



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

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

Tel. +39 011.9176666

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

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025



www.regione.piemonte.it/sanita

INDICE

Premessa	pag. 4
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	pag. 5
1.1 L'azienda in sintesi.....	pag. 5
1.2 Chi siamo.....	pag. 7
1.3 Cosa facciamo.....	pag. 7
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	
2.1 VALORE PUBBLICO.....	pag. 10
2.1.1 VOLUMI – Il valore pubblico in numeri	pag. 13
1 Attività di ricovero	pag. 13
2 Attività ambulatoriale	pag. 16
3 Confronto dati di attività degli esercizi 2021 e 2022	pag. 17
2.1.2 OTTIMIZZAZIONE – Azioni di efficientamento	pag. 20
2.2 PERFORMANCE.....	pag. 27
2.2.1 Albero della performance	pag. 27
2.2.2 Ciclo della performance	pag. 28
2.2.3 Criteri generali per l'individuazione e valutazione degli obiettivi per l'anno 2023.....	pag. 30
2.2.4 Performance individuale	pag. 34
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	pag. 34
2.3.1 PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) 2023-2025.....	pag. 35
Premessa.....	pag. 35
1 Disposizioni normative.....	pag. 35
2 Obiettivi e finalità del piano.....	pag. 37
3 Elaborazione ed adozione del piano.....	pag. 38
4 Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione.....	pag. 38
5 Gestione del rischio.....	pag. 41
6 Misure per la riduzione del rischio.....	pag. 46
7 Misure ulteriori per la riduzione del rischio.....	pag. 58
8 Rapporti con società ed enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni	pag. 60
2.3.2 SEZIONE TRASPARENZA 2023 – 2025.....	pag. 60
1 Obiettivi strategici in materia di trasparenza.....	pag. 61
2 Responsabili/referenti della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati.....	pag. 61
3 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.....	pag. 62
4 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico.....	pag. 63
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	pag. 64
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	pag. 64
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....	pag. 73
1 Principi generali.....	pag. 73
2 Normativa di riferimento.....	pag. 74
3 Applicazione obiettivi perseguiti.....	pag. 75
4 Caratteristiche e disciplina del lavoro agile.....	pag. 76
5 Destinatari e requisiti d'accesso.....	pag. 77
6 Misure organizzative.....	pag. 77
7 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile.....	pag. 78
8 Ricognizione delle attività espletabili in modalità agile.....	pag. 78
9 Procedura di accesso al lavoro agile.....	pag. 79
10 Accordo individuale.....	pag. 79
11 Rilevazione della presenza.....	pag. 80
12 Modalità di verifica dei risultati e conseguimento obiettivi.....	pag. 80
13 Strumentazione informatica.....	pag. 80
14 Tutela della salute e della sicurezza.....	pag. 81

15 Formazione del personale.....	pag. 81
16 Il ruolo del comitato unico di garanzia (C.U.G.).....	pag. 81
17 Riservatezza.....	pag. 82
3.3.1 CAPITALE UMANO.....	pag. 82
3.3.2 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	pag. 83
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	pag. 85
1 Le priorità strategiche.....	pag. 85
2 Le risorse interne ed esterne ai fini delle strategie formative.....	pag. 87
3 Le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione.....	pag. 89
4 Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione.....	pag. 90
SEZIONE 4: MONITORAGGIO.....	pag. 90
Indice Allegati a Rischi Corruttivi e Trasparenza	pag. 91
Indice Allegati al P.O.L.A.	pag. 91
Indice Allegati al P.T.F.P.	pag. 91
Indice Allegati al Piano di Formazione	pag. 92

Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli obiettivi e gli indicatori di performance di efficienza e di efficacia anche in relazione alla tempistica delle procedure;
- b) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- c) lo sviluppo di modelli innovativi di lavoro volti alla flessibilità logistica ed oraria tramite l'organizzazione delle attività attraverso obiettivi;
- d) gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- e) il potenziamento delle competenze tecniche e professionali tramite percorsi di istruzione e formazione.

Il PIAO ha, quindi, l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, in particolare:

- ✓ il Piano della Performance, poiché definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- ✓ il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) nella misura in cui definisce la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- ✓ il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- ✓ il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
- ✓ il Piano Formativo redatto sulla base della rilevazione del bisogno formativo.

In quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASL TO4 rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione.

Il PIAO, altresì, assicura la coerenza dei propri contenuti ai documenti di programmazione finanziaria previsti a legislazione vigente, così da non avere contenuti irrealizzabili o insostenibili.

Nella parte riguardante il Piano della Performance, il PIAO verrà successivamente integrato con gli obiettivi specifici da assegnare alle singole strutture tenuto conto, altresì, degli obiettivi assegnati dalla Regione ai Direttori Generali/Commissari per l'anno 2023, ad oggi non ancora pervenuti.

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

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

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

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

1.1 – L'Azienda in sintesi

L'A.S.L. TO4 presenta alcune caratteristiche peculiari e l'estensione e la variabilità geografica sono senza dubbio notevoli: nella zona a nord, dall'hinterland torinese fino verso la Valle d'Aosta e nella zona ad ovest, fino al territorio francese.

➤ Territorio con una superficie di circa 3.163 chilometri quadrati con un bacino di circa 504.467 abitanti (al 31/12/2021), suddiviso in 5 Distretti Sanitari, costituiti come segue:

- *Distretto Ciriè-Lanzo (con un'estensione territoriale di 935,33 kmq e 120.348 abitanti) cui afferiscono 38 comuni :*
Ala di Stura, Balangero, Balme, Barbania, Borgaro Torinese, Cafasse, Cantoira, Caselle Torinese, Ceres, Chialamberto, Cirié, Coassolo Torinese, Corio, Fiano, Front, Germagnano, Groscavallo, Grosso, Lanzo Torinese, Lemie, Levone, Mappano, Mathi, Mezzenile, Monastero di Lanzo, Nole, Pessinetto, Robassomero, Rocca Canavese, San Carlo Canavese, San Francesco al Campo, San Maurizio Canavese, Traves, Usseglio, Vallo Torinese, Varisella, Vauda Canavese, Villanova Canavese, Viù.
- *Distretto Chivasso-San Mauro (con un'estensione territoriale di 484,76 kmq e 118.776 abitanti) cui afferiscono 27 comuni :*
Brandizzo, Brozolo, Brusasco, Casalborgone, Castagneto Po, Castiglione Torinese, Cavagnolo, Chivasso, Cinzano, Crescentino, Foglizzo, Fontanetto Po, Gassino, Lamporo, Lauriano, Montanaro, Monteu da Po, Rivalba, frazione Rivodora del Comune di Baldissero Torinese, Rondissone, Saluggia,

San Mauro Torinese, San Raffaele Cimena, San Sebastiano Po, Sciolze, Torrazza Piemonte, Verolengo, Verrua Savoia.

- *Distretto Settimo Torinese (con un'estensione territoriale di 119,43 kmq e 83.575 abitanti) cui afferiscono 4 comuni:*
Leini, San Benigno, Settimo Torinese, Volpiano.
- *Distretto Ivrea (con un'estensione territoriale di 672,30 kmq e 105.444 abitanti) cui afferiscono 65 comuni :*
Albiano, Andrate, Azeglio, Banchette, Barone, Bollengo, Borgofranco d'Ivrea, Borgomasino, Brosso, Burolo, Caluso, Candia, Caravino, Carema, Cascinette, Chiaverano, Colletterto Giacosa, Cossano, Cuceglio, Fiorano, Issiglio, Ivrea, Lessolo, Loranzé, Maglione, Mazzé, Mercenasco, Montalenghe, Montalto Dora, Nomaglio, Orio, Palazzo, Parella, Pavone, Perosa, Piverone, Quagliuzzo, Quassolo, Quincinetto, Romano, Rueglio, Salerano, Samone, San Giorgio, San Giusto, San Martino, Scarmagno, Settimo Rottaro, Settimo Vittone, Strambinello, Strambino, Tavagnasco, Traversella, Val di Chy, Valchiusa, Vestigné, Vialfré, Vidracco, Villareggia, Vische, Vistrorio.
- *Distretto Cuornè (con un'estensione territoriale di 951,78 kmq e 76.334 abitanti) cui afferiscono 43 comuni :*
Aglié, Alpette, Bairo, Baldissero, Borgiallo, Bosconero, Busano, Canischio, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Ciconio, Cintano, Colletterto Castelnuovo, Cuornè, Favria, Feletto, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Lombardore, Lusiglié, Noasca, Oglianico, Ozegna, Pertusio, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Ribordone, Rivara, Rivarolo, Rivarossa, Ronco, Salassa, San Colombano, San Ponso, Sparone, Torre Canavese, Valperga, Valprato Soana.

Il numero di comuni è superiore nell'area di Ivrea, dove peraltro è presente anche una componente più rilevante di comuni classificati come montani.

➤ L'attività di assistenza, oltre che dai Distretti sanitari, è garantita attraverso:

- **n. 5 Presidi**, con una distanza chilometrica tra gli stessi che oscilla tra i 35 e 65 Km, con percorsi stradali difficoltosi per le aree montane e precisamente:
 - Presidio Ospedaliero di Chivasso – sede DEA di I° livello
 - Presidio Ospedaliero di Ciriè – sede di DEA di I° livello
 - Presidio Ospedaliero di Lanzo – Lanzo sede Punto di Primo Intervento (PPI)
 - Presidio Ospedaliero di Ivrea – sede DEA di I° livello
 - Presidio Ospedaliero di Cuornè – sede di Punto di Primo Intervento (PPI)

Oltre ai sopracitati Ospedali si deve tener conto del Presidio di Settimo Torinese, gestito in sperimentazione gestionale, ex art. 9 bis D.Lgs. 502/92e s.m.i., in forma mista pubblico e privato con la Società Assistenza Acuzie e PostAcuzie (S.A.A.P.A.) S.p.A. Ha indirizzo riabilitativo di 2° livello (59 posti letto) e lungodegenziale (82 posti letto), per un totale di 141 posti letto, a cui vanno aggiunti 94 posti CAVS (D.G.R. n. 12-3730 del 27.07.2016). Fino ad ottobre 2022, nell'ambito dei predetti, sono rimasti attivi 26 posti letto Covid. Da novembre 2022 non sono più presenti posti letto Covid autorizzati. Attualmente è in fase di liquidazione.

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

- Hospice di Salerano

Sono, inoltre, presenti sul territorio Aziendali n. 314 Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e n. 43 Pediatri di Libera Scelta (data riferimento 13/03/2023).

1.2 – Chi siamo

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

L'art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. stabilisce che l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie "sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali" e la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 42-1921 del 27 luglio 2015 ha disposto che le Aziende sanitarie procedessero alla ridefinizione e riadozione dell'Atto Aziendale. Con deliberazione del Direttore Generale n. 902 del 19/10/2015 è stato approvato l'Atto Aziendale dell'ASL TO4, come modificato a seguito delle prescrizioni formulate dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 32-2200, del 05/10/2015 sull'Atto adottato con delibera n. 798, del 21/09/2015. Con deliberazioni n. 149 del 06/02/2019, n. 282 del 16/03/2021 e n. 940 del 04/10/2021 sono state apportate alcune modifiche al suddetto Atto.

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

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

1.3 - Cosa facciamo

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

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

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

Area della Prevenzione – Il Dipartimento di Prevenzione

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

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

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

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

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

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

Area Territoriale - I Distretti

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

Il Distretto svolge le seguenti funzioni:

- Governo della domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando i servizi di assistenza primaria ed i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, garantendo altresì le attività socio-assistenziali in integrazione con gli enti gestori;
- Organizzazione e gestione dei Servizi a gestione distrettuale diretta;
- Programmazione e controllo del livello di utilizzo dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali, erogate dai produttori pubblici e dai produttori privati;
- Organizzazione e gestione Residenze Sanitarie Assistenziali di proprietà dell'A.S.L. e programmazione e controllo della assistenza residenziale e semi-residenziale acquistata;
- Erogazione di prestazioni relative all'assistenza integrativa sul territorio distrettuale, in sinergia con la specifica Struttura Semplice "Assistenza Protesica ed Integrativa";
- Organizzazione della Continuità Assistenziale Primaria e delle postazioni di guardia medica territoriale;
- Coordinamento delle attività ambulatoriali poste in essere all'interno del Distretto ed effettuazione di attività volte alla riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, in sinergia con la Struttura Semplice "Gestione unificata offerta Specialistica ed Ambulatoriale";
- Coordinamento delle attività relative all'assistenza sanitaria primaria (la medicina generale, la pediatria di libera scelta, il servizio di continuità assistenziale);
- Sviluppo delle cure domiciliari, con la necessaria integrazione tra gli altri servizi, in collaborazione con le Strutture Semplici "Cure Domiciliari";
- Assicurazione del diritto del cittadino all'accesso ai servizi sanitari (iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, scelta e revoca del medico di base e del pediatra, prenotazione prestazioni specialistiche, accettazione domande di assistenza integrativa);
- Effettuazione di attività di coordinamento nell'assistenza sanitaria all'estero e nell'assistenza ai cittadini non residenti;
- Attuazione della tutela della salute collettiva, in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione, ai sensi dell'art. 7-bis del Decreto Legislativo n. 502/1992 e s.m.i.;
- Assicurazione della tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, mediante in collaborazione con la Struttura Semplice Dipartimentale "Consultori", integrate con quelle ospedaliere e con la pediatria di libera scelta anche nell'ambito del Dipartimento Materno-Infantile;
- Sviluppo dell'attività di assistenza sanitaria e socio-sanitaria rivolta agli anziani, ai disabili, al disagio psichico ed alle dipendenze patologiche, compresa l'assistenza residenziale e semi-residenziale, coordinate con quelle dei Dipartimenti interessati;
- Effettuazione con il tramite del coordinamento inter-distrettuale della gestione unitaria della convenzione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta e gli specialisti e professionisti convenzionati interni e per tutte le attività di tutela della salute che necessitano di una gestione uniforme sul territorio dell'Azienda;
- Effettuazione dell'attività per l'integrazione istituzionale concertata dei servizi socio-sanitari;
- Valutazione del conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione.
- Sviluppo delle relazioni esterne con Enti ed Istituzioni del territorio;

- Redazione dei P.A.T. (Piano di Assistenza Territoriale) in collaborazione con i Comuni ed i Consorzi Socio-Sanitari, nel rispetto delle indicazioni della Direzione Aziendale.

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

Area Ospedaliera – i Presidi Ospedalieri

Anche le Strutture Complesse di Direzione Medica di Presidio sono individuate in linea con la Direzione Sanitaria Aziendale e le loro funzioni sono di seguito elencate.

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

Ed ogni altra azione finalizzata alla vigilanza sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate, sulla qualità dei ricoveri, anche attraverso la formulazione di direttive, regolamenti e protocolli, sorvegliandone il rispetto, in tema di tutela della salute e della sicurezza nel luogo di lavoro, igiene e sicurezza degli alimenti, ambienti e delle apparecchiature, attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e

sterilizzazione, smaltimento dei rifiuti sanitari, nonché strategie per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza secondo procedure concordate e adozione dei provvedimenti necessari per la salvaguardia della salute di operatori, pazienti e visitatori.

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

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

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

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Nella presente sezione vengono definiti i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici stabiliti in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati dall'Azienda definendo, attraverso gli obiettivi, le modalità e le azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità fisica e digitale, la semplificazione e la reingegnerizzazione delle procedure, la prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa.

2.1 VALORE PUBBLICO

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

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

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

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

1. produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholder (occorre che l'azione pubblica sia giudicata desiderabile da parte di un gruppo di destinatari "clienti");

2. intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo (le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali) “macchina interna”;
3. essere legittimata a godere di sostegno esterno (deve saper attrarre il sostegno degli attori rilevanti).

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

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

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

Difatti, si pone come strumento programmatico per:

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

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

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

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

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

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

- ✓ PRENOTAZIONI, dove il cittadino può effettuare prenotazioni per:
 - l'accesso ai Centri prelievo;
 - il ritiro dei contenitori per i campioni biologici;
 - prenotare/disdire le visite e gli esami specialistici;
 - ulteriori informazioni sugli esami di laboratorio;
 - informazioni sugli elettrocardiogramma (ECG);
 - informazioni sulle radiografie (RX) del torace;
 - prenotazioni delle visite e degli esami specialistici che possono essere effettuate/modificate/disdette:

- 1) tramite il CUP regionale, che permette di effettuare/modificare/disdire le prenotazioni di visite ed esami specialistici erogati negli ospedali e nei poliambulatori dell'ASL TO4 e di tutta la Regione Piemonte.
 - 2) tramite le farmacie del territorio che hanno aderito al servizio;
 - 3) attraverso gli sportelli CUP dell'ASL TO4, soltanto qualora non sia possibile la prenotazione/disdetta online o telefonica tramite il CUP regionale.
- ✓ RITIRO REFERTI, tramite credenziali di accesso;
 - ✓ SCELTA O REVOCA DEL MEDICO, dove il cittadino può operare la scelta e revoca del medico di base o del pediatra per i bambini,
 - ✓ FSE (FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO), dove il cittadino può consultare i propri referti di laboratorio e di radiologia, le prescrizioni di farmaci o prestazioni specialistiche, le vaccinazioni e altra documentazione sanitaria. L'ASL TO4 ha istituito "Punti Assistito" presso le sedi di Distretto. Il "Punto Assistito" è uno sportello fisico dove il cittadino che non possa usufruire autonomamente dei servizi resi disponibili online può chiedere l'intermediazione di un operatore abilitato e formato. L'operatore amministrativo del "Punto Assistito" può eseguire per conto del cittadino:
 - gestione del consenso alla consultazione del FSE da parte di operatori sanitari;
 - gestione del consenso al recupero del pregresso;
 - gestione delle deleghe: acquisizione, modifica e revoca della delega a favore di un adulto, di un minore o di un soggetto sottoposto a tutela o ad amministrazione di sostegno (amministratore di sostegno con delega specifica alla tutela della salute);
 - gestione della funzione di oscuramento/de-oscuramento puntuale dei documenti del FSE;
 - consultazione e stampa degli accessi di consultazione operati sui dati e/o documenti del FSE;
 - acquisizione, modifica, revoca dei recapiti di contatto del cittadino (numero di telefono, indirizzo email);
 - acquisizione, modifica, revoca delle preferenze di notifica del FSE.

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

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

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

- le agende per le liste d'attesa per i ricoveri;
- la fruizione ferie, recuperi ore e permessi Legge 104/92, tramite il sistema di gestione presenze "Iris Web";
- l'apposizione di firma digitale su documenti amministrativi e sanitari ed utilizzo di sistemi di conservazione sostitutiva;
- la fatturazione elettronica;
- il pagamento del ticket presso i "punti rossi" aziendali;
- la ricetta dematerializzata, come da progetto regionale "SIRPED";

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

Per quanto riguarda i documenti amministrativi, sono state attivate nell'anno 2018 la dematerializzazione delle deliberazioni, delle determinazioni dirigenziali ed il registro di protocollo, nell'anno 2019 l'invio delle fatture e nell'anno 2021 (come previsto dalla normativa NSO) l'emissione degli ordini elettronici dei servizi.

Per quanto riguarda i documenti sanitari è stata completata nell'anno 2019 la firma digitale e l'archiviazione dei referti prodotti in ambito ambulatoriale per pazienti esterni/interni, nonché sulle lettere di dimissione e, nel 2021, i referti sono stati trasmessi al Fascicolo Sanitario Elettronico.

E' stata inoltre completata nell'anno 2021 la funzionalità di firma digitale anche sui verbali del Pronto Soccorso a seguito della sostituzione del programma in uso e dal 30/12/2021 è stato trasmesso l'invio al Fascicolo Sanitario Elettronico. Al momento vengono inviati solo i documenti relativi a quegli accessi che non si concludono con un ricovero; sono in corso adeguamenti applicativi che verranno messi in produzione nei primi mesi del 2023 e che permetteranno il recupero di questi documenti.

Nel 2022 il repository aziendale ha ultimato i lavori di interoperabilità con il FSE che viene alimentato con le seguenti tipologie di referto: LDO, VPS, AP, RIS, LIS, referti ambulatoriali. Mancano alcune tipologie di referti ambulatoriali relativi agli ECG ed ECOCARDIO e ai referti della diabetologia per cui si stanno ultimando i lavori di integrazione dei dipartimentali verso il repository clinico. Entro marzo 2023 inoltre saranno implementate le Linee guida per le policy di retry per indicizzazione metadati sul FSE pubblicate il 2 febbraio 2022.

Tutti i medici sono stati dotati di certificato di firma e al 31/8/2022 ne risultavano a sistema 889 successivamente incrementati di 83 per un totale di 972 ad inizio 2023.

Nell'anno 2021 si è proceduto con la produzione degli ordini elettronici ed il pagamento con piattaforma "PagoPA" come previsto dalla normativa vigente e, a partire dal secondo semestre 2022, su tutte le postazioni di pagamento ticket (denominati Punti Rossi), i pagamenti spontanei sono stati disabilitati, associandoli in un unico codice versamento per definire la tipologia di incasso.

2.1.1 VOLUMI - Il Valore Pubblico in numeri

1 - Attività di ricovero

L'attività di produzione ospedaliera viene effettuata nei 5 Ospedali aggregati in 3 Presidi riuniti, per complessivi 842 posti letto in ricovero ordinario e 124 posti letto in ricovero day hospital alla data dell'1/01/2020, prima dell'inizio della pandemia.

PRESIDIO RIUNITO DI CIRIÉ – LANZO:

- Ospedale di Cirié (242 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero day hospital). E' ospedale capo fila del presidio unito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di DEA di I° livello.
- Ospedale di Lanzo (83 posti letto in ricovero ordinario e 19 posti letto in ricovero day hospital). Ospedale con alcune specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' presente un Punto di Primo Intervento.

PRESIDIO DI CHIVASSO:

Ospedale di Chivasso (183 posti letto in ricovero ordinario e 29 posti letto in ricovero day hospital). Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di DEA di I° livello.

PRESIDIO RIUNITO DI IVREA – CUORGNE'

- Ospedale di Ivrea (236 posti letto in ricovero ordinario e 30 posti letto in ricovero day hospital). E' ospedale capo fila del presidio unito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di DEA di I° livello.
- Ospedale di Cuorgné (98 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero day hospital). Ospedale con le specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). Oggi è presente un Punto di Primo Intervento.

La pandemia ha comportato un cambiamento nell'assetto dei posti letto ospedalieri dei Presidi, per cui ad oggi la situazione non ha ancora riacquisito un livello di stabilità distributiva.

A confronto la situazione al 31/12/2021 e al 31/12/2022:

PRESIDIO	31/12/2021			31/12/2022		
	pl ordinari	pl dh/ds	di cui covid	pl ordinari	pl dh/ds	di cui covid
CHIVASSO	193	30	15	186	30	17
CIRIE'	257	23	30	235	23	24
LANZO	76	19	14	77	19	2
IVREA	182	30	15	193	30	16
CUORGNE'	74	23	11	80	23	2
TOTALE	782	125	85	771	125	61

La produzione ospedaliera nel 2021 è stata ancora influenzata dalla pandemia Covid e la situazione si è protratta per tutto il 2022, non riguardando solo il primo trimestre (il 31.03 è stato individuato come termine formale dell'emergenza), ma anche i mesi successivi, come dimostrano i dati riportati nelle tabelle che seguono, relativi all'attività di ricovero, suddivisa in ricovero tradizionale e ricovero Covid:

PRESIDIO OSPEDALIERO	N. casi 2021	N.casi 2022	Importi 2021	Importi 2022	% Scostamento casi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	8.379	9.225	27.003.345,51	29.925.959,91	10%	10,82%
EMERGENZA COVID	372	326	2.567.838,60	1.837.427,80	-12%	-28,44%
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE Totale	8.751	9.551	29.571.184,11	31.763.387,71	9%	7,41%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	706	674	2.718.819,80	2.585.407,00	-5%	-4,91%
EMERGENZA COVID	269	118	1.420.742,60	442.590,00	-56%	-68,85%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO Totale	975	792	4.139.562,40	3.027.997,00	-19%	-26,85%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	8.462	8.801	26.898.334,01	26.861.206,21	4%	-0,14%
EMERGENZA COVID	234	352	1.641.525,40	1.723.920,12	50%	5,02%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA Totale	8.696	9.153	28.539.859,41	28.585.126,33	5%	0,16%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	797	2.091	2.607.794,80	5.464.405,00	162%	109,54%
EMERGENZA COVID	461	63	2.340.363,20	195.388,40	-86%	-91,65%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE Totale	1.258	2.154	4.948.158,00	5.659.793,40	71%	14,38%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	8.424	9.772	25.822.104,60	30.155.825,60	16%	16,78%
EMERGENZA COVID	443	204	3.285.476,40	1.013.210,00	-54%	-69,16%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO Totale	8.867	9.976	29.107.581,00	31.169.035,60	13%	7,08%
Totale complessivo	28.547	31.626	96.306.344,92	100.205.340,04	11%	4,05%

Dai dati dei flussi il confronto 2022 vs 2021 evidenzia un incremento dei ricoveri pari al 11% in termini di numero di casi e del 4,05% in termini di valore.

Analizzando il primo semestre, si nota un incremento sul numero dei casi del 16,10 %, media del consistente incremento dei casi di ricovero tradizionale (+25,70%) e del decremento del numero di casi di ricovero covid (-54,78%).

Il confronto tra il 2022 e il 2021 secondo semestre registra un incremento del numero di casi pari al 6,40% e del valore pari al 2,74% e anche in questo caso l'incremento è riferito per la maggior parte ai ricoveri tradizionali.

Confronto sui totali primo semestre 2022 vs primo semestre 2021

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2021	N.casi 2022	Importi 2021	Importi 2022	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento Importi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	3.808	4.372	13.345.877,00	14.941.050,11	564	14,81%	1.595.173,11	11,95%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	539	440	2.352.838,40	1.645.859,80	-99	-18,37%	-706.978,60	-30,05%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	4.046	4.368	13.008.508,01	13.809.508,43	322	7,96%	801.000,42	6,16%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	570	989	2.681.829,80	2.395.368,20	419	73,51%	-286.461,60	-10,68%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	3.936	4.807	13.876.684,60	14.973.339,00	871	22,13%	1.096.654,40	7,90%
Totale complessivo	12.899	14.976	45.265.737,81	47.765.125,54	2.077	16,10%	2.499.387,73	5,52%

Comparazione al netto Covid primo semestre 2022 vs primo semestre 2021

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2021	N.casi 2022	Importi 2021	Importi 2022	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento Importi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	3.506	4.170	11.136.361,20	13.662.109,11	664	18,94%	2.525.747,91	22,68%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	272	327	940.170,80	1.225.780,80	55	20,22%	285.610,00	30,38%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	3.898	4.164	11.914.070,61	12.688.450,91	266	6,82%	774.380,30	6,50%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	118	934	381.381,00	2.235.756,40	816	691,53%	1.854.375,40	486,23%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	3.566	4.685	10.990.454,80	14.331.751,60	1.119	31,38%	3.341.296,80	30,40%
Totale complessivo	11.360	14.280	35.362.438,41	44.143.848,82	2.920	25,70%	8.781.410,41	24,83%

Dettaglio Covid primo semestre 2022 vs primo semestre 2021

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2021	N.casi 2022	Importi 2021	Importi 2022	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento Importi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	302	202	2.209.515,80	1.278.941,00	-100	-33,11%	-930.574,80	-42,12%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	267	113	1.412.667,60	420.079,00	-154	-57,68%	-992.588,60	-70,26%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	148	204	1.094.437,40	1.121.057,52	56	37,84%	26.620,12	2,43%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	452	55	2.300.448,80	159.611,80	-397	-87,83%	-2.140.837,00	-93,06%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	370	122	2.886.229,80	641.587,40	-248	-67,03%	-2.244.642,40	-77,77%
Totale complessivo	1.539	696	9.903.299,40	3.621.276,72	-843	-54,78%	-6.282.022,68	-63,43%

Confronto sui totali secondo semestre 2022 vs secondo semestre 2021

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2021	N.casi 2022	Importi 2021	Importi 2022	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento Importi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	4.943	5.179	16.225.307,11	16.822.337,60	236	4,77%	597.030,49	3,68%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	436	352	1.786.724,00	1.382.137,20	-84	-19,27%	-404.586,80	-22,64%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	4.650	4.785	15.531.351,40	14.775.617,90	135	2,90%	-755.733,50	-4,87%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	688	1.165	2.266.328,20	3.264.425,20	477	69,33%	998.097,00	44,04%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	4.931	5.169	15.230.896,40	16.195.696,60	238	4,83%	964.800,20	6,33%
Totale complessivo	15.648	16.650	51.040.607,11	52.440.214,50	1.002	6,40%	1.399.607,39	2,74%

Comparazione al netto Covid secondo semestre 2022 vs secondo semestre 2021

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2021	N.casi 2022	Importi 2021	Importi 2022	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento Importi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIÈ	4.873	5.055	15.866.984,31	16.263.850,80	182	3,73%	396.866,49	2,50%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	434	347	1.778.649,00	1.359.626,20	-87	-20,05%	-419.022,80	-23,56%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	4.564	4.637	14.984.263,40	14.172.755,30	73	1,60%	-811.508,10	-5,42%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	679	1.157	2.226.413,80	3.228.648,60	478	70,40%	1.002.234,80	45,02%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	4.858	5.087	14.831.649,80	15.824.074,00	229	4,71%	992.424,20	6,69%
Totale complessivo	15.408	16.283	49.687.960,31	50.848.954,90	875	5,68%	1.160.994,59	2,34%

Dettaglio Covid secondo semestre 2022 vs secondo semestre 2021

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2021	N.casi 2022	Importi 2021	Importi 2022	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento Importi	% Scostamento Importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIÈ	70	124	358.322,80	558.486,80	54	77,14%	200.164,00	55,86%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	2	5	8.075,00	22.511,00	3	150,00%	14.436,00	178,77%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	86	148	547.088,00	602.862,60	62	72,09%	55.774,60	10,19%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	9	8	39.914,40	35.776,60	-1	-11,11%	-4.137,80	-10,37%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	73	82	399.246,60	371.622,60	9	12,33%	-27.624,00	-6,92%
Totale complessivo	240	367	1.352.646,80	1.591.259,60	127	52,92%	238.612,80	17,64%

I dati rappresentati sono ante-abbattimento, per ragioni di significatività comparativa tra gli anni considerati.

Emergenza

Nell'ambito dei Presidi Ospedalieri gli accessi DEA hanno subito un incremento 2022 vs 2021 pari al 21,7%:

Accessi DEA/PS	DEA Chivasso	DEA Ciriè	PS Lanzo	DEA Ivrea	PS Cuorgnè	TOTALE
2021	33.749	36.901	0	28.476	0	99.126
2022	42.586	45.273	0	32.800	0	120.659

Tabella Accessi DEA/PS Presidi ospedalieri dell'ASL TO 4 (anni 2021-2022)

2 - Attività ambulatoriale

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

Nel complesso, le prestazioni ambulatoriali per esterni sono aumentate nel corso del 2022 rispetto al dato del 2021 del 8,9% in termini di quantità e del 11% in termini di importo.

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

Anno	Luogo	Casi	Importo
2021	OSPEDALE	4.316.189	41.505.458
2021	TERRITORIO	588.890	14.373.491
	totale	4.905.079	55.878.949
2022	OSPEDALE	4.690.443	46.863.090
2022	TERRITORIO	649.527	15.197.936
	totale	5.339.970	62.061.026

Tabella Attività ambulatoriale suddivisa per produzione ospedaliera e territoriale per gli anni 2021-2022

Il dettaglio delle prestazioni ambulatoriali per esterni suddiviso per disciplina, evidenzia che gli incrementi hanno riguardato pressoché tutte le discipline:

EROGATORE_DISCIPLINA	N.prestazioni 2021	N.prestazioni 2022	% Scost. Qta	Importi 2021	Importi 2022	% Scost. Importi
01 - ALLERGOLOGIA	6.486	9.323	44%	96.377,90	135.997,90	41%
03 - ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA	14.226	15.100	6%	413.422,20	436.087,80	5%
05 - ANGIOLOGIA	134	409	205%	5.882,60	17.955,10	205%
08 - CARDIOLOGIA	40.124	44.776	12%	1.270.507,50	1.513.399,20	19%
09 - CHIRURGIA GENERALE (COMPRESA CHIRURGIA D'URGENZA)	11.518	14.355	25%	397.494,91	444.290,94	12%
12 - CHIRURGIA PLASTICA	4	-	-100%	82,80	-	-100%
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	411	535	30%	14.870,50	19.594,90	32%
18 - EMATOLOGIA, IMMUNOEMATOLOGIA	42.637	46.526	9%	703.807,80	779.464,40	11%
19 - MAL. ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE	152.667	161.423	6%	2.192.933,25	2.334.392,40	6%
21 - GERIATRIA	2.229	2.756	24%	38.432,10	49.600,80	29%
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	9	36	300%	186,30	737,40	296%
26 - MEDICINA GENERALE (NON ALTREMENTI SPECIFICATA)	6.459	6.479	0%	144.678,70	135.850,50	-6%
29 - NEFROLOGIA	246.549	250.665	2%	10.902.479,20	11.369.509,60	4%
32 - NEUROLOGIA	13.658	14.402	5%	362.214,60	399.931,00	10%
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	33.474	35.111	5%	865.872,40	889.429,60	3%
34 - OCULISTICA	23.206	27.638	19%	1.652.749,10	2.183.703,30	32%
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	3.009	3.903	30%	71.052,50	91.611,30	29%
36 - ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	28.730	34.518	20%	528.858,40	697.881,60	32%
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	50.198	53.564	7%	1.147.778,80	892.588,90	-22%
38 - OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA	28.961	35.023	21%	441.696,10	542.057,10	23%
39 - PEDIATRIA	3.493	3.830	10%	72.183,40	63.963,10	-11%
40 - PSICHIATRIA	97.481	86.303	-11%	1.875.653,70	1.633.857,00	-13%
43 - UROLOGIA	14.523	16.517	14%	365.078,00	433.863,40	19%
49 - TERAPIA INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2	5	150%	44,30	107,70	143%
52 - DERMATOLOGIA, DERMOSIFILOPATIA	8.166	9.140	12%	150.636,90	169.635,70	13%
56 - RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	175.228	206.451	18%	4.213.217,00	4.632.575,10	10%
58 - GASTROENTEROLOGIA	8.532	8.466	-1%	634.005,15	611.951,50	-3%
61 - MEDICINA NUCLEARE	4.916	6.142	25%	485.730,90	599.627,20	23%
64 - ONCOLOGIA (COMPRESA ONCOLOGIA MEDICA E GENERALE)	30.136	32.867	9%	1.325.213,60	1.578.005,50	19%
68 - PNEUMOLOGIA, TISIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	14.842	18.782	27%	334.828,90	440.214,30	31%
69 - RADIOLOGIA	133.086	176.440	33%	8.429.787,20	10.166.453,60	21%
70 - RADIOTERAPIA (COMPRESA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA)	28.851	32.944	14%	2.755.363,20	3.186.339,10	16%
80 - CHIRURGIA SPECIALE	6	6	0%	16,80	47,80	185%
82 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4.287	6.032	41%	124.449,90	156.109,00	25%
91 - PSICOLOGIA	7.358	9.394	28%	131.038,90	173.501,70	32%
98 - LABORATORIO ANALISI/DAY SURGERY (MULTISPECIALISTICO)	3.669.483	3.970.109	8%	13.730.323,40	15.280.690,50	11%
Totale complessivo	4.905.079	5.339.970	9%	55.878.948,91	62.061.025,94	11%

3 - Confronto dati di attività degli esercizi 2021 e 2022

Nelle tabelle che seguono sono presentati i dati degli anni 2021-2022 nella rendicontazione più esaustiva dei flussi informativi regionali.

Dati di produzione

PRODUZIONE ASL TO4 Tipologia	Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket	Imp. Lordo
SDO (ro, dh, one ds) - ns ospedali	25.670	87.376.105,10	2.297	7.117.464,02	464	1.512.542,80	83	260.258,40	15	40.960,20	28.529	96.307.330,52	0,00	96.307.330,52
SDO (ricoveri) - SAAPA	665	3.856.348,66	512	3.107.713,22	17	101.479,90	3	19.465,60	5	28.305,20	1.202	7.113.312,58	0,00	7.113.312,58
B (medicina di base)	0	0,00	14.825	163.075,00	13.789	151.679,00	8.515	93.665,00	0	0,00	37.129	408.419,00	0,00	408.419,00
C (specialistica ambulat.)	4.719.690	46.077.679,93	148.131	2.231.004,24	34.446	407.959,44	2.292	35.023,70	496	5.100,20	4.905.055	48.756.767,51	7.121.509,40	55.878.276,91
C2 (DEAe PS) non seguiti	895.767	7.220.767,10	72.156	604.138,50	19.522	168.816,00	1.407	11.546,70	16	81,10	988.868	8.005.349,40	27.925,00	8.033.274,40
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	296.318	2.298.363,09	39.226	311.290,00	129	1.134,20	0	0,00	335.673	2.610.787,29	267.049,46	2.877.836,75
F (diretta) n. ricette:	166.005	45.371.898,14	2.891	1.269.167,19	651	480.124,67	518	65.611,34	6	1.111,24	170.071	47.187.912,58	14.423,30	47.202.335,88
F (DPC) n. ricette	236.064	16.821.338,83	11.976	684.168,75	1.896	110.639,85	11	6.640,32	40	1.592,93	249.987	17.624.380,68	0,00	17.624.380,68
Totale SDO	26.335	91.232.453,76	2.809	10.225.177,24	481	1.614.022,70	86	279.724,00	20	69.265,40	29.731	103.420.643,10	0,00	103.420.643,10
Totale Prestazioni	6.017.526	115.491.684,00	546.297	7.249.916,77	109.530	1.630.508,96	12.872	213.621,26	558	7.885,47	6.686.783	124.593.616,46	7.430.907,16	132.024.523,62
Totale generale	6.043.861	206.724.137,76	549.106	17.475.094,01	110.011	3.244.531,66	12.958	493.345,26	578	77.150,87	6.716.514	228.014.259,56	7.430.907,16	235.445.166,72
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)												0,00	
F (DPC)	Costo del servizio													2.630.274,22

Tabella Produzione ASL TO4 da flussi informativi (anno 2021)

PRODUZIONE ASL TO4 Tipologia	Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket	Imp. Lordo
SDO (ro, dh, one ds) - ns ospedali	28.353	90.557.788,60	2.561	7.641.227,02	559	1.666.989,70	113	268.424,72	8	53.077,00	31.594	100.187.507,04	0,00	100.187.507,04
SDO (ricoveri) - SAAPA	728	4.634.591,17	458	3.195.786,53	20	130.003,70	3	2.618,00	1	7.407,00	1.210	7.970.406,40	0,00	7.970.406,40
B (medicina di base)	0	0,00	14.906	163.966,00	14.149	155.639,00	10.463	115.093,00	0	0,00	39.518	434.698,00	0,00	434.698,00
C (specialistica ambulat.)	5.121.851	50.333.621,58	159.672	2.459.046,56	38.678	469.736,80	2.183	28.139,30	1.030	11.015,95	5.323.414	53.301.560,19	8.760.137,75	62.061.697,94
C2 (DEAe PS) non seguiti	1.068.952	8.287.335,55	80.752	655.599,25	22.837	185.374,90	1.556	12.661,80	0	0,00	1.174.097	9.140.971,50	47.025,00	9.187.996,50
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	104.321	794.813,28	15.913	126.352,34	11	181,92	0	0,00	120.245	921.347,54	94.327,42	1.015.674,96
F (diretta) n. ricette:	178.257	52.715.727,88	2.789	1.307.276,30	749	362.597,36	695	124.295,71	12	1.565,50	182.502	54.511.462,75	12.838,59	54.524.301,34
F (DPC) n. ricette	102.145	7.469.244,75	4.868	288.099,72	724	41.411,05	3	3.284,46	14	693,66	107.754	7.802.733,64	0,00	7.802.733,64
Totale SDO	29.081	95.192.379,77	3.019	10.837.013,55	579	1.796.993,40	116	271.042,72	9	60.484,00	32.804	108.157.913,44	0,00	108.157.913,44
Totale Prestazioni	6.471.205	118.805.929,76	367.308	5.668.801,11	93.050	1.341.111,45	14.911	283.656,19	1.056	13.275,11	6.947.530	126.112.773,62	8.914.328,76	135.027.102,38
Totale generale	6.500.286	213.998.309,53	370.327	16.505.814,66	93.629	3.138.104,85	15.027	554.698,91	1.065	73.759,11	6.980.334	234.270.687,06	8.914.328,76	243.185.015,82
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)												0,00	
F (DPC)	Costo del servizio													1.111.358,52

Tabella Produzione ASL TO4 da flussi informativi (anno 2022)

Dati di acquisto

ACQUISTI ASL TO4 Tipologia	da altre ASL		da ASO		da altri PRESIDI		da altri Ist. Privati		da Extra Regione		TOTALI NETTI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO (ricoveri ord, dh, one ds)	6.380	27.415.555,04	12.746	50.161.246,66	3.408	14.809.765,37	4.366	24.336.834,08			26.900	116.723.401,15
Day Surgery tipo C											0	0,00
B (medicina di base)	21.079	231.869,00									21.079	231.869,00
C (specialistica ambulat.)	258.896	5.554.954,50	613.905	13.986.888,29	198.256	6.350.924,49	455.253	11.632.892,09			1.526.310	37.525.659,37
C2 (DEA e PS) non seguiti	171.208	1.762.664,60	74.189	782.822,15	30.824	295.701,80					276.221	2.841.188,55
D (assist. farmaceutica)	220.603	1.804.906,53									220.603	1.804.906,53
E (assist. termale)							1.966	23.954,69			1.966	23.954,69
F (diretta + DPC) n. ricette:	29.889	9.295.826,63	23.502	20.643.400,16	9.198	3.605.412,79					62.589	33.544.639,58
G (ambulanza/elisoccorso)											0	0,00
Totale SDO + Day Surg. C	6.380	27.415.555,04	12.746	50.161.246,66	3.408	14.809.765,37	4.366	24.336.834,08	0	0,00	26.900	116.723.401,15
Totale Prestazioni	701.675	18.650.221,26	711.596	35.413.110,60	238.278	10.252.039,08	457.219	11.656.846,78	0	0,00	2.108.768	75.972.217,72
Totale SDO + Prest. da altri	708.055	46.065.776,30	724.342	85.574.357,26	241.686	25.061.804,45	461.585	35.993.680,86	0	0,00	2.135.668	192.695.618,87

TOTALE ACQUISTI ASL TO4 Tipologia					da ns. PRESIDI		da ns. Ist. Privati				TOTALI NETTI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO per ns. residenti					939	4.826.266,97	1.829	9.586.260,18			2.768	14.412.527,15
Prestazioni per ns. residenti					21.852	292.890,95	423.324	4.884.902,35			445.176	5.177.793,30
Totale SDO (da altri + nostri)	6.380	27.415.555,04	12.746	50.161.246,66	4.347	19.636.032,34	6.195	33.923.094,26	0	0,00	29.668	131.135.928,30
Totale Prestaz. (da altri + nostri)	701.675	18.650.221,26	711.596	35.413.110,60	260.130	10.544.930,03	880.543	16.541.749,13	0	0,00	2.553.944	81.150.011,02
Totale generale (da altri + nostri)	708.055	46.065.776,30	724.342	85.574.357,26	264.477	30.180.962,37	886.738	50.464.843,39	0	0,00	2.583.612	212.285.939,32

Tabella Acquisti ASL TO4 da flussi informativi (anno 2021)

ACQUISTI ASL TO4 Tipologia	da altre ASL		da ASO		da altri PRESIDI		da altri Ist. Privati		da Extra Regione		TOTALI NETTI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO (ricoveri ord, dh, one ds)	7.082	29.611.097,99	13.029	50.034.451,96	3.388	14.236.719,87	4.685	25.813.929,63			28.184	119.696.199,45
Day Surgery tipo C											0	0,00
B (medicina di base)	21.667	238.337,00									21.667	238.337,00
C (specialistica ambulat.)	297.635	6.544.580,32	651.636	15.064.303,87	196.417	6.830.745,97	570.450	11.271.017,58			1.716.138	39.710.647,74
C2 (DEA e PS) non seguiti	184.924	1.978.428,85	85.962	898.891,70	37.358	366.527,30					308.244	3.243.847,85
D (assist. farmaceutica)	90.716	734.362,99									90.716	734.362,99
E (assist. termale)							1.639	22.083,56			1.639	22.083,56
F (diretta + DPC) n. ricette:	26.243	9.752.803,11	24.144	20.611.336,95	9.533	3.566.548,90					59.920	33.930.688,96
G (ambulanza/elisoccorso)											0	0,00
Totale SDO + Day Surg. C	7.082	29.611.097,99	13.029	50.034.451,96	3.388	14.236.719,87	4.685	25.813.929,63	0	0,00	28.184	119.696.199,45
Totale Prestazioni	621.185	19.248.512,27	761.742	36.574.532,52	243.308	10.763.822,17	572.089	11.293.101,14	0	0,00	2.198.324	77.879.968,10
Totale SDO + Prest. da altri	628.267	48.859.610,26	774.771	86.608.984,48	246.696	25.000.542,04	576.774	37.107.030,77	0	0,00	2.226.508	197.576.167,55

TOTALE ACQUISTI ASL TO4 Tipologia					da ns. PRESIDI		da ns. Ist. Privati				TOTALI NETTI	
	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO per ns. residenti					986	5.521.073,79	2.187	10.784.444,45			3.173	16.305.518,24
Prestazioni per ns. residenti					20.628	266.303,05	246.897	5.246.836,44			267.525	5.513.139,49
Totale SDO (da altri + nostri)	7.082	29.611.097,99	13.029	50.034.451,96	4.374	19.757.793,66	6.872	36.598.374,08	0	0,00	31.357	136.001.717,69
Totale Prestaz. (da altri + nostri)	621.185	19.248.512,27	761.742	36.574.532,52	263.936	11.030.125,22	818.986	16.539.937,58	0	0,00	2.465.849	83.393.107,59
Totale generale (da altri + nostri)	628.267	48.859.610,26	774.771	86.608.984,48	268.310	30.787.918,88	825.858	53.138.311,66	0	0,00	2.497.206	219.394.825,28

Tabella Acquisti ASL TO4 da flussi informativi (anno 2022)

Anche i dati di mobilità passiva evidenziano nei flussi SDO e C lo stesso trend dei dati di produzione, segno della ripresa generale per le aziende sanitarie regionali delle attività di ricovero e di prestazioni ambulatoriali, compromesse dalla pandemia.

Si nota un incremento nei flussi di ricoveri in passiva del 4,8% in termini di quantità e del 2,5% in termini di valore. Le prestazioni ambulatoriali per esterni in mobilità passiva passano a +12,4% in quantità e +5,8% in

valore. Questi risultati, letti insieme agli incrementi di cui sopra per quanto attiene ai ricoveri ed alle prestazioni ambulatoriali, indicano una ripresa positiva in termini produttivi da parte dell'AslTO4.

2.1.2 OTTIMIZZAZIONE - Azioni di efficientamento

Le manovre di efficientamento per l'anno 2023 muovono dall'analisi dei risultati aziendali/regionali raggiunti e di quelli in fase di sviluppo, tra i quali:

- sostenibilità economico-finanziaria del sistema aziendale;
- obiettivi di mandato e annuali assegnati alla Direzione Generale;
- revisione del setting organizzativo in funzione di una maggior appropriatezza;
- perdurare dell'epidemia Covid 19.



Di seguito si riportano le azioni aziendali identificate secondo due direttrici di intervento:

- interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi, intesi come l'insieme delle azioni da mettere in atto nell'ottica della riorganizzazione dei processi produttivi aziendali che sottendono all'erogazione delle singole tipologie di prestazioni sanitarie di tipo diagnostico, terapeutico, medico-chirurgico e sociosanitario;
- interventi di sistema, intesi come l'insieme delle manovre strutturali finalizzate a supportare il cambiamento del sistema, promuovendone lo sviluppo in termini di riqualificazione dell'offerta sanitaria.

DIRETTRICI INTERVENTO



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

Il perdurare dell'epidemia Covid-19 ha costretto anche nel corso dell'anno 2022 a rimodulare l'assetto organizzativo dell'attività aziendale.

Nel contempo proseguono le attività correlate all'adesione al progetto "Governance del percorso chirurgico nella regione Piemonte", avviato di concerto al progetto del Ministero della Salute, riguardante la "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura". Il progetto si prefigge di addivenire alla stesura di una check list per effettuare una mappatura dell'organizzazione dei blocchi operatori degli Ospedali della Regione. Obiettivi del Progetto sono l'efficientamento del percorso chirurgico attraverso la revisione dei processi organizzativi nell'ottica di una riduzione degli sprechi ed aumento della qualità in termini di esiti.

Al fine di una valutazione uniforme del percorso verranno costruiti degli indicatori per monitorare l'evoluzione del progetto.

Verrà, inoltre, consolidato l'effort finalizzato all'appropriatezza dei setting assistenziali dell'area medica, attraverso l'attività del NOCC, per facilitare le dimissioni difficili, in un'ottica di sempre maggior integrazione ospedale territorio e di una presa in carico multidisciplinare e multi professionale dei pazienti cronici.



Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura

Efficientamento percorso chirurgico

Programmazione attività Blocchi Operatori

Riduzione degli Sprechi

Miglioramento degli Esiti



Favorire le dimissioni protette

Integrazione Ospedale Territorio

Presa in carico multidisciplinare paziente cronico



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

Appropriatezza prescrittiva visite ed esami strumentali

Seguendo le indicazioni regionali legate agli obiettivi strategici aziendali, nell'ottica della riduzione delle liste d'attesa, attraverso anche l'analisi delle informazioni estraibili dall'applicativo del CUP Unico Regionale, verranno poste in essere azioni legate all'appropriatezza prescrittiva da parte dei MMG e degli specialisti ambulatoriali, muovendo dall'analisi della corretta applicazione dei RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa che consentono di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali sulla base di indicazioni cliniche esplicite) e dei PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali). Sulla base delle segnalazioni ricevute da parte degli specialisti ospedalieri verranno programmati e organizzati momenti di confronto e formazione con i MMG e gli specialisti ambulatoriali con illustrazione di "indicazioni

di appropriatezza prescrittiva" utili ad orientare l'attività prescrittiva dei medici verso un utilizzo appropriato delle stesse.

Appropriatezza prescrittiva esami di laboratorio

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

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

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

Inoltre, nell'ottica di monitorare la prescrizione e la distribuzione dei farmaci ad alto costo, nonché quelli innovativi, è prevista la revisione delle specifiche linee guida aziendali per garantirne il corretto ed appropriato utilizzo.

✓ Appropriatezza prescrittiva visite e esami strumentali

✓ Appropriatezza prescrittiva esami di laboratorio

✓ Appropriatezza prescrittiva farmaceutica



RAO



Azione 3 – Farmaceutica convenzionata

Nel corso del 2022 sono state avviate manovre di contenimento della spesa farmaceutica, la cui piena applicazione è stata rallentata dall'attuale emergenza sanitaria da Covid 19. Pertanto, per l'anno 2023 si prevede di riprendere e ampliare tali attività. In particolare:

- verrà aggiornata la reportistica per il governo clinico della medicina generale, uno strumento fondamentale per il dialogo con i prescrittori. Il report è strutturato con un confronto tra il singolo medico e la media aziendale, su diversi indicatori di appropriatezza clinica (ricoveri, accessi in DEA, specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica). La sezione sull'assistenza farmaceutica comprende un focus su specifiche classi terapeutiche per cui l'ASL TO4 presenta un elevato scostamento rispetto alla media regionale. elaborazione il report dei primi 9 mesi del 2021;
- a corredo delle informazioni di consumi comparativi rappresentate nei report di governo clinico, riprenderà l'invio di materiale informativo, con indicazioni prescrittive finalizzate ad appropriatezza e contenimento spesa. I pacchetti informativi verranno inviati trimestralmente ai referenti di equipe per la successiva discussione nell'ambito degli incontri periodici;

- nel 2023, inoltre, proseguiranno i cicli d'incontri individuali con i principali prescrittori, alla presenza del servizio farmaceutico e della direzione di distretto, per discutere i dati emersi dai report e per monitorare lo stato di avanzamento delle azioni di governo messe in atto.

Per l'anno 2023 si prevede di implementare ulteriormente la distribuzione diretta:

- alle strutture residenziali RSA e RAF, ai sensi della DGR n. 85-6287 del 2 agosto 2013, in particolare per quanto riguarda le strutture residenziali per disabili presenti sul territorio. Si procederà all'aggiornamento e integrazione del prontuario terapeutico aziendale in funzione dei consumi territoriali e dei prodotti aggiudicatari di gara regionale;
- in dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale, coordinato con il sistema obiettivi aziendale che monitorino il numero di passaggi in distribuzione diretta rispetto al totale dei dimessi;
- ai pazienti in assistenza domiciliare;
- ai pazienti fragili, con terapie complesse, dopo aver effettuato la riconciliazione ed applicato gli algoritmi di deprescrizione.

Reportistica per il governo clinico della medicina generale e condivisione materiale informativo

Incontri Servizio Farmaceutico – Direttori Distretto – MMG/PLS



Implementazione Distribuzione Diretta (alla dimissione, in RSA, a pazienti in assistenza domiciliare...)

Monitoraggio pazienti fragili iperconsumatori con applicazione algoritmi di deprescrizione

Azione 4 - Farmaceutica ospedaliera

Nel corso del 2023 verrà avviato/proseguito l'obiettivo della lettera di dimissione completamente informatizzata per agevolare il reparto in fase prescrittiva e l'invio del paziente alla farmacia con conseguente implementazione del flusso File F senza errori di trascrizione manuale.

Utilizzo nuove molecole

Nel corso del 2023 si assisterà all'introduzione di nuove terapie ad alto costo che potranno avere ripercussioni negative sull'andamento della spesa. In tale ottica proseguirà il monitoraggio della corretta compilazione dei registri AIFA per il puntuale accesso ai ricorsi.

Contemporaneamente, vista l'introduzione di nuove molecole di ultima generazione per la terapia antibiotica, verranno proseguite le azioni specifiche dedicate alla prescrizione ospedaliera della terapia antibiotica, con specifica indicazione delle modalità di ricorso alla gnostica di laboratorio di utilizzare a supporto.

Monitoraggio utilizzo nuove molecole

Monitoraggio utilizzo farmaci innovativi senza indicazione innovatività

Stewardship terapia antibiotica con molecole di ultima generazione (passaggio da terapia empirica a terapia mirata attraverso il supporto della medicina di laboratorio)



Azione 5 – Integrazione Ospedale-Territorio

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

Sempre nella medesima ottica si procederà al monitoraggio dei neonati a termine che rientrano in ospedale dopo 7 giorni dalla dimissione del ricovero per nascita, promuovendo specifiche azioni formative dedicate alle puerpere.



Attivazione percorsi finalizzati a garantire la presa in carico del paziente e il trattamento al di fuori dei setting di cura ospedalieri nell'ottica di perseguire una riduzione delle ri-ospedalizzazioni a seguito di dimissioni a domicilio

Azione 6 – Telemedicina

Una delle novità introdotte durante il periodo di emergenza riguarda l'utilizzo di strumenti tecnologici per garantire ai pazienti l'assistenza medica necessaria anche a distanza.

Telemedicina è sinonimo di assistenza a distanza, tempi più rapidi e abbattimento dei costi. Questa nuova modalità sanitaria non vuole sostituire la medicina tradizionale, bensì affiancarla con tecniche innovative, moderne e efficienti in grado di ottimizzare il contatto tra medico e paziente.

L'obiettivo finale di telemedicina e sanità digitale è aiutare i pazienti a ricevere assistenza sanitaria e le migliori cure possibili anche da remoto e in situazioni critiche, proprio come quella verificatasi recentemente a causa del nuovo Coronavirus.

Sulla scorta delle prime esperienze è stato predisposto e trasmesso in regione uno specifico documento riportante specifici progetti (afferenti ad altrettante specialità) che verranno implementati nel corso dell'anno 2023, previa attivazione della specifica piattaforma informatica dedicata.



Telemedicina è sinonimo di assistenza a distanza, tempi più rapidi e abbattimento dei costi

L'obiettivo finale di telemedicina e sanità digitale è aiutare i pazienti a ricevere assistenza sanitaria e le migliori cure possibili anche da remoto e in situazioni critiche

Attivazione piattaforma dedicata come da indicazioni di Azienda Zero



Azione 7 – Riduzione Liste Attesa Prestazioni Ambulatoriali

L'attività di recupero delle prestazioni sospese ha avuto un'attuazione scaglionata nei diversi ambulatori in base alla complessità delle azioni da mettere in campo per la ripartenza.

In particolare:

- sono state revisionate le agende cercando dove possibile per l'organizzazione di estendere l'orario di visita ed i giorni di apertura;
- sono stati definiti accordi contrattuali con i privati accreditati presenti sul territorio per il recupero delle prestazioni non eseguite;
- si è provveduto all'aggiornamento dei progetti che prevedano l'erogazione di ore in Prestazioni Aggiuntive per il recupero dell'attività e bandi per contratti in libera professione per quelle specialità per cui le liste d'attesa erano consistenti anche prima della sospensione.

Nel corso dell'anno 2023 verranno proseguite le attività avviate, con particolare attenzione alle prestazioni monitorate che non rispettano gli standard regionali sia relativamente ai tempi di attesa sia rispetto al consumo medio pro-capite di prestazioni.

Aumento capacità presa in carico (offerta) attraverso:

- **Revisione agende**
- **Progetti prestazioni aggiuntive**
- **Accordi con privato accreditato**
- **Aderenza indicazioni CUP Unico regionale**



Azione 8 – Efficientamento spesa dispositivi medici

Nel corso dell'anno 2023 verranno approfondite le analisi legate all'efficientamento della spesa per dispositivi medici. In particolare, attraverso il coinvolgimento dei direttori delle strutture e l'assegnazione di specifici obiettivi a cascata sul personale coinvolto, saranno analizzate le correlazioni tra i consumi di device ad alto costo e i relativi DRG, con focus sulle procedure utilizzate e la conseguente remunerazione del DRG. Le aree attenzionate riguarderanno nello specifico le SS.CC. Cardiologia, Ortopedia, Chirurgia.

Analisi correlazione tra consumi di device ad alto costo e DRG

Focus procedure utilizzate e remunerazione DRG



2.2 PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

2.2.1 Albero della Performance

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

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

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

- la prospettiva di apprendimento e crescita: la competenza del personale e altresì un fattore critico di successo, specialmente per le Aziende Sanitarie che si contraddistinguono per erogare servizi ad alto contenuto professionale.

Si fornisce così una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'Azienda. Ne consegue un piano di azioni mirate ad esplicitare e assegnare gli obiettivi ai vari livelli aziendali.

2.2.2 Ciclo della Performance

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

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

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

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

Il sistema degli obiettivi si concretizza nelle seguenti fasi:



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

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



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

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



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

Programma attuativo

Fase	Soggetti coinvolti	Atti di riferimento
Definizione e assegnazione alle Strutture degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori	– Direzione Strategica Aziendale – S.C. Programmazione Strategia e Sviluppo Risorse – Direttori Dipartimento – Direttori/Responsabili delle Strutture	– Piano Annuale della Performance – Schede di assegnazione degli obiettivi alle Strutture – Verbale della riunione nella quale i Responsabili delle Strutture illustrano gli obiettivi ai relativi operatori

Fase	Soggetti coinvolti	Atti di riferimento
Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse	– Settore Controllo di Gestione – S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Documento di assegnazione delle risorse (comunicazione, scheda di budget, etc.)
Misurazione e valutazione annuale della performance della Struttura	– Direzione Strategica Aziendale – O.I.V.	– Verbale della Direzione Strategica Aziendale – Verbali dell'O.I.V.
Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	– Direttore/Responsabile del valutato (in prima istanza) – O.I.V. (in seconda istanza)	– Scheda di valutazione individuale per i Dirigenti e per il personale del Comparto, allegata al Si.Mi.Va.P. – Verbale dell'O.I.V.
Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	– Settore Sviluppo Risorse – Amministrazione del Personale	Accordi aziendali in materia di premialità del Personale del Comparto, della Dirigenza dell'Area Sanità e della Dirigenza dell'Area delle Funzioni Locali – sezione Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali illustrati nel Si.Mi.Va.P.
Rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti ed ai destinatari dei servizi	– S.C. Programmazione Strategia e Sviluppo Risorse – Responsabile della Prevenzione, Trasparenza e Corruzione (RPTC)	– R.A.P. (Relazione Annuale Performance) – Dati di cui all'art. 20, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., in materia di premi collegati alla performance del personale Dirigente e del Comparto, pubblicati sul sito web aziendale

Azioni specifiche Aziendali

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

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

2.2.3 Criteri generali per l'individuazione e valutazione degli obiettivi per l'anno 2023

Pur proponendo anche per il 2023 obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali e rispetto dei tempi di attesa, l'Azienda ha individuato obiettivi proiettati ad una sempre più alta qualità di assistenza sia all'interno dei propri presidi ospedalieri sia a livello territoriale.

A tal fine, sono stati individuati obiettivi di efficientamento dei percorsi chirurgici, anche attraverso una

revisione dei processi organizzativi, nell'ottica di una riduzione degli sprechi ed un aumento della qualità in termini di esiti, di miglioramento dell'assistenza nei reparti di terapia intensiva, di una maggiore attenzione all'appropriatezza prescrittiva relativa alle richieste da parte delle Strutture aziendali di esami di laboratorio e consulenze e dell'attivazione di percorsi specifici per regolare l'allocazione, la permanenza e il trasferimento interno dei pazienti di pronto soccorso.

Inoltre, sono stati individuati obiettivi finalizzati ad un efficientamento dei percorsi di dimissioni difficili, finalizzati alla presa in carico a livello territoriale dei pazienti cronici.

Sono stati proposti, grazie al processo di budget che ha evidenziato le problematiche legate al contenimento dei costi, obiettivi specifici sul rispetto dei budget assegnati (anche tramite una migliore organizzazione delle risorse) e su una maggiore attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e dei consigli terapeutici rilasciati agli utenti in fase di dimissione e nei referti di consulenza ambulatoriale.

Le risultanze dei monitoraggi intramurali potranno determinare eventuali iniziative per favorire il raggiungimento dell'obiettivo oppure della revisione dello stesso, basata su elementi che provino l'impossibilità del raggiungimento dell'obiettivo dovuta ad errate previsioni o sopravvenute situazioni non prevedibili.

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

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

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

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

Per il Personale del Comparto è previsto un obiettivo di "Collaborazione con la Dirigenza", al fine del raggiungimento degli obiettivi assegnati alla Struttura.

L'articolazione di massima degli obiettivi per l'anno 2023 è la seguente:

Dimensione performance	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo
Economico Finanziario	Contributo al raggiungimento dell'equilibrio economico – finanziario dell'Azienda	Rispetto dei budget assegnati dalla S.C. Gestione Economico-Finanziaria
	Budget - Razionalizzazione costi	Diminuzione, ad isoproduzione, del -5% dei costi di farmaci e dispositivi rispetto al 2022. Qualsiasi aumento dei costi, sarà tenuto in considerazione solo in rapporto ad un incremento della produzione (numero casi trattati)
	Costi Farmaceutica	- Rispetto del budget Unico del Farmaco - Monitoraggio della spesa per farmaci innovativi
	Dispositivi medici	- Analisi delle procedure adottate per l'utilizzo dei dispositivi medici e relativi interventi con verifica della remunerazione

Dimensione performance	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo
		dei DRG da essi scaturiti - messa in atto di azioni di modifica/miglioramento dei percorsi e dell'utilizzo dei dispositivi medici, al fine di un efficientamento della spesa ed una più corretta remunerazione dei DRG
	Costi protesica	Costante monitoraggio e controllo sul ritiro degli ausili non più utilizzati, revisione e loro redistribuzione, al fine di un miglioramento dei costi legati ai conti 149-150-151-158-164-509-1801-1802-1803
	Gestione budget Consorzi	Implementazione dell'ordine preventivo annuale di spesa previsto con presentazione trimestrale di documento di rendicontazione costi
Innovazione e Valorizzazione Risorse Umane e Tecnologie Procedure Aziendali	Formazione	Attivazione corsi di formazione sul Codice di Comportamento e sul Codice Anticorruzione
	Alimentare FSE	Lettere di Dimissione (LDO) Completamento dell'informatizzazione della lettera di dimissione unica su tutti i Presidi dell'A.S.L. TO4, al fine di agevolare le Strutture di degenza in fase prescrittiva e l'invio del paziente alla Farmacia con conseguente implementazione del flusso File F senza errori di trascrizione manuale
	Attuazione programmi Nazionali / Regionali / Aziendali	PNRR Esecuzione di quanto previsto nel PNRR, dal Piano Arcuri e rendicontazione dei costi
		Piano delle attività di Prevenzione Elaborazione del piano locale di Prevenzione, PRISA e PAISA, sulla base delle richieste della Regione Piemonte, e messa in atto delle azioni previste dallo stesso
		Snellimento/miglioramento di alcune procedure amministrative
		Nuovo applicativo AMCO Collaborazione con la SC Gestione Economico-Finanziaria all'espletamento delle attività e procedure programmate dal DICR, secondo le tempistiche dal medesimo definite, al fine di realizzare la migrazione dei dati da Oliamm ad AMCO
		- Realizzazione di eventi formativi con le Strutture aziendali di degenza, i MMG-PLS e gli Specialisti Ambulatoriali volti a migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche - Realizzazione di eventi formativi/informativi, volti a migliorare

Dimensione performance	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo
		l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e dei consigli terapeutici rilasciati agli utenti in fase di dimissione e nei referti di consulenza ambulatoriale
Consumatore/Utente Processi Aziendali	Miglioramento della qualità di assistenza	Assistenza nei reparti di terapia intensiva - miglioramento dell'indicatore di esito sulla mortalità aggiustata per gravità o mantenimento del buon livello ove la mortalità è in linea o migliore di quella nazionale - miglioramento della mediana della durata della terapia antibiotica empirica in pazienti no Covid
	Appropriatezza dei setting assistenziali	Riduzione degenza media dei reparti di area medica rispetto allo standard regionale al fine di facilitare le dimissioni difficili
	Governance del percorso chirurgico	Efficientamento del percorso chirurgico attraverso la revisione dei processi organizzativi nell'ottica di una riduzione degli sprechi ed aumento della qualità in termini di esiti.
	Recupero prestazioni	Recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
	Riduzione tempi di attesa	Riduzione del tempo di permanenza dei pazienti in DEA/PS con miglioramento della gestione e misurazione del boarding
	Piano Esiti	- Area Cardiologica - Area Parto - Area osteomuscolare
	Screening oncologici	- Screening cervico-vaginale età 25-64 anni - Screening colon-rettale età 58 anni - Screening mammografico età 50-69 anni - Attuazione di ulteriori screening oncologico legate a specifiche disposizioni regionali
	Donazioni d'organo	Attuazione di quanto previsto dalla Regione in ordine di: - segnalazioni morti encefaliche - opposizioni - donazioni di cornea
	Appropriatezza prescrittiva	- Esecuzione di audit focalizzati sulle prestazioni a più alto rischio di inappropriatezza, finalizzati ad un miglioramento delle richieste da parte delle Strutture aziendali di esami di laboratorio e consulenze

2.2.4 Performance individuale

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

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

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

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

Nelle more della revisione dei Regolamenti aziendali relativi alla valutazione del personale operante presso la TO4 restano in vigore gli accordi sottoscritti con le organizzazioni sindacali come di seguito illustrati, distinti per il personale dirigenziale e per il personale del comparto.

- per la Dirigenza Medica e Veterinaria nell' "Accordo sull'utilizzo del fondo posizione e del fondo risultato", sottoscritto in data 4/08/2017, dalla Direzione Generale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria (approvato con deliberazione n. 929 del 14/09/2017) e nel "Regolamento in materia di valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali" (approvato con deliberazione n. 2342, del 20/11/2009, nel testo concertato con le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medico-Veterinaria negli incontri del 2 Ottobre e 11 Novembre 2009);
- per la Dirigenza Sanitaria nel Documento "Valutazione annuale in merito alla retribuzione di risultato" (approvato con deliberazione n. 396, del 29/06/2011, nel testo concertato con le Organizzazioni Sindacali della medesima area dirigenziale nell'incontro del 20/06/2011);
- per la Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa nell' "Accordo sull'utilizzo del fondo posizione e del fondo risultato" sottoscritto in data 5/03/2018 tra la Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa (approvato con deliberazione n. 516 del 23/04/2018);
- Per il Comparto la procedura è contenuta al Titolo V "Retribuzione di Risultato" del Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (C.C.I.A.), sottoscritto in data 20/03/2013 tra la Direzione Aziendale e la R.S.U. A.S.L. TO4 e le Organizzazioni Sindacali del Personale del Comparto, come modificato dall'Accordo sottoscritto in data 28/12/2016 nonché a quanto contenuto nel verbale dell'incontro con le suddette Organizzazioni Sindacali del 16/06/2017.

Relativamente alla valutazione della dirigenza, la valutazione della performance individuale del personale responsabile di struttura in posizione di autonomia e responsabilità è collegata anche all'attuazione delle misure generiche e specifiche di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, in particolare per i dirigenti apicali e per l'RPCT in relazione alla specifica funzione affidata.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

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

trasparenza programmati dall'Azienda e le misure per la gestione dei rischi corruttivi, adottate dall'ASL TO4, funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.

2.3.1 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2023-2025

PREMESSA

Il presente documento costituisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), prende a riferimento il triennio a scorrimento 2023-2025, da intendersi ora come sezione per il PIAO dell'Azienda Sanitaria Locale ASL TO4.

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

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

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

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

1. Disposizioni normative

Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*.

Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33: *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità,*

trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.

Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”.*

Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 concernente: *“Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.* Il Codice stabilisce l’obbligo di *“assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico”.*

Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 luglio 2013, con la quale sono stati individuati gli adempimenti, con l’indicazione dei relativi termini, per l’attuazione della legge 6 novembre 2012 n. 190.

Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165 recante *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”.*

Decreto Legislativo del 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196) alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.

Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”.*

Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013 n. 1 avente ad oggetto *“Legge 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”.*

Circolare Dipartimento Funzione Pubblica 19 luglio 2013 n. 2 avente ad oggetto *“D.Lgs. 33/2013 – Attuazione della Trasparenza”.*

Delibera CIVIT n. 72/2013 dell’11 settembre 2013 relativa all’approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione.

Decreto Legge n. 90 del 24 giugno 2014 *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”*, convertito con modificazioni nella Legge 114/2014, che ha disposto il trasferimento all’ANAC delle funzioni attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui alla Legge 190/2012 ed in materia di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013.

Legge 7 agosto 2015 n. 124 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.*

Decreto Legislativo n. 97 del 25 maggio 2016 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”.*

Legge n. 179 del 30 novembre 2017 *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.*

Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 *“Aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione”*.

Delibera ANAC n. 831 del 3.08.2016 *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”*.

Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 *“Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 comma 2 del D.Lgs. 33/2013”*.

Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 *“Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016”*.

Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 *“Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”*.

Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 ad oggetto: *“Piano Nazionale Anticorruzione 2019”*.

Deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 ad oggetto: *“Piano Nazionale Anticorruzione anno 2022”*.

Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano.

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

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

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

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

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

A tal proposito l’Azienda si pone come obiettivo strategico la promozione di maggiori livelli di trasparenza, implementando le pubblicazioni nel sito "Amministrazione Trasparente" sottosezione *“Altri Contenuti - Dati Ulteriori”*.

3. Elaborazione ed adozione del Piano

Il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha validità temporale di tre anni e viene aggiornato con cadenza annuale entro il 31 gennaio di ogni anno, con riferimento al triennio, a scorrimento.

In data 24 gennaio 2023 il Presidente dell'ANAC ha comunicato il differimento al 31 marzo 2023 del termine ultimo per la predisposizione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2023 – 2025, il termine del 31 marzo 2023 vale anche per l'adozione del PIAO.

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

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

Il PIAO e la relativa sottosezione del PIAO rubricata "Rischi corruttivi e Trasparenza" dopo l'adozione viene pubblicato sul sito internet istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione.

4. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

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

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

4.1) Il Direttore Generale

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

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

4.2) Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

La nuova normativa è volta ad unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e di Responsabile della Trasparenza. L'ASL TO4 con deliberazione del Direttore Generale n. 644 del 16.05.2018 ha individuato dal 1° giugno 2018 la Dott.ssa Celestina Galetto Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai sensi dell'art. 1, comma 7, della Legge n. 190/2012, novellato dal D.Lgs. 97/2016, nonché Responsabile della Trasparenza (con deliberazione n. 456 del 16.05.2022 è stato rinnovato l'incarico sino al 31 maggio 2024).

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

- elaborazione del Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, da intendersi ora come sezione del PIAO, da proporre al Direttore Generale;
- pubblicazione del Piano nella sezione dell'Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti - Prevenzione della Corruzione del sito internet della ASL TO4 (www.aslto4.piemonte.it), che viene anche considerato quale assolvimento dell'obbligo di trasmissione del Piano all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- verifica dell'efficace attuazione del Piano e proposta di eventuali modifiche;
- aggiornamento annuale del Piano, tenuto conto delle normative sopravvenute e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- pubblicazione nel sopracitato sito web istituzionale di una relazione con i risultati dell'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni e la tempistica fornite da ANAC;
- collaborazione con i Direttori/Responsabili delle Strutture a più elevato rischio di corruzione per l'individuazione del personale da inserire in percorsi di formazione sui temi della legalità e dell'etica e temi dell'anticorruzione (comma 9 dell'art. 1 dello L. 190/2012);
- verifica, d'intesa con i Direttori/Responsabili delle Strutture competenti, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione. La rotazione non si applica per le figure infungibili.
- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi di cui al D.Lgs. 39/2013 per quanto applicabile;
- cura gli adempimenti correlati all'adozione del codice di comportamento aziendale;
- segnala all'organo di indirizzo politico e all'OIV le disposizioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- interagisce con il soggetto "Gestore" antiriciclaggio.

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

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

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

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

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

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

dell'amministrazione e del contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

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

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

- 1) verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato dei Direttori/Responsabili aziendali, effettuando un coordinamento con la gestione della performance;
- 2) 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;
- 3) svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice;
- 4) attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida dell'A.N.A.C.

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

Con deliberazione n. 647 del 08.07.2022 è stata ridefinita la composizione dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il personale Dirigente nonché la composizione dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il personale del Comparto.

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

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

4.6) Tutti i dipendenti dell'Amministrazione

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

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

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

4.7) I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione

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

4.8) Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante

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

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

4.9) Il soggetto "Gestore" antiriciclaggio

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

5. Gestione del rischio

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

A) Analisi del contesto esterno ed interno.

Nell'ambito del PIAO l'analisi del contesto interno viene effettuata una sola volta e la stessa è stata redatta con la collaborazione del R.P.C.T., mentre di seguito verrà presa in considerazione da parte del R.P.C.T. l'analisi del contesto esterno.

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

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

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

B) Individuazione attività, processi e aree a rischio, individuando, altresì, per ciascun processo i possibili rischi,

C) Valutazione del rischio, attribuendo a ciascun processo un grado di rischio specifico,

D) Individuazione di misure di prevenzione per ridurre i rischi.

5.1) Analisi del contesto esterno

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

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

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

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

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

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

Sul territorio dell'ASL TO4 sono stati chiusi per diverse settimane/mesi alcuni bar ritenuti punto di incontro della mala locale, sempre in Canavese è stata confiscata la villa ad un narcotrafficante ed altri beni al crimine organizzato. E sempre nel corso del 2019 in Torino e nell'hinterland piemontese sono state eseguite ordinanze di custodia cautelare nei confronti di appartenenti o contigui alle locali andrangheta ritenuti responsabili di associazione di tipo mafioso e traffico internazionale di stupefacenti con l'aggravante della finalità mafiosa.

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

Anche nell'ASLTO4 si è verificato un episodio di natura corruttiva, precisamente nell'area relativa al decesso in ambito ospedaliero. Nel mese di gennaio 2015 quattro dipendenti (di cui tre operanti presso le camere mortuarie dei Presidi Ospedalieri di Ivrea e di Cuornè e uno operante presso il Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero di Ivrea), sono stati indagati, in quanto indirizzavano i famigliari delle persone decedute sull'impresa funebre alla quale rivolgersi.

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

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

Nel corso dell'anno 2019 si sono verificati nell'ASL TO4 due eventi corruttivi o presunti tali in ambito ospedaliero, per i quali sono stati avviati i procedimenti disciplinari, gli stessi ora sono al vaglio della Magistratura.

Nel corso dell'anno 2020 uno dei due eventi predetti si è chiuso con sentenza di assoluzione per il soggetto coinvolto, mentre il secondo è tuttora al vaglio della Magistratura.

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

Le ordinanze di custodia cautelare, disposte dal Gip del Tribunale di Torino, hanno riguardato pubblici dipendenti, commissari di gara ed agenti e rappresentanti di alcune imprese accusati, a vario titolo, di corruzione, turbativa d'asta e frode nelle pubbliche forniture. Un anno di indagini, coordinate dal procuratore aggiunto Enrico Gabetta e dirette dal pm Giovanni Caspani della Procura di Torino, che hanno preso il via dall'accertamento di un ammanco, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino", per un valore di circa 300mila euro del costoso prodotto farmaceutico "Bon Alive" (sostituto osseo), causato dalla condotta truffaldina di un'incaricata di un'impresa torinese che si avvaleva della "collaborazione" di un pubblico dipendente infedele il quale falsificava documentazione amministrativa in cambio di generose tangenti. In particolare, secondo l'accusa il collaboratore amministrativo modificava le "richieste d'ordine" al Provveditorato – Economato del Centro Traumatologico Ortopedico (articolazione

deputata ai pagamenti), apponendo firme false di altri infermieri, per il reintegro delle giacenze del prodotto medicale che, pur risultando essere stato pagato dal C.T.O., non veniva utilizzato nelle sale operatorie né tantomeno, risultava stoccato nel relativo magazzino.

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

Nel mirino della Procura e dei militari del GdF sono finite nell'anno 2020, in particolare tre gare bandite: la prima bandita dalla "Città di Torino", per la fornitura di camici chirurgici sterili monouso, in cui è stato accertato che alcuni membri della commissione di gara d'appalto hanno favorito un'impresa modificando il capitolato di gara ed attribuendole punteggi elevati, in cambio di oggetti preziosi. Questa A.S.L. si è costituita a maggio 2021 quale parte civili nel procedimento penale collegato alla Gara per la fornitura dei camici sterili predetta, in quanto tra i membri della Commissione indagata vi erano tre collaboratori professionali infermieri dipendenti di questa Azienda; contestualmente ha avviato i procedimenti disciplinari nei confronti dei predetti. I procedimenti disciplinari sono stati sospesi in attesa delle motivazioni della sentenza di condanna nei confronti di una dipendente ed in attesa delle definizioni giudiziarie per le altre due (con probabile patteggiamento).

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

Sono stati ulteriormente implementati i controlli.

5.2) Le aree di rischio e la mappatura dei processi

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

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

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

- a) attività libero professionale e liste di attesa,
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati,
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni,

- d) attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero,
- e) gestione delle risorse umane,
- f) relazioni con il pubblico,
- g) gestione rischi dei lavoratori dipendenti.

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

Essendo ormai ultimata l'attuazione dell'organigramma aziendale dovuta all'adozione del nuovo Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 902 del 19/10/2015, approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 53-2487 del 23/11/2015 e modificato con delibera n. 149 del 06/02/2019 e approvato dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 40-8765 del 12/04/2019, che ha prodotto un cambiamento organizzativo all'interno dell'A.S.L., è stato chiesto a tutti i Direttori/Responsabili di Struttura/Uffici, in conseguenza della nuova attribuzione di competenze e responsabilità, di aggiornare la mappatura dei processi, delle attività/fasi del singolo processo e dei relativi rischi, rivedendo altresì la valutazione degli stessi in termini di probabilità e impatto.

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

Nell'anno 2021 con deliberazione n. 285 del 16.03.2021 e n. 940 del 04.10.2021 sono state apportate ulteriori modifiche all'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 902 del 19.10.2015 e s.m.i., approvate dalla Regione Piemonte con D.G.R. n.10-4035 del 0.11.2021.

E' stata istituita la "Struttura Vigilanza" quale Struttura Semplice Dipartimentale all'interno del Dipartimento di Prevenzione ed è stata soppressa la S.S. Sicurezza Alimentare vacante dal 01.01.2020 le cui funzioni sono state assunte direttamente dalla S.C. SIAN (delibera n. 285 del 16.03.2021) sono state istituite due ulteriori Strutture Complesse Ms.C.A.U. all'interno del Dipartimento di Emergenza, una sul Presidio di Ciriè - Lanzo T.se ed una sul Presidio di Ivrea-Cuornè (delibera n. 940 del 04/10/2021).

Alla luce del contenuto del PNA 2022 è stata valutata l'opportunità di mappare ulteriori processi attuativi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ove sono anche riportati i rischi corruttivi e la loro valutazione oltre alle misure per contrastare gli stessi.

5.3) Valutazione del rischio corruttivo.

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

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

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

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

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

Nella tabella 2 allegata al presente Piano, ciascun Direttore/Responsabile ha attribuito ai processi di propria competenza specifici valori, seguendo i criteri di cui al sopracitato allegato 1. Non sono emerse particolari situazioni di criticità, in quanto i valori di rischio si sono attestati attorno ad un valore medio basso nella quasi totalità dei processi, tranne che per due processi afferenti all'"Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario", processo:

autorizzazione patenti di guida e processo accertamento invalidità civile, handicap e disabilità collocabile ex Legge 68/99 e per un processo afferente l' "Area controllo verifiche ispezioni e sanzioni" processo Vigilanza sulle Strutture Sanitarie Private e Socio Sanitarie Private per i quali il Direttore della Struttura ha previsto adeguate misure di prevenzione.

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

6. Misure per la riduzione del rischio

Il Direttore Generale con nota prot. n. 0007065 del 20 gennaio 2023 ad oggetto : *"Obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza da sviluppare nel PIAO 2023-2025"* ha comunicato gli obiettivi da perseguire durante la vigenza del PIAO 2023-2025 in tema di anticorruzione, come di seguito descritti:

- corso FAD anticorruzione per neoassunti;
- corso frontale per Direttori / Responsabili e Coordinatori del comparto e FAD per l'altro personale sul Codice di Comportamento aziendale e sul conflitto di interesse;
- incremento dei livelli di trasparenza attraverso la pubblicazione di ulteriori dati ed informazioni non obbligatorie;
- Audit a campione sulle Strutture aziendali per la verifica dell'applicazione delle misure contenute nel PTPCT

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

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

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

Le principali misure attuate sono:

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

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

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

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

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

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

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

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

La bozza di revisione del Codice era stata pubblicata in consultazione sul sito dell'ASL, a decorrere dal 19.12.2017. La stessa è stata inviata anche a tutti i portatori di interesse, interni ed esterni, al fine di

acquisire, entro il 19.01.2018, eventuali proposte ed osservazioni per la sua revisione.

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

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

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

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

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

6.3) Formazione

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

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

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

A tal fine nel corso dell'anno 2022 è proseguita la formazione sulle regole di condotta definite nel Codice di Comportamento Nazionale (DPR n. 62/2013) e nel Codice di Comportamento aziendale dei dipendenti con due edizioni sono stati formati in presenza n. 37 Dirigenti e n. 68 Coordinatori del Comparto, è stato richiesto agli stessi di trasmettere le informazioni acquisite al personale afferente alla Struttura di competenza per fare un aggiornamento sulle regole di condotta da tenere in campo lavorativo.

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

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

Fin dal secondo semestre dell'anno 2015 è stata attivata una iniziativa di formazione in materia di prevenzione della corruzione, con modalità di formazione a distanza (FAD), accreditato ECM, rivolto a tutti i dipendenti, finalizzato alla diffusione dei principi normativi di base e alla diffusione di valori etici e di legalità. La prima edizione, riservata prioritariamente al personale amministrativo, conclusasi al 31.12.2015, ha avuto una buona partecipazione di dipendenti.

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

La formazione proseguirà nell'anno 2023 con corso FAD anticorruzione per i neoassunti, con corso frontale per Direttori / Responsabili e Coordinatori del Comparto e FAD per altro personale sul Codice di Comportamento aziendale e sul conflitto di interesse.

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

Come predetto, nel corso del triennio di riferimento è ipotizzabile, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione, la programmazione di ulteriori percorsi di formazione mirati, dai contenuti più specifici, anche sulla base dei dati esperienziali nel frattempo acquisiti, quali ad esempio eventi formativi inerenti il contenuto dei Codici di Comportamento e Disciplinari, per coloro che non hanno potuto partecipare alla formazione dell'anno 2021, poiché attraverso la discussione di casi concreti può emergere il principio comportamentale adeguato nelle diverse situazioni, ed il monitoraggio e la verifica del livello di attuazione dei processi di formazione e della loro adeguatezza, da attuarsi ad esempio attraverso questionari da somministrare ai soggetti destinatari della formazione al fine di rilevare le conseguenti priorità formative e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati.

6.4) Rotazione del Personale

Rotazione Ordinaria

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

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

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

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

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

- a) l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche. Non si può dar luogo infatti a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da servizi cui sono affidate attività ad alta specializzazione tecnica;

- b) la difficoltà ad attuare la rotazione tenuto conto delle notevoli dimensioni e della variabilità geografica dell'A.S.L. TO4, che ha un'estensione territoriale di circa 3.164 Km², che si espande dall'hinterland torinese verso la Valle d'Aosta nella zona nord e verso il territorio francese nella zona a ovest, con una distanza chilometrica tra i Presidi Ospedalieri ed i Distretti territoriali che oscilla tra i 35 e i 65 Km, con percorsi stradali difficoltosi per le aree montane.

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

Nell'anno 2021 con deliberazione n. 285 del 16/03/2021 e n. 940 del 04/10/2021 sono state apportate ulteriori modifiche all'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 902 del 19/10/2015 e s.m.i., approvate dalla Regione Piemonte con D.G.R. n.10-4035 del 05/11/2021.

E' stata istituita la "Struttura Vigilanza" quale Struttura Semplice Dipartimentale all'interno del Dipartimento di Prevenzione ed è stata soppressa la S.S. Sicurezza Alimentare vacante dal 01/01/2020 le cui funzioni sono state assunte direttamente dalla S.C. SIAN (delibera n. 285 del 16/03/2021) sono state istituite due ulteriori Strutture Complesse Ms.C.A.U. all'interno del Dipartimento di Emergenza, una sul Presidio di Ciriè - Lanzo T.se ed una sul Presidio di Ivrea-Cuorgnè (delibera n. 940 del 04/10/2021).

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

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

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

Pertanto, quanto sopra esposto, unitamente al collocamento in quiescenza di numerose figure dirigenziali, ha portato, di fatto, alla rotazione di buona parte degli incarichi. Nel corso del 2022 sono cessati dal servizio

per quiescenza n. 5 Direttori di Struttura Complessa e sono stati nominati n. 18 nuovi Direttori di Struttura Complessa a copertura di posti resisi vacanti anche negli anni precedenti.

Il conferimento degli incarichi di Responsabile di Struttura Semplice avviene attraverso l'emissione di avviso interno e secondo i criteri e le modalità di cui ai regolamenti aziendali concertati con le Organizzazioni Sindacali ed approvati con apposito atto deliberativo ed in applicazione dell'organigramma allegato all'atto aziendale di cui sopra. Gli stessi sono stati conferiti tutti ex novo con la richiamata procedura a partire dal 01.01.2017.

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

Nello specifico in un'area a rischio come quella degli acquisti la direzione della nuova S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi è stata attribuita al dirigente amministrativo prima responsabile della S.S. Gestione Amm.va rapporti con Strutture Accreditate Convenzionate e con Organismi per trasporti sanitari, mentre quest'ultima struttura semplice è stata attribuita all'ex responsabile della S.C. Patrimoniale. Peraltro, già nell'anno 2015, la rotazione aveva riguardato il Responsabile della S.C. Provveditorato.

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

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

In seguito a tale approvazione, nel mese di dicembre 2021 sono state avviate le prime procedure per il conferimento degli incarichi di organizzazione riguardanti la funzione di coordinamento.

Sempre per il Personale non Dirigente, l'attribuzione della Progressione Economica Orizzontale, di cui agli articoli 30 e 35, del C.C.N.L. 07.04.1999 e dell'art. 23 del D.Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i., è stata disciplinata dal Regolamento allegato all'Accordo sulla "Progressione economica orizzontale del personale del Comparto", sottoscritto in data 07.10.2019 con la R.S.U. e le Organizzazioni Sindacali e recepito con deliberazione n. 1158 del 22.10.2019.

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

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

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

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

Inoltre la rotazione era già attuata:

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

Inoltre si evidenzia quanto segue:

- a) al settore dei concorsi, ufficio strutturato all'interno della S.C. Amministrazione del Personale, sono assegnati tre operatori.
Peraltro è stata recentemente bandita la posizione organizzativa di "Referente Settore Concorsi e Selezioni per il personale dipendente" e si è proceduto al conferimento della stessa. Nell'anno 2018, le funzioni di segreteria sono state estese anche ad altri operatori della medesima Struttura Complessa.
A tal fine, è stato emesso un bando e fatta formazione, pertanto a partire dal 2019 è stato avviato il coinvolgimento di personale amministrativo appartenente ad altre strutture tale coinvolgimento è proseguito anche nell'anno 2020;
- b) nel settore dell'acquisizione di beni e servizi in capo alla S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi, è già in parte attuata una frammentazione delle attività in quanto il ruolo di Direttore dell'Esecuzione del Contratto (D.E.C.) viene attribuito a soggetto diverso dal Responsabile Unico del Procedimento (R.U.P.), laddove possibile all'interno della struttura stessa o, più frequentemente, investendo nel ruolo di D.E.C. un funzionario di area sanitaria, in modo che le attività di controllo siano scisse da quelle di affidamento del servizio. Nel corso dell'anno 2018 è stata effettuata una specifica formazione per implementare il numero di operatori cui assegnare la funzione di R.U.P. viene altresì prevista una rotazione del personale nell'ambito delle Commissioni di gara.
- c) nel Settore dell'acquisizione di lavori e servizi in capo alla S.C. Tecnico Patrimoniale a partire dal 2018 la nomina del R.U.P. è stata effettuata per ogni singolo lavoro mediante individuazione, di volta in volta, tra figure diverse che hanno acquisito capacità professionali e specifiche competenze.
Completata la riorganizzazione del Servizio con l'attribuzione delle nuove posizioni organizzative, per l'attribuzione dell'incarico di direzione lavori, direttore operativo, ispettore di cantiere e collaudo, a partire dal 2019 la scelta è stata effettuata, compatibilmente con il personale in organico, per ogni singolo lavoro mediante sorteggio tra le figure professionali che hanno acquisito capacità professionali e specifiche competenze, anche previa idonea formazione.
A partire dall'anno 2020 per quanto riguarda i procedimenti relativi all'acquisizione di lavori e per quelli relativi all'acquisizione di Servizi l'incarico di responsabile di tutta l'attività (es. pubblicazione bando di gara, predisposizione provvedimento di nomina dei componenti del seggio di gara ed eventualmente della Commissione giudicatrice, verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto), è stato affidato ad un Dirigente interno, Responsabile del Settore gare a far data dal 2 gennaio 2019 sino al 28 febbraio 2021. A decorrere dal 1° marzo 2021 tutta l'attività di competenza del Settore Patrimoniale relativa ai procedimenti di acquisizione di Beni e Servizi è stata assunta dal Direttore della S.C. Servizio Tecnico Patrimoniale;
- d) per quanto concerne l'attività di controllo ufficiale effettuata dalle Strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione, il numero degli operatori che operano nei servizi dipartimentali, associato al fatto che si operi su un territorio così vasto e con sedi di attività particolarmente distanti tra loro, rende alquanto difficoltosa e non sempre possibile l'applicazione di questa misura, senza condizionarne il volume di attività da effettuare (prevista dai Piani di attività/Obiettivi) e nel rispetto della ottimizzazione delle risorse. In particolare, per evitare il consolidarsi di situazioni di privilegio

potenzialmente illegali, si evidenzia che nell'ambito di tutti i servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione le attività di vigilanza e di campionamento vengono svolte, di norma, da due operatori, secondo rotazione casuale, nell'ambito della stessa sede distrettuale e, ove possibile, anche tra sedi diverse.

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

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

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

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

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

Anche per l'anno 2023 si continuerà a dare attuazione ai criteri di rotazione sopradetti.

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

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

Rotazione Straordinaria

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

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

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

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

6.5) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

L'obbligo di evitare ogni possibile situazione di conflitto di interesse, anche solo potenziale, è già ben definito dalla normativa generale, artt. 7 e 14 del D.P.R. n. 62/2013, dal D.Lgs n. 39/2013 e da specifiche disposizioni in materia quali l'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016 "Codice dei Contratti Pubblici".

Si tratta infatti di un'importante misura preventiva che si realizza principalmente mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione, anche solo di livello endoprocedimentale, ossia istruttorio rispetto alla decisione finale, del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito

mediante l'esercizio della funzione pubblica e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento e gli altri interessati e contro interessati.

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

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

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

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

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

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

Come da Regolamento aziendale sul funzionamento del Servizio Ispettivo, di cui alla deliberazione n. 1493 del 21.12.2018, all'oggetto "*Servizio Ispettivo: Approvazione del nuovo regolamento e variazione della composizione*" il medesimo individuato con deliberazione n. 1493 del 21.12.2018, nell'ambito dello svolgimento delle proprie funzioni in data 21 febbraio 2020, in seduta pubblica, ha proceduto all'estrazione a sorte mediante sorteggio elettronico di un campione da sottoporre a verifica di personale dipendente appartenente all'Area Territoriale – Distretto di Cuornè ed alla categoria Medici Veterinari convenzionati. Sono stati estratti per il personale dipendente appartenente al Distretto di Cuornè n. 11 dipendenti di cui n. 1 Dirigente Medico e n. 10 operatori del comparto che rappresentano il 10% del totale dell'intero organigramma. Sono stati poi estratti per la categoria dei Medici Veterinari convenzionati n. 7 Veterinari che rappresentano il 100% del personale convenzionato. Le operazioni di verifica sul personale estratto sono state successivamente interrotte a causa dell'emergenza Covid-19, sono poi riprese a maggio 2021. Dalla verifica effettuata sul personale estratto a sorte nella seduta del 21 febbraio 2020 non sono emerse irregolarità.

Il Servizio Ispettivo nella nuova composizione di cui alla deliberazione n. 882 del 03.09.2021 si è insediato il 30 settembre 2021, come da comunicazione conservata agli atti. Nella successiva riunione del 16 dicembre 2021 ha proceduto alla programmazione dell'attività di verifica periodica sorteggiando la macro area aziendale "Dipartimento Salute Mentale"; il 9 giugno 2022 ha sorteggiato il 5% del personale dipendente da verificare all'interno della Macro area predetta a dicembre 2021, dai controlli non sono emerse irregolarità come da comunicazione del Presidente del Servizio Ispettivo datata 23 gennaio 2023.

Per quanto concerne il personale convenzionato il 22 settembre 2022 è stata estratta la Macro categoria "Specialisti Convenzionati" in data 20 ottobre 2022 è stato sorteggiato il 5% del personale afferente alla Macro categoria predetta. Dai controlli non sono emerse irregolarità come da comunicazione del Presidente

del Servizio Ispettivo datata 23 gennaio 2023.

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

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

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale anche con sentenza non passata in giudicato;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

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

Per “incompatibilità” s’intende l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza ed entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell’incarico e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell’incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, la causa dovrà essere rimossa entro 15 giorni mediante rinuncia ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro, in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall’incarico e la risoluzione del relativo contratto di lavoro (art.19 D.Lgs. 39/2013).

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

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

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

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

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

A questo riguardo la norma sopracitata prevede un effetto preventivo legato alla particolare rilevanza delle sanzioni previste in caso di loro inosservanza, visto che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essa riferiti.

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

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

Inoltre al momento della cessazione dal rapporto di lavoro, viene rilasciata ai dipendenti apposita informativa in cui viene evidenziato che qualora negli ultimi tre anni abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali, hanno l'obbligo di non svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o contratti conclusi con il proprio apporto decisionale (art. 1 – comma 42 – lett. L, della L. 190/2012).

6.8) Formazione di Commissioni, Assegnazioni agli Uffici

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

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

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

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

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

- a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- b) all'atto dell'assegnazione di dipendenti agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

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

caso di ragionevole dubbio, mirati.

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

Una misura innovativa finalizzata a favorire la denuncia di condotte illecite è la tutela del dipendente che segnala situazioni di illecito, il cosiddetto whistleblower, prevista dall'art. 54 bis del D.Lgs 165/2001, così come modificato dalla Legge n. 179 del 30 novembre 2017.

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

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

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

Inoltre al dipendente che effettua segnalazioni di illecito:

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

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

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

Con deliberazione n. 1360 del 23.12.2020 è stata approvata la procedura informatica per la segnalazione di condotte illecite dell'ASL TO4.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Non sono pervenute segnalazioni tramite la procedura informatica predetta.

6.10) Patti di integrità negli affidamenti

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

In particolare il patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) in caso di elusione.

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

La legittimità di questa tipologia di misure è sancita anche dalla soppressa Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (AVCP) con determinazione 4/2012, che ha evidenziato come l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità, attraverso la presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta, comporti, in realtà, l'accettazione di regole comportamentali già doverose per tutti i concorrenti, e che, in caso di loro violazione, aggiungono anche sanzioni di carattere patrimoniale alla comune conseguenza di estromissione dalla gara.

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

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

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

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

6.11) Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

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

Fra le azioni di sensibilizzazione rientrano:

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

Nel corso dell'anno 2021 sono state effettuate le seguenti azioni:

- è stato pubblicato dal giorno 23 novembre 2021 al 28 dicembre 2021 sul sito istituzionale dell'A.S.L. apposito avviso, inviato anche a tutti i portatori di interessi sia interni che esterni, per acquisire proposte e suggerimenti per l'aggiornamento del PTPCT, in modo da poter migliorare ogni politica aziendale in materia;
- raccolta da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico di reclami, segnalazioni e denunce che sono state analizzate per migliorare la qualità dei servizi erogati.

Nel corso del triennio di riferimento:

- saranno sempre oggetto di consultazione pubblica i documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali in tema di trasparenza ed integrità;
- proseguirà la raccolta delle segnalazioni di presunti illeciti e irregolarità effettuate dagli utenti e da tutti i cittadini tramite procedura whistleblowing.

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

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

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

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

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

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

Trasparente”.

6.13) Misure di regolamentazione

L'attività di regolamentazione, favorendo il consolidamento di buone prassi interne, indicando le procedure cui attenersi nello svolgimento della propria attività di competenza, riduce gli ambiti di discrezionalità e contribuisce, pertanto, alla riduzione dei possibili rischi di natura corruttiva. I Regolamenti aziendali sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda e con un link di collegamento sul sito “Amministrazione Trasparente”.

7. Misure ulteriori per la riduzione del rischio

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

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

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

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

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

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

Il monitoraggio si distingue in tre livelli.

Monitoraggio di 1° livello

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

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

Monitoraggio di 2° livello

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

Il R.P.C.T. si avvale anche del Gruppo Audit per l'effettuazione delle verifiche sui processi / attività maggiormente a rischio; le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del R.P.C.T. poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che vengono attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al R.P.C.T. in corso d'anno tramite la procedura del whistleblowing o tramite segnalazioni o reclami.

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

Il gruppo di lavoro nell'anno 2022 ha provveduto ad effettuare degli Audit relativi ai processi gestiti dalle sottoelencate Strutture/Uffici:

- S.C. Amministrazione del Personale - processo: *"Autorizzazione al personale dipendente a svolgere incarichi extraistituzionali in genere (art. 53, D.Lgs. 165/2001)"*;
- Ufficio Libera Professione - processo: *"Svolgimento attività professionale intramoenia (ALPI)"*;
- S.C. Affari Istituzionali – Legali - CNU/Legale e Assicurazioni - processo: *"Rimborso spese legali e peritali al personale dipendente"*.

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

Monitoraggio di 3° livello

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

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione posti in essere dagli organismi partecipati l'A.S.L. TO4 ha provveduto a richiedere agli stessi idoneo resoconto sugli adempimenti attuati in coerenza con le indicazioni di cui alla delibera A.N.A.C. n. 1134 dell'08.11.2017 ed anche nell'anno 2023 provvederà con la richiesta del resoconto predetto.

2.3.2 SEZIONE TRASPARENZA 2023 – 2025

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

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

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

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

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

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

Il PNA 2022 deliberato con deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 con l'allegato 9 ha sostituito gli obblighi di pubblicazione elencati per la sottosezione della Trasparenza "Bandi di Gara e Contratti" dell'allegato 1) alla deliberazione ANAC n.1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera ANAC n. 1134/2017, (la S.C. Sistemi informativi e Ufficio Flussi si sta adoperando per apportare le modifiche al sito della Trasparenza aziendale al fine di dare attuazione agli obblighi di pubblicazione di cui all'allegato 9 predetto).

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

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

1. Obiettivi strategici in materia di trasparenza

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

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

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

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

2. Responsabili/referenti della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati

La delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016 avente ad oggetto: "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016", nel relativo allegato effettua e sostituisce la mappa ricognitiva degli obblighi di pubblicazione previsti per le pubbliche amministrazioni dal D.Lgs. 33/2013, contenuta nell'allegato 1 della delibera 50/2013.

Il PNA 2022 deliberato con deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 con l'allegato 9 ha sostituito gli

obblighi elencati per la sottosezione della Trasparenza “ Bandi di Gara e Contratti” dell'allegato 1) alla deliberazione ANAC n.1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera ANAC n. 1134/2017.

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

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

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

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

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

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

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

A tal fine il Responsabile citato provvede a:

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

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

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

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

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

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

4. Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

L'Atto Aziendale è strumento dinamico di descrizione e tutela dei diritti di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti dall'azione aziendale ed è espressione del principio dell'autonomia organizzativa e gestionale dell'Azienda, a sostegno della sua missione.

L'Atto Aziendale dell'A.S.L. TO4 si ispira ai principi di governance, efficienza, economicità e semplificazione e determina in particolare:

3. gli elementi identificativi, la missione, la visione e il ruolo dell'Azienda nel contesto istituzionale definito dalla programmazione regionale;
4. l'assetto istituzionale in termini di organi ed organismi aziendali;
5. le competenze attribuite al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Presidio Ospedaliero, ai Direttori di Distretto, ai Direttori di Dipartimento e ai Dirigenti Direttori e Responsabili di Struttura;
6. le Strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica e la disciplina dell'organizzazione secondo il modello dipartimentale, definendo a livello generale i rapporti gerarchici tra le Strutture.

L'Atto Aziendale è soggetto a recepimento da parte della Giunta Regionale, sulla base della verifica di coerenza con gli Atti Aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito territoriale.

L'Atto Aziendale dell'A.S.L. TO4 si pone come strumento strategico per:

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

Altresì, si pone come strumento programmatico per:

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

E' parte integrante dell'Atto Aziendale il "Piano di Organizzazione" che individua:

- le Strutture Organizzative dell'azienda;
- le declaratorie delle funzioni e competenze delle Strutture Organizzative;
- l'articolazione delle Strutture Organizzative;
- i rapporti di dipendenza strutturale, funzionale e le diverse forme di coordinamento ed integrazione delle attività delle Strutture;
- l'organigramma.

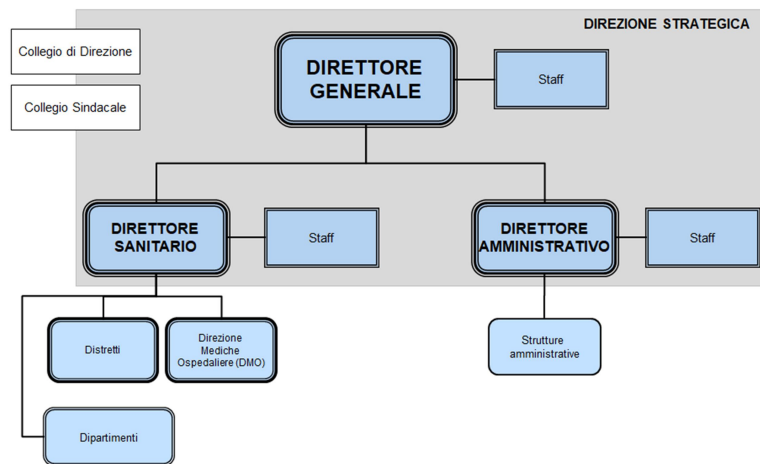
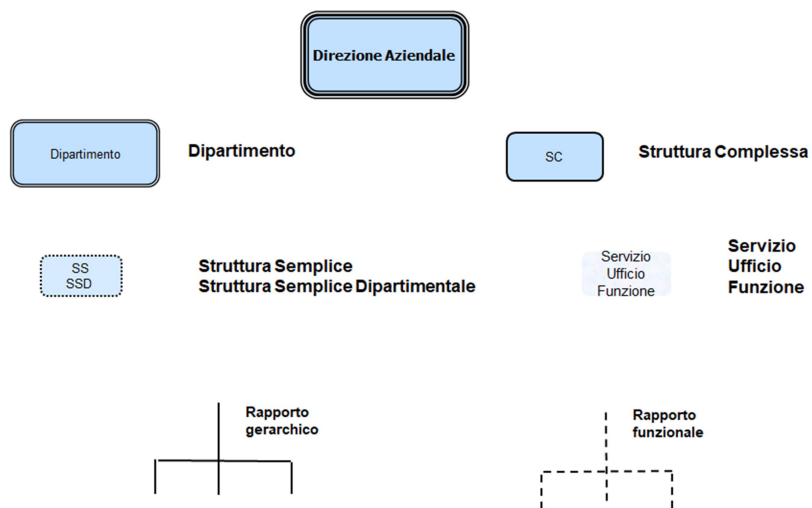
In tale ambito il Piano di Organizzazione identifica nell'A.S.L. TO4 le Strutture di seguito descritte:

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse;

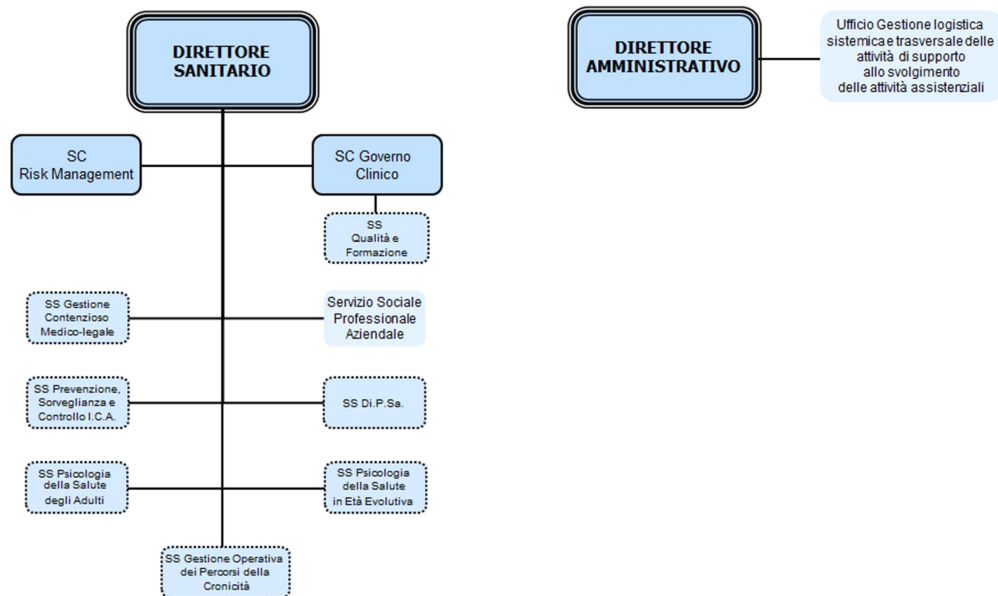
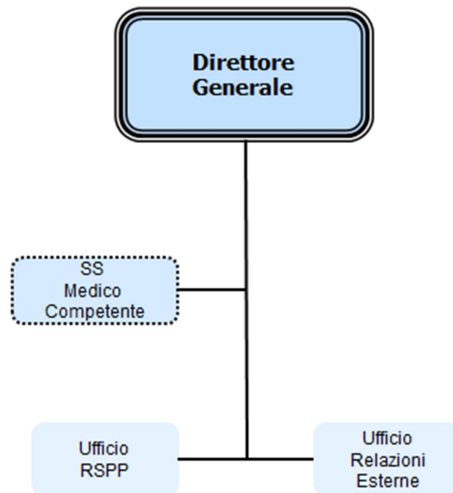
- Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali;
- Uffici/Servizi;
- Aree di Coordinamento Interaziendale;
- Gruppi di Progetto.

Attualmente le strutture dell'ASL TO4 sono le seguenti:

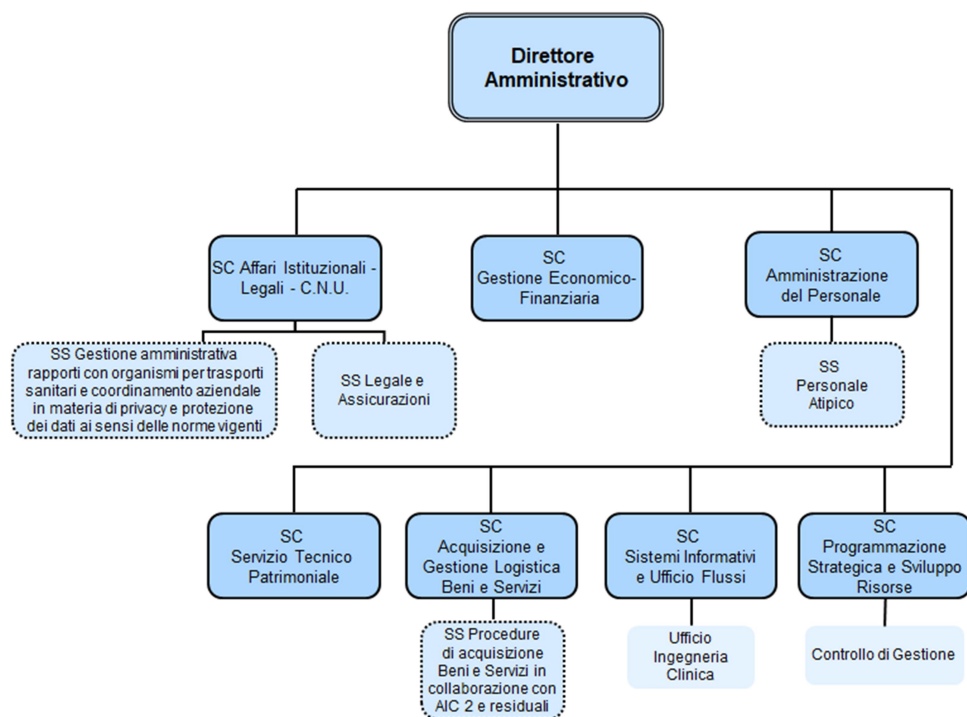
Leggenda



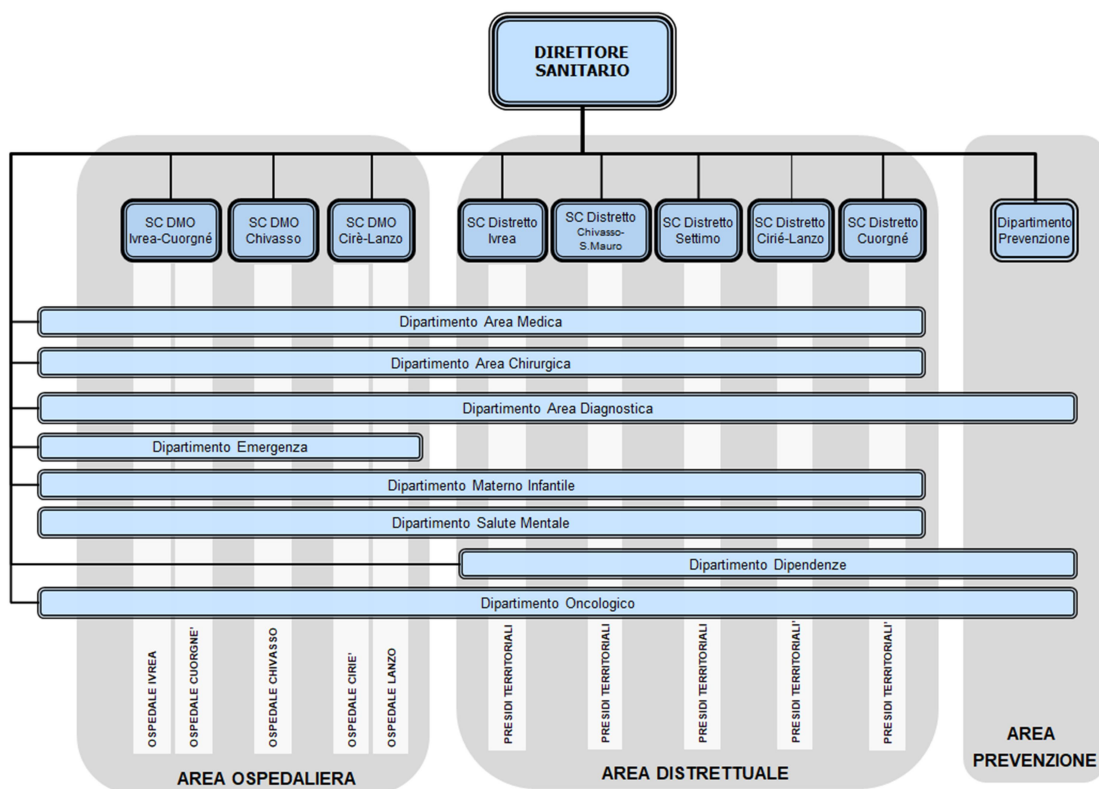
- Area Staff

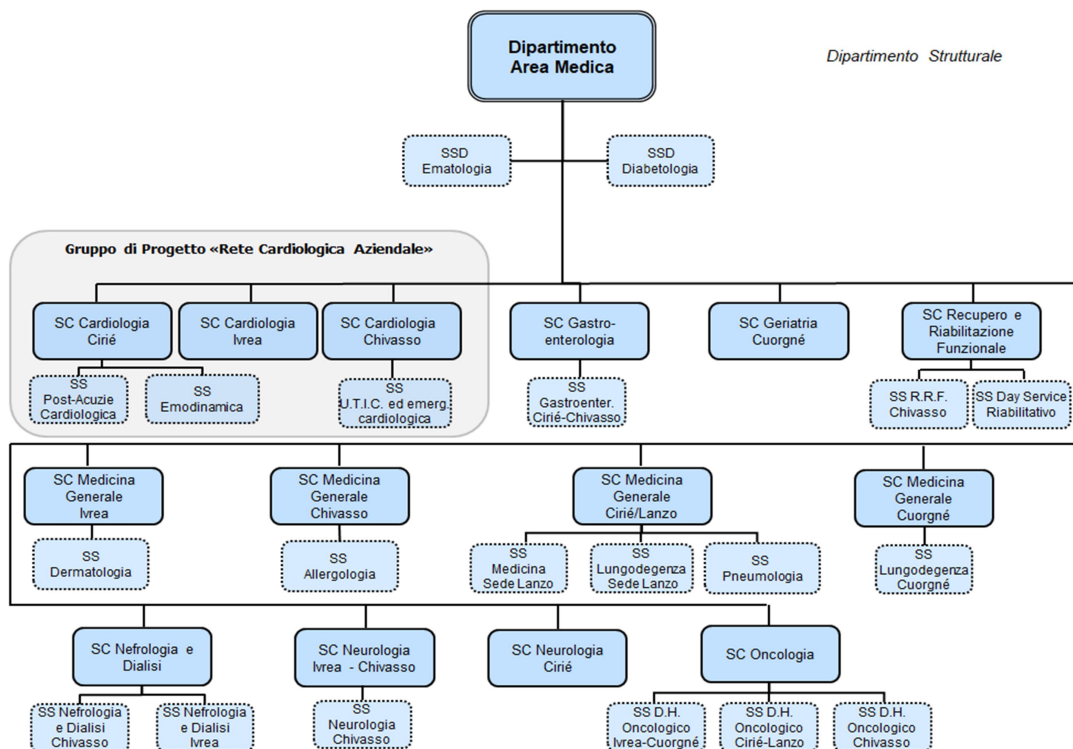
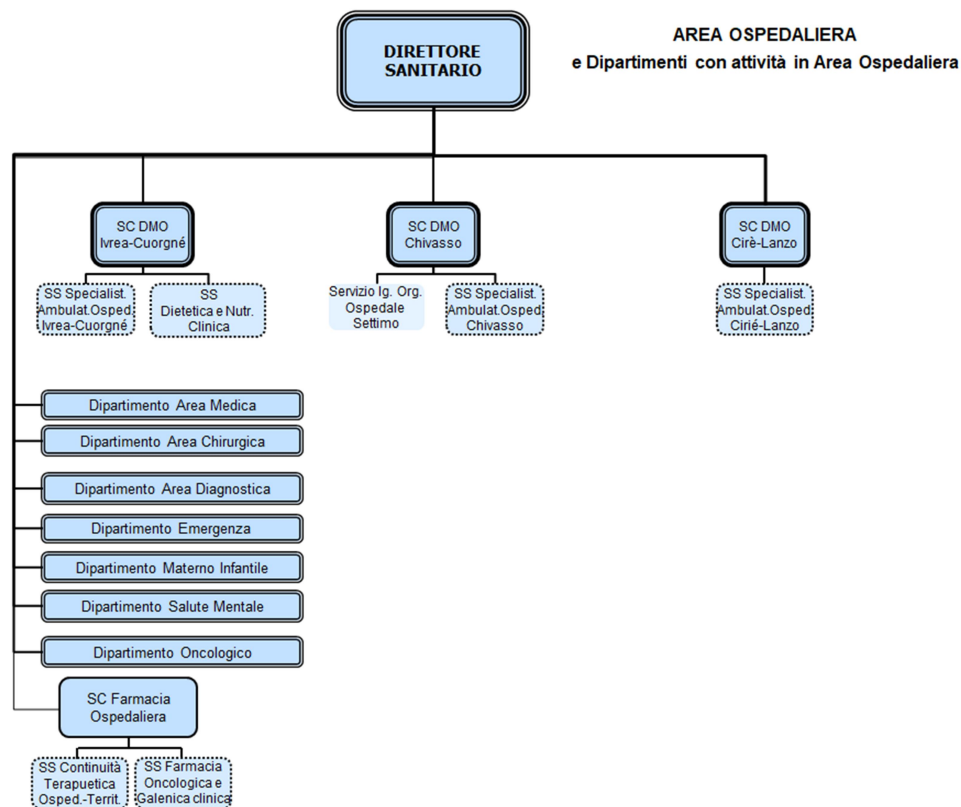


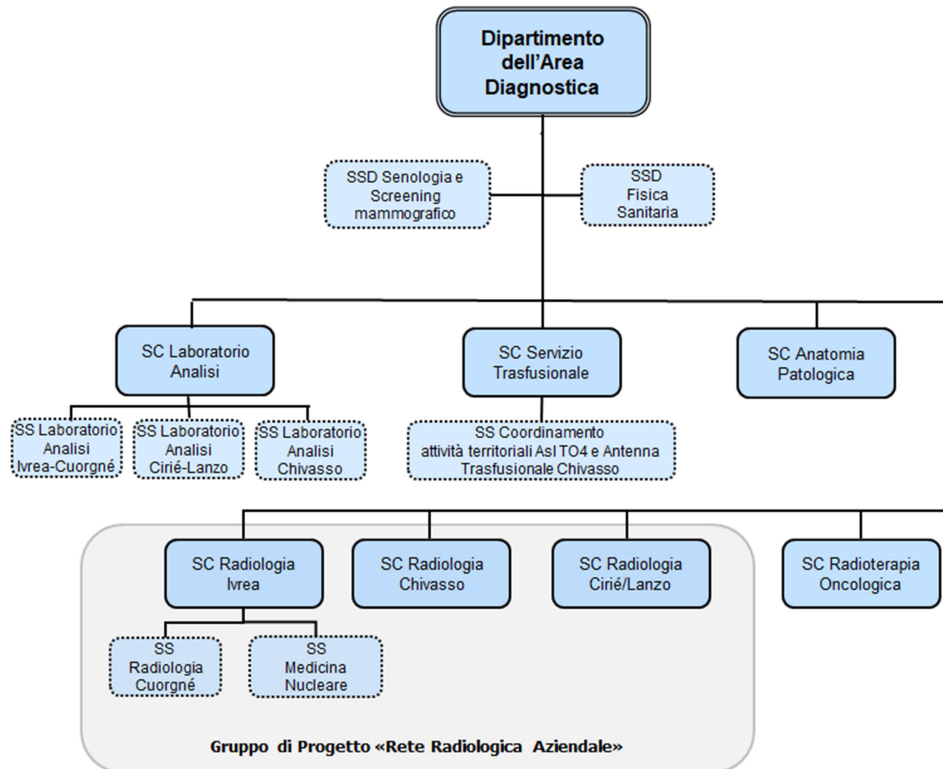
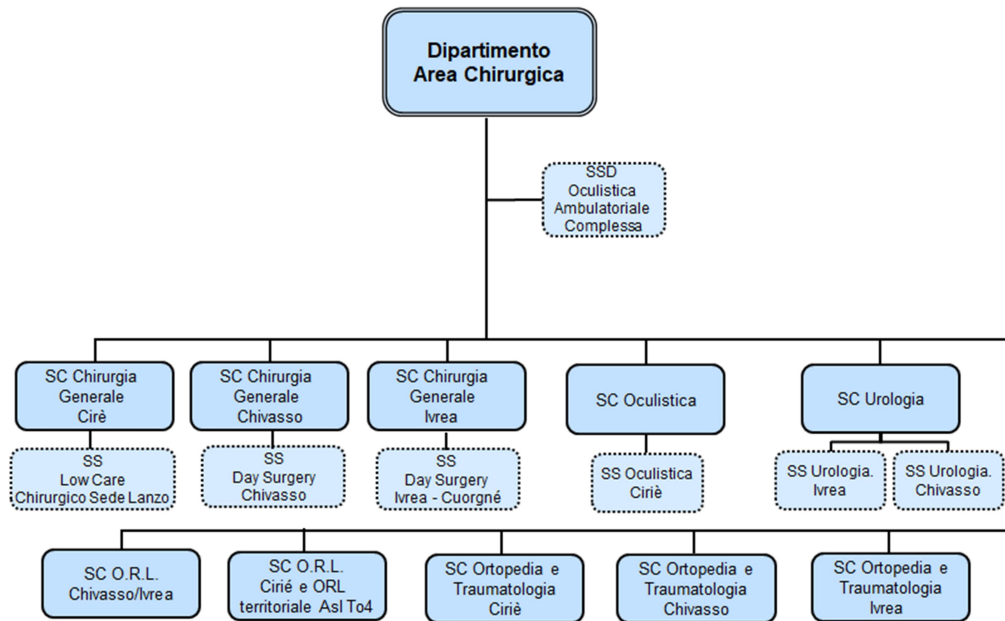
- Area Amministrativa

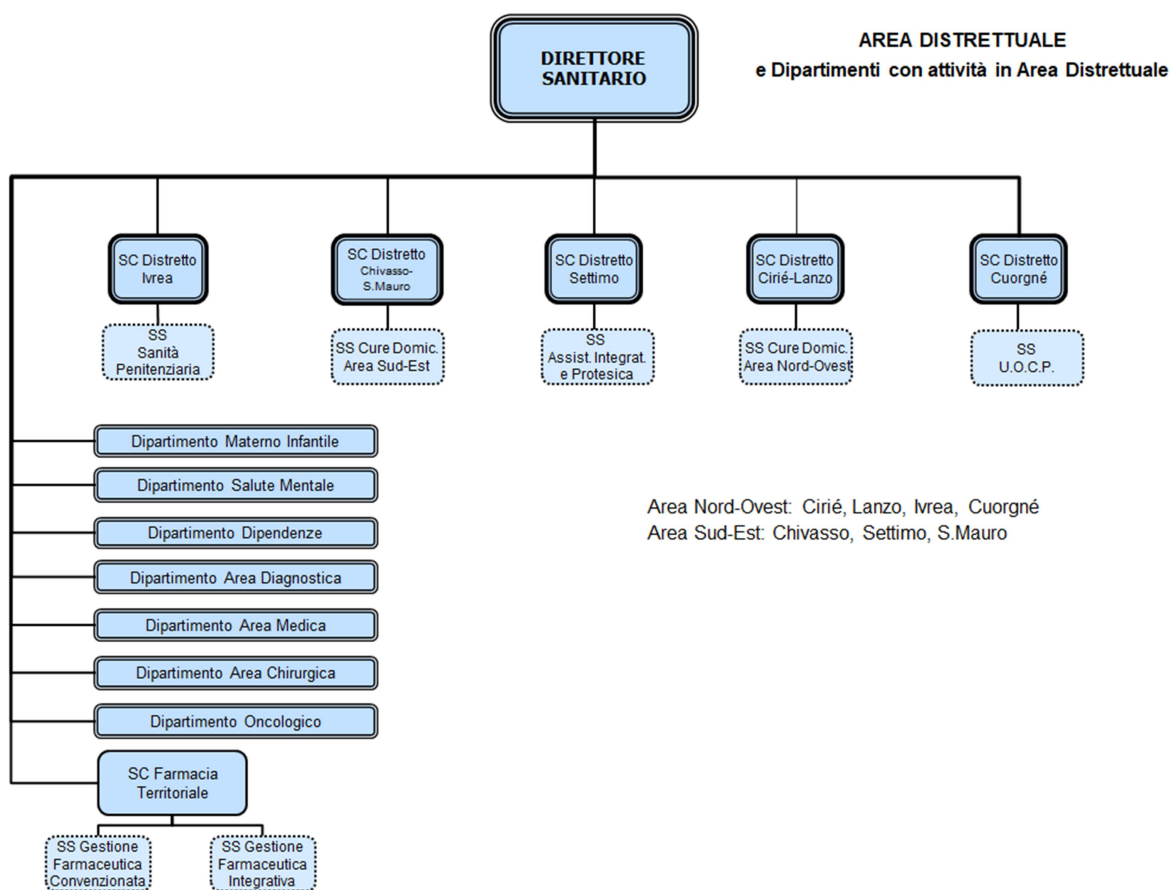
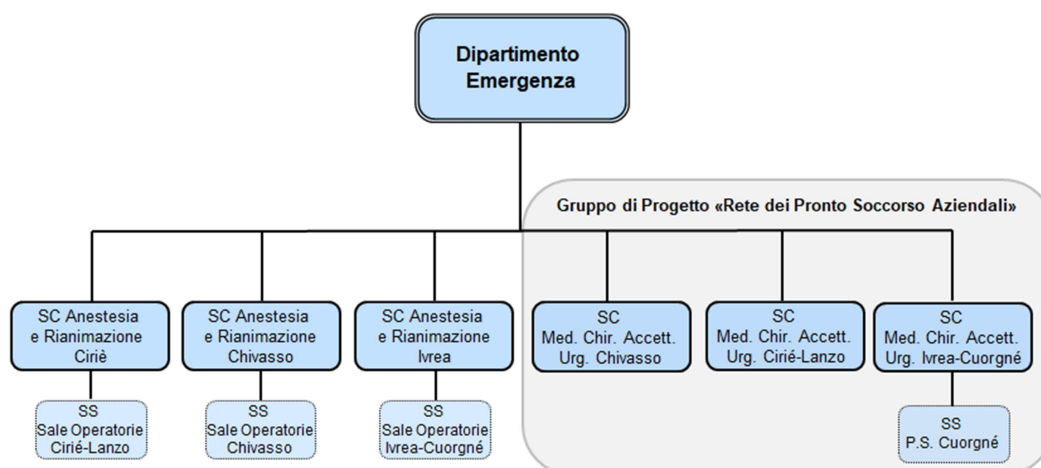


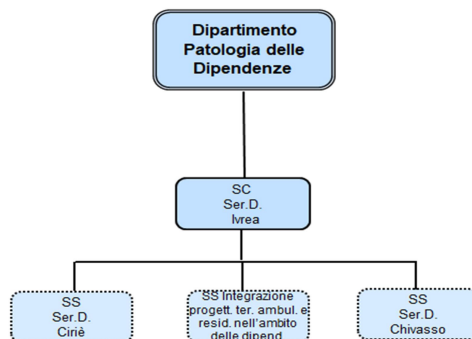
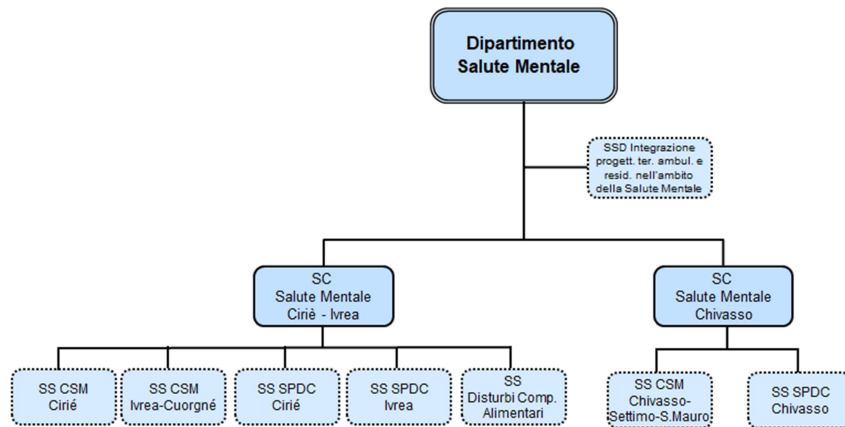
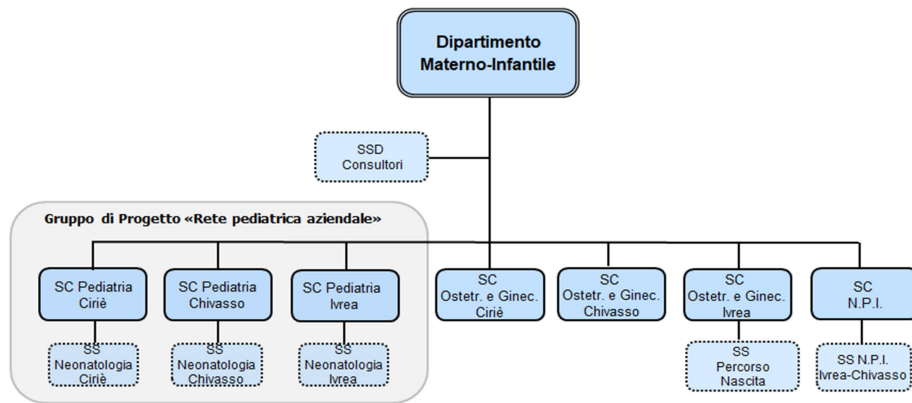
- Area Sanitaria

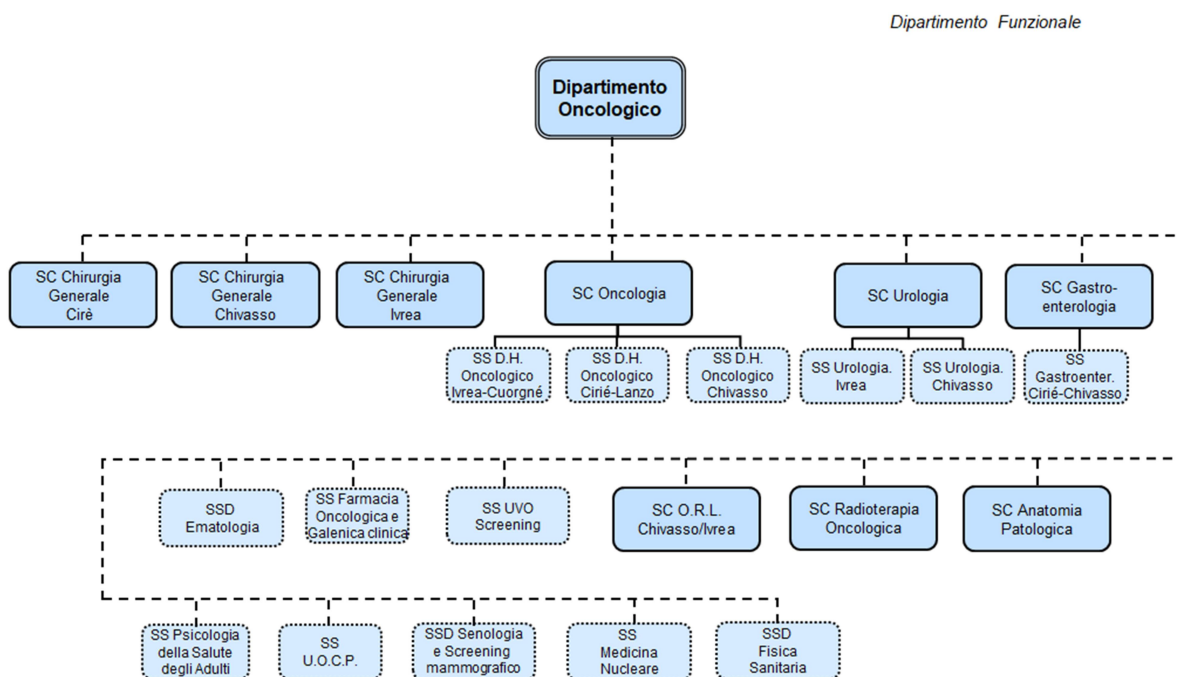
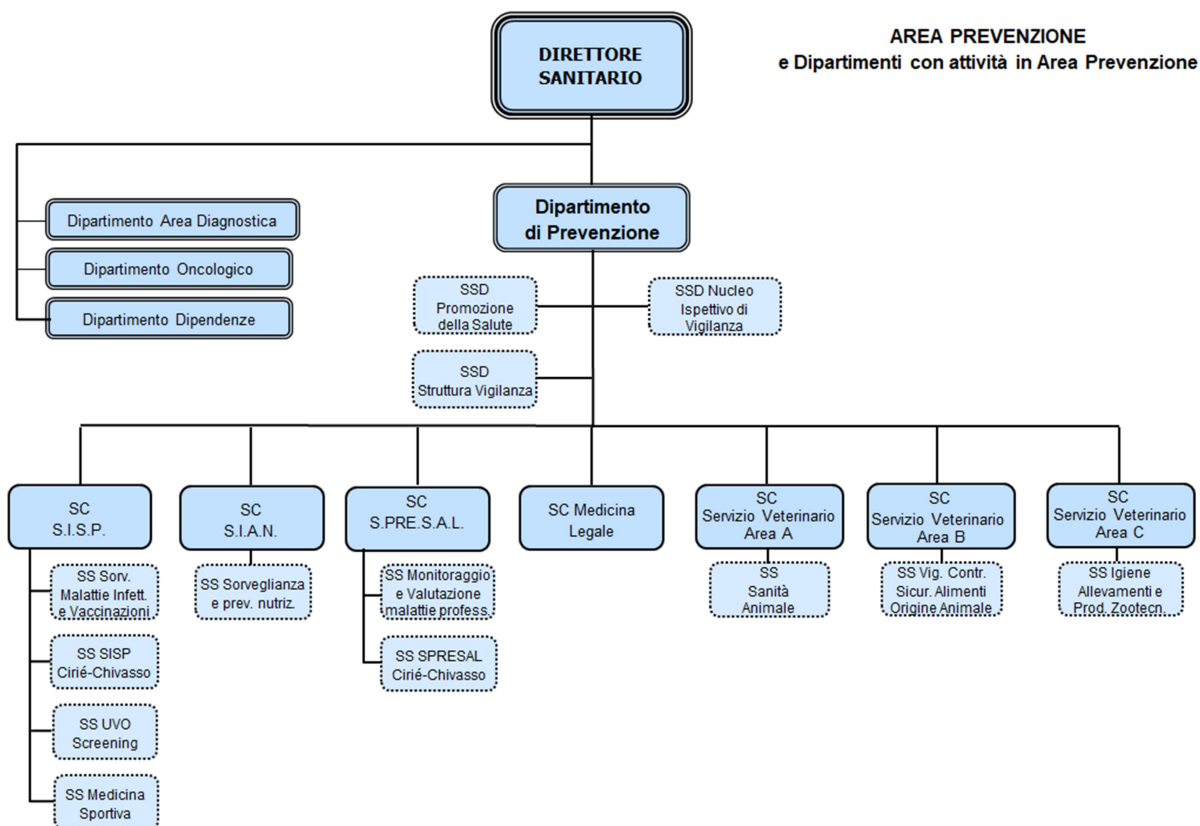












3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

1 Principi generali

L'utilizzo del lavoro agile è stato incrementato in tutte le Pubbliche Amministrazioni a causa della situazione emergenziale da Covid-19 ed in virtù del fatto che tale modalità di lavoro fosse in grado di tutelare la salute dei lavoratori e, al tempo stesso, garantire la continuità dell'attività lavorativa grazie ad autonomia, flessibilità ed organizzazione delle attività attraverso obiettivi.

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

Con D.P.C.M. del 23.09.2021, poi, è stato stabilito che, con decorrenza 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa delle Pubbliche Amministrazioni dovesse essere nuovamente quella in presenza, fermo restando l'obbligo di assicurare il rispetto delle misure sanitarie di contenimento del rischio di contagio da Covid-19.

Successivamente, il D.P.C.M. dell'8.10.2021 ha disciplinato il rientro in presenza del personale delle Pubbliche Amministrazioni individuando anche le condizionalità ed i requisiti necessari, organizzativi ed individuali per utilizzare il lavoro agile in un quadro di efficienza e di tutela dei diritti dei cittadini al fine di produrre un'adequata qualità dei servizi.

Di non meno importanza la Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità rapportati, ovviamente, alla situazione organizzativa di ciascuna Azienda e alle contingenze dei dipendenti della stessa.

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

Il presente Regolamento è rivolto al personale del Comparto ed ha recepito quanto disposto dal CCNL del 02/11/2022, triennio 2019-2021. Detta modalità di lavoro potrà essere estesa anche al personale Dirigente non appena i CC.NN.LL. di categoria regolamenteranno tale forma di lavoro.

Il CUG, ha evidenziato, altresì, la necessità di regolamentare altre forme di lavoro da remoto che non sono disciplinate dal presente regolamento ma che potranno essere inserite nei prossimi aggiornamenti del P.I.A.O.

Tale regolamento non preclude, comunque, ad altre forme di tutela previste dalle normative vigenti in riferimento ad altro personale dell'azienda escluso dal presente regolamento.

2 Normativa di riferimento

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

- ✓ Art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, recante “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” e, in particolare, il comma 3, secondo cui “Con direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza unificata di cui all’art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 del presente articolo e linee guida contenenti regole inerenti l’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dipendenti”;
- ✓ Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante Linee Guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti;
- ✓ L. 22 maggio 2017 n. 81 recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato” con specifico riferimento agli artt. 18 ss. in materia di “Lavoro agile”;
- ✓ Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017 avente ad oggetto: “Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative”;
- ✓ Direttiva Presidenza del consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017 avente ad oggetto “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l’attuazione dell’art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;
- ✓ Art. 2 “Lavoro agile” del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020;
- ✓ Art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa” della Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 nelle PPAA di cui all’art.1 D.Lgs 165/2001”;
- ✓ Art. 18 co. 5 del D.L. n. 9 del 2 marzo 2020, che modifica l’articolo 14 della Legge n. 124/2015, prima previsione del superamento del regime sperimentale per il lavoro agile nella pubblica amministrazione;
- ✓ Art. 87 co 1 e 2 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 e successive modificazioni e integrazioni, il quale individua il lavoro agile quale modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni, con lo scopo di limitare la presenza del personale negli uffici per le sole attività indifferibili o che richiedono necessariamente la presenza in sede, prescindendo dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla L 81/2017 e anche utilizzando strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall’amministrazione;
- ✓ Art. 2 della Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri avente ad oggetto “Misure recate dal decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori ed imprese connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19”;
- ✓ Art. 263 comma 4 bis D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 che introduce la redazione da parte delle pubbliche amministrazioni del P.O.L.A., quale strumento di programmazione del lavoro agile, entro il 31 gennaio di ciascun anno, sentite le organizzazioni sindacali;

- ✓ Legge 77 del 17 luglio 2020: Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19;
- ✓ Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020 con il quale sono state individuate le misure di organizzazione del lavoro pubblico nel periodo emergenziale;
- ✓ Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 9 dicembre 2020 attraverso il quale sono state approvate le Linee Guida per l'adozione del POLA;
- ✓ Direttiva n. 3/2020 "Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell'evolversi della situazione epidemiologica da parte delle pubbliche amministrazioni";
- ✓ Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, dicembre 2020 versione 1.0;
- ✓ Art. 1 "Disposizioni urgenti in materia di lavoro agile" del D.L. n. 56 del 30/04/2021 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" - dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, adottato ai sensi dell'art. 87 comma 1 del D.L. 17 marzo 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, attraverso il quale è superato l'impiego del lavoro agile come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle Pubbliche Amministrazioni, a decorrere dal 15 ottobre 2021;
- ✓ Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021, adottato in attuazione dell'art. 1 comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, attraverso il quale si dispone che le Pubbliche Amministrazioni riorganizzino il rientro in presenza del personale dipendente, con contestuale regolamentazione, attraverso accordi individuali, dei rapporti dei dipendenti in lavoro agile, in attesa della contrattazione collettiva nazionale;
- ✓ Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30 novembre 2021 nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva;
- ✓ Circolare del 5 gennaio 2022, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità;
- ✓ Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105, che reca disposizioni atte a migliorare la conciliazione tra attività lavorativa e vita privata per i genitori e i prestatori di assistenza, al fine di conseguire la condivisione delle responsabilità di cura tra gli uomini e donne e la parità di genere in ambito lavorativo e familiare.

3 Applicazione e obiettivi perseguiti

- 3.1 Il lavoro agile va applicato e contestualizzato all'interno di ogni Azienda sulla base della tipologia di attività prestate dalla stessa. Nell'ASL TO4, ovviamente, trattandosi di Azienda Sanitaria, è presente un elevato numero di attività che richiede, per la corretta prestazione lavorativa, la presenza fisica in sede e/o il contatto diretto con l'utente finale. Pertanto, possono accedere a tale forma di lavoro agile solo quelle figure del comparto che non richiedono una necessaria presenza sul posto di lavoro, secondo quanto attribuito dallo specifico profilo professionale.
- 3.2 Lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti.
- 3.3 Attraverso il ricorso al lavoro agile l'ASL TO4 intende perseguire i seguenti obiettivi:

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

4 Caratteristiche e disciplina del lavoro agile

- 4.1 Ai sensi dell'art. 18 della L. 81/2017 il lavoro agile è individuato quale *“modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento di attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”*.
- 4.2 Le caratteristiche del lavoro agile, contenute nella Legge n. 81/2017 e la cui attivazione avviene su base volontaria, vengono individuate nella flessibilità organizzativa, nella sottoscrizione dell'accordo individuale tra le parti, nell'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto e nell'organizzazione dell'attività lavorativa su obiettivi.
- 4.3 La prestazione lavorativa resa in modalità agile non modifica la natura giuridica del rapporto di lavoro subordinato in essere.
- 4.4 Al lavoratore agile vengono garantiti i medesimi diritti ed obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno dell'Azienda.
- 4.5 Il dipendente che si avvale delle modalità di lavoro agile non subisce penalizzazioni ai fini della progressione di carriera e del computo dell'anzianità di servizio.
- 4.6 I dipendenti che ricorrono al lavoro agile hanno diritto di fruire dei medesimi titoli di assenza previsti per la generalità dei dipendenti, ivi inclusi la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi per assemblea e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992.
- 4.7 Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato o lavoro svolto in condizioni di rischio così come previsto dall'art. 79, comma 3, del CCNL- triennio 2019-2021.
- 4.8 In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica e, comunque, in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza dovesse essere impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio Dirigente/Responsabile. Quest'ultimo, qualora le suddette problematiche dovessero rendere

temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

- 4.9 Il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, oltre che per la sopracitata ipotesi di problematiche di natura tecnica/informatica, anche per necessità di servizio. In questo caso è necessaria una comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, ove possibile, con un preavviso di almeno 24 ore. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.
- 4.10 Ferma restando la flessibilità dell'orario di lavoro, è sempre assicurata una fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia oraria comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo di cui all'art. 43 comma 5 del CCNL del 02/11/2022 nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo. Durante tale fascia il dipendente ha diritto alla disconnessione, ossia, oltre a non erogare alcuna prestazione lavorativa allo stesso non è richiesta: la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda.

5 Destinatari e requisiti d'accesso

- 5.1 L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria. Si effettua, quindi, su richiesta del lavoratore interessato ed è consentita a tutto il personale del comparto dell'ASL TO4 che svolga attività idonee ad essere prestate a distanza, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, a tempo pieno o parziale.
- 5.2 L'ASL TO4, nel dare accesso al lavoro agile, ha il compito di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con l'obiettivo di migliorare il servizio pubblico nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve quest'ultime e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative vigenti nonché l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza, l'Azienda avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile a quei lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperti da altre misure, tra i quali, a titolo esemplificativo:
- ✓ genitori di bambini di età inferiore ai 3 anni;
 - ✓ dipendenti portatori di handicap in situazione di gravità;
 - ✓ dipendenti che assistono portatori di handicap in situazione di gravità;
 - ✓ dipendenti con specifiche condizioni cliniche documentate.

Altri criteri di priorità per l'accesso al lavoro agile potranno essere oggetto di confronto così come previsto dall'art. 6, comma 3, lettera i, del CCNL triennio 2019-2021.

6 Misure organizzative

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

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

7 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

7.1 A distanza di sei mesi dall'introduzione del P.O.L.A., al 31/12/2022 hanno stipulato un accordo individuale per lo svolgimento di lavoro agile n. 47 dipendenti. A questi si aggiungano i 14 dipendenti del Comparto e della Dirigenza che, sulla base di specifiche disposizioni normative, hanno potuto accedere a tale forma di lavoro poiché lavoratori fragili e che, con Legge di Bilancio 2023, n. 197/2022, hanno avuto, ad oggi, la proroga per l'accesso a tale forma di lavoro fino al 31/03/2023.

Durante il periodo pandemico avevano avuto accesso al lavoro agile circa 80 dipendenti, sia del Comparto che, in misura residuale, della Dirigenza. La riduzione del numero dei dipendenti che usufruiscono oggi del lavoro agile rispetto al periodo pandemico è indicativa della diversa finalità perseguita. Mentre nel periodo pandemico il lavoro agile è stato utilizzato perlopiù per ridurre, laddove possibile, la presenza fisica sul luogo di lavoro al fine di tamponare la diffusione dei contagi, oggi, invece, l'obiettivo è quello di una diversa organizzazione del lavoro per obiettivi e risultati favorendo, altresì, la conciliazione dei tempi vita/lavoro e incentivando anche la sostenibilità ambientale.

8 Ricognizione delle attività espletabili in modalità agile

8.1 In linea generale, possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

- ✓ siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
- ✓ possano essere remotizzabili e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede;
- ✓ prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
- ✓ richiedano una concentrazione particolare per la loro esecuzione;
- ✓ non richiedano una relazione costante con il Responsabile della Struttura di appartenenza;
- ✓ siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

8.2 Restano, comunque, esclusi i lavori in turno del personale assistenziale e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni e documentazioni non remotizzabili.

8.3 Sulla base delle indicazioni dei Direttori/Responsabili di Struttura dell'ASL TO4, in linea di massima, si riportano qui di seguito alcune delle attività espletabili in modalità agile:

- ✓ Gestione protocollo e corrispondenza in arrivo;
- ✓ Stesura di progetti e relazioni;
- ✓ Gestione ordini elettronici e liquidazione fatture;
- ✓ Caricamento, analisi ed elaborazione dati;
- ✓ Preparazione pratiche amministrative relative a gare, contratti, acquisti sulle piattaforme informatiche istituzionali;
- ✓ Rendicontazione e inserimento provvedimenti amministrativi quali determine di spesa;
- ✓ Progettazione corsi/tirocini e gestione documentazione;
- ✓ Formazione in FAD, partecipazione a Webinar/ riunioni;
- ✓ Altre attività similari declinate dai responsabili delle Strutture interessate.

Eventuali ulteriori attività che possano essere effettuate in lavoro agile, così come previsto dall'art. 6, comma 3, lett. i, del CCNL del 02/11/2022, triennio 2019-2021, saranno oggetto di apposito confronto.

9 Procedura di accesso al lavoro agile

9.1 L'accesso al lavoro agile avviene su adesione volontaria con garanzia di adeguata turnazione dei dipendenti che ne consenta la praticabilità a tutto il personale interessato.

9.2 L'individuazione dei dipendenti aventi titolo alla concessione del lavoro agile all'interno di ogni singola Struttura viene effettuata dal Direttore/Responsabile sulle base delle attività ritenute espletabili in tale modalità e attraverso la compilazione del modulo di cui all'Allegato 1.

9.3 Ai fini dell'autorizzazione il Responsabile terrà conto della:

- ✓ capacità di lavorare in autonomia per conseguire gli obiettivi assegnati e far fronte in autonomia ad eventuali imprevisti;
- ✓ capacità di valutare criticamente il proprio operato e i risultati raggiunti;
- ✓ capacità di ottimizzazione dei tempi;
- ✓ competenze informatiche.

9.4 L'accesso al lavoro agile può essere concesso anche per esigenze di natura temporanea e/o eccezionale. L'eventuale parere favorevole dovrà essere motivato.

9.5 Qualora le richieste presentate dovessero superare i limiti percentuali dettati dall'Azienda o qualora le richieste pervenute da uno stesso Ufficio siano tali da non garantire il giusto equilibrio tra personale in modalità agile e personale in presenza, si provvederà ad autorizzare lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile privilegiando le seguenti situazioni:

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

Eventuali ulteriori criteri di priorità, così come previsto dall'art. 6, comma 3, lett. i, del CCNL del 02/11/2022 del personale del Comparto, saranno oggetto di apposito confronto.

10 Accordo individuale

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

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

- ✓ durata dell'accordo, che dovrà essere definita e rinnovabile;

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

11 Rilevazione della presenza

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

12 Modalità di verifica dei risultati e conseguimento obiettivi

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

13 Strumentazione informatica e di cancelleria

13.1 Ad oggi, qualora non sia disponibile un PC portatile in dotazione alla struttura di afferenza o all'Azienda, utilizzabile per lavoro agile, la prestazione lavorativa al di fuori delle sedi di lavoro ordinarie è svolta con strumenti informatici, di proprietà dello stesso dipendente, che devono rispettare i seguenti requisiti minimi :

- ✓ Un sistema Windows 10 Pro (o MEC) con tutte le patch aggiornate all'ultima disponibile;
- ✓ Un software antivirus installato ed aggiornato;

- ✓ Una connessione ad internet stabile tramite una linea adsl standard o WiFi.
- 13.2 L'accesso alle risorse digitali avviene a seguito della configurazione del PC di lavoro ad una connessione VPN (una rete privata virtuale che garantisce privacy e sicurezza) con FortiClient (per l'accesso alla rete aziendale) e la connessione Desktop Remoto (per l'accesso alla postazione di lavoro).
- 13.3 Le istruzioni operative per l'attivazione sono riportate nella sezione "Lavoro Agile" dell'intranet aziendale al seguente link <http://intranetms.asl.ivrea.to.it/intranet/Ufficio-Pe/LAVORO-AGI/Procedura-per-la-configurazione-del-PC-personale.pdf>.
- 13.4 Il dipendente dovrà avere cura di svolgere la prestazione lavorativa in ambienti tali da consentire una comunicazione voce e dati efficiente e stabile impegnandosi a comunicare immediatamente al proprio Dirigente/Responsabile e alla S.C. Sistemi Informativi eventuali impedimenti tecnici nello svolgimento dell'attività lavorativa.
- 13.5 Nessun onere relativo all'utilizzo degli strumenti informatici personali anzidetti è addebitabile all'Azienda.

14 Tutela della salute e della sicurezza

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

15 Formazione del personale

- 15.1 L'Azienda, al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del Lavoro Agile, prevedrà specifiche iniziative informative/formative.
- 15.2 Tali iniziative avranno come obiettivi:
 - ✓ istruire il personale e la Dirigenza all'utilizzo di piattaforme di comunicazione e di strumenti previsti per operare in modalità agile;
 - ✓ diffondere modelli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, la collaborazione, la responsabilizzazione e la condivisione delle informazioni;
 - ✓ implementare le capacità di organizzare l'attività per obiettivi da parte dei Dirigenti;
 - ✓ conoscere le buone norme da adottare in termini di sicurezza informatica e privacy.

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

Il Comitato Unico di Garanzia CUG opera per:

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

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

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

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

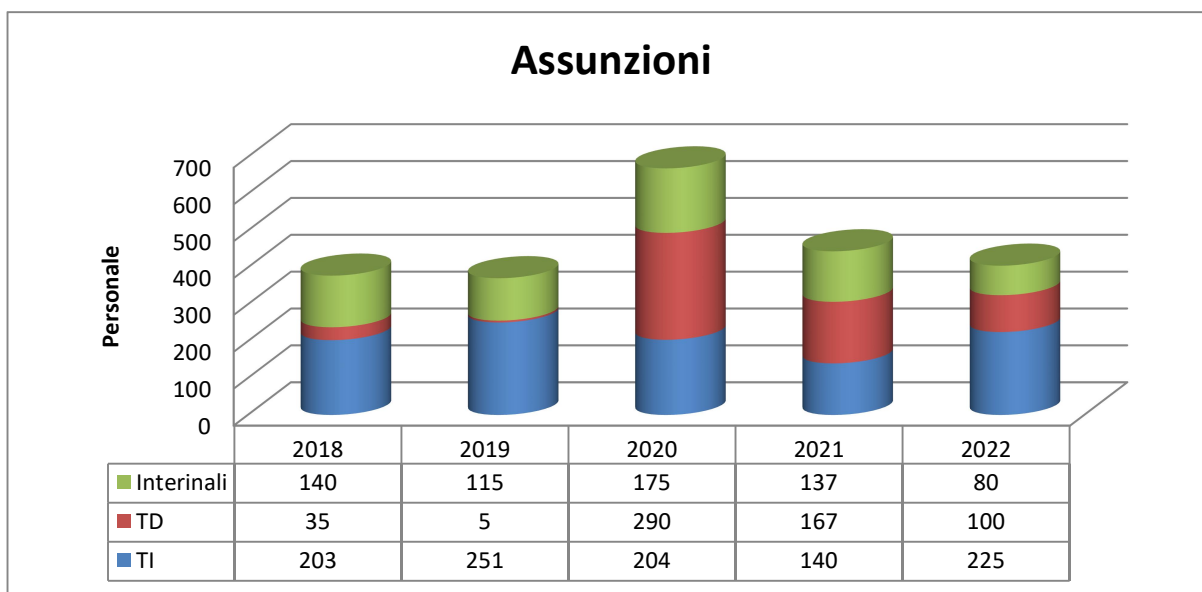
17 Riservatezza

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

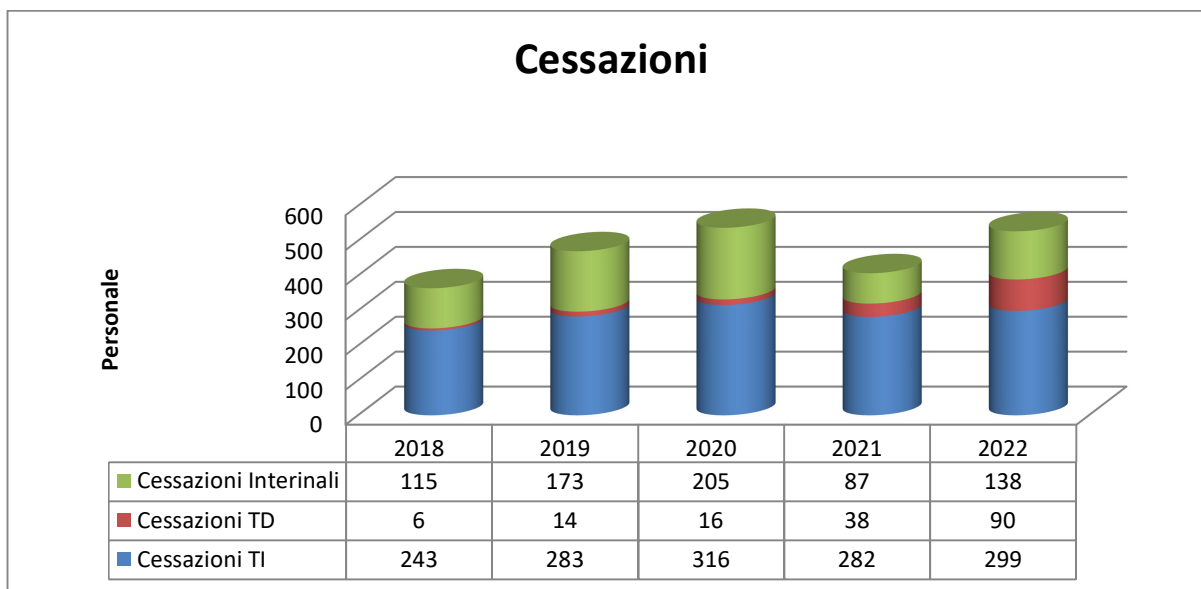
3.3.1 CAPITALE UMANO

L'emergenza legata al COVID 19, (anni 2020-2021), così come emerge dal grafico sottostante, ha condizionato pesantemente l'andamento del personale con un forte incremento delle assunzioni di personale a tempo determinato e di contratti di somministrazione lavoro. Tale impatto ha coinvolto principalmente il personale infermieristico (con contratti a tempo determinato di 36 mesi), operatori socio sanitari e personale amministrativo per attività di *contact tracing*, tamponi e vaccinazioni.

Nell'anno 2022 si è iniziata a registrare una inversione di tendenza con un aumento delle assunzioni a tempo indeterminato rispetto alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di somministrazione lavoro. A livello complessivo, le assunzioni sono in diminuzione rispetto al periodo pandemico ma, comunque, sempre più alte rispetto agli anni 2018, 2019.



Rispetto alle cessazioni, così come emerge dal grafico sottostante, nel 2022, sono aumentate soprattutto le cessazioni dei tempi determinati spiegabile con il passaggio di molti contratti a tempo determinato in tempo indeterminato (nello specifico n. 95 di cui n. 52 personale infermieristico, n. 13 personale amministrativo, n. 11 OSS, 6 altro personale sanitario, 4 personale tecnico sanitario)



Il trend di aumento dei tempi indeterminati proseguirà sicuramente anche nel 2023, grazie alle stabilizzazioni previste dalla L. 234/2021, all'art. 1, comma 268, che definisce il perimetro del personale stabilizzabile (sanitari e socio-sanitari) nell'ambito dei fabbisogni aziendali di personale. Per l'ASL TO4 dal 01.01.2023 sono stati stabilizzati n. 100 OSS, n. 25 infermieri, n. 2 assistenti sanitari, n. 1 tecnico della prevenzione, n. 6 tecnici di laboratorio. A questo personale già stabilizzato, si dovrà aggiungere quello che potrà essere stabilizzato entro il 31/12/2024 in virtù dell'art. 1, comma 528, della L. 197/2022, che ha prorogato a tale data la possibilità di stabilizzare il personale sanitario e socio-sanitario assunto per l'emergenza COVID a tempo determinato e con anzianità di servizio di 18 mesi al 31.12.2022.

Per il personale amministrativo nel 2022 sono state esperite due procedure concorsuali, una per categoria C – Assistente Amministrativo e una per categoria BS – Coadiutore Amministrativo Esperto - al fine di sostituire i contratti a tempo determinato e di somministrazione lavoro con contratti a tempo indeterminato.

3.3.2 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

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

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

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

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

A seguito dell'assegnazione dei tetti di spesa del personale per gli anni 2021, 2022 e anni successivi di cui alla D.G.R. n. 12-3442 del 23/06/2021, e sulla base delle linee di indirizzo regionali dell'8 luglio 2021, è stato predisposto il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per il triennio 2021/2023, nonché il Piano del Fabbisogno di Personale Covid 2021, trasmessi alla Regione Piemonte, unitamente ad apposita Relazione di accompagnamento con lettera prot. n. 0093119, del 29/09/2021 dando atto che i medesimi sono stati oggetto di informativa alle Organizzazioni Sindacali negli incontri svoltisi in data 28/09/2021.

Con D.G.R. n. 46-6202 del 07/12/2022 sono stati approvati i Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende Sanitarie del S.S.R. per il triennio 2021-2023 e sono stati assegnati i tetti di spesa del personale per l'anno 2022, 2023 e 2024.

E', pertanto, possibile adottare all'interno del PIAO il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) dell'A.S.L. TO4, relativo al triennio 2021-2023, così come definito nei Prospetti allegati A), B) e C), relativi alla "Dotazione Organica" 2021, 2022 e 2023, nonché il Piano del Fabbisogno di personale COVID, di cui al Prospetto allegato D), relativo a "Riepilogo 2021 COVID, allegati al presente PIAO quale parte integrante e sostanziale.

Con la citata D.G.R. n. 46-6202 del 07/12/2022, sono state date disposizioni, altresì, circa la redazione del PTFP 2022/2024, il cui termine per l'invio alla Regione è stato, in ultimo, fissato nel 10/02/2023. E' stato, quindi, predisposto l'allegato PTFP 2022/2024, sulla base di quanto stabilito dalla Regione, nel rispetto dei tetti di spesa assegnati con la D.G.R. menzionata. Il PTFP 2022/2024 - Prospetti allegati E), F) e G) - è stato trasmesso alla Regione il 10/02/2023 ed è in attesa della prescritta approvazione regionale.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

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

1 Le priorità strategiche

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

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

Il Piano Formativo viene predisposto annualmente. Per l'anno 2023 la procedura di attuazione sta procedendo secondo iter strutturato dalla S.S. Qualità e Formazione. Viene elaborato in coerenza con quanto definito a seguito di un'eventuale riattualizzazione dei bisogni formativi in relazione alle criticità emergenti, ai nuovi obblighi di legge, ai cambiamenti organizzativi verificatesi. Per la raccolta del bisogno formativo ci si avvale della collaborazione della Rete dei Referenti/Facilitatori nominati con atto deliberativo N. 743 del 30/11/2021 "Progetto referenti della formazione. Aggiornamento elenco referenti /facilitatori della formazione dell'ASL TO4" che copre quasi tutte le articolazioni presenti nell'organizzazione.

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

Sulla base dei presupposti sopra citati, il Piano Formativo 2023 (Allegato 14) si comporrà quindi di circa 250 proposte, nello specifico costituite da:

- proposte provenienti dai Referenti della formazione relative ai bisogni evidenziati nelle singole strutture;
- proposte provenienti dall'area della Sicurezza dei lavoratori, come evidenziato nel verbale del 30/11/2022 della Commissione Tecnica per la formazione ASL TO4 ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- proposte provenienti dalla Direzione Generale in materia di anticorruzione e trasparenza;
- proposte provenienti dalle strutture direzionali in materia di Smart Working, Contratto Nazionale del Lavoro.

Per la realizzazione delle attività di formazione che permettano il potenziamento dello sviluppo di priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, la progettazione degli eventi/progetti formativi è articolata su due livelli:

- il primo di tipo generale denominato "macro-progettazione";
- il secondo di tipo specifico denominato "micro-progettazione",

seguendo le modalità definite nella Procedura "Progettazione eventi/progetti formativi".

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

Gli eventi formativi a seconda dell'obiettivo che si prefiggono vengono realizzati attraverso quattro tipologie specifiche:

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

Residenziale

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

Formazione sul Campo

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

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

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

Blended

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

Formazione a distanza

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

2 Le risorse interne ed esterne ai fini delle strategie formative

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

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

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

- Il budget disponibile per la formazione erogata ai dipendenti dell'ASL TO4 comprende i seguenti budget:
 - Formazione Aziendale;
 - Formazione Extra-aziendale;
 - finanziamenti regionali/nazionali;
 - donazioni;
 - contributi o fondi a disposizione delle strutture utilizzate per attività formativa,oltre agli introiti delle quote di iscrizione derivate dal pagamento dei partecipanti esterni. Il budget del Piano Formativo viene definito con deliberazione del Direttore Generale. Al termine della formazione erogata nell'anno in corso e fruita extra aziendale viene redatto un bilancio consuntivo che partecipa alla redazione annuale della "Relazione validata confronto tra pianificato e realizzato" inserita su Piattaforma Regionale ECM.
- Le attività formative in campo sanitario all'interno dell'ASL TO4, si attivano attraverso la rilevazione dei bisogni formativi avvalendosi della collaborazione della Rete dei Referenti/Facilitatori della Formazione, composto da circa 80 professionisti suddivisi per ruoli e dipartimenti/strutture. La Rete che consente di rappresentare le principali aree aziendali, monitoraggio delle competenze professionali e garantire una rilevazione omogenea ed esaustiva dei bisogni. La Rete è collegata attraverso la piattaforma informatica dedicata all'e-learning ed è in grado di condividere, mediante gli strumenti propri delle community, idee, progetti, discussioni e dati.
- La Formazione è dotata di progettisti interni e di una rete di Progettisti denominati "esterni" che svolgono la loro attività a tempo parziale per competenze presso le loro sedi di appartenenza e/o presso la sede della Formazione. Il numero totale dei progettisti rientra nel range consigliato dei numeri Progettisti/dipendenti nonché al numero dei corsi/edizioni erogati. I progettisti sono esperti di progettazione che in accordo con i responsabili Scientifici curano gli aspetti di contenuto e metodologia dei corsi erogati. Il progettista elabora e predispone il progetto formativo individuando la tipologia formativa più idonea e i contenuti, metodi, strumenti, destinatari, tempistica dell'azione formativa in coerenza con gli obiettivi di apprendimento, le risorse tecnologiche ed economico/finanziarie congrue.
- Per ogni corso residenziale erogato ci si avvale della figura del Referente Organizzativo che come da procedura di erogazione eventi/progetti formativi allegata, verifica la corrispondenza del programma da micro-progettazione con quello realmente erogato.
- Il Provider è dotato di un Comitato Scientifico con Atto di Nomina N.874 del 3/09/2021 con individuazione del coordinatore del comitato. Il Comitato Scientifico è composto da tre componenti fissi, Direttore/responsabile della Formazione, il Referente della Formazione ed il Referente dell'accreditamento e qualità, e da altri componenti rappresentativi di diversi profili professionali, sanitari e non, in possesso di:
 - competenza scientifica nei settori oggetto delle attività formative;
 - competenza in ambito andragogico;
 - competenza didattica nella formazione in sanità;

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

- Presenza di procedure che descrivono il processo necessario per la rilevazione del bisogno formativo, progettazione, erogazione, rendicontazione, valutazione di eventi/progetti formativi secondo le tipologie formative e si applicano al processo svolto dalla Formazione in merito alla progettazione di percorsi formativi:
 1. Procedura per la rilevazione del bisogno formativo;
 2. Procedura Progettazione eventi/progetti formativi;
 3. Procedura per l'erogazione del progetto formativo;
 4. Procedura per la rendicontazione, valutazione del progetto formativo;
 5. Procedura per l'archiviazione.
- La Formazione si avvale per la Formazione residenziale di locali per le attività didattiche, arredi e attrezzature conformi alla normativa vigente in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, prevenzione incendi, sicurezza impianti, antinfortunistica.

Le aule e le sale esercitazioni/laboratori presso le quali viene erogata l'attività formativa, sono di tre tipologie, come si evince nella tabella 2:

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

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

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

- Per quanto concerne l'attività di Formazione a Distanza (FAD) la Formazione si avvale di due piattaforme: una piattaforma moodle gestita dal CSI Piemonte su mandato regionale, denominata medmood e un'ulteriore piattaforma moodle di proprietà dell'ASL TO4.
 - **Piattaforma OfficinaH FAD** (<https://formazione.aslto4.piemonte.it/>)
 Si tratta di una piattaforma open source Moodle installata su server web Linux aziendale. La Formazione si avvale della collaborazione di professionisti afferenti all'Associazione "Accademia

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

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

- Piattaforma CISCO Webex Meeting (<https://aslto4.webex.com/meet/formazione>)

L'ASL TO4 ha acquisito alcune licenze, una delle quali affidata alla Formazione aziendale che è quindi abilitata ad erogare formazione FAD sincrona.

La Formazione possiede delle credenziali di login per l'accesso (indirizzo mail + password), grazie alle quali può avviare direttamente una riunione nella propria virtual room (all'indirizzo sopra riportato), oppure calendarizzare un meeting creando una virtual room dedicata attiva in data e ora prestabilita e accessibile agli "invitati" inseriti in elenco ai quali il sistema invia una e-mail di invito con il link di accesso. Questa seconda modalità è utilizzata per l'erogazione di webinar sincroni, in quanto permette la registrazione da parte del sistema dei partecipanti con relativo tempo di connessione. L'organizzatore dell'evento (profilo Formazione) può quindi scaricare il report dei log (nome di ciascun collegamento con relativo orario di accesso e uscita) da confrontare con l'elenco degli iscritti. In apertura del webinar il tutor d'aula (sempre presente) raccomanda agli utenti la segnalazione in chat di eventuali anomalie (più persone con un unico collegamento, nominativo non corrispondente, collegamento audio da cellulare e non tramite VoIP che comporta la traduzione dell'accesso in un codice numerico non abbinabile a un nominativo) da recepire. Se previsto, l'organizzatore può altresì accedere alla registrazione dell'evento, salvata in una repository all'interno del proprio profilo Webex. Se si sceglie di condividere il link della registrazione con i partecipanti, è possibile visualizzare un report del numero di consultazioni e download.

3 Le misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione

Per quanto riguarda la Formazione, le misure volte a favorire il professionista all'accesso a progetti di formazione/eventi è la predisposizione di una modalità formativa a distanza (FAD) attraverso le piattaforme precedentemente presentate.

La FAD si avvale di un insieme di attività didattiche identificate all'interno di un Piano Formativo annuale che prevede la non compresenza di docenti e discenti nello stesso luogo e attraverso l'accessibilità nella modalità asincrona tramite contenuti multimediali, piuttosto che sincrona. Tale modalità rende l'apprendimento e le informazioni libere da vincoli temporali, consentendo la partecipazione di professionisti che hanno difficoltà a frequentare i corsi in aula e la possibilità di consultare il materiale erogato anche a distanza di tempo.

Durante la pandemia da Covid 19 questa strategia formativa ha permesso di aggiornare e formare i professionisti sulle tecniche e le tematiche legate all'emergenza, garantendo percorsi di formazione.

Il PNRR (Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza) in ambito formazione prevede, tra i suoi obiettivi prioritari, la promozione dello sviluppo di un sistema efficiente di formazione e istruzione digitale tramite investimenti mirati riguardanti dispositivi digitali, connettività e infrastrutture. In linea con questo obiettivo risulta il potenziamento costante dell'offerta formativa in modalità e-learning.

4 Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione

In base al Piano Formativo per l'anno in corso deliberato, al termine viene realizzato un report dal Referente ECM che dimostra le attività svolte secondo le modalità previste.

Il report evidenzia la percentuale dei corsi erogati, i partecipanti, i formati rispetto agli iscritti. Dal 2020, a seguito di una formazione specifica per i progettisti, è stato scelto di utilizzare la valutazione qualitativa dei percorsi/eventi formativi attraverso l'utilizzo degli indicatori di processo e di esito. Durante la progettazione del singolo progetto formativo viene identificata la strategia di valutazione delle competenze acquisite attraverso la definizione della tipologia di valutazione (prova pratica, orale, scritta, questionario, project work), e vengono identificati gli indicatori di processo e di esito da parte dei progettisti. La misurazione avviene utilizzando strumenti che possano restituire una valutazione delle ricadute dell'evento formativo e quindi la loro eventuale riprogettazione. Tale modalità ha permesso di monitorare la formazione erogata e misurarne le ricadute nei contesti delle strutture coinvolte.

A supporto di tale evidenza nei primi mesi dell'anno seguente viene elaborato il report "Fase di rendicontazione valutazione degli eventi/progetti formativi" dal referente della Qualità. Il report attraverso l'analisi di un campione selezionato di corsi (rappresentato da tutte le tipologie formative utilizzate) restituisce una visione di coerenza tra i corsi erogati e l'adesione alle procedure di realizzazione. L'analisi mette in evidenza eventuali criticità rilevate e propone suggerimenti di miglioramento, che andranno presi in considerazione e discussi all'interno dell'incontro di monitoraggio semestrale del Comitato Scientifico.

SEZIONE 4: MONITORAGGIO

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

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

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

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

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha, poi, il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità. La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico, oltre che dell'OIV, anche da parte del

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) che provvede a monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione, a supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini dello svolgimento delle attività di competenza ed a predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio stesse.

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

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

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

Allegati a Rischi Corruttivi e Trasparenza:

- Tabella 1: Aree e processi esposti particolarmente a rischio (Allegato 7);
- Tabella 2: Valutazione del Rischio (Allegato 8);
- Tabella 3: Misure proposte (Allegato 9);
- Tabella 4.a Aree e processi esposti particolarmente a rischio (PNRR) (Allegato 10);
- Tabella 4.b Valutazione del rischio (PNRR) (Allegato 11);
- Tabella 4.c Misure proposte (PNRR) (Allegato 12);
- Tabella Obblighi di Pubblicazione – Aggiornamento come da allegato n. 9 al PNA 2022 (Allegato 13)

Allegati al P.O.L.A.:

- Accordo individuale (Allegato 1);
- Modulo di autorizzazione (Allegato 2);
- Documento relativo ai report dell'attività prestata in modalità lavoro agile (Allegato 3);
- Informativa in materia di tutela della salute e sicurezza del dipendente nei luoghi di lavoro (Allegato 4);
- Documento relativo alle prescrizioni in materia di sicurezza informatica e di protezione dei dati personali – Privacy (Allegato 5);
- Autocertificazione trattamento dati personali (Allegato 6).

Allegati al P.T.F.P.:

- Prospetto "A" PTFP 2021/2023 (Allegato A);
- Prospetto "B" PTFP 2021/2023 (Allegato B);
- Prospetto "C" PTFP 2021/2023 (Allegato C);
- Prospetto "D" Riepilogo 2021 COVID (Allegato D);

- Prospetto "E" PTFP 2022/2024 (Allegato E);
- Prospetto "F" PTFP 2022/2024 (Allegato F);
- Prospetto "G" PTFP 2022/2024 (Allegato G).

Allegati al Piano di Formazione:

- Piano Formativo 2023 (Allegato 14)