere l'incarico. Nel caso in cui il soggetto sia sollevato dall'incarico, il responsabile dell'ufficio provvede, nel rispetto del principio di proporzionalità, a:

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

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

La violazione sostanziale della norma, che si concretizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente, suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento.

Alla luce dell'importanza della tematica in discorso, in data 4 luglio 2018, l'Azienda ha proceduto ad organizzare il corso "La gestione del conflitto di interessi in sanità", che ha visto la partecipazione di un centinaio di operatori e, considerato che una delle misure previste nel P.T.P.C. 2019-2021 era costituita dall'*"Acquisizione di dichiarazione di assenza di conflitti di interessi, anche potenziali, nonché sull'insussistenza di procedimenti penali da parte di tutti i soggetti che a diverso titolo partecipano al procedimento"*, in ottica di collaborazione ed al solo fine di agevolare l'attuazione di tale misura, con nota prot. n. 0013034 del 08/02/2019 è stato trasmesso il modello riportato nella pagina seguente, modello da contestualizzare a seconda dei processi gestiti dalla struttura.

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

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

- il rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- l'aggiornamento della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- il dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- l'effettuazione del dovuto controllo delle suddette dichiarazioni da parte della struttura complessa che ha conferito l'incarico;
- l'audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche.

L'attuazione della misura è posta in capo a tutti i Direttori / Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali che gestiscono processi.



**ASSENZA INCOMPATIBILITÀ, CONFLITTO DI INTERESSI  
E PROCEDIMENTI PENALI**

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

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

**D I C H I A R A**

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

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

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

Il dichiarante

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

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

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

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

1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando:
  - a. se in prima persona o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
  - b. se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.
2. Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici.

**Art. 7 Codice di Comportamento dell'ASL TO3 Obbligo di astensione**

Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'uffici.

## **Inconferibilità e incompatibilità incarichi dirigenziali**

Il D. Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 definisce:

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

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

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

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

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

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

Quale misura di prevenzione della corruzione viene confermata per il prossimo triennio l'acquisizione annuale, a cura del R.P.C.T., delle dichiarazioni del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario unitamente all'acquisizione delle dichiarazioni dei dirigenti dell'area Professionale, Tecnica e Amministrativa circa il mantenimento delle condizioni che legittimano la prosecuzione degli incarichi dirigenziali, con relativa pubblicazione in "Amministrazione Trasparente", nonché l'effettuazione delle verifiche delle singole posizioni soggettive, con particolare attenzione in ordine all'assenza di condanne per i reati contro la pubblica amministrazione.

### **Autorizzazione incarichi esterni**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Attività successive alla cessazione dal servizio**

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

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

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

cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

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

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

L'accertamento in merito alle fattispecie in discorso nonché dei poteri sanzionatori sono in capo all'ANAC che nel corso del 2023 dovrebbe anche adottare specifica regolamentazione in merito.

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

1. nei contratti di conferimento incarico viene inserita la frase "Il dirigente si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda eventuali situazioni di conflitto di interesse, anche solo potenziale, che dovessero insorgere durante il periodo di svolgimento dell'incarico. Il dirigente dichiara, inoltre, di conoscere e di impegnarsi a rispettare il divieto di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. 165/2001";
2. l'inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale (sia a tempo indeterminato che a tempo determinato) contenenti specificamente il divieto di pantouflage;
3. previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda di cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
4. previsione della misura di comunicazione obbligatoria, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, dell'eventuale instaurazione di un nuovo rapporto di lavoro;
5. la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, per quanto di conoscenza, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016;
6. inserimento di apposite clausole nei patti di integrità sottoscritti dai partecipanti alle gare, ai sensi dell'art. 1, co. 17, della l. n. 190/2012;
7. promozione di specifiche attività di sensibilizzazione sul tema;
8. consulenza e/o supporto agli ex dipendenti che prima di assumere un nuovo incarico richiedano assistenza per valutare l'eventuale violazione del divieto;
9. attivazione di verifiche secondo le modalità operative da individuarsi entro il 30 settembre 2023 ovvero a seguito delle indicazioni fornite in merito da ANAC.

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

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

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

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

1. non possono far parte, neppure con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
2. 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;
3. non possono far parte di commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

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

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

## **Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)**

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

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

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

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

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

- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario e può essere inviata in forma anonima;
- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e gestita garantendo la confidenzialità del segnalante;

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

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

In data 15 aprile 2022 è stata adottata l'istruzione operativa "Whistleblowing Policy" (IO AG 023 che sostituisce la precedente istruzione IO AG 028); tale istruzione è stata redatta sulla base delle indicazioni della delibera dell'ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 avente ad oggetto "Schema di Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)" ed è stata debitamente pubblicata in Amministrazione Trasparente, unitamente alla Modulo M ASL 075 Segnalazioni di illeciti e irregolarità (whistleblower) - Informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 sul trattamento dei dati personali dei soggetti che segnalano un illecito o una irregolarità.

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

### **Patti di integrità negli affidamenti**

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

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

Con deliberazione n. 4070 del 19 dicembre 2014 è stato approvato il modello "Patti di integrità" per cui, dal 1° gennaio 2015, tale modello deve essere sottoscritto contestualmente alla presentazione della documentazione di rito richiesta dal bando di gara ad ogni offerente, con riferimento a tutti i contratti stipulati dall'A.S.L. TO3 per appalti di lavori, servizi, forniture, modello che sarà aggiornato nel corso del 2023.

L'attuazione della presente misura è demandata al Direttore della S.C. Provveditorato e al Direttore della S.C. Tecnico e Informatico.

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

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

Fra queste azioni di sensibilizzazione rientra:

- la consultazione pubblica propedeutica all'approvazione dei documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali sul tema della trasparenza e della prevenzione della corruzione;
- la raccolta da parte dell'Ufficio per la Relazione con il Pubblico (URP) dei reclami e delle segnalazioni da parte degli utenti e di tutti i cittadini, atti che possono inerire anche episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitti d'interesse.

L'attuazione delle misure di cui sopra è demandata al R.P.C.T. e al Direttore della S.C. Assetto istituzionale e Affari generali.

## **Nomina del Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)**

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

Con deliberazione n. 955 del 3 novembre 2022 la dott.ssa Mina Imperiale, è stata individuata quale Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (R.A.S.A.) dell'A.S.L. TO3.

## **Nomina del “gestore” nei casi sospetti di operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo**

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

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

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

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;

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

L'attuazione della misura in discorso è demandata al Direttore della S.C. Provveditorato, al Direttore della S.C. Tecnico e Informatico, al Direttore della S.C. Gestione appalti e Logistica e al Direttore della S.C. Farmacia Ospedaliera.

### **Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti**

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

Con nota prot. n. 35110 dell'8 aprile 2020 i dirigenti aziendali sono stati nuovamente invitati a vigilare sul rispetto delle tempistiche dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura, anche al fine di far emergere eventuali inefficienze o fenomeni di “cattiva amministrazione”. La misura in discorso è demandata a tutti i dirigenti aziendali, ciascuno per la parte di propria competenza.

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

- sezione A: misure di prevenzione della corruzione generali;
- sezione B: misure di prevenzione della corruzione in essere nei singoli processi, con evidenza del soggetto responsabile dell'attuazione, dell'indicatore e del valore atteso;
- sezione C: nuove misure di prevenzione della corruzione programmate per l'anno 2023, con evidenza del soggetto responsabile dell'attuazione, dell'indicatore, del valore atteso, dei tempi di realizzazione e delle modalità di rendicontazione.

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

## 6) il monitoraggio sull'attuazione e sull'idoneità delle misure.

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

Le tipologie di monitoraggio sono organizzate su tre livelli.

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

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

I monitoraggi di II° livello riguardano invece i controlli posti in essere da un soggetto diverso da chi gestisce l'attività ed hanno ad oggetto le misure programmate per il 2023 nonché la verifica di alcuni processi selezionati.

Per quanto riguarda le misure programmate per l'anno 2023, il R.P.C.T. provvederà a verificare quanto attestato nella documentazione redatta dal soggetto individuato quale responsabile della misura, richiedendo integrazioni o specifiche nel caso di mancata o carente attuazione della misura.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio di II° livello, il R.P.C.T. tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio, tenendo conto anche dell'esigenza di includere i processi/attività non verificati negli anni precedenti, avvalendosi del gruppo di audit per l'effettuazione delle verifiche.

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

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

A tal fine nel corso del 2018 è stata definita un'apposita procedura con cui svolgere le attività di monitoraggio e controllo sulla gestione del rischio corruzione delle strutture aziendali attraverso degli audit, concernenti le misure di prevenzione della corruzione; nel corso del 2023 il gruppo di audit dovrà essere opportunamente integrato con professionalità operanti nel settore degli appalti.

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

I monitoraggi di III° livello sono quelli posti in essere da un soggetto esterno all'Azienda; possono essere periodici o una tantum, attesi o concordati oppure comunicati dall'ente istituzionale che lo metterà in atto e rientrano in questa ultima casistica quelli realizzati da parte delle forze di polizia, delle Procura e delle attività giudiziarie o amministrativo-contabili o da ANAC. A tal proposito si ricorda che ANAC, con nota del 3 giugno 2022 (ns. prot. n. 52210) ha richiesto informazioni sul procedimento di affidamento in concessione di servizi relativi al sistema RIS-CVIS-PACS integrato, al supporto gestionale RM per i PP.OO. di Rivoli e Pinerolo e di TAC per il P.O. di Venaria; con nota del 24 giugno 2022 (ns. prot. n. 59480) è stata riscontrata la richiesta allegando altresì tutta la documentazione ritenuta rilevante.

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

Ricordato che nel corso del 2022 si è proceduto a riesaminare i processi espletati nell'ambito delle SS.CC. Psichiatria Area Nord e Area Sud, S.C. Contenzioso e Patrimoniale (Gestione del Patrimonio); S.C. Gestione appalti e Logistica (Gestione dei Magazzini) e S.C. Farmacia Ospedaliera, come risulta dai verbali depositati agli atti e che hanno portato anche alla modifica di alcuni processi esaminati si conferma che, anche nel corso del 2023, verranno svolti alcuni audit nei confronti dei processi in cui è insito un rischio corruttivo, così come mappati nel presente documento, tra cui i processi relativi all'attuazione del PNRR.

In analogia a quanto realizzato a partire dal 2020, dopo il primo semestre 2023 e comunque entro il 31 luglio 2023, si dovrà procedere al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di prevenzione della corruzione, momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti dalla tematica, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e i risultati raggiunti al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio ovvero individuare nuove misure di prevenzione della corruzione. Il riesame periodico è coordinato dal R.P.C.T. e coinvolgerà i referenti per la prevenzione e l'Organismo Indipendente di Valutazione; la relazione redatta dal R.P.C.T. dovrà essere pubblicata in Amministrazione Trasparente e trasmessa al Direttore generale (nel 2020 tale relazione è stata trasmessa con nota prot. n. 0071702 del 28 luglio 2020, nel 2021 la relazione è stata trasmessa con nota prot. n. 0072247 del 3 agosto 2021 mentre nel 2022 la relazione è stata trasmessa con nota prot. n. 006653 del 22 luglio 2022).

## **7) Programmazione dell'attuazione della Trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del Decreto Legislativo N. 33 del 2013 e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato.**

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

- incremento dei livelli di trasparenza, attraverso la pubblicazione di dati e informazioni non obbligatorie;
- incremento della formazione in materia di trasparenza tra il personale;

- partecipazione del RPCT alle reti presenti in ambito territoriale.

Come noto, il D. Lgs. 97/2016 ha abrogato l'obbligo di predisposizione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), documento previsto originariamente dal D. Lgs. 150/2009, nel quale dovevano essere definite le misure, i modi e le iniziative per l'attuazione degli obblighi di pubblicazione tra cui, in particolare, le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi delle informazioni da pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il legislatore, nel suo intento di semplificazione degli adempimenti ed alla luce dell'implementazione nell'ordinamento dell'accesso civico semplice e dell'accesso generalizzato sulla scorta di quanto previsto dal FOIA (Freedom of Information Act, la legge sulla libertà di informazione statunitense), ha ora stabilito la necessità di elencare i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e s.m.i.

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

- denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie);
- denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati);
- riferimento normativo;
- denominazione del singolo obbligo;
- contenuti dell'obbligo;
- dirigente responsabile elaborazione dei dati;
- dirigente responsabile della trasmissione dei dati;
- dirigente responsabile della pubblicazione;
- termine di scadenza per la pubblicazione;
- monitoraggio tempistiche e individuazione del soggetto responsabile.

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

Ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 33/2013, i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4; decorsi detti termini, i relativi dati e documenti sono accessibili previa istanza di accesso civico generalizzato. I soggetti identificati come responsabili della pubblicazione nell'allegato 6 della presente sottosezione del PIAO, sono altresì tenuti a verificare gli obblighi di depubblicazione, una volta trascorsi i termini di riferimento.

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

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

- l'elenco delle deliberazioni del Direttore Generale;
- l'elenco delle determinazioni adottate dai dirigenti aziendali suddivise per mesi;

- i report prodotti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- i provvedimenti aziendali concernenti l'attuazione del PNRR.

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

Per quanto concerne l'accesso civico semplice, introdotto dall'art. 5 comma 1 del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, si ricorda che è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria secondo le vigenti disposizioni normative, qualora le pubbliche amministrazioni ne abbiano omesso la pubblicazione. La richiesta di accesso civico è gratuita, non deve essere motivata e deve essere presentata al R.P.C.T., che ha la responsabilità del processo; in caso di ritardo o mancato riscontro, il richiedente può rivolgersi direttamente alla Direzione Generale dell'Azienda.

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

Per quanto concerne l'accesso generalizzato, introdotto dall'art. 5 comma 2 del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97, si ricorda che è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati ulteriori a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del suddetto decreto legislativo; l'A.S.L. TO3 ha adottato apposito regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dell'accesso civico generalizzato (deliberazione n. 664 del 23 novembre 2017).

La richiesta di accesso generalizzato è gratuita, non deve essere motivata, ma occorre identificare in maniera chiara e puntuale i documenti o gli atti di interesse per i quali si fa richiesta; non sono, dunque, ammesse richieste di accesso generiche e l'Amministrazione non è tenuta a produrre dati o informazioni che non siano già in suo possesso al momento dell'istanza. Nel caso di richiesta relativa a un numero manifestamente irragionevole di documenti, tale da imporre un carico di lavoro in grado di compromettere il buon funzionamento dell'amministrazione, la stessa può ponderare, da un lato, l'interesse all'accesso ai documenti e, dall'altro, l'interesse al buon andamento dell'attività amministrativa. L'accesso generalizzato è escluso nei casi contemplati dall'art. 5 bis), commi 1 e 2 del decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i., laddove comporti un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici ivi previsti; l'accesso è altresì escluso se costituisce un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati: a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia; b) la libertà e la segretezza della corrispondenza; c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali. L'istanza, che può essere trasmessa sia in forma cartacea che per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, deve essere presentata alla S.S. Legale dell'A.S.L. TO3. Nelle ipotesi di mancata risposta entro il termine di 30 giorni (o in quello più lungo nei casi di sospensione per la comunicazione al controinteressato), ovvero nei casi di diniego totale o parziale, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (che decide con provvedimento motivato entro 20 giorni). La responsabilità del processo è in capo al Dirigente Responsabile della S.S. Legale.

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

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

Nel corso di questi anni non sono pervenute al R.P.C.T. richieste di riesame dei provvedimenti adottati dalla S.S. Legale.

***Allegati relativi alla sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza:***

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

## SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### 3.1 Organizzazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- il livello centrale, con la Direzione Generale e le Strutture in Staff;

- il livello ospedaliero;
- il livello territoriale;
- il livello della prevenzione.

Nell'organizzazione aziendale si è altresì provveduto ad individuare:

- il Dipartimento Medico;
- il Dipartimento Chirurgico;
- il Dipartimento Emergenza;
- il Dipartimento Servizi Diagnostici;
- il Dipartimento Materno-Infantile;
- il Dipartimento Interaziendale Salute Mentale;
- il Dipartimento Patologia delle Dipendenze;
- il Dipartimento di Prevenzione;
- il Dipartimento Interaziendale Continuità Assistenziale.

Si rimanda all'Atto Aziendale (Deliberazione n. 1919 del 19 ottobre 2015 e ss.mm.ii.) per un quadro più dettagliato della struttura organizzativa aziendale, e in particolare all'allegato "Organigramma delle Strutture Organizzative".

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

La collaborazione si realizza, in campo sanitario, principalmente nei seguenti ambiti: Dipartimento Interaziendale Continuità Assistenziale, Dipartimento Interaziendale Salute Mentale, Emodinamica  
Altre forme di collaborazione in campo sanitario sono posti in essere nei seguenti ambiti: Oncologia, Anatomia Patologica, Trasfusionale

La collaborazione si realizza inoltre, in campo amministrativo, nell'Area del Legale/Contenzioso e del Patrimoniale gestito dall'A.S.L. TO3 a favore dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga.

Ulteriore collaborazione interaziendale è posta in essere con l'A.O. Mauriziano per quanto concerne la Fisica Sanitaria.

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

Le risorse umane della A.S.L. TO3, che assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della *mission* aziendale, negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione quale conseguenza sia dei provvedimenti regionali di contenimento del turnover che di azioni di razionalizzazione e di efficientamento delle attività.

### 3.2 Capitale umano

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

Per svolgere l'attività istituzionale, l'ASL TO3 si avvale della collaborazione di:

- personale dipendente;
- personale operante con altre forme contrattuali (consulenti, personale di ditte esterne);
- personale tirocinante o borsista;
- personale convenzionato (MMG, PLS, Medici di Continuità assistenziale, Specialisti convenzionati).

La gestione delle risorse umane è un processo complesso che si esplica attraverso le seguenti fasi:

- pianificazione;
- reclutamento;
- allocazione;
- formazione;
- valorizzazione;
- valutazione.

La A.S.L. TO3 si avvale della collaborazione di n. 3696 dipendenti (dato aggiornato dicembre 2022), la cui suddivisione è rappresentata nella tabella sottostante:

ASL TO3							
SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 2022							
Aree Contrattuali		FABBISOGNI DI PERSONALE AZIENDALE	POSTI COPERTI PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO	PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO	PERSONALE ATIPICO	PERSONALE INTERINALE	SPECIALISTI AMBULATORIALI
Dirigenza Area Sanità	Dirigenza Medico Veterinaria	626	536	9	62	0	169
	Dirigenza Sanitaria	48	40	0	12	0	0
Dirigenza Funzioni Locali	Dirigenza Professionale	5	4	0	4	0	58
	Dirigenza Tecnica	6	2	0	13	0	0
	Dirigenza Amministrativa	15	12	0	2	0	0
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>		<b>700</b>	<b>594</b>	<b>9</b>	<b>93</b>	<b>0</b>	<b>227</b>
Area Comparto	ruolo sanitario	1991	1779	117	1	30	0
	ruolo tecnico	923	807	61	4	24	0
	ruolo amministrativo	613	514	50		12	0
	ruolo professionale	2	1	0		0	0
<b>TOTALE COMPARTO</b>		<b>3529</b>	<b>3101</b>	<b>228</b>	<b>5</b>	<b>66</b>	<b>0</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>4229</b>	<b>3695</b>	<b>237</b>	<b>98</b>	<b>66</b>	<b>227</b>

### 3.3 Fabbisogno del personale e formazione

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

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

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

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

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

I PTFP delle Aziende sono approvati a livello regionale, secondo quanto previsto dalla disciplina regionale in materia e, con riferimento a quest'ultimo aspetto, la Delibera di Giunta Regionale n. 46-6202 del 77 Dicembre 2022 ha approvato i PTFP delle Aziende Sanitarie Regionali per il triennio 2021-2023 (annualità 2021), tra i quali è presente il Piano di questa Azienda, che è stato elaborato alla luce dei principi esplicitati nella normativa di riferimento e succintamente sintetizzati negli aspetti di maggiore rilevanza.

L'aggiornamento e la riqualificazione continua rappresentano gli strumenti di natura strategica per lo sviluppo delle risorse umane, ai fini del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalla Azienda. Al fine di garantire la valorizzazione delle risorse interne, l'A.S.L. TO3 predispone un piano formativo aziendale annuale.

#### **Formazione del Personale**

La formazione del personale (dipendente e convenzionato) costituisce una delle principali leve strategiche di sviluppo organizzativo.

Attraverso la formazione l'azienda garantisce una corretta gestione del patrimonio di competenze presente nelle proprie strutture e servizi, presidiando il processo che va dalla valutazione dei fabbisogni formativi alla valutazione degli obiettivi e degli esiti delle azioni formative messe in campo.

Il processo, pertanto, parte appunto da una ricognizione periodica (almeno una volta l'anno) dei fabbisogni espressi dalle diverse strutture aziendali e che esita nel Piano di formazione aziendale.

A tale pianificazione si aggiunge nel corso dell'anno la realizzazione di iniziative formative "just in time" derivanti da esigenze specifiche e contingenti che possono emergere a seguito di situazioni organizzative (nuove modalità operative), tecniche (nuove strumentazioni adottate), professionali (esigenze di acquisizione di competenze legate a problematiche sanitarie emergenti, es. Covid).

A seguito della pianificazione le diverse proposte formative vengono prese in carico per una specifica attività di progettazione formativa (didattica) e di programmazione, ovvero di calendarizzazione e di realizzazione in base alle diverse esigenze e modalità di erogazione (formazione d'aula, a distanza o sul campo).

Al termine di ciascun percorso formativo sono previsti diversi livelli di valutazione (gradimento corso, gradimento docenti, apprendimento) e sulla base dei dati che emergono dai diversi strumenti di valutazione si procede, nel caso, ad una revisione del progetto (validazione del programma, dei docenti, della didattica).

Periodicamente (generalmente annualmente) vengono prodotti e pubblicati specifici report sull'attività svolta per un monitoraggio e controllo condiviso della produzione formativa con la committenza (Direzione Generale A.S.L. TO3).

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

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

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

Tra le iniziative formative previste per il personale A.S.L. TO3 sono incluse:

- Un Piano formativo alle competenze digitali con adesione al progetto Syllabus del Dipartimento funzione Pubblica per la formazione al digitale;
- Un corso in modalità FAD per il personale neoassunto in A.S.L. TO3, disponibile on line sulla piattaforma FAD aziendale;
- Corsi dedicati alle soft skills, ovvero trasversali (per dettagli si rimanda al Piano formativo aziendale, Delibera del Direttore Generale n.219 del 21/02/2023).
- Corsi di formazione sulla progettazione europea a supporto degli operatori della A.S.L. TO3 impegnati nella gestione di progetti europei finanziati dalla CE.

### 3.4 Lavoro agile

Con il perdurare della situazione di emergenza sanitaria da Covid-19 si è imposta la necessità per le Pubbliche Amministrazioni di ricorrere al lavoro agile.

A partire dal DPCM del 23/02/2020 (G.U. n. 45 del 23/02/2020) il lavoro agile è stato, infatti, previsto quale misura straordinaria e provvisoria da applicare nell'ambito delle aree considerate a rischio.

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

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

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

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

### **Caratteristiche**

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

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

### **Accesso e Gestione Lavoro Agile**

Può avvalersi dello strumento "lavoro agile" il personale dell'A.S.L. TO3, appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico, professionale e sanitario che svolge mansioni idonee ad essere svolte a distanza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale.

È prevalentemente in presenza lo svolgimento della prestazione lavorativa da parte dei Dirigenti, dei titolari di incarichi di funzione/coordinamento e dei responsabili dei procedimenti amministrativi.

Lo svolgimento della prestazione in lavoro agile da parte della Dirigenza, qualora richiesto, sarà autorizzato dalla Direzione Generale in conformità ai principi disposti nel POLA. La

programmazione e l'individuazione delle tipologie di attività idonee allo svolgimento a distanza, è effettuata dai rispettivi Dirigenti responsabili. L'attivazione del lavoro agile ha carattere volontario, pertanto è necessaria una richiesta del/della dipendente interessato/a. In linea generale sono svolte in regime di lavoro agile le attività che:

- a. siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- b. non richiedono necessariamente la costante presenza fisica nell' ufficio;
- c. prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- d. siano pianificabili e consentano la gestione in autonomia delle attività in funzione degli obiettivi assegnati;
- e. siano sottoponibili a verifica in merito alla loro corretta esecuzione e ai risultati conseguiti;
- f. siano eseguibili con strumentazione informatica e digitale idonea.

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

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

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

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

## Sezione 4. MONITORAGGIO

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

Per quanto riguarda la performance aziendale, sia vista nell'insieme, che singolarmente nelle unità organizzative in cui si articola, fino ai singoli dipendenti, il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi viene effettuato secondo le modalità previste dal decreto legislativo del 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m., in accordo con il Sistema di misurazione e valutazione delle performance vigente.

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

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

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

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

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

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