



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

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

Tel. +39 011.9176666

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

Tel. +39 0125.4141

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

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

# **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028**



## INDICE

### Sommario

Sommario .....	2
Premessa .....	5
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE .....	6
<i>1.1 – L’Azienda in sintesi</i> .....	6
<i>1.2 – Chi siamo</i> .....	8
<i>1.3 - Cosa facciamo</i> .....	9
1.4 VOLUMI - Il Valore Pubblico in numeri.....	12
<i>1.4.1. - Attività di ricovero</i> .....	12
<i>1.4.3 - Confronto dati di attività degli esercizi 2024 e 2025</i> .....	16
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	20
2.1 VALORE PUBBLICO .....	20
<i>2.1.1 - Azioni di efficientamento</i> .....	21
2.2 PERFORMANCE .....	26
<i>2.2.1 Albero della Performance</i> .....	26
<i>2.2.2 Ciclo della Performance</i> .....	27
<i>2.2.3 Criteri generali per l’individuazione e valutazione degli obiettivi per l’anno 2026</i> .....	30
<i>2.2.4 Performance individuale</i> .....	32
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	34
2.3.1 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2026 -2028 .....	34
PREMESSA.....	34
<i>1. Disposizioni normative</i> .....	35
<i>2. Obiettivi e finalità del Piano di Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 8 legge 190/2012)</i> .....	36
<i>3. Elaborazione ed adozione del Piano</i> .....	36
<i>4. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione</i> .....	37
<i>5. Gestione del rischio</i> .....	39
<i>6. Misure per la riduzione del rischio</i> .....	44
<i>7. Misure ulteriori per la riduzione del rischio</i> .....	58

<i>8. Rapporti con società ed enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni.</i>	59
2.3.2. SEZIONE TRASPARENZA 2026 – 2028.....	60
<i>1. Obiettivi strategici in materia di trasparenza.....</i>	61
<i>2. Responsabili/Referenti della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati.....</i>	62
<i>3. Misure di monitoraggio e di vigilanza sull’attuazione degli obblighi di trasparenza .....</i>	62
<i>4. Misure per assicurare l’efficacia dell’istituto dell’Accesso Civico .....</i>	63
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	64
3.1 LINEE STRATEGICHE PER L’ORGANIZZAZIONE .....	64
3.1.1. ORGANIGRAMMA.....	64
AREA STAFF.....	66
AREA AMMINISTRATIVA.....	68
AREA SANITARIA.....	69
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	76
<i>1 Principi generali.....</i>	76
<i>2 Normativa di riferimento .....</i>	76
<i>3 Applicazione e obiettivi perseguiti.....</i>	78
<i>4 Caratteristiche e disciplina del lavoro agile .....</i>	79
<i>5 Destinatari e requisiti d’accesso.....</i>	80
<i>6 Misure organizzative.....</i>	80
<i>7 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile .....</i>	80
<i>8 Ricognizione delle attività espletabili in modalità agile.....</i>	81
<i>9 Procedura di accesso al lavoro agile .....</i>	82
<i>10 Accordo individuale .....</i>	83
<i>11 Rilevazione della presenza .....</i>	83
<i>12 Modalità di verifica dei risultati e conseguimento obiettivi.....</i>	83
<i>13 Strumentazione informatica e di cancelleria .....</i>	84
<i>14 Tutela della salute e della sicurezza .....</i>	84
<i>15 Formazione del personale .....</i>	84
<i>16 Il ruolo del Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) rispetto al Lavoro Agile.....</i>	85
<i>17 Riservatezza .....</i>	85
3.3 CAPITALE UMANO .....	86
3.3.1 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE .....	93
3.3.2 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE (PAP) .....	96
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	97
<i>1 La struttura e i processi .....</i>	97

<i>2 Le risorse interne ed esterne della formazione</i> .....	98
<i>2.1. Risorse umane</i> .....	98
<i>2.2. Risorse economiche</i> .....	99
<i>2.3. Risorse strumentali</i> .....	99
<i>3. Gli obiettivi e i risultati attesi della formazione</i> .....	100
<b>SEZIONE 4: MONITORAGGIO</b> .....	101
<b>Elenco Allegati</b> .....	102

## Premessa

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

Il Piano, adottato in conformità al DM 30 giugno 2022, n. 132 e tenuto conto delle semplificazioni introdotte dal DM 30 novembre 2023, ha durata triennale con aggiornamento annuale. Esso non rappresenta una mera sommatoria dei precedenti documenti di pianificazione, bensì un sistema integrato che orienta le strategie dell'Azienda verso la generazione di Valore Pubblico.

In conformità alla normativa, il PIAO assorbe e integra i seguenti piani:

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

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

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

Il PIAO assicura la coerenza tra gli obiettivi strategici e i documenti di programmazione finanziaria. Per superare una logica meramente adempimentale, il Piano è strutturato in quattro sezioni integrate secondo una catena di causa-effetto: la "salute" delle risorse abilita le performance e la protezione dai rischi, che a loro volta generano Valore Pubblico

**Sezione 1 - Scheda anagrafica dell'amministrazione** Dedicata all'analisi del contesto interno ed esterno e alla mappatura degli stakeholder. Questa sezione non è una semplice fotografia, ma serve a identificare le "questioni strategiche chiave" (opportunità e criticità) da cui derivare gli obiettivi di Valore Pubblico.

**Sezione 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione**

- **Sottosezione 2.1 - Valore Pubblico:** Definisce gli obiettivi prioritari di impatto multidimensionale (economico, sociale, ambientale, sanitario) per il benessere dei cittadini. Rappresenta il vertice della programmazione da cui discendono tutte le altre scelte.
- **Sottosezione 2.2 - Performance:** Contiene gli obiettivi operativi misurati tramite indicatori di efficienza ed efficacia. La sezione si focalizza sulle performance organizzative e individuali direttamente funzionali al raggiungimento del Valore Pubblico atteso.
- **Sottosezione 2.3 - Rischi corruttivi e trasparenza:** Predisposta dal RPCT, definisce la strategia di gestione del rischio non solo come adempimento, ma come misura di protezione e creazione del Valore Pubblico.

**Sezione 3 - Organizzazione e Capitale Umano** Questa sezione definisce le "condizioni abilitanti" (salute delle risorse) necessarie per sostenere le performance. Si articola in:

- **Sviluppo Organizzativo:** Azioni di innovazione e revisione della struttura organizzativa.
- **Organizzazione del Lavoro Agile:** Strategie di lavoro agile funzionali alla produttività e al benessere organizzativo.

- **Fabbisogno del personale:** Programmazione strategica basata sul confronto tra competenze disponibili e competenze richieste dagli obiettivi di VP.
- **Piano delle Azioni Positive (PAP):** Misure per la parità e la rimozione degli ostacoli.
- **Formazione del Personale:** Potenziamento delle competenze professionali e trasversali quale leva per colmare i gap di performance.

**Sezione 4 - Monitoraggio** Oltre al monitoraggio delle singole sottosezioni, le Linee Guida 2025 sul PIAO introducono il **monitoraggio integrato**. Esso verifica come l'attuazione delle misure organizzative, anticorruzione e operative contribuisca effettivamente alla generazione del Valore Pubblico.

## SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

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

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

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

### 1.1 – L’Azienda in sintesi

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

- Territorio con una superficie di circa 3.164 chilometri quadrati con un bacino di circa 502.185 abitanti (al 31/12/2024), suddiviso in 5 Distretti Sanitari, costituiti come segue:

- *Distretto Ciriè-Lanzo (con un'estensione territoriale di 935,33 kmq e 120.149 abitanti) cui afferiscono 38 comuni:*  
Ala di Stura, Balangero, Balme, Barbania, Borgaro Torinese, Cafasse, Cantoira, Caselle Torinese, Ceres, Chialamberto, Cirié, Coassolo Torinese, Corio, Fiano, Front, Germagnano, Groscavallo, Grossa, Lanzo Torinese, Lemie, Levone, Mappano, Mathi, Mezzanile, 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 118.138 abitanti) cui afferiscono 27 comuni:*  
Brandizzo, Brozolo, Brusasco, Casalborgone, Castagneto Po, Castiglione Torinese, Cavagnolo, Chivasso, Cinzano, Crescentino, Foglizzo, Fontanetto Po, Gassino, Lamporo, Lauriano, Montanaro, Monte da Po, Rivalba, frazione Rivodora del Comune di Baldissago Torinese, Rondissone, Saluggia, San Mauro Torinese, San Raffaele Cimena, San Sebastiano Po, Sciolze, Torrazza Piemonte, Verolengo, Verrua Savoia.
- *Distretto Settimo Torinese (con un'estensione territoriale di 119,43 kmq e 83.373 abitanti) cui afferiscono 4 comuni:*  
Leinì, San Benigno, Settimo Torinese, Volpiano.
- *Distretto Ivrea (con un'estensione territoriale di 672,30 kmq e 105.022 abitanti) cui afferiscono 65 comuni:*  
Albiano, Andrate, Azeglio, Banchette, Barone, Bollengo, Borgofranco d'Ivrea, Borgomasino, Brossa, Burrolo, Caluso, Candia, Caravino, Carema, Cascinette, Chiaverano, Colleretto 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 Cuorgnè (con un'estensione territoriale di 951,78 kmq e 76.262 abitanti) cui afferiscono 43 comuni:*  
Aglié, Alpette, Bairo, Baldissago, Borgiallo, Bosconero, Busano, Canischio, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Ciconio, Cintano, Colleretto Castelnuovo, Cuorgnè, Favria, Feletto, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Lombardore, Lusiglié, Noasca, Oglianico, Ozegna, Pertusio, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Ribordone, Rivara, Rivarolo, Rivarossa, Ronco, Salassa, San Colombano, San Ponso, Sparone, Torre Canavese, Valperga, Valprato Soana.

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

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

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

Sul territorio sono presenti 5 Distretti, con le seguenti sedi principali:

- **Distretto Ciriè-Lanzo**, via Mazzini 13, telefono 011 9217530-532
- **Distretto Chivasso-San Mauro**
  - Chivasso, via Po 11, telefono 011 9176526
  - San Mauro Torinese, via Speranza 31, telefono 011 8212403
- **Distretto Settimo Torinese**, via Leinì 70, telefono 011 8212226
- **Distretto Ivrea**, poliambulatorio "Comunità" di via Ginzburg 7, telefono 0125 414451
- **Distretto Cuorgnè**, piazza Gino Viano "Bellandy" 1, telefono 0124 654125

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

Sono presenti sul territorio Aziendale **n. 310 Medici di Assistenza Primaria** a ciclo di scelta e **n. 39 Pediatri di Libera Scelta** (data riferimento 31/12/2025).

➤ 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
  - Presidio Ospedaliero di Ivrea – sede DEA di I° livello
  - Presidio Ospedaliero di Cuorgnè – sede di Pronto Soccorso

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

Sono operative anche:

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

Sono inoltre presenti le seguenti strutture private accreditate:

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

Le case di cura private accreditate presentano un'offerta di 100 posti letto CAVS (Continuità a valenza sanitaria), come da DGR nr. 8-8280 del 11/03/2024. Sono inoltre presenti 94 posti letto CAVS presso l'Ospedale di Settimo Torinese.

## **1.2 – Chi siamo**

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

L'art. 3, comma 1-bis, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. stabilisce che l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie "sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti

da disposizioni regionali” e la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 42-1921 del 27 luglio 2015 ha disposto che le Aziende sanitarie procedessero alla ridefinizione e riadozione dell'Atto Aziendale.

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

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

### **1.3 - Cosa facciamo**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Distretto svolge le seguenti funzioni:

- Governo della domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando i servizi di assistenza primaria ed i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, garantendo altresì le attività socioassistenziali in integrazione con gli enti gestori;
- Organizzazione e gestione dei Servizi a gestione distrettuale diretta;
- Programmazione e controllo del livello di utilizzo dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali, erogate dai produttori pubblici e dai produttori privati;

- Organizzazione e gestione Residenze Sanitarie Assistenziali di proprietà dell’Azienda Sanitaria Locale e programmazione e controllo dell’assistenza residenziale e semi-residenziale acquistata;
- Erogazione di prestazioni relative all’assistenza integrativa sul territorio distrettuale, in sinergia con la specifica Struttura Semplice “Assistenza Protesica ed Integrativa”;
- Organizzazione della Continuità Assistenziale Primaria e delle postazioni di guarda medica territoriale;
- Coordinamento delle attività ambulatoriali poste in essere all’interno del Distretto ed effettuazione di attività volte alla riduzione dei tempi d’attesa per le prestazioni ambulatoriali, in sinergia con la Struttura Semplice “Gestione unificata offerta Specialistica ed Ambulatoriale”;
- Coordinamento delle attività relative all’assistenza sanitaria primaria (la medicina generale, la pediatria di libera scelta, il servizio di continuità assistenziale);
- Sviluppo delle cure domiciliari, con la necessaria integrazione tra gli altri servizi, in collaborazione con le Strutture Semplici “Cure Domiciliari”;
- Assicurazione del diritto del cittadino all’accesso ai servizi sanitari (iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, scelta e revoca del medico di base e del pediatra, prenotazione prestazioni specialistiche, accettazione domande di assistenza integrativa);
- Effettuazione di attività di coordinamento nell’assistenza sanitaria all’estero e nell’assistenza ai cittadini non residenti;
- Attuazione della tutela della salute collettiva, in coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione, ai sensi dell’art. 7-bis del Decreto Legislativo n. 502/1992 e s.m.i.;
- Assicurazione della tutela della salute dell’infanzia, della donna e della famiglia, in collaborazione con la Struttura Semplice Dipartimentale “Consultori”, integrate con quelle ospedaliere e con la pediatria di libera scelta anche nell’ambito del Dipartimento Materno-Infantile;
- Sviluppo dell’attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria 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 sociosanitari;
- Valutazione del conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione;
- Sviluppo delle relazioni esterne con Enti ed Istituzioni del territorio;
- Redazione dei P.A.T. (Piano di Assistenza Territoriale) in collaborazione con i Comuni ed i Consorzi Socio-Sanitari, nel rispetto delle indicazioni della Direzione Aziendale.

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

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

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

- Gestione operativa complessiva del Presidio Ospedaliero e implementazione delle indicazioni organizzative definite dalla Direzione Generale, anche attraverso il coordinamento delle Strutture afferenti Presidio;
- Collaborazione con la S.C. DiPSa. 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 ed 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 sociosanitarie erogate) in cui è articolata l’Azienda.

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

## 1.4 VOLUMI - Il Valore Pubblico in numeri

### 1.4.1. - Attività di ricovero

L'attività di produzione ospedaliera viene effettuata nei 5 Ospedali aggregati in 3 Presidi riuniti, per complessivi 746 posti letto in ricovero ordinario e 124 posti letto in ricovero day hospital – day surgery alla data dell'31/12/2024.

PRESIDIO RIUNITO DI CIRIE' – LANZO:

- Ospedale di Cirié (224 posti letto in ricovero ordinario e 22 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). È ospedale capo fila del presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. È sede di DEA di I° livello.
- Ospedale di Lanzo (77 posti letto in ricovero ordinario e 19 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). Ospedale con alcune specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera).

PRESIDIO DI CHIVASSO:

Ospedale di Chivasso (188 posti letto in ricovero ordinario e 30 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. È sede di DEA di I° livello.

PRESIDIO RIUNITO DI IVREA – CUORGNE'

- Ospedale di Ivrea (182 posti letto in ricovero ordinario e 30 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). È ospedale capo fila del presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. È sede di DEA di I° livello.
- Ospedale di Cuorgnè (75 posti letto in ricovero ordinario e 23 posti letto in ricovero day hospital – day surgery). Ospedale con le specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). È presente un Pronto Soccorso.

A confronto la situazione gennaio-settembre 2024 Vs. 2025:

PRESIDIO	31/12/2024		30/09/2024		30/09/2025	
	pl ordinari	pl dh/ds	pl ordinari	pl dh/ds	pl ordinari	pl dh/ds
CHIVASSO	188	30	185	30	205	30
CIRIE'	224	22	224	22	214	22
LANZO	77	19	77	19	43	19
IVREA	182	30	177	30	177	28
CUORGNE'	75	23	72	23	77	13
TOTALE	746	124	735	124	716	112

I dati certificati attualmente disponibili consentono un confronto tra il 2025 e il 2024 per il periodo gennaio-settembre. Sul totale dei nove mesi si registra un decremento sia nel numero di ricoveri (-5,7%) sia in termini di valore (-3,2%).

PRESIDIO OSPEDALIERO	N. casi 2024	Importi 2024	N. casi Gennaio - Settembre 2024	N. casi Gennaio - Settembre 2025	Importi Gennaio - Settembre 2024	Importi Gennaio - Settembre 2025	% Scostamento casi	% Scostamento importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	10.147	34.010.058	7.332	6.734	25.101.659	22.440.531	-8,2%	-10,6%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	598	2.656.537	461	459	2.001.436	2.018.382	-0,4%	0,8%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	8.964	28.217.992	6.588	6.479	21.069.306	21.429.080	-1,7%	1,7%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	3.210	9.440.039	2.414	2.075	7.154.704	6.548.240	-14,0%	-8,5%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	10.707	33.156.841,40	7.804	7.450	24.081.231	24.463.879	-4,5%	1,6%
<b>Totale complessivo</b>	<b>33.626</b>	<b>107.481.468</b>	<b>24.599</b>	<b>23.197</b>	<b>79.408.336</b>	<b>76.900.112</b>	<b>-5,7%</b>	<b>-3,2%</b>

Analizzando il primo semestre, si osserva una flessione del 7,5% nel numero dei casi e una diminuzione del 4,9% nel valore.

Il confronto tra il 2025 e il 2024 nel periodo luglio-settembre registra un decremento del numero di casi pari al 1,8% e un incremento del valore pari al 0,5%. Occorre però considerare che il 2025 non contiene tutti i casi di dh ciclici che saranno ricompresi invece nelle chiusure di fine anno.

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2024	N.casi 2025	Importi 2024	Importi 2025	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento importi	% Scostamento importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	5.018	4.496	16.988.984	14.932.517	-522	-10,4%	-2.056.467	-12,1%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	307	302	1.317.319	1.366.209	-5	-1,6%	48.890	3,7%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	4.515	4.349	14.534.673	14.500.709	-166	-3,7%	-33.964	-0,2%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	1.735	1.482	4.951.302	4.408.011	-253	-14,6%	-543.291	-11,0%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	5.357	5.041	16.498.173	16.448.190	-316	-5,9%	-49.982	-0,3%
<b>Totale complessivo</b>	<b>16.932</b>	<b>15.670</b>	<b>54.290.451</b>	<b>51.655.636</b>	<b>-1.262</b>	<b>-7,5%</b>	<b>-2.634.815</b>	<b>-4,9%</b>

Confronto sui totali primo semestre 2025 vs primo semestre 2024

EROGATORE_STRUTTURA	N.casi 2024	N.casi 2025	Importi 2024	Importi 2025	Scostamento casi	% Scostamento casi	Scostamento importi	% Scostamento importi
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	2.314	2.238	8.112.675	7.508.014	-76	-3,3%	-604.661	-7,5%
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	154	157	684.117	652.173	3	1,9%	-31.944	-4,7%
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	2.073	2.130	6.534.633	6.928.371	57	2,7%	393.738	6,0%
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	679	593	2.203.402	2.140.229	-86	-12,7%	-63.172	-2,9%
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	2.447	2.409	7.583.058	8.015.689	-38	-1,6%	432.631	5,7%
<b>Totale complessivo</b>	<b>7.667</b>	<b>7.527</b>	<b>25.117.885</b>	<b>25.244.476</b>	<b>-140</b>	<b>-1,8%</b>	<b>126.591</b>	<b>0,5%</b>

Confronto sui totali luglio - settembre 2025 vs luglio - settembre 2024

### Emergenza

Nell'ambito dei Presidi Ospedalieri, gli accessi al DEA hanno registrato un incremento del 1,2% nei primi 9 mesi del 2025 rispetto ai primi 9 mesi del 2024:

<b>Accessi DEA/PS</b>	<b>DEA Chivasso</b>	<b>DEA Ciriè</b>	<b>PS Lanzo</b>	<b>DEA Ivrea</b>	<b>PS Cuorgnè</b>	<b>TOTALE</b>
<b>2024</b>	47.116	49.879	0	33.896	16.231	147.122
<b>2024 (al 30.09)</b>	35.358	37.564	0	25.392	12.401	110.715
<b>2025 (al 30.09)</b>	36.544	38.071	0	25.507	11.879	112.001

**Tabella** Accessi DEA/PS Presidi ospedalieri dell'ASL TO 4 (anni 2024-2025)

#### **1.4.2 - 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 2025 rispetto al dato del 2024 del 2% in termini di quantità.

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

<b>Anno</b>	<b>Luogo</b>	<b>Casi</b>	<b>Importo</b>
	OSPEDALE	5.250.345	51.843.638
2024	TERRITORIO	682.038	15.388.610
	<b>totale</b>	<b>5.932.383</b>	<b>67.232.249</b>
2024 (al 30.09)	OSPEDALE	3.899.665	38.214.565
2024 (al 30.09)	TERRITORIO	510.777	11.375.176
	<b>totale</b>	<b>4.410.442</b>	<b>49.589.741</b>
2025 (al 30.09)	OSPEDALE	4.004.984	40.898.882
2025 (al 30.09)	TERRITORIO	499.571	11.064.826
	<b>totale</b>	<b>4.504.555</b>	<b>51.963.709</b>

**Tabella** Attività ambulatoriale suddivisa per produzione ospedaliera e territoriale per gli anni 2024-2025

Il dettaglio delle prestazioni ambulatoriali per esterni suddiviso per disciplina:

EROGATORE_DISCIPLINA	N.prestazioni 2024	Importi 2024	N.prestazioni gennaio-settembre 2024	N.prestazioni gennaio-settembre 2025	% Scost. Qta	Importi gennaio-settembre 2024	Importi gennaio-settembre 2025	% Scost. Importi
01 - ALLERGOLOGIA	15.021	223.420	10.966	10.393	-5,2%	162.614,60	194.243,10	19,4%
03 - ANATOMIA E ISTOLOGIA PATHOLOGICA	18.219	656.741	13.511	16.008	18,5%	487.275,40	712.947,12	46,3%
05 - ANGIOLOGIA	1.493	65.543	1.086	1.310	20,6%	47.675,40	58.844,10	23,4%
08 - CARDIOLOGIA	52.844	1.772.306	37.918	37.946	0,1%	1.250.643,50	1.199.860,90	-4,1%
09 - CHIRURGIA GENERALE (COMPRESA CHIRURGIA DURGENZA)	15.100	289.430	11.235	11.211	-0,2%	216.790,62	576.339,98	165,9%
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	508	18.169	355	409	15,2%	12.567,10	16.150,40	28,5%
18 - EMATOLOGIA, IMMUNOEMATOLOGIA	39.424	727.552	28.419	28.679	0,9%	534.289,20	611.435,70	14,4%
19 - MAL. ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E NUTRIZIONE	167.908	2.037.543	121.082	116.025	-4,2%	1.479.196,10	1.477.115,20	-0,1%
21 - GERIATRIA	3.198	55.579	2.318	2.695	16,3%	40.004,00	53.532,25	33,8%
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	19	393	17	10	-41,2%	351,90	250,00	-29,0%
26 - MEDICINA GENERALE	9.170	194.825	6.729	7.749	15,2%	145.675,80	145.149,35	-0,4%
29 - NEFROLOGIA	259.382	11.985.990	194.044	193.438	-0,3%	8.944.873,50	8.130.790,55	-9,1%
32 - NEUROLOGIA	14.924	401.731	10.983	12.592	14,6%	294.183,60	403.529,10	37,2%
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	39.601	964.684	28.394	30.329	6,8%	702.812,20	748.937,75	6,6%
34 - OCULISTICA	22.749	2.474.226	16.199	15.947	-1,6%	1.796.166,50	1.632.522,85	-9,1%
35 - ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	7.697	219.509	5.757	4.997	-13,2%	163.225,60	155.135,45	-5,0%
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	40.221	812.045	28.740	30.878	7,4%	594.031,50	913.228,20	53,7%
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	59.825	885.182	45.585	43.256	-5,1%	660.962,10	621.846,55	-5,9%
38 - OTORINOLARINGOLOGIA, AUDIOLOGIA	39.381	601.350	28.807	27.857	-3,3%	439.663,60	480.823,95	9,4%
39 - PEDIATRIA	5.660	105.602	4.296	3.911	-9,0%	78.164,70	82.237,50	5,2%
40 - PSICHIATRIA	75.087	1.382.696	56.473	56.357	-0,2%	1.041.946,25	1.147.812,65	10,2%
43 - UROLOGIA	17.360	435.599	12.042	13.678	13,6%	302.443,90	370.753,30	22,6%
49 - TERAPIA INTENSIVA, ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1	22	1		-100,0%	22,00		-100,0%
50 - UNITA CORONARICA, UNITA INTENSIVA CARDIOLOGICA	1	19	1		-100,0%	19,40		-100,0%
52 - DERMATOLOGIA, DERMOSIFILOPATIA	3.343	59.366	2.433	2.558	5,1%	43.305,70	52.039,10	20,2%
56 - RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	230.423	5.163.561	171.471	162.069	-5,5%	3.717.073,50	3.708.903,00	-0,2%
58 - GASTROENTEROLOGIA	15.156	800.567	11.171	11.594	3,8%	588.908,20	559.118,00	-5,1%
60 - LUNGODEGENTI	1	19		5			125,00	
61 - MEDICINA NUCLEARE	9.167	651.291	6.695	6.240	-6,8%	541.539,40	565.029,45	4,3%
64 - ONCOLOGIA (COMPRESA ONCOLOGIA MEDICA E GENERALE)	38.658	1.533.975	27.803	27.496	-1,1%	1.124.875,10	1.257.988,00	11,8%
68 - PNEUMOLOGIA, TISIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	22.403	554.823	16.571	17.556	5,9%	409.795,80	462.391,25	12,8%
69 - RADILOGIA	191.505	11.165.006	140.620	143.918	2,3%	8.085.211,30	9.117.280,25	12,8%
70 - RADIOTERAPIA (COMPRESA RADIOTERAPIA ONCOLOGICA)	31.941	3.290.128	24.038	19.673	-18,2%	2.492.197,80	3.568.338,95	43,2%
80 - CHIRURGIA SPECIALE	12	47	12	9	-25,0%	46,60	24,20	-48,1%
82 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE	7.634	165.131	5.617	6.474	15,3%	119.271,20	175.000,30	46,7%
91 - PSICOLOGIA	8.591	155.344	5.852	5.288	-9,6%	106.517,50	113.309,70	6,4%
98 - LABORATORIO ANALISI	4.468.756	17.382.834	3.333.201	3.436.000	3,1%	12.965.400,70	12.650.675,70	-2,4%
<b>Totale complessivo</b>	<b>5.932.383</b>	<b>67.232.249</b>	<b>4.410.442</b>	<b>4.504.555</b>	<b>2,1%</b>	<b>49.589.741</b>	<b>51.963.709</b>	<b>4,8%</b>

#### 1.4.3 - Confronto dati di attività degli esercizi 2024 e 2025

Nelle tabelle che seguono sono presentati i dati degli anni 2024-2025 nella rendicontazione più esaustiva dei flussi informativi regionali.

##### Dati di produzione

PRODUZIONE ASL TO4	Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
Tipologia	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket	Imp. Lordo
SDO (ro, dh, one ds) - ns ospedali	30.390	97.288.924,52	2.572	8.087.496,70	555	1.771.152,70	113	314.055,00	23	61.709,00	33.653	107.523.337,92	0,00	107.523.337,92
SDO (ricoveri) - SAAPA	601	4.571.086,25	671	5.169.157,90	11	83.871,20	0	0,00	2	19.264,50	1.285	9.843.379,85	0,00	9.843.379,85
B (medicina di base)	0	0,00	12.900	141.900,00	10.773	118.503,00	8.544	93.984,00	0	0,00	32.217	354.387,00	0,00	354.387,00
C (specialistica ambulat.)	5.707.981	53.925.287,46	158.496	2.351.897,96	39.358	410.932,72	2.036	24.171,00	1.415	22.446,10	5.909.286	56.734.735,24	10.497.498,75	67.232.233,99
C2 (DEA e PS) non seguiti	1.173.190	9.049.856,85	79.368	647.239,05	26.165	208.497,20	754	5.375,50	0	0,00	1.279.477	9.910.968,60	58.200,00	9.969.168,60
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	308.828	2.439.670,26	58.455	442.675,57	0	0,00	0	0,00	367.283	2.882.345,83	299.313,14	3.181.658,97
F (diretta) n. ricette:	223.022	66.305.916,46	3.129	1.814.737,86	1.071	315.564,36	766	105.746,25	33	5.600,05	228.021	68.547.564,98	40.336,03	68.587.901,01
F (DPC) n. ricette	383.156	27.781.259,60	17.317	1.088.387,02	3.200	182.422,19	3	164,71	0	0,00	403.676	29.052.233,52	0,00	29.052.233,52
Total SDO	30.991	101.860.010,77	3.243	13.256.654,60	566	1.855.023,90	113	314.055,00	25	80.973,50	34.938	117.366.717,77	0,00	117.366.717,77
Total Prestazioni	7.487.349	157.062.320,37	580.038	8.483.832,15	139.022	1.678.595,04	12.103	229.441,46	1.448	28.046,15	8.219.960	167.482.235,17	10.895.347,92	178.377.583,09
<b>Total generale</b>	<b>7.518.340</b>	<b>258.922.331,14</b>	<b>583.281</b>	<b>21.740.486,75</b>	<b>139.588</b>	<b>3.533.618,94</b>	<b>12.216</b>	<b>543.496,46</b>	<b>1.473</b>	<b>109.019,65</b>	<b>8.254.898</b>	<b>284.848.952,94</b>	<b>10.895.347,92</b>	<b>295.744.300,86</b>
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)												0,00	
<b>F (DPC)</b>	<b>Costo del servizio</b>												<b>4.182.689,55</b>	

**Tabella** Produzione ASL TO4 da flussi informativi (anno 2024)

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

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

PRODUZIONE ASL TO4		Residenti		Piemonte		Italia		Stranieri		STP		TOTALI NETTI		TOTALI LORDI	
Tipologia	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Ticket	Imp. Lordo	
SDO (ro, dh, one ds) - ns ospedali	20.666	69.107.797,32	1.728	5.097.665,50	416	1.224.195,30	56	187.840,00	16	51.264,00	22.882	75.668.762,12	0,00	75.668.762,12	
SDO (ricoveri) - SAAPA	394	3.049.576,22	404	3.306.254,06	16	128.696,56	2	20.817,30	0	0,00	816	6.505.344,14	0,00	6.505.344,14	
B (medicina di base)	0	0,00	10.439	114.829,00	9.367	103.037,00	5.593	61.523,00	0	0,00	25.399	279.389,00	0,00	279.389,00	
C (specialistica ambulat.)	4.345.405	41.453.590,20	112.325	1.638.885,75	26.626	402.329,19	1.484	23.425,91	798	9.016,50	4.486.638	43.527.247,55	8.241.565,15	51.768.812,70	
C2 (DEA e PS) non seguiti	844.798	7.475.354,83	61.245	566.988,60	20.085	184.677,65	557	5.469,95	22	396,05	926.707	8.232.887,08	48.225,00	8.281.112,08	
D (assist. farmaceutica)	0	0,00	236.401	1.931.708,22	44.649	356.495,12	0	0,00	0	0,00	281.050	2.288.203,34	220.034,70	2.508.238,04	
F (diretta) n. ricette:	188.662	54.383.541,15	4.337	1.632.086,60	1.256	432.676,39	5.590	528.755,39	13	2.650,52	199.858	56.979.710,05	37.709,92	57.017.419,97	
F (DPC) n. ricette	295.222	20.561.705,92	14.448	856.458,79	2.722	155.960,21	6	373,65	0	0,00	312.398	21.574.498,57	0,00	21.574.498,57	
Totale SDO	21.060	72.157.373,54	2.132	8.403.919,56	432	1.352.891,86	58	208.657,30	16	51.264,00	23.698	82.174.106,26	0,00	82.174.106,26	
Totale Prestazioni	5.674.087	123.874.192,10	439.195	6.740.956,96	104.705	1.635.175,56	13.230	619.547,90	833	12.063,07	6.232.050	132.881.935,59	8.547.534,77	141.429.470,36	
<b>Totale generale</b>	<b>5.695.147</b>	<b>196.031.565,64</b>	<b>441.327</b>	<b>15.144.876,52</b>	<b>105.137</b>	<b>2.988.067,42</b>	<b>13.288</b>	<b>828.205,20</b>	<b>849</b>	<b>63.327,07</b>	<b>6.255.748</b>	<b>215.056.041,85</b>	<b>8.547.534,77</b>	<b>223.603.576,62</b>	
C (specialistica ambulat.)	Quota aggiuntiva (compresa nel Ticket)													0,00	
<b>F (DPC)</b>	<b>Costo del servizio</b>													<b>3.146.474,35</b>	

**Tabella** Produzione ASL TO4 da flussi informativi (anno 2025 gennaio-settembre)

Le prestazioni ambulatoriali per esterni del periodo 2025 consuntivato sono superiori nel totale a quelle pari periodo 2024 del 2% in quantità e al 4% in valore. Con riguardo alla residenza dell'assistito lo scostamento è di +2% in quantità e +4% in valore, mentre per i residenti fuori Asl lo scostamento è -4,5% Regione Piemonte, -9,4% extraregione Piemonte.

Le prestazioni del pronto soccorso sono diminuite del 3%, al netto di un incremento dell'1% dei passaggi.

Nel 2025 il valore della DPC mostra un incremento del 14% rispetto allo stesso periodo del 2024.

Dati di acquisto

ACQUISTI ASL TO4		da altre ASL		da ASO		da altri PRESIDI		da altri Ist. Privati		TOTALI NETTI	
Tipologia		Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO (ricoveri ord, dh, one ds)		7.417	30.702.004,18	13.335	52.226.590,57	3.450	13.812.200,89	4.461	24.410.694,71	28.663	121.151.490,35
Day Surgery tipo C										0	0,00
B (medicina di base)		23.662	260.282,00							23.662	260.282,00
C (specialistica ambulat.)		361.455	6.945.159,83	771.515	17.834.630,75	186.906	6.902.046,24	550.206	11.488.396,91	1.870.082	43.170.233,73
C2 (DEA e PS) non seguiti		232.155	2.516.672,10	101.606	1.080.103,85	38.181	372.340,60			371.942	3.969.116,55
D (assist. farmaceutica)		213.435	1.745.891,91							213.435	1.745.891,91
E (assist. termale)								2.414	40.713,19	2.414	40.713,19
F (diretta + DPC) n. ricette:		28.643	11.514.624,75	28.475	23.558.972,68	11.271	4.920.155,25			68.389	39.993.752,68
G (ambulanza/elisoccorso)										0	0,00
Totale SDO + Day Surg. C		7.417	30.702.004,18	13.335	52.226.590,57	3.450	13.812.200,89	4.461	24.410.694,71	28.663	121.151.490,35
Totale Prestazioni		859.350	22.982.630,59	901.596	42.473.707,28	236.358	12.194.542,09	552.620	11.529.110,10	2.549.924	89.179.990,06
<b>Totale SDO + Prest. da altri</b>	<b>866.767</b>	<b>53.684.634,77</b>	<b>914.931</b>	<b>94.700.297,85</b>	<b>239.808</b>	<b>26.006.742,98</b>	<b>557.081</b>	<b>35.939.804,81</b>	<b>2.578.587</b>	<b>210.331.480,41</b>	
<b>TOTALE ACQUISTI ASL TO4</b>						<b>da ns. PRESIDI</b>		<b>da ns. Ist. Privati</b>		<b>TOTALI NETTI</b>	
Tipologia						Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO per ns. residenti						1.144	6.127.139,23	2.168	11.279.010,15	3.312	17.406.149,38
Prestazioni per ns. residenti						18.962	307.607,05	260.302	5.258.000,21	279.264	5.565.607,26
Totale SDO (da altri + nostri)		7.417	30.702.004,18	13.335	52.226.590,57	4.594	19.939.340,12	6.629	35.689.704,86	31.975	138.557.639,73
Totale Prestaz. (da altri + nostri)		859.350	22.982.630,59	901.596	42.473.707,28	255.320	12.502.149,14	812.922	16.787.110,31	2.829.188	94.745.597,32
<b>Totale generale (da altri + nostri)</b>	<b>866.767</b>	<b>53.684.634,77</b>	<b>914.931</b>	<b>94.700.297,85</b>	<b>259.914</b>	<b>32.441.489,26</b>	<b>819.551</b>	<b>52.476.815,17</b>	<b>2.861.163</b>	<b>233.303.237,05</b>	

Tabella Acquisti ASL TO4 da flussi informativi (anno 2024)

ACQUISTI ASL TO4		da altre ASL		da ASO		da altri PRESIDI		da altri Ist. Privati		TOTALI NETTI	
Tipologia		Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO (ricoveri ord, dh, one ds)		5.011	20.589.552,32	9.596	38.549.883,19	2.545	10.333.845,60	3.363	18.520.363,00	20.515	87.993.644,11
Day Surgery tipo C										0	0,00
B (medicina di base)		15.535	170.885,00							15.535	170.885,00
C (specialistica ambulat.)		266.140	5.181.267,98	571.723	12.900.160,47	150.429	5.169.180,24	412.365	8.676.811,85	1.400.657	31.927.420,54
C2 (DEA e PS) non seguiti		158.474	1.718.337,70	76.662	806.802,35	27.533	268.983,80			262.669	2.794.123,85
D (assist. farmaceutica)		127.060	1.023.563,21							127.060	1.023.563,21
E (assist. termale)								1.478	23.754,19	1.478	23.754,19
F (diretta + DPC) n. ricette:		19.212	8.265.726,21	21.008	17.164.294,70	8.529	3.618.624,74			48.749	29.048.645,65
G (ambulanza/elisoccorso)										0	0,00
Totale SDO + Day Surg. C		5.011	20.589.552,32	9.596	38.549.883,19	2.545	10.333.845,60	3.363	18.520.363,00	20.515	87.993.644,11
Totale Prestazioni		586.421	16.359.780,10	669.393	30.871.257,52	186.491	9.056.788,78	413.843	8.700.566,04	1.856.148	64.988.392,44
<b>Totale SDO + Prest. da altri</b>	<b>591.432</b>	<b>36.949.332,42</b>	<b>678.989</b>	<b>69.421.140,71</b>	<b>189.036</b>	<b>19.390.634,38</b>	<b>417.206</b>	<b>27.220.929,04</b>	<b>1.876.663</b>	<b>152.982.036,55</b>	
<b>TOTALE ACQUISTI ASL TO4</b>						<b>da ns. PRESIDI</b>		<b>da ns. Ist. Privati</b>		<b>TOTALI NETTI</b>	
Tipologia						Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO per ns. residenti						810	4.527.070,83	1.675	8.678.547,04	2.485	13.205.617,87
Prestazioni per ns. residenti						14.885	251.702,35	196.581	3.912.451,26	211.466	4.164.153,61
Totale SDO (da altri + nostri)		5.011	20.589.552,32	9.596	38.549.883,19	3.355	14.860.916,43	5.038	27.198.910,04	23.000	101.199.261,98
Totale Prestaz. (da altri + nostri)		586.421	16.359.780,10	669.393	30.871.257,52	201.376	9.308.491,13	610.424	12.613.017,30	2.067.614	69.152.546,05
<b>Totale generale (da altri + nostri)</b>	<b>591.432</b>	<b>36.949.332,42</b>	<b>678.989</b>	<b>69.421.140,71</b>	<b>204.731</b>	<b>24.169.407,56</b>	<b>615.462</b>	<b>39.811.927,34</b>	<b>2.090.614</b>	<b>170.351.808,03</b>	

Tabella Acquisti ASL TO4 da flussi informativi (anno 2024 gennaio-settembre)

ACQUISTI ASL TO4	da altre ASL		da ASO		da altri PRESIDI		da altri Ist. Privati		TOTALI NETTI	
Tipologia	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO (ricoveri ord, dh, one ds)	5.388	22.434.459,34	9.661	40.427.378,30	2.369	9.151.584,34	3.216	17.583.676,50	20.634	89.597.098,48
Day Surgery tipo C									0	0,00
B (medicina di base)	17.468	192.148,00							17.468	192.148,00
C (specialistica ambulat.)	248.601	4.767.579,87	533.606	13.817.455,83	154.963	5.055.995,33	437.918	8.920.293,31	1.375.088	32.561.324,34
C2 (DEA e PS) non seguiti	158.696	2.079.380,15	68.800	766.131,21	25.791	278.020,55			253.287	3.123.531,91
D (assist. farmaceutica)	190.199	1.615.436,53							190.199	1.615.436,53
E (assist. termale)							1.378	21.197,58	1.378	21.197,58
F (diretta + DPC) n. ricette:	25.550	8.801.415,00	20.465	17.514.057,34	9.238	4.223.112,00			55.253	30.538.584,34
G (ambulanza/elisoccorso)									0	0,00
Totale SDO + Day Surg. C	5.388	22.434.459,34	9.661	40.427.378,30	2.369	9.151.584,34	3.216	17.583.676,50	20.634	89.597.098,48
Totale Prestazioni	640.514	17.455.959,55	622.871	32.097.644,38	189.992	9.557.127,88	439.296	8.941.490,89	1.892.673	68.052.222,70
<b>Totale SDO + Prest. da altri</b>	<b>645.902</b>	<b>39.890.418,89</b>	<b>632.532</b>	<b>72.525.022,68</b>	<b>192.361</b>	<b>18.708.712,22</b>	<b>442.512</b>	<b>26.525.167,39</b>	<b>1.913.307</b>	<b>157.649.321,18</b>
<b>TOTALE ACQUISTI ASL TO4</b>										
Tipologia					Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto	Quant.	Imp. Netto
SDO per ns. residenti					801	4.780.068,68	1.209	6.322.188,45	2.010	11.102.257,13
Prestazioni per ns. residenti					12.135	216.772,05	194.346	3.431.139,17	206.481	3.647.911,22
Totale SDO (da altri + nostri)	5.388	22.434.459,34	9.661	40.427.378,30	3.170	13.931.653,02	4.425	23.905.864,95	22.644	100.699.355,61
Totale Prestaz. (da altri + nostri)	640.514	17.455.959,55	622.871	32.097.644,38	202.127	9.773.899,93	633.642	12.372.630,06	2.099.154	71.700.133,92
<b>Totale generale (da altri + nostri)</b>	<b>645.902</b>	<b>39.890.418,89</b>	<b>632.532</b>	<b>72.525.022,68</b>	<b>205.297</b>	<b>23.705.552,95</b>	<b>638.067</b>	<b>36.278.495,01</b>	<b>2.121.798</b>	<b>172.399.489,53</b>

**Tabella** Acquisti ASL TO4 da flussi informativi (anno 2025 gennaio-settembre)

I dati di mobilità passiva evidenziano un calo percentuale dei flussi SDO, con una diminuzione del 1,5% in quantità e di 0,5% in termini di valore. Analizzando i dati per tipologia di erogatore, la riduzione risulta più marcata per gli istituti privati accreditati (-13,6% in quantità e -11,7% in valore).

La mobilità passiva delle prestazioni ambulatoriali per esterni registra una riduzione del 1,8% nel numero di prestazioni e del 1,9% in valore.

## SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Nella presente sezione, l'Azienda definisce la propria strategia di creazione di **Valore Pubblico (VP)**, inteso come il benessere multidimensionale generato a favore della comunità e degli stakeholder. Coerentemente con le Linee Guida 2025, la programmazione integra in un unico disegno strategico gli obiettivi di performance, la gestione dei rischi corruttivi e le leve di semplificazione e digitalizzazione, assicurando la piena sostenibilità finanziaria delle azioni previste.

### 2.1 VALORE PUBBLICO

La missione istituzionale dell'ASL TO4 è la generazione di Valore Pubblico, inteso come l'incremento del benessere e della salute della popolazione di riferimento attraverso un utilizzo razionale delle risorse e la valorizzazione del patrimonio aziendale.

In linea con le **Linee Guida PIAO 2025**, l'Azienda adotta un approccio integrato dove il successo dell'azione pubblica dipende dalla capacità di coordinare tre condizioni (Modello di Moore):

1. **Risultati di salute (Desiderabilità sociale):** Produrre risultati oggettivamente validi per i cittadini, garantendo prestazioni efficaci e accessibili nel momento del bisogno.
2. **Sostenibilità della "Macchina Interna":** Gestire l'organizzazione in modo economico ed efficiente, assicurando che le risorse siano adeguate agli obiettivi istituzionali.
3. **Legittimità e Consenso:** Attrarre il sostegno degli attori rilevanti, raccordando le attività sociosanitarie con le indicazioni regionali e i bisogni degli Enti Locali.

Il Valore Pubblico dell'ASL TO4 si fonda sulla centralità del cittadino-utente e sulla continuità dei percorsi diagnostico-assistenziali, nel rispetto dei seguenti principi guida:

- **Dignità e Equità:** Rispetto della persona e libertà di scelta nell'accesso ai servizi, garantendo i LEA Nazionali e Regionali.
- **Qualità e Appropriatezza:** Efficacia delle prestazioni di prevenzione e cura nel rispetto dei codici di priorità.
- **Efficienza e Trasparenza:** Semplificazione dell'azione amministrativa e formazione continua del personale come leva di crescita.

In conformità alle Linee Guida 2025, la digitalizzazione non è solo un supporto tecnico, ma una strategia per migliorare l'accessibilità e la trasparenza, eliminando le barriere fisiche e temporali.

**A. Accessibilità Digitale e Servizi Online** L'Azienda ha recepito le direttive regionali per assicurare la fruibilità dei servizi senza discriminazioni. Gli strumenti messi a disposizione per generare valore sono:

- **Sistema di Prenotazione Integrato:** Accesso tramite CUP regionale, farmacie del territorio e sportelli fisici (laddove il digitale non sia possibile) per visite, esami, centri prelievo e ritiro contenitori.
- **Dematerializzazione e Trasparenza:** Ritiro referti online, scelta/revoca del medico di base/pediatra e gestione della ricetta dematerializzata (Progetto SIRPED).
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):** Consultazione di referti di laboratorio, radiologia, prescrizioni e vaccinazioni.

**B. Il "Punto Assistito": Umanizzazione e Contrasto al Digital Divide** Per garantire che il valore pubblico sia inclusivo, l'ASL TO4 ha istituito i "Punti Assistito" presso le sedi di Distretto. Si tratta di sportelli fisici dove operatori abilitati svolgono funzioni delegate per i cittadini che non possono usare il digitale autonomamente:

- Gestione consensi e deleghe per il FSE (anche per minori o soggetti sotto tutela).
- Recupero del pregresso e funzione di oscuramento/de-oscuramento documenti.
- Aggiornamento dei recapiti di contatto e preferenze di notifica.

Un'amministrazione "sana" internamente produce più valore all'esterno. L'informatizzazione dei processi è la misura cardine di questa "salute":

- **Tracciabilità e Sicurezza:** L'adozione della firma digitale e della conservazione sostitutiva (ex art. 44 CAD) garantisce l'integrità e la reperibilità dei documenti, fungendo da barriera contro la corruzione.
- **Efficienza Gestionale:** L'uso di sistemi come "Iris Web" per la gestione del personale (ferie, permessi, valutazioni di performance) e la fatturazione elettronica ottimizzano la "macchina interna", liberando risorse per i servizi diretti al cittadino.
- **Semplificazione Operativa:** Agende digitali per le liste d'attesa e pagamenti tramite "Punti Rossi" riducono le inefficienze e migliorano la soddisfazione dell'utente finale.

Il PIAO si pone come strumento per confermare il modello ordinario di gestione e, contemporaneamente, implementare innovazioni organizzative. Ogni obiettivo assegnato alle strutture aziendali è finalizzato a:

- **Razionalizzare le strutture** sanitarie e amministrative.
- **Valorizzare le professionalità** interne nel rispetto dei contratti.
- **Garantire la sostenibilità:** Assicurare che gli obiettivi siano sempre realizzabili e coerenti con le risorse finanziarie disponibili, evitando contenuti irrealizzabili.



### 2.1.1 - Azioni di efficientamento

#### Programmazione 2026

La programmazione aziendale per l'anno 2026 muove dagli indirizzi regionali di cui alla DGR 26-801/2025 che ha imposto alle Aziende Sanitarie un piano di riorganizzazione in risposta a un disequilibrio economico strutturale del Sistema Sanitario Regionale (SSR). Il deficit di sistema, già evidente nel bilancio 2024, richiede interventi su più fronti per garantire la sostenibilità economica senza compromettere la qualità dei servizi. In risposta alla sollecitazione regionale, l'ASL TO4 ha provveduto con Delibera del Direttore Generale nr. 279 del 31/03/2025 ad adottare il proprio programma operativo per il triennio 2025-2027. Nello specifico nel corso del 2026 il focus gestionale è improntato a:

#### 1. Razionalizzazione dei fattori produttivi

L'ASL nel corso del corrente esercizio ha istituito un Nucleo Operativo Aziendale interdisciplinare incaricato di analizzare criticamente l'impiego dei fattori produttivi (farmaci, dispositivi medici, servizi, trasporti) e proporre azioni concrete di ottimizzazione ed efficientamento. Lo scopo principale è quello di ottimizzare l'uso delle

risorse disponibili in un contesto in cui i prezzi dei beni e servizi sono stabiliti da centrali di committenza come Consip o SCR e risentono delle dinamiche inflattive.

In particolare, si sta intervenendo su:

- Efficientamento dotazioni organiche attraverso analisi specifiche per singole strutture con riferimento anche a standard nazionali e copertura delle stesse con personale dipendente eliminando o, laddove non possibile, riducendo il più possibile il ricorso alle esternalizzazioni;
- Razionalizzazione dei dispositivi medici, tendendo alla standardizzazione e sostituzione progressiva di tecnologie obsolete;
- Efficientamento energetico anche grazie a partenariati tecnici;
- Ammodernamento tecnologico, attraverso un piano triennale che prevede la sostituzione di attrezzature fuori supporto o non più rispondenti agli standard di sicurezza di cui al DL 81/2008 (circa il 50% delle attrezzature elettromedicali attualmente in uso ha data collaudo antecedente al 31/12/2021), e l'adozione della cartella clinica elettronica integrata, a favore di una maggiore efficienza clinica e gestionale.

## **2. Revisione e ottimizzazione dei processi produttivi**

Il secondo asse strategico riguarda la riorganizzazione dei processi sanitari per migliorarne efficacia ed efficienza. Alcuni progetti chiave includono:

- Percorsi operatori e sale operatorie: verrà introdotto il modello Lean Healthcare per ottimizzare i flussi di attività, partendo dal presidio di Chivasso;
- Pronto Soccorso: avviata fin dai primi mesi dell'anno 2025 una riorganizzazione profonda dei percorsi di accesso e presa in carico, migliorando la destinazione dei pazienti tra reparti interni ed esterni;
- Gestione della cronicità: avviata la standardizzazione dei percorsi per patologie croniche ad alta prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, respiratorie) attraverso un progetto pilota attinente il percorso diabete nel distretto di Settimo, con presa in carico attiva tramite le COT;
- Appropriatezza prescrittiva: è in fase di ideazione un sistema di monitoraggio tramite analisi delle ricette elettroniche, anche con l'uso dell'Intelligenza Artificiale, per ridurre prescrizioni inappropriate e migliorare il controllo dei costi.

Si tratta in generale di progetti volti non solo ad aumentare l'efficienza interna, ma anche migliorare la qualità percepita del servizio.

## **3. Programmazione e controllo organizzativo**

Un'altra leva fondamentale è il rafforzamento dei sistemi di controllo, tramite la valorizzazione della funzione di pianificazione e controllo. L'ASL TO4 intende integrare nei processi decisionali l'analisi dei costi e della performance organizzativa, anche in relazione al rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nonostante i risultati globalmente positivi nel 2024, alcune criticità rimangono: scarsa adesione agli screening oncologici, lunghi tempi d'attesa per visite specialistiche, inappropriatezza prescrittiva e tassi elevati di ospedalizzazioni. Per correggere questi punti deboli, sono stati attivati tavoli tecnici tematici e strumenti digitali di gestione delle agende, oltre alla condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici (PSDTA) tra ospedale e territorio.

## **4. Revisione della rete di erogazione**

Pur riconoscendo che le decisioni strutturali spettano alla Regione, l'ASL TO4 propone azioni migliorative interne per rendere la rete di offerta più efficiente:

- Analisi dell'equilibrio tra domanda e offerta nelle agende ambulatoriali;
- Programmazione dell'organizzazione delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, evitando ridondanze erogative;
- Riorganizzazione delle sedute chirurgiche, assegnando le casistiche più semplici a presidi di base;
- Distribuzione dei posti letto più coerente con i tassi di occupazione e il principio di prossimità.

Un modello a rete, con equipe integrate tra presidi, garantirà l'uniformità dell'accesso alle prestazioni indipendentemente dalla zona di residenza.

Tale programma operativo, che costituirà la base delle decisioni che saranno assunte nel corso del prossimo esercizio 2026, muove da profondo cambiamento del contesto in cui l'azienda opera sin dal termine dell'attività emergenziale.

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

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

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

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

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

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

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

In tal senso a partire dal mese di gennaio 2026 saranno nuovamente operative le sale operatorie del presidio di Lanzo, dedicate alla chirurgia ambulatoriale (CAC), ivi compresi gli interventi di cataratta, e alla terapia antalgica in radiofrequenza.

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

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

Il modello di performance adottato dall'ASL TO4 evidenzia il nesso causale tra il contesto operativo di riferimento, caratterizzato da vincoli finanziari, complessità territoriale e progressivo invecchiamento della popolazione, le azioni organizzative e gestionali attuate nel corso dell'esercizio e i risultati conseguiti in termini di efficienza, appropriatezza e qualità dei servizi.

## Obiettivi strategici, azioni e indicatori

Area strategica di performance	Obiettivo strategico 2026	Azioni operative (Programmazione 2026)	Indicatori di performance	Risultati attesi / Valore pubblico
Sostenibilità economica	Migliorare la sostenibilità economico-finanziaria attraverso l'uso efficiente dei fattori produttivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi dotazioni organiche anche sulla base di standard nazionali di riferimento</li> <li>• Eliminazione o, laddove non possibile, riduzione del ricorso alle esternalizzazioni</li> <li>• Standardizzazione dispositivi medici</li> <li>• Efficientamento energetico</li> <li>• Piano triennale di ammodernamento tecnologico e riduzione attrezzature obsolete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione spesa beni e servizi (% su anno precedente)</li> <li>• Riduzione esternalizzazioni di personale</li> <li>• % dispositivi standardizzati</li> <li>• Riduzione consumi energetici</li> <li>• % attrezzature fuori supporto sostituite</li> </ul>	Contenimento del disavanzo strutturale senza riduzione dei livelli assistenziali, maggiore affidabilità e sicurezza delle dotazioni tecnologiche
Efficienza produttiva ospedaliera	Incrementare l'efficienza dei processi clinico-produttivi ospedalieri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Applicazione modelli Lean Healthcare nei blocchi operatori</li> <li>• Riorganizzazione percorsi chirurgici per setting assistenziale</li> <li>• Utilizzo presidi a bassa intensità per chirurgia ambulatoriale (Lanzo, Cuorgnè)</li> <li>• Riduzione degenze inappropriate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di utilizzo sale operatorie</li> <li>• Degenza media per DRG selezionati</li> <li>• Numero interventi CAC</li> <li>• Tasso occupazione posti letto</li> </ul>	Migliore utilizzo delle risorse ospedaliere, incremento produttività, riduzione sprechi e maggiore tempestività delle cure
Appropriatezza clinica e prescrittiva	Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e della spesa farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Audit prescrittivi su visite, esami e farmaci</li> <li>• Monitoraggio RAO e PSDTA</li> <li>• Stewardship antibiotica</li> <li>• Promozione utilizzo biosimilari e farmaci cost-saving</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione prestazioni inappropriate</li> <li>• Riduzione spesa farmaceutica pro-capite</li> <li>• % utilizzo biosimilari</li> <li>• Numero audit clinici effettuati</li> </ul>	Migliore qualità clinica, riduzione consumi non necessari, maggiore equità e sostenibilità del sistema
Integrazione ospedale-territorio	Rafforzare la presa in carico della cronicità e della fragilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attivazione e pieno funzionamento COT e Case della Comunità</li> <li>• Incremento assistenza domiciliare (ADI ≥10% over 65)</li> <li>• Dimissioni protette e riduzione ricoveri sociali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % over 65 presi in carico in ADI</li> <li>• Tasso di riammissioni entro 30 giorni</li> <li>• Numero dimissioni protette</li> <li>• Riduzione degenze per cause sociali</li> </ul>	Continuità assistenziale, riduzione ospedalizzazioni evitabili, maggiore prossimità delle cure

Area strategica di performance	Obiettivo strategico 2026	Azioni operative (Programmazione 2026)	Indicatori di performance	Risultati attesi / Valore pubblico
Accessibilità e governo della domanda	Migliorare l'accesso appropriato ai servizi e ridurre le liste di attesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi della domanda tramite strumenti di AI</li> <li>Rimodulazione agende CUP</li> <li>Teleconsulto MMG-specialista</li> <li>Percorsi per urgenze minori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tempi medi di attesa PNGLA</li> <li>% accessi PS per codici bianchi</li> <li>Tasso di no-show ambulatoriale</li> <li>Numero televisite/teleconsulti</li> </ul>	Migliore esperienza del cittadino, riduzione accessi impropri e utilizzo più equo delle risorse
Digitalizzazione e supporto alle decisioni	Rafforzare i sistemi informativi e la digitalizzazione dei processi clinici	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementazione gestionale MEUI</li> <li>Introduzione cartella clinica digitale</li> <li>Prescrizione farmacologica al letto del paziente</li> <li>Migrazione al cloud e rafforzamento cybersecurity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>% reparti con cartella clinica digitale</li> <li>Riduzione errori terapeutici</li> <li>Tempo di disponibilità dati clinici</li> <li>Continuità operativa IT</li> </ul>	Maggiore sicurezza clinica, integrazione dei percorsi, supporto alle decisioni e trasparenza gestionale

La rappresentazione grafica del modello di performance che si intende adottare consente di leggere in modo integrato come le criticità strutturali siano state affrontate attraverso interventi mirati di razionalizzazione, riorganizzazione dei processi, integrazione ospedale–territorio e digitalizzazione, producendo effetti misurabili sulla sostenibilità economica, sull'accessibilità alle cure e sulla continuità assistenziale.

Il modello conferma il progressivo superamento di una logica esclusivamente prestazionale a favore di un approccio orientato al governo della domanda, alla presa in carico e alla creazione di valore pubblico per la comunità di riferimento.

#### Modello di performance ASL TO4 – Diagramma Input–Processo–Output

Rappresentazione integrata delle azioni di efficientamento 2026 e dei risultati attesi



## 2.2 PERFORMANCE

L'ASL TO4 adotta un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance al fine di garantire l'efficace ed efficiente raggiungimento degli obiettivi aziendali. Il Piano della Performance è predisposto nell'ottica di miglioramento dei servizi offerti avendo cura di tutti gli elementi di cui si compone il Valore Pubblico, tra cui l'*accountability*, la buona organizzazione, il rispetto della legalità, l'efficienza, l'economicità, la visione del futuro, la programmazione, il controllo e il coinvolgimento degli utenti, nonché la crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

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

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

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

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

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

### 2.2.1 Albero della Performance

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

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

- la prospettiva produttiva: in generale, l'Azienda Sanitaria pubblica deve garantire i livelli assistenziali alla popolazione presente nel proprio territorio. Questa prospettiva permette di individuare i livelli di produzione necessari a rispondere alla domanda di salute della propria popolazione;
- la prospettiva dell'efficienza e qualità: 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 del contenimento dei costi: in un sistema dove le risorse disponibili sono sempre più limitate è fondamentale garantire un utilizzo razionale delle stesse;
- la prospettiva del miglioramento organizzativo: maggiore efficienza ed efficacia non possono prescindere da cambiamenti organizzativi possibili anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie e lo sviluppo delle persone (la competenza del personale è un fattore critico di successo, specialmente per le Aziende Sanitarie che si contraddistinguono per erogare servizi ad alto contenuto professionale).

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

### **2.2.2 Ciclo della Performance**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SiMiVaP) è un insieme di tecniche, risorse e processi che assicurano il corretto svolgimento delle funzioni di programmazione, misurazione, valutazione e rendicontazione della performance, ossia, del ciclo della performance. Come previsto dall’art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, le amministrazioni pubbliche sono tenute ad adottare e aggiornare annualmente, previo parere vincolante dell’Organismo Indipendente di Valutazione, il SiMiVaP. L’ASL TO4 ha adottato il proprio SiMiVaP con deliberazione n. 164 del 24/02/2022. L’aggiornamento, che è attualmente in corso, si basa sulle indicazioni contenute nella direttiva del Ministro per la Pubblica amministrazione del 28 novembre 2023 recante “Nuove Indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale” e della direttiva del 14 gennaio 2025 “Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”, nonché dell’ulteriore integrazione “Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale. Integrazione direttiva del 28/11/2023 per l’Area e il Comparto Sanità” del 21 luglio 2025.

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, attraverso il comitato budget, 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 realizzare 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

Fase	Soggetti coinvolti	Atti di riferimento
Programmazione strategica aziendale	Direzione Strategica aziendale Comitato Budget	Recepimento degli obiettivi regionali compresi quelli pluriennali Individuazione di macro-obiettivi direzionali in base alle criticità rilevate negli esercizi precedenti e alla futura programmazione aziendale.
Definizione e assegnazione alle Strutture degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori	Direzione Strategica Aziendale Comitato Budget Direttori Dipartimento Direttori/Responsabili delle Strutture	PIAO (Piano integrato di attività e organizzazione) Schede di assegnazione degli obiettivi alle Strutture Verbale della riunione nella quale i Responsabili delle Strutture illustrano gli obiettivi ai relativi operatori
Misurazione e valutazione periodica della performance della Struttura	Direzione Strategica Aziendale O.I.V.	Pre-valutazione della Direzione Strategica Aziendale Verbali dell'O.I.V. Delibera di recepimento valutazioni O.I.V.
Misurazione e valutazione periodica della performance individuale	Diretto Responsabile del valutato (in prima istanza) O.I.V. (in seconda istanza)	Scheda di valutazione individuale per i Dirigenti e per il personale del Comparto, allegata al Si.Mi.Va.P. Verbali dell'O.I.V.
Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito	S.C. Programmazione Strategia e Sviluppo Risorse	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	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
PR	Obiettivi di Produzione
EQ	Obiettivi di efficacia e qualità prestazioni erogate
CC	Obiettivi di contenimento costi
MO	Obiettivi di miglioramento organizzativo

### **2.2.3 Criteri generali per l'individuazione e valutazione degli obiettivi per l'anno 2026**

L'Azienda propone, anche per il 2026, la ricerca di obiettivi proiettati al raggiungimento della massima qualità di assistenza sia ospedaliera che territoriale.

Gli obiettivi verranno assegnati alle diverse articolazioni aziendali (Strutture Complesse, Semplici e Staff) e saranno declinati per garantire la sostenibilità del sistema e la qualità clinica, secondo le seguenti direttive:

- a) **Attività istituzionale e fabbisogno sanitario.** Il fulcro della programmazione sarà la risposta alla domanda sanitaria appropriata. In linea con il potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio, l'attività istituzionale non verrà valutata solo in termini di volumi, ma per la capacità di inserire il paziente in percorsi assistenziali strutturati (PSDTA). L'obiettivo sarà quello di garantire le prestazioni necessarie, riducendo i ricoveri impropri e favorendo la presa in carico nelle Case della Comunità.
- b) **Attività aggiuntiva e recupero liste d'attesa.** Per far fronte alla carenza di personale e alla necessità di abbattere i tempi d'attesa, verrà programmata un'attività aggiuntiva che dovrà risultare strettamente coerente con i volumi istituzionali. Tale attività verrà monitorata con cadenza periodica per assicurarne l'efficacia rispetto ai target regionali di recupero, fungendo da polmone organizzativo per garantire il diritto alla cura nei tempi previsti.
- c) **Integrazione dell'Attività Libero Professionale (ALPI).** L'attività libero professionale verrà programmata come elemento integrativo e mai sostitutivo dell'offerta pubblica. Essa dovrà concorrere efficacemente alla risposta complessiva della domanda sanitaria aziendale, assicurando un equilibrio che non penalizzerà l'attività istituzionale, ma che ne completerà l'offerta in termini di accessibilità e scelta del professionista.
- d) **Efficacia, qualità e sicurezza delle cure.** L'attenzione alla qualità si concretizzerà nell'analisi degli esiti clinici e nell'implementazione della telemedicina per il monitoraggio dei pazienti cronici e over 65. Gli obiettivi di qualità saranno orientati alla riduzione delle ri-ospedalizzazioni e al miglioramento della sicurezza del paziente; tali parametri saranno oggetto di costante verifica durante gli incontri di monitoraggio con la Direzione.
- e) **Governo dei fattori produttivi e contrasto agli sprechi.** In continuità con le azioni di efficientamento, ogni struttura dovrà monitorare il consumo dei fattori critici. Particolare rilievo assumeranno l'appropriatezza prescrittiva e il controllo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici. Tale obiettivo richiederà una sinergia operativa tra specialisti, MMG e PLS, volta a ottimizzare le risorse senza intaccare il livello qualitativo delle prestazioni erogate.
- f) **Schede di Budget e Piano Investimenti.** La definizione delle Schede di Budget annuali includerà obbligatoriamente il Piano Investimenti per ogni singola struttura. Le richieste di nuove tecnologie o ammodernamenti dovranno essere giustificate dalla programmazione dell'attività prevista e dalla necessità di potenziare i servizi territoriali, come l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT).
- g) **Performance Organizzativa, Individuale e Sistema Premiante.** Gli obiettivi di performance dovranno tradursi in comportamenti organizzativi attesi e misurabili. Per la Dirigenza, il raggiungimento di tali obiettivi costituirà condizione necessaria per la corresponsione delle Risorse Aggiuntive (RA) correlate al debito orario. Per il Personale del Comparto, verrà valorizzato l'obiettivo di collaborazione trasversale con la Dirigenza, nell'ottica di un raggiungimento congiunto dei risultati di struttura.

L'andamento di questi punti sarà oggetto di monitoraggi periodici nel corso dell'anno.

La S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse predisporrà le prevalutazioni tecniche che, dopo l'eventuale rimodulazione da parte della Direzione Generale, verranno trasmesse all'OIV per la valutazione finale. Questo processo garantirà che il riconoscimento del sistema premiante sia strettamente correlato ai risultati effettivamente conseguiti.

L'articolazione di massima degli obiettivi per l'anno 2026 è la seguente:

<b>Dimensione performance</b>	<b>Tipologia obiettivo</b>	<b>Descrizione obiettivo</b>
<b>Obiettivi di produzione</b>	Attività istituzionale	Che deve essere coerente con il fabbisogno espresso dalla domanda (appropriata) sanitaria
	Attività aggiuntiva	per carenza personale e/o per recupero liste di attesa, programmata in coerenza agli stessi criteri utilizzati per l'attività istituzionale
	Recupero prestazioni	Proseguire nell'attività di recupero e contenimento dei tempi di attesa relativi a: – prestazioni di specialistica ambulatoriale – liste d'attesa per interventi chirurgici permanenza dei pazienti in DEA/PS con miglioramento della gestione e misurazione del boarding (obiettivo favorito anche da un maggior ricorso agli strumenti di telemedicina e teleconsulto)
	Appropriatezza dei setting assistenziali	– Proseguimento delle attività tra ospedale e territorio, al fine di un miglioramento della degenza media relativamente a specifiche specialità (medicine/geriatria)
	Appropriatezza clinica e prescrittiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Continuare con percorsi e audit focalizzati al miglioramento del ricorso ad esami diagnostica/laboratorio e consulenze da parte delle Strutture ospedaliere</li> <li>– Analisi della domanda di esami/visite da parte dei MMG e Specialisti Ambulatoriali con verifica della corretta applicazione dei RAO (Raggruppamenti Attesa Omogenei) e dei PSDTA (Percorsi Salute Diagnostici Terapeutici Assistenziali)</li> <li>– Attivazione di percorsi formativi/di informazione, volti ad una migliore appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche anche nell'ottica di monitorare la prescrizione e la distribuzione dei farmaci ad alto costo, nonché quelli innovativi</li> </ul>
	Sistema di garanzia (NSG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Area Cardiologica</li> <li>– Area Parto</li> <li>– Area osteomuscolare</li> </ul>
	Screening oncologici	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Screening cervico-vaginale età 25-64 anni</li> <li>– Screening colon-rettale età 58 anni</li> <li>– Screening mammografico età 50-69 anni</li> <li>– Attuazione di ulteriori screening oncologici legati a specifiche disposizioni regionali</li> </ul>
<b>Obiettivi di contenimento costi</b>	Donazioni d'organo	Attuazione di quanto previsto dalla Regione in ordine di: <ul style="list-style-type: none"> <li>– segnalazioni morti encefaliche</li> <li>– opposizioni</li> <li>– donazioni di cornea</li> </ul>
	Contributo al raggiungimento dell'equilibrio economico – finanziario dell'Azienda	Rispetto dei budget assegnati dalla S.C. Gestione Economico-Finanziaria, sulla base del bilancio previsionale, alle Strutture ordinatori di spesa

Dimensione performance	Tipologia obiettivo	Descrizione obiettivo
Obiettivi di miglioramento organizzativo	Efficientamento della spesa	Proseguimento con l'obiettivo di riduzione degli acquisti in economia e degli affidamenti diretti one shot attraverso azioni volte ad anteporre l'aggregazione della domanda attraverso adesioni a convenzioni CONSIP o SCR, o acquisti da gare sovra zonali
	Costi per assistenza territoriale	Proseguimento delle azioni di rimodulazione dell'offerta nell'ottica di assicurare il target di assistenza domiciliare degli assistiti over 65 previsti dal Decreto Interministeriale 23 gennaio 2022 – Assistenza Domiciliare Integrata – M6 C1 1.2.1 “Casa come primo luogo di cura ADI”.
	Costi Farmaceutica	Contenimento della spesa per farmaci a livello aziendali attraverso: – monitoraggi mensili della spesa farmaceutica convenzionata e DPC, con evidenza delle inappropriatezze prescrittive e/o di iperprescrizione nelle apposite commissioni distrettuali, di inappropriatezza prescrittiva e di iperprescrizione – monitoraggio continuo sull'utilizzo di immunoglobuline, immunomodulatori / ipolipemizzanti, farmaci biosimilari e farmaci ad alto costo
Governance del percorso chirurgico		Proseguimento della riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura. Verifica dei tempi di utilizzo delle sale operatorie (dalla chiamata del paziente fino al suo completo risveglio) con costruzione di indicatori per monitoraggio della riorganizzazione, anche con l'ausilio della figura dell'ingegnere gestionale

#### 2.2.4 Performance individuale

La performance individuale si riferisce al contributo specifico di ogni singolo al raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione, misurato tramite risultati, comportamenti e competenze, con l'obiettivo di migliorare efficienza, qualità delle cure e motivazione del personale attraverso un processo di valutazione, legando i risultati individuali agli obiettivi strategici aziendali. In sintesi, la performance individuale è un processo strutturato per valutare e valorizzare il contributo del singolo, essenziale per il miglioramento continuo del sistema Aziendale.

La valutazione della performance individuale deve assolvere alla doppia funzione di soddisfare le esigenze normative nazionali, regionali e contrattuali e di fornire gli strumenti per una valutazione individuale – a qualsiasi livello – non come mero adempimento burocratico ma come processo che può contribuire al miglioramento organizzativo, gestionale e qualitativo del lavoro svolto e come sistema operativo attraverso il quale è possibile coinvolgere tutti i collaboratori, rendendoli informati e partecipi di valori e principi dell'organizzazione aziendale e più responsabili dei successi e dei limiti collettivi e individuali.

La valutazione della performance individuale riguarda tutto il personale dipendente operante nell'ambito dell'ASL TO4, con rapporto di lavoro sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, nonché in somministrazione, in comando o in assegnazione temporanea, e si articola su due livelli:

1. valutazione di prima istanza alla competenza del direttore Responsabile del valutato;
2. valutazione di seconda istanza alla competenza dell'O.I.V., che interviene nel processo della verifica individuale assumendo il ruolo di validazione del giudizio finale in funzione di garanzia.

Lo strumento attraverso il quale si esprime la valutazione di prima istanza è la "Scheda di Valutazione Performance Individuale". Le schede sono differenziate per Area e tipologia di incarichi di appartenenza del personale del Comparto Sanità e della Dirigenza e nelle quali sono rappresentati gli elementi su cui i dipendenti vengono valutati annualmente. Tali schede sono state definite e faranno parte integrante, quali allegati, nel SiMiVaP in corso di aggiornamento, per:

- il personale del Comparto Sanità, sono state allegate al "Accordo sui criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance", sottoscritto in data 18/07/2024 ed integrato con l'Addendum sottoscritto in data 16/09/2024,
- i Dirigenti dell'Area Sanità, sono state inviate per la loro approvazione in data 09/10/2024 e confermate durante l'incontro del 16/12/2024;
- i Dirigenti dell'Area Funzioni Locali, amministrativi, tecnici e professionali, sono state inviate per la loro approvazione in data 15/10/2024 e confermate durante l'incontro de 06/11/2025.

Nell'anno 2025, la valutazione della performance individuale riferita all'anno 2024 dei Dirigenti dell'Area Sanità e del personale del Comparto Sanità è stata effettuata mediante una procedura su piattaforma informatica che, nel corso del 2026, sarà estesa anche ai Dirigenti dell'Area Funzioni Locali – amministrativi, tecnici e professionali.

Alla luce di quanto recentemente definito in sede di contrattazione integrativa aziendale per le diverse Aree, con gli Accordi di seguito indicati — che prevedono anche una valutazione intermedia riferita al primo semestre di ciascun anno per la Dirigenza — si rende necessario valutare l'eventuale implementazione della procedura informatica, al fine di consentire l'utilizzo di una scheda semestrale di valutazione della performance individuale, finalizzata a rilevare se la performance del Dirigente valutato risulti o meno in linea con le attese:

- Dirigenza Area Sanità: "Accordo sui criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance", sottoscritto in data 07/10/2025;
- Dirigenza Area Funzioni Locali – Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali: "Accordo sui criteri per l'attribuzione dei premi correlati alla performance", sottoscritto in data 06/11/2025.

Il SiMiVaP in corso di aggiornamento è orientato a un processo volto a garantire che la differenziazione dei giudizi, sia in termini di performance organizzativa sia individuale, trovi riscontro in un'effettiva diversificazione dei trattamenti economici correlati.

Gli esiti delle valutazioni annuali della performance individuale costituiscono, inoltre, elementi di valutazione e di giudizio nell'ambito delle procedure di verifica relative alle attività professionali svolte e ai risultati conseguiti alla scadenza degli incarichi, nonché nelle valutazioni pluriennali della Dirigenza, ai fini delle progressioni economiche tra le Aree e all'interno delle Aree del Comparto, e in tutti gli altri casi previsti dalla normativa vigente e dai CC.CC.NN.LL. applicabili.

## 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) 2026 -2028

#### ***PREMessa***

Il presente documento costituisce il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), prende a riferimento il triennio a scorrimento 2026-2028, da intendersi ora come sezione del 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. È 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*"; del PNA 2016 di cui alla delibera n. 831 del 3 agosto 2016, della deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 ad oggetto: "*Piano Nazionale Anticorruzione 2019*", della deliberazione n. 7 del 17/01/2023 ad oggetto: "*Piano Nazionale Anticorruzione anno 2022*", del "*Piano Nazionale Anticorruzione Aggiornamento 2023*" di cui alla deliberazione n. 605 del 19 dicembre 2023, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 12 gennaio 2024, e del PNA 2025 in consultazione pubblica sino al 30 settembre 2025.

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

La Legge n. 190/2012 non contiene una definizione della corruzione che, invece, viene esposta nella circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 25 gennaio 2013: "*il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si 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*”, così come modificato dalla Legge n. 21 del 5 marzo 2014 che ha introdotto un importante modifica normativa agli artt. 4 -7 e 12 del Decreto Legislativo n. 39/2013.
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 concernente: “*Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*”. Il Codice stabilisce l’obbligo di “*assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico*”.
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita dalla Conferenza Unificata nella seduta del 24 luglio 2013, con la quale sono stati individuati gli adempimenti, con l’indicazione dei relativi termini, per l’attuazione della legge 6 novembre 2012 n. 190.
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 recante “*Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*”.
- Decreto Legislativo del 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali (Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196) alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679.
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 “*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*”.
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013 n. 1 avente ad oggetto “*Legge 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*”.
- Circolare Dipartimento Funzione Pubblica 19 luglio 2013 n. 2 avente ad oggetto “*D.lgs. 33/2013 – Attuazione della Trasparenza*”.
- Delibera CIVIT n. 72/2013 dell’11 settembre 2013 relativa all’approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione.
- Decreto-legge n. 90 del 24 giugno 2014 “*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari*”, convertito con modificazioni nella Legge 114/2014, che ha disposto il trasferimento all’ANAC delle funzioni attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui alla Legge 190/2012 ed in materia di trasparenza di cui al D.lgs. 33/2013.
- Legge 7 agosto 2015 n. 124 “*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”.
- Decreto Legislativo n. 97 del 25 maggio 2016 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012 n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell’art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”.
- Legge n. 179 del 30 novembre 2017 “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*”.
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “*Aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione*”.
- Delibera ANAC n. 831 del 3.08.2016 “*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*”.
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 “*Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 comma 2 del D.lgs. 33/2013*”.

- Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 “*Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.lgs. 33/2013 come modificato dal D.lgs. 97/2016*”.
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 “*Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione*”.
- Deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 ad oggetto: “*Piano Nazionale Anticorruzione 2019*”.
- Deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023 ad oggetto: “*Piano Nazionale Anticorruzione anno 2022*”.
- Deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 ad oggetto: “*Piano Nazionale Anticorruzione Aggiornamento 2022*”
- Deliberazione ANAC n. 31 del 30 gennaio 2025 ad oggetto: “*Aggiornamento 2024 PNA 2022 – Indicazioni per la predisposizione della sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO per i Comuni con meno di 5.000 abitanti e meno di 50 dipendenti*”.
- 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 perseguitamento 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).

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

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

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

In fase di adozione è stato previsto un doppio passaggio con la condivisione di un primo schema PTPCT (proposto dal Responsabile Prevenzione e Corruzione e Trasparenza) con la Direzione Generale e con il referente per la predisposizione del PIAO nonché con il Gruppo di Lavoro dedicato ed integrato 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 vengono pubblicati 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), il referente per la predisposizione del PIAO ed il Gruppo di Lavoro dedicato,
- 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 PIAO al cui interno vi è la sezione rischi corruttivi e trasparenza ed 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. I, comma 7, della Legge n. 190/2012, novellato dal D.lgs. 97/2016, nonché Responsabile della Trasparenza con deliberazione n. 535 del 10/05/2021 è stato rinnovato l'incarico sino al 31/05/2022, con deliberazione n. 456 del 16.05.2022 è stato rinnovato l'incarico sino al 31 maggio 2024, e con delibera n. 461 del 30.05.2025 rinnovato sino al 31 maggio 2026.

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

- elaborazione del Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, da intendersi ora come sezione del PIAO, da proporre al Direttore Generale;
- pubblicazione del Piano nella sezione dell'Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti - Prevenzione della Corruzione del sito internet della ASL TO4 ([www.aslto4.piemonte.it](http://www.aslto4.piemonte.it)), che viene anche considerato quale assolvimento dell'obbligo di trasmissione del Piano all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- verifica dell'efficace attuazione del Piano e proposta di eventuali modifiche;
- aggiornamento annuale del Piano, tenuto conto delle normative sopravvenute e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- pubblicazione nel 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. I dello L. 190/2012);
- verifica, d'intesa con i Direttori/Responsabili delle Strutture competenti, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione. La rotazione non si applica per le figure infungibili.
- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di cui al D.lgs. 39/2013 e s.m.i. 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 e con deliberazione n. 31 del 20.01.2023 è stata variata la composizione dell’U.P.D. per il personale della Dirigenza Medica e Veterinaria. Con deliberazione n. 612 del 27.07.2023 è stata modificata la composizione dell’UPD per il personale del Comparto, con successiva deliberazione n. 264 del 29.03.2024 è stata modificata la composizione dell’UPD per il personale del Comparto, per la Dirigenza Medica e Veterinaria e per il personale convenzionato e con successiva deliberazione n. 520 del 09.07.2024, rettificata con delibera n. 588 del 25.07.2024, è stata rivista la composizione dell’UPD per la Dirigenza Medica e Veterinaria e per il personale convenzionato.

Con deliberazione n. 788 del 31.10.2024 è stata modificata la composizione dell'UPD per il personale del Comparto; con deliberazioni n. 477 del 05.06.2025 e n. 957 del 28.11.2025 sono stati sostituiti alcuni componenti dell'UPD per il personale della Dirigenza Medica e Veterinaria e per il personale convenzionato; con deliberazioni n. 964 del 03.12.2025 e n. 1042 del 18.12.2025 sono stati sostituiti alcuni componenti dell'UPD per la Dirigenza PTA.

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 (RASA) è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Questa Azienda con deliberazione n. 31 del 20.01.2023 ha nominato 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:

- 1) Analisi del contesto esterno ed interno.
- 2) Nell'ambito del PIAO l'analisi del contesto interno è stata riportata nella sezione 1 "Scheda anagrafica delle Amministrazioni", mentre di seguito verrà presa in considerazione da parte del R.P.C.T. l'analisi del contesto interno ed esterno in base alle criticità riscontrate da cui definire una strategia di prevenzione ed attuare le relative misure.
- 3) L'analisi del contesto è un processo conoscitivo che ciascuna pubblica amministrazione deve compiere, avendo 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.
- 4) 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.
  - 5) Individuazione attività, processi e aree a rischio, individuando, altresì, per ciascun processo i possibili rischi.
  - 6) Valutazione del rischio, attribuendo a ciascun processo un grado di rischio specifico,
  - 7) Individuazione di misure di prevenzione per ridurre i rischi.

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

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

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

Effettivamente le entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra i professionisti, gli utenti e le ditte fornitrice, 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 maxitruffa legata alla gestione delle Case di Riposo, un colosso delle residenze per anziani e per minori, sembrerebbe aver percepito illegalmente contributi pubblici non solo nella regione Piemonte, ma in tutte le regioni Italiane presentando alle Aziende Sanitarie false rendicontazioni su standard quantitativi e qualitativi dei servizi.

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

A marzo 2025 è stato siglato un accordo di collaborazione, per la regolamentazione di un proficuo circuito comunicativo tra Prefettura ed Uffici Giudiziari, tra la Prefettura di Torino e la Procura della Repubblica – Direzione distrettuale antimafia. La Prefettura di Torino ha adottato nell'ultimo triennio 90 provvedimenti

antimafia riguardanti i seguenti settori economici: edilizia/costruzioni/installazioni impiantistiche e ponteggi/autotrasporti/bar ristoranti panetterie e carrozzerie.

L'attività di prevenzione dei fenomeni di infiltrazione della criminalità organizzata mira ad intercettare ed a contenere le forme di aggressione sempre più subdole messe in atto nei confronti del settore dei Lavori Pubblici, dei Servizi e delle Pubbliche forniture. Un impegno finalizzato a garantire la legalità e la trasparenza ma anche il perseguitamento degli obiettivi ambiziosi del PNRR e delle grandi opere.

Il Procuratore di Torino Dott. Bombardieri ha rimarcato l'importanza e la condivisione delle informazioni relative agli accessi ispettivi ai cantieri, in quanto tali accessi consentono di identificare soggetti "controindicati" che si inseriscono nella filiera degli appalti, poiché è proprio nella catena dei subappalti che può annidarsi la presenza dei clan.

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 Cuorgnè e uno operante presso il Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero di Ivrea), sono stati indagati, in quanto indirizzavano i familiari delle persone decedute sull'impresa funebre alla quale rivolgersi.

Dal 01.02.2015 il servizio mortuario è stato affidato ad una ditta esterna, come già avviene per i Presidi Ospedalieri di Chivasso, di Ciriè e di Lanzo Torinese.

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

Nel corso dell'anno 2020 sono state sequestrate disponibilità finanziarie e beni per € 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 stoccatto 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 capitolo di

gara ed attribuendole punteggi elevati, in cambio di oggetti preziosi. Questa A.S.L. si è costituita a maggio 2021 quale parte civili nel procedimento penale collegato alla Gara per la fornitura dei camici sterili predetta, in quanto tra i membri della Commissione indagata vi erano tre collaboratori professionali infermieri dipendenti di questa Azienda; contestualmente ha avviato i procedimenti disciplinari nei confronti dei predetti. Per due collaboratori infermieri professionali a seguito della conclusione del procedimento penale sono state applicate pene pari ad un anno e sei mesi e ad un anno e quattro mesi di reclusione, pena accessoria di interdizione dai pubblici uffici ed incapacità a contrarre con la P.A. per anni cinque con concessione del beneficio della sospensione condizionale della pena anche con riferimento alle pene accessorie. Per il terzo collaboratore infermiere professionale è giunta in data 21 febbraio 2023 sentenza di assoluzione in appello.

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

La seconda gara bandita dalla A.O.U. Maggiore della Carità di Novara, per la fornitura di distributori di "divise e giacche TNT", per la quale è stato 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.

Nei primi mesi dell'anno 2023 erano giunte all'UPD del comparto dell'ASL TO4 comunicazioni prodotte da due Dipendenti, tramite il Direttore dello SPRESAL, da cui si evince che è stata disposta nei loro confronti, da parte del Gip del Tribunale di Ivrea, la misura cautelare della sospensione dall'esercizio del proprio Ufficio / Servizio, estesa a tutte le funzioni lavorative a seguito di apertura di procedimento penale, misura successivamente revocata.

Sempre nei primi mesi dell'anno 2023 era pervenuta, agli atti dell'ASL TO4, da parte del Tribunale di Torino, sezione del riesame, la riforma di una ordinanza emessa nei confronti di una Dirigente, che sostituisce la precedente misura cautelare degli arresti domiciliari con la sospensione dal servizio. Peraltro, la predetta risultava già sospesa dal servizio per altri motivi. La stessa è poi stata licenziata a conclusione di un procedimento disciplinare attivato per altri motivi

Il procedimento penale in questione è tutt'oggi pendente.

Sulla vicenda in questione a novembre 2025 l'Azienda ha avuto dalla Procura del Tribunale d'Ivrea gli atti di chiusura delle indagini preliminari, a seguito di espressa richiesta stante la rilevanza mediatica dei fatti. A seguito, quindi, delle informazioni acquisite sono stati avviati 15 procedimenti disciplinari e più precisamente 13 collegati all'ipotesi di indebito profitto e 2 collegati all'ipotesi di corruzione. Stante la complessità dei fatti tutti i procedimenti sono stati sospesi in attesa di acquisire elementi dai procedimenti penali".

## 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);
- h) In aggiunta alle "aree generali" sono state definite altresì "aree di rischio specifiche";
- i) attività libero professionale e liste di attesa;
- j) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- k) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- l) attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero;
- m) gestione delle risorse umane;
- n) relazioni con il pubblico;
- o) gestione rischi dei lavoratori dipendenti;
- p) Trasporti Sanitari in estemporanea.

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

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

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

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

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

Con deliberazione n. 912 del 20/12/2024 è stata istituita la SS "Interventistica cardiovascolare ed extra" afferente alla SC Cardiologia di Ivrea.

Con deliberazione n. 170 del 05/03/2025 era stata prevista la trasformazione della SSD Fisica Sanitaria in SC interaziendale di Fisica Sanitaria ASLTO4 e ASL AL, ma la Regione Piemonte con D.G.R. n. 28-1476 /2025/XII del 4/08/2025 ha demandato a successivo provvedimento la valutazione circa l'istituzione della SC interaziendale predetta; sempre con la deliberazione n. 170 è stata trasformata la SS DiPSa in SC DiPSa e sono state trasferite le competenze delle CNU (Convenzioni Nazionali Uniche) dalla SC Affari Istituzionali – Legali-CNU alla SC Amministrazione del Personale, la nuova denominazione della SC Affari Istituzionali – Legali – CNU risulta ora essere SC Affari Istituzionali – Legali.

### **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. Per quanto concerne il processo "Progressioni di carriera: fasce retributive / selezioni interne / incarichi di organizzazione / conferimento incarichi dirigenziali" si è passati a seguito di valutazione dell'R.P.C.T. da una valutazione del rischio medio ad una valutazione del rischio alto in quanto a seguito delle notizie comparse negli anni precedenti sugli organi di stampa in merito alle selezioni interne, la Procura di Ivrea aveva avviato indagini preliminari. Nel mese di novembre 2025, sempre dagli organi di stampa si è appresa la chiusura delle indagini preliminari, pertanto, l'ASLTO4 ha acquisito informazioni in merito tramite il proprio Legale, dalle informazioni acquisite presso la Procura risulterebbero n. 13 soggetti coinvolti in ipotesi di indebito profitto e n. 2 soggetti coinvolti in ipotesi di corruzione, per i quali sono stati avviati procedimenti disciplinari che stante la complessità dei fatti sono stati sospesi in attesa di acquisire elementi dai futuri procedimenti penali.

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

In data 06.12.2024 con provvedimento n. 872 è stato deliberato il nuovo Regolamento, al fine di assicurare maggiore prevenzione di eventuali comportamenti corruttivi, si è cercato di rendere le procedure ancora più trasparenti e, laddove è possibile, garantire una maggiore rotazione dei componenti delle varie Commissioni. Sono state implementate le misure di prevenzione del rischio previste per l'*'Area Contratti Pubblici: selezione del contraente* a seguito di procedimento disciplinare/giudiziario che ha riguardato l'Area di rischio specifica, prevedendo la turnazione dei componenti della Commissione di gara, laddove possibile.

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

Nell'ambito del PIAO 2026 – 2028 il Direttore Generale con nota prot. n. 0008245 del 22.01.2026 ha comunicato gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio di riferimento del Piano nell'ambito dell'anticorruzione e della trasparenza, di seguito dettagliati:

- Prosecuzione formazione anticorruzione per i neoassunti e personale non ancora formato tramite corso FAD;
- Prosecuzione formazione sul Codice di Comportamento aziendale per i neoassunti e personale non ancora formato tramite corso FAD;
- Incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale tramite corsi specifici inseriti nel Piano Formativo 2026 in linea con quanto previsto dal PNA 2025;
- Audit a campione sulle Strutture aziendali per la verifica dell'applicazione delle misure contenute nel Piano anticorruzione.

Nella tabella 3 (Allegato 9) sono individuate le misure di prevenzione per la riduzione del rischio già attuate e da attuarsi nel triennio di riferimento ed il monitoraggio delle stesse, integrate con quanto previsto nella "parte speciale contratti pubblici" del PNA 2025 valevole per il triennio 2026-2028.

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

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

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

La trasparenza costituisce una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione ed è inoltre uno strumento di dialogo con i cittadini e le imprese (Delibera ANAC n 1310/2016 e relativo allegato "Prime linee guida sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. 97/2016).

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).

È 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, organizzata ed aggiornata così come previsto nella "parte speciale Trasparenza" del PNA 2025 valevole per il triennio 2026-2028 a cui si rinvia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **6.3) Formazione**

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

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

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

A tal fine nel corso dell'anno 2025 è proseguita la formazione sulle regole di condotta definite nel Codice di Comportamento Nazionale (DPR n. 62/2013) e nel Codice di Comportamento aziendale con edizioni FAD accreditate ECM, sono stati formati n. 411 dipendenti (Dirigenza e comparto). Nell'anno precedente erano stati formati 1125 dipendenti.

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

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

L'iniziativa di formazione è continuata negli anni 2016 e 2017 con ulteriori n. 2.832 dipendenti formati, nel 2018 con n. 140 dipendenti formati, nel 2019 con n. 739 nel 2020 con n. 61 dipendenti e nel 2021 con n. 115 dipendenti formati. Nell'anno 2022 sono stati formati n. 112 dipendenti, nell'anno 2023 sono stati formati n. 519 dipendenti. Nel 2024 sono stati formati n. 453 dipendenti. Nel 2025 sono stati formati n. 129 dipendenti. L'organizzazione e la gestione dei corsi di formazione rientrano nella competenza e responsabilità del Responsabile della S.S. Qualità e Formazione che collabora con i Responsabili scientifici, i Progettisti della formazione e i Referenti/Facilitatori di formazione per l'individuazione dei contenuti formativi, l'elaborazione delle linee programmatiche e la rilevazione del fabbisogno formativo inerente la materia, anche sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori/ Responsabili.

La formazione predetta proseguirà in FAD per i neoassunti e per il personale ancora da formare anche nell'anno 2026.

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

Nel corso del triennio di riferimento è ipotizzabile, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione, la programmazione di ulteriori percorsi di formazione mirati, dai contenuti più specifici, anche sulla base dei

dati esperienziali nel frattempo acquisiti, quali ad esempio eventi formativi inerenti il contenuto dei Codici Disciplinari, poiché attraverso la discussione di casi concreti può emergere il principio comportamentale adeguato nelle diverse situazioni, ed il monitoraggio e la verifica del livello di attuazione dei processi di formazione e della loro adeguatezza, da attuarsi ad esempio attraverso questionari da somministrare ai soggetti destinatari della formazione al fine di rilevare le conseguenti priorità formative e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati.

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

##### **Rotazione Ordinaria**

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

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

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

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

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

- a) l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche. Non si può dar luogo, infatti, a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da servizi cui sono affidate attività ad alta specializzazione tecnica;
- b) la difficoltà ad attuare la rotazione tenuto conto delle notevoli dimensioni e della variabilità geografica dell'A.S.L. TO4, che ha un'estensione territoriale di circa 3.164 Kmq, 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.

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

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

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

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

Pertanto, quanto sopra esposto, unitamente al collocamento in quiescenza di numerose figure dirigenziali, ha portato, di fatto, alla rotazione di buona parte degli incarichi. Nel corso del 2025 sono cessati dal servizio per quiescenza n. 5 Direttori di Struttura Complessa e n. 1 Direttore di Struttura Complessa si è dimesso. Sono stati nominati n. 2 nuovi Direttori di Struttura Complessa e n. 2 nuovi Direttori di Dipartimento a copertura di posti resisi vacanti.

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

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

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

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

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

Con deliberazione n. 872 del 06/12/2024, a seguito del confronto intervenuto fra la Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali del Comparto, conclusosi in data 28/11/2024, è stato approvato il "Regolamento per la graduazione, affidamento, valutazione e revoca degli incarichi del Personale del Comparto", approvato ai sensi del CCNL del Personale del Comparto Sanità, triennio 2019-2021, del 02/11/2022.

A tali selezioni possono partecipare tutti i dipendenti in possesso dei requisiti richiesti, sulla base di quanto previsto dal citato Regolamento.

Nei primi mesi del 2025 sono stati attribuiti n. 10 incarichi, fra quelli previsti dalla Mappatura degli Incarichi approvata con deliberazione n. 1079 del 12/11/2021. In virtù del nuovo C.C.N.L. del Personale del Comparto Sanità, triennio 2022-2024, siglato il 27/10/2025, si prevede di procedere ad una revisione del Regolamento e della Mappatura degli Incarichi nel corso della prima metà del 2026, al fine di adeguarlo alle disposizioni del CCNL 2022-2024 firmato il 27/10/2025.

Per quanto riguarda l'attribuzione dei Differenziali Economici di Professionalità (DEP) al Personale del Comparto, le fasce retributive per gli anni 2019, 2020 e 2021, sono state riconosciute al personale del Comparto, sulla base delle graduatorie approvate, rispettivamente, con deliberazione n. 1459 del 29.12.2019 per l'anno 2019, con deliberazione n. 1357 del 21.12.2020 per l'anno 2020 e con deliberazione n. 1116 del 24.11.2021 per l'anno 2021 e anno 2022. Nell'anno 2023 non sono state assegnate fasce retributive.

Con deliberazione n. 451 del 23/05/2025 sono state approvate le graduatorie degli assegnatari per l'anno 2024 dei summenzionati DEP. Inoltre, in data 30/07/2025 è stato siglato l'Accordo – positivamente esaminato dal Collegio Sindacale in data 11/08/2025 – fra Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali del Personale del Comparto relativo alla revisione del Regolamento per la progressione economica orizzontale del Personale del Comparto. Nel mese di dicembre 2025 sono stati pubblicati gli avvisi interni per l'attribuzione dei suddetti Differenziali Economici di Professionalità (DEP) per l'anno 2025.

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 2019-2021, del 23.01.2024 - con deliberazione n. 241 del 20/03/2025, e a seguito del confronto intervenuto fra la Direzione Aziendale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Area Sanità, conclusosi in data 05/03/2025, è stata deliberata una revisione del "Regolamento per la graduazione, il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali della medesima area dirigenziale", predisposto ai sensi del CCNL Area Sanità, triennio 2019-2021, del 23/01/2024 e approvato con deliberazione n. 388 del 10/05/2024. Questa revisione ha innovato le modalità di selezione dei Direttori di Struttura Complessa e di Dipartimento. Resta in vigore la Mappatura degli Incarichi approvata con deliberazione n. 406 del 15/05/2024, illustrata alle Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità nell'incontro tenutosi il 24 aprile 2024.
- Personale dell'Area delle Funzioni Locali, resta in vigore il Regolamento in materia di graduazione, conferimento e revoca degli incarichi dirigenziali, approvato con deliberazione n. 1064 dell'8/11/2021, il cui testo è scaturito dal confronto con le OO.SS. della Dirigenza dell'Area delle Funzioni Locali, predisposto in virtù del CCNL Personale dell'Area delle Funzioni Locali, triennio 2016-2018, del 17/12/2020. In data 16/07/2024 è stato sottoscritto il CCNL Personale dell'Area Funzioni Locali, triennio 2019-2021 che, per quanto concerne il sistema degli incarichi, non apporta innovazioni tali da richiedere l'adozione di un nuovo Regolamento, dal momento che, per tale istituto, si continuerà a far riferimento alle disposizioni contenute nel CCNL del 17/12/2020. Nel corso del 2025 non sono stati assegnati incarichi relativi alla Dirigenza PTA.

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, patentati, 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.  
Risulta peraltro conferita la posizione organizzativa di "Referente Settore Concorsi e Selezioni per il personale dipendente". Sin dall' 2018, le funzioni di segreteria sono state estese anche ad altri operatori della medesima Struttura Complessa. A tal fine, è stato emesso un bando e fatta formazione, pertanto a partire dal 2019 è stato avviato il coinvolgimento di personale amministrativo appartenente ad altre strutture tale coinvolgimento è proseguito anche negli anni a seguire;
- b) nel settore dell'acquisizione di beni e servizi in capo alla S.C. Acquisizione e Gestione Logistica Beni e Servizi, è già in parte attuata una frammentazione delle attività in quanto il ruolo di Direttore

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

- c) nel Settore dell'acquisizione di lavori e servizi in capo alla S.C. Tecnico Patrimoniale a partire dal 2018 la nomina del R.U.P. è stata effettuata per ogni singolo lavoro mediante individuazione, di volta in volta, tra figure diverse che hanno acquisito capacità professionali e specifiche competenze. Completata la riorganizzazione del Servizio con l'attribuzione delle nuove posizioni organizzative, per l'attribuzione dell'incarico di direzione lavori, direttore operativo, ispettore di cantiere e collaudo, a partire dal 2019 la scelta è stata effettuata, compatibilmente con il personale in organico, per ogni singolo lavoro mediante sorteggio tra le figure professionali che hanno acquisito capacità professionali e specifiche competenze, anche previa idonea formazione.  
A partire dall'anno 2020 per quanto riguarda i procedimenti relativi all'acquisizione di lavori e per quelli relativi all'acquisizione di Servizi l'incarico di responsabile di tutta l'attività (es. pubblicazione bando di gara, predisposizione provvedimento di nomina dei componenti del seggio di gara ed eventualmente della Commissione giudicatrice, verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto), è stato affidato ad un Dirigente interno, Responsabile del Settore gare a far data dal 2 gennaio 2019 sino al 28 febbraio 2021. A decorrere dal 1° marzo 2021 tutta l'attività di competenza del Settore Patrimoniale relativa ai procedimenti di acquisizione di Beni e Servizi è stata assunta dal Direttore della S.C. Servizio Tecnico Patrimoniale;
- d) per quanto concerne l'attività di controllo ufficiale effettuata dalle Strutture afferenti al Dipartimento di Prevenzione, il numero degli operatori che operano nei servizi dipartimentali, associato al fatto che si operi su un territorio così vasto e con sedi di attività particolarmente distanti tra loro, rende alquanto difficoltosa e non sempre possibile l'applicazione di questa misura, senza condizionarne il volume di attività da effettuare (prevista dai Piani di attività/Obiettivi) e nel rispetto della ottimizzazione delle risorse. In particolare, per evitare il consolidarsi di situazioni di privilegio potenzialmente illegali, si evidenzia che nell'ambito di tutti i servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione le attività di vigilanza e di campionamento vengono svolte, di norma, da due operatori, secondo rotazione casuale, nell'ambito della stessa sede distrettuale e, ove possibile, anche tra sedi diverse.  
Fin dal 2018 a tutt'oggi, quale misura aggiuntiva alla rotazione, è stata introdotta per tutti i Servizi Dipartimentali una verifica a posteriori (e a campione) dei verbali di ispezione per verificare la congruità degli stessi e dei provvedimenti conseguentemente adottati, similmente a quello che viene già effettuato dal S.I.A.N. e dai Servizi Veterinari secondo la procedura di verifica dell'efficacia (prevista dalle norme in materia di controlli nel settore della sicurezza alimentare).  
Questo doppio controllo evita in tal modo l'isolamento di alcune mansioni e favorisce la trasparenza "interna" delle attività;
- e) per le attività di controllo di competenza della S.C. Farmacia Territoriale la Commissione Ispettiva istituita ai sensi della Legge Regionale 14 maggio 1991 n. 21 è costituita anche da un membro esterno designato dall'Ordine dei Farmacisti, conseguentemente la composizione della stessa varia in modo casuale.  
Le farmacie vengono ispezionate con frequenza biennale avendo cura che nell'ambito della sopracitata commissione che visita la stessa farmacia, siano presenti componenti diversi, e a partire dal 2019 a tutt'oggi è stata prevista la rotazione di competenze tra le diverse sedi aziendali.

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

Anche per l'anno 2026 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 e dall'art. 16 del D.Lgs. n. 36/2023 "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 e con delibera n. 284 del 05.04.2024 aggiornato ai sensi del D.P.R. n. 81 del 13.06.2023, che prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al proprio Responsabile/Referente le ragioni che determinano l'obbligo di astensione per conflitto di interessi. Il Responsabile/Referente verifica l'effettiva sussistenza, nel caso specifico, delle condizioni che determinano l'obbligo di astensione e adotta i conseguenti provvedimenti di competenza.

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

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

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

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

Con riferimento al personale evidenzia che la disciplina si applica a tutto il personale, che in base ad un valido titolo giuridico, legislativo, contrattuale sia in grado di impegnare l'Ente nei confronti di terzi a titolo esemplificativo: Direttori Generali / Capi Uffici / Capo Dipartimento/ prestatori di servizio a vario titolo

coinvolti: progettisti esterni / Commissari di Gara / collaudatori a prescindere dalla tipologia di contratto e quindi non solo al RUP.

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

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

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

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

Come da Regolamento aziendale sul funzionamento del Servizio Ispettivo, di cui alla deliberazione n. 1493 del 21.12.2018, all'oggetto "Servizio Ispettivo: Approvazione del nuovo regolamento e variazione della composizione" il medesimo nella composizione di cui alla deliberazione n. 882 del 03.09.2021, la cui composizione è stata rideterminata con deliberazione n. 399 del 12.05.2023, nel corso dell'anno 2025, ha proceduto ad effettuare le seguenti attività:

- nella seduta del 17/03/2025, ha proceduto alla verifica del personale dipendente estratto mediante sorteggio elettronico in data 28/11/2024, afferente al Dipartimento Materno-Infantile – SS.CC. Ostetricia e Ginecologia Ciriè, Chivasso e Ivrea con S.S. Percorso Nascita e del personale convenzionato estratto ed individuato nella macrocategoria degli Psicologi convenzionati. Le verifiche si sono concluse e sono risultate regolari;
- nella seduta del 17/03/2025, il Servizio Ispettivo, a seguito della definizione e alla predisposizione del programma annuale di lavoro ha proceduto al sorteggio del personale dipendente da sottoporre a controllo e, nell'ambito dei dipartimenti previsti dall'atto aziendale, è stato estratto il Dipartimento Area Chirurgica e all'interno dello stesso, la S.C. Chirurgia Generale – Ciriè, la S.C. Chirurgia Generale – Chivasso con la S.S. Day Surgery Chivasso, la S.C. Chirurgia Generale – Ivrea con la S.S. Day Surgery Ivrea - Cuorgnè.

Nella stessa seduta, il Servizio Ispettivo ha proceduto al sorteggio di una delle macrocategorie costituenti il personale convenzionato con riferimento alla quale si effettueranno le verifiche periodiche ed è stata individuata quella dei Veterinari convenzionati.

- nella seduta del 26/09/2025 si è proceduto in seduta pubblica all'estrazione mediante sorteggio elettronico, del campione di operatori dipendenti assegnati alle Strutture aziendali e del personale convenzionato, individuati nella seduta del 17/03/2025.

Ai dipendenti e al convenzionato sorteggiati è stata richiesta la compilazione di apposita dichiarazione.

Nella seduta del 26/09/2025, si è approfondito l'esame della posizione di uno specialista xxx, come da documentazione conservata agli atti, in merito alla riscossione/percezione della indennità di disponibilità prevista dall'art. 45 dell'ACN che regola i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie, a cui è seguita una richiesta all'Agenzia delle Entrate, territorialmente competente, circa l'attestazione dei redditi da lavoro dipendente e da lavoro autonomo relativi all'anno 2022 dichiarati da ogni specialista percettore dell'indennità.

Per uno specialista a conclusione dell’istruttoria effettuata il Servizio Ispettivo ha trasmesso tutti gli atti alla SC Amministrazione del Personale – Settore CNU per i provvedimenti di competenza.

**6.6) Inconferibilità ed incompatibilità incarichi Dirigenziali (D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 così come modificato dalla Legge n. 21 del 5 marzo 2024 che ha introdotto un importante modifica normativa agli artt. 4 -7 e 12 del Decreto Legislativo n. 39/2013)**

Il D.Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 così come modificato dalla Legge n. 21 del 5 marzo 2024 che ha introdotto un importante modifica normativa agli artt. 4-7 e 12 del Decreto Legislativo n. 39/2013 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 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 preconstituirsi 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 la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

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

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

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

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

caso di ragionevole dubbio, mirati.

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

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

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

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

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

Inoltre, al dipendente che effettua segnalazioni di illecito:

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

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

Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'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. 951 del 04.12.2023 è stata approvata la nuova procedura per la segnalazione interna, esterna, divulgazione pubblica di una condotta illecita (whistleblowing).

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

Il sistema informatico automatico per la gestione delle segnalazioni si condotte illecite, è raggiungibile tramite il link <https://aslt04.pawhistleblowing.it/>.

Sul sito web istituzionale [www.aslt04.piemonte.it](http://www.aslt04.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 e 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.

Nel mese di maggio 2025, tramite piattaforma whistleblowing, è pervenuta una segnalazione anonima/delatoria, che a seguito dell'istruttoria non ha presentato elementi tali da sfociare nell'ambito della corruzione, né tantomeno nell'ambito di altri reati/illeciti.

#### **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 2025 sono state effettuate le seguenti azioni:

- è stato pubblicato dal giorno 14 novembre 2025 al 10 dicembre 2025 sul sito istituzionale dell'A.S.L. apposito avviso, inviato anche a tutti i portatori di interessi sia interni che esterni, per acquisire proposte e suggerimenti per l'aggiornamento del PTPCT, in modo da poter migliorare ogni politica aziendale in materia;
- raccolta da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico di reclami, segnalazioni e denunce che sono state analizzate per migliorare la qualità dei servizi erogati.

Nel corso del triennio di riferimento:

- saranno sempre oggetto di consultazione pubblica i documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali in tema di trasparenza ed integrità;
- proseguirà la raccolta da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico di reclami, segnalazioni e denunce che verranno analizzate per migliorare la qualità dei servizi erogati;
- proseguirà la raccolta delle segnalazioni di presunti illeciti e irregolarità effettuate dagli utenti e da tutti i cittadini tramite procedura whistleblowing.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il monitoraggio si distingue in tre livelli.

#### Monitoraggio di 1° livello

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

attuazione delle misure contenute nel PTPCT;

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

#### Monitoraggio di 2° livello

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

Il R.P.C.T. si avvale anche del Gruppo Audit per l'effettuazione delle verifiche sui processi / attività maggiormente a rischio; le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del R.P.C.T. poiché alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che vengono attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al R.P.C.T. in corso d'anno tramite la procedura del whistleblowing aggiornata come da D.Lgs. 24/2023 con deliberazione n. 951 del 04.12.2023 o tramite segnalazioni o reclami.

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

Il gruppo di lavoro nell'anno 2025 ha provveduto ad effettuare Audit relativo al processo:

- “Gare anni 2023 - 2024”
- “Rotazione componenti commissione di gara anni 2023-2024-2025”

gestiti dalla sottoelencata Struttura:

- S.S. Procedure di Acquisizione Beni e Servizi in collaborazione con AIC2 e residuali – Responsabile Dott.ssa Fiorillo Stefania.

Copia del relativo rapporto di Audit è stato trasmesso, per quanto di competenza, al Direttore Amministrativo.

#### Monitoraggio di 3° livello

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

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

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

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

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

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

dell'08.11.2017 di approvazione di nuove linee guida in sostituzione di quelle di cui alla determinazione n. 8/2015.

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

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

Per quanto riguarda gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione posti in essere dagli organismi partecipati l'A.S.L. TO4 ha provveduto, con nota Pec n. 0123368 del 14.11.2025, a richiedere agli stessi idoneo resoconto sugli adempimenti attuati in coerenza con le indicazioni di cui alla delibera A.N.A.C. n. 1134 dell'08.11.2017; S.A.A.P.A. Spa con PEC del 11.12.2025 acquisita al protocollo aziendale n. 0133304 ha dato riscontro a quanto richiesto.

Anche nell'anno 2026 si provvederà con la richiesta del resoconto predetto.

### 2.3.2. SEZIONE TRASPARENZA 2026 – 2028

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

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

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

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

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

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

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

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

- a. Contratti con Bandi e Avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31 dicembre 2023 (pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Bandi di Gara e Contratti" secondo le indicazioni ANAC di cui all'allegato n. 9 al PNA 2022);
- b. Contratti con Bandi e Avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31 dicembre 2023 (assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le indicazioni di cui al comunicato sull'avvio del processo di digitalizzazione che ANAC, d'intesa con il MIT, ha adottato con delibera n. 582 del 13 dicembre 2023);

- c. Contratti con Bandi e Avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024 (pubblicazione mediante invio alla BDNCP e pubblicazione in “Amministrazione Trasparente” secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli art. 19 e ss.gg. ed alle delibere ANAC n.261/2023 e n. 264/2023 e relativo allegato 1 e successivi aggiornamenti).

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

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

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

Con deliberazione n 481 del 3 dicembre 2025 ANAC ha approvato alcune modifiche alla delibera n. 495 del 25 settembre 2024 proponendo nuovi schemi:

- allegato 1 alla delibera predetta: Schema art. 4bis Dlgs 33/2013” Trasparenza nell’utilizzo delle risorse pubbliche”;
- allegato 3 alla delibera predetta: Schema art. 31 D.lgs. 33/2013” Obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull’organizzazione e sull’attività dell’Amministrazione”;
- allegato 4 alla delibera predetta: “Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex D.lgs. 33/2013 come modificato dalla deliberazione n. 481 del 3 dicembre 2025”

Il PNA 2025 ha previsto una parte speciale Trasparenza contenete la normativa di riferimento, le indicazioni di ANAC, le indicazioni di AGID in tema di accessibilità, i fattori determinanti per assicurare adeguati livelli di trasparenza, le criticità e le raccomandazioni, come migliorare la conoscibilità dei contenuti della sezione AT ed una appendice sulla accessibilità dei documenti .pdf.

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 alle varie Strutture aziendali.

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

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

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

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

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](http://www.aslto4.piemonte.it)), ed è definito, per ciascun obbligo, il programma operativo da attuare. Il Responsabile/Referente di ciascuna Struttura/Ufficio ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione, prestando sempre attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

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

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

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

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

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

A tal fine il Responsabile citato provvede a:

- a) monitorare sistematicamente l’adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino 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.A.C.); i relativi esiti sono pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web aziendale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alla luce del disposto delle suddette linee guida con deliberazione n. 1027 del 04.10.2017 è stato approvato il “Regolamento in materia di diritto di accesso ai documenti, dati ed informazioni detenuti dall’ASL TO4”, il quale regolamenta 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 LINEE STRATEGICHE PER L'ORGANIZZAZIONE

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

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

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

#### 3.1.1. ORGANIGRAMMA

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

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

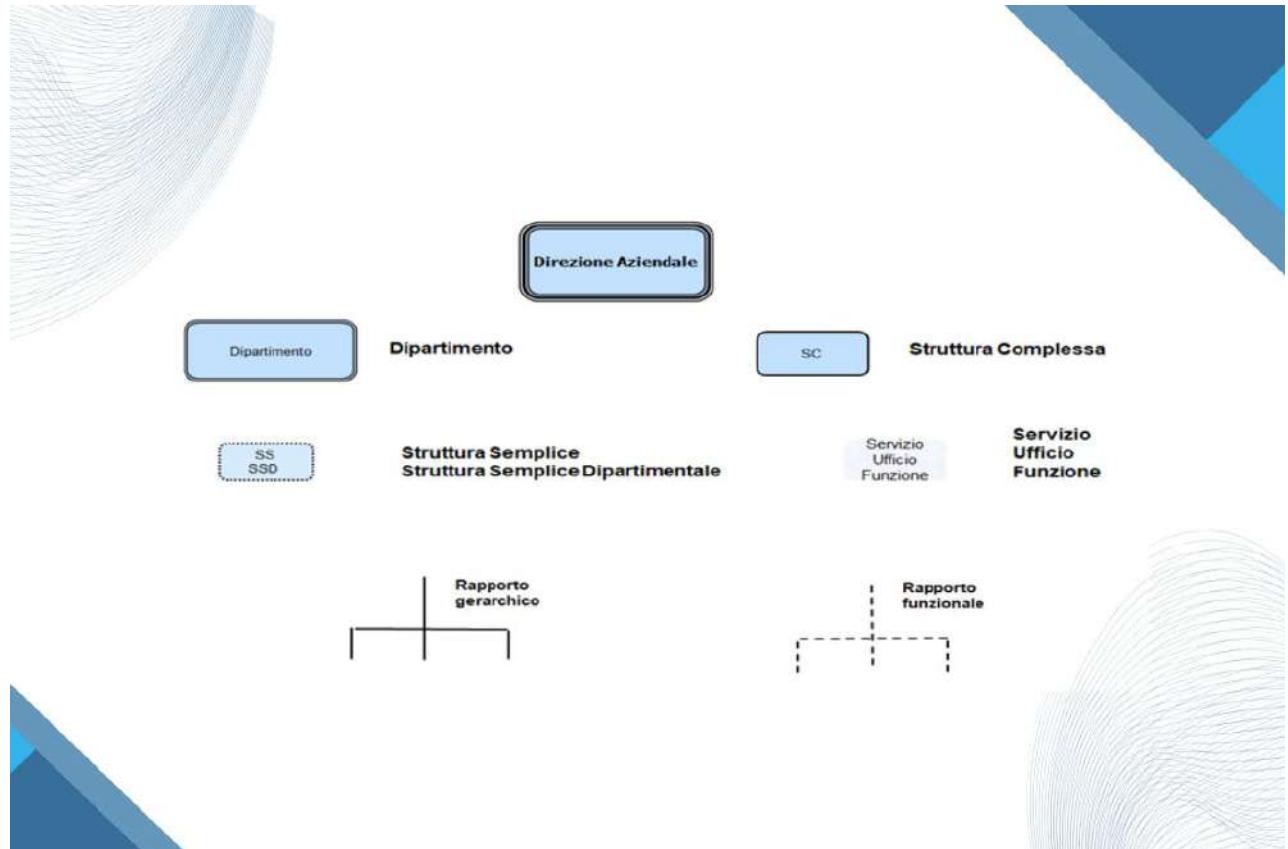
Con le deliberazioni n. 912 del 20/12/2024 e n. 929 del 23/12/2024, è stata istituita una nuova struttura semplice all’interno della S.C. Cardiologia di Ivrea denominata “Interventistica cardiovascolare ed extra” al fine di garantire la più appropriata presa in carico dei pazienti in emergenza cardiologica. Tale modifica è stata approvata con DGR n. 13-1107/2025/XII del 12/05/2025, recepita con Delibera n. 436 del 23/05/2025.

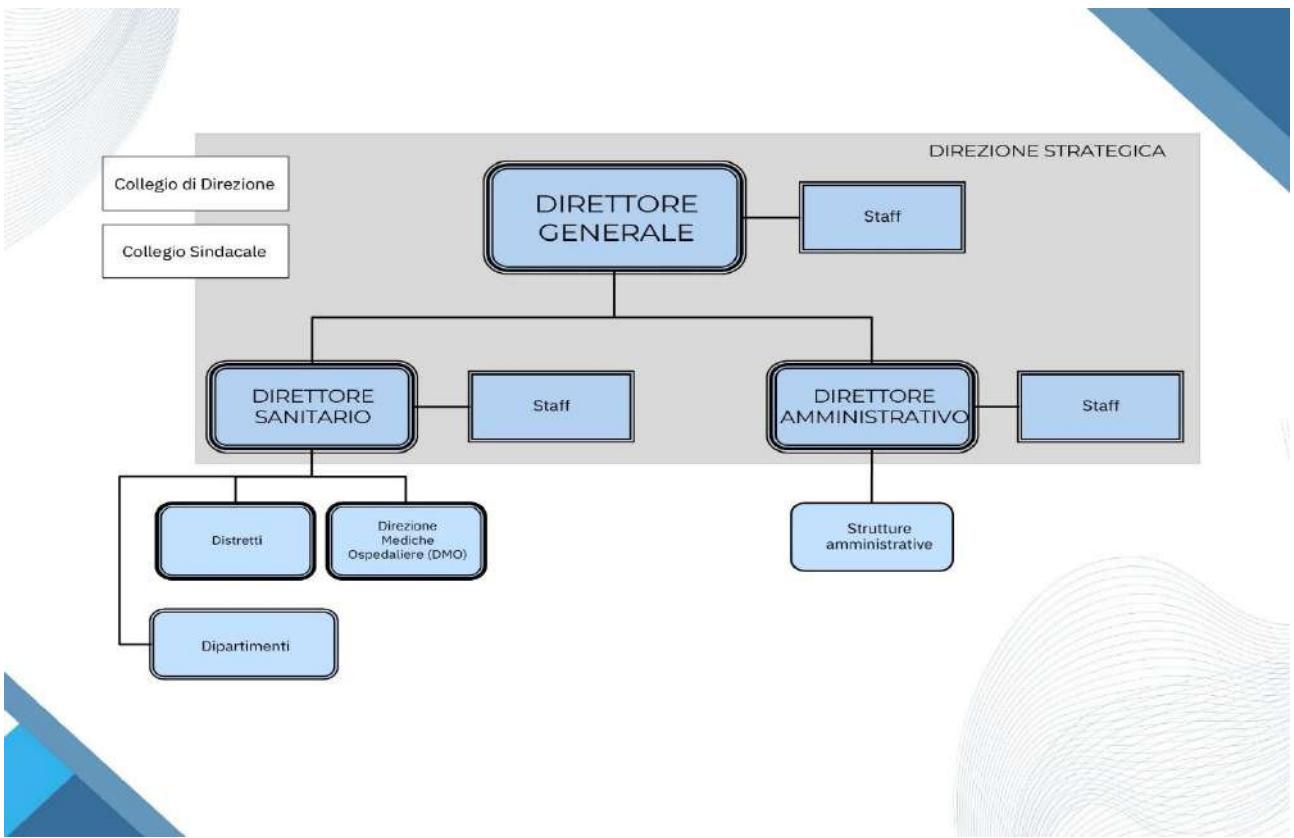
Con deliberazione n. 170 del 05/03/2025 era stata prevista la trasformazione della SSD Fisica Sanitaria in SC interaziendale di Fisica Sanitaria ASLTO4 e ASL AL, la trasformazione della SS DiPSa in SC DiPSa e il trasferimento delle competenze del CNU (Convenzioni Nazionali Uniche) dalla SC Affari Istituzionali – Legali-CNU alla SC Amministrazione del Personale. La Regione Piemonte con D.G.R. n. 28-1476/2025/XII del 04/08/2025 ha demandato a successivo provvedimento la valutazione circa l’istituzione della SC Fisica Sanitaria interaziendale, approvando invece le altre due modifiche richieste. La D.G.R. n. 28-1476/2025/XII è stata recepita con Delibera n. 693 del 19/08/2025. La nuova denominazione della SC Affari Istituzionali – Legali – CNU risulta essere SC Affari Istituzionali – Legali e con Delibera 1004 del 11/12/2025 si è disposta l’attivazione della SC DiPSa a decorrere dal 01/01/2026.

Nei primi mesi del 2026 è previsto l’inizio dei lavori per la revisione dell’atto aziendale. Le modifiche partiranno dal Collegio di Direzione che verrà coinvolto direttamente per la proposta di modifiche che saranno successivamente vagliate dalla Direzione, tenendo conto dei limiti numerici stabiliti da norma rispetto al numero di strutture organizzative possibili e ovviamente delle strategie aziendali per la cui realizzazione sono necessarie anche modifiche organizzative.

Attualmente le strutture dell'ASL TO4 sono le seguenti:

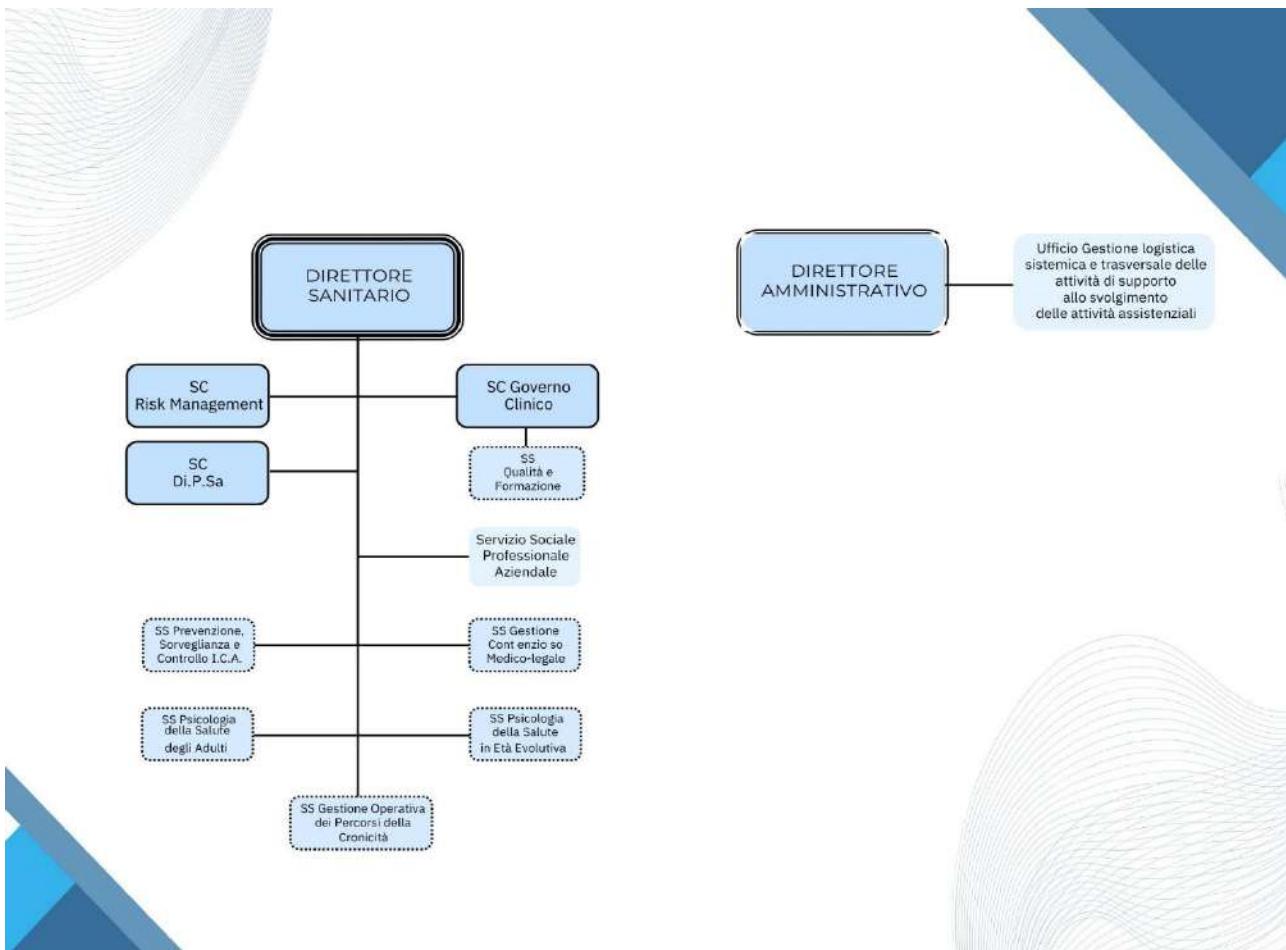
Legenda:



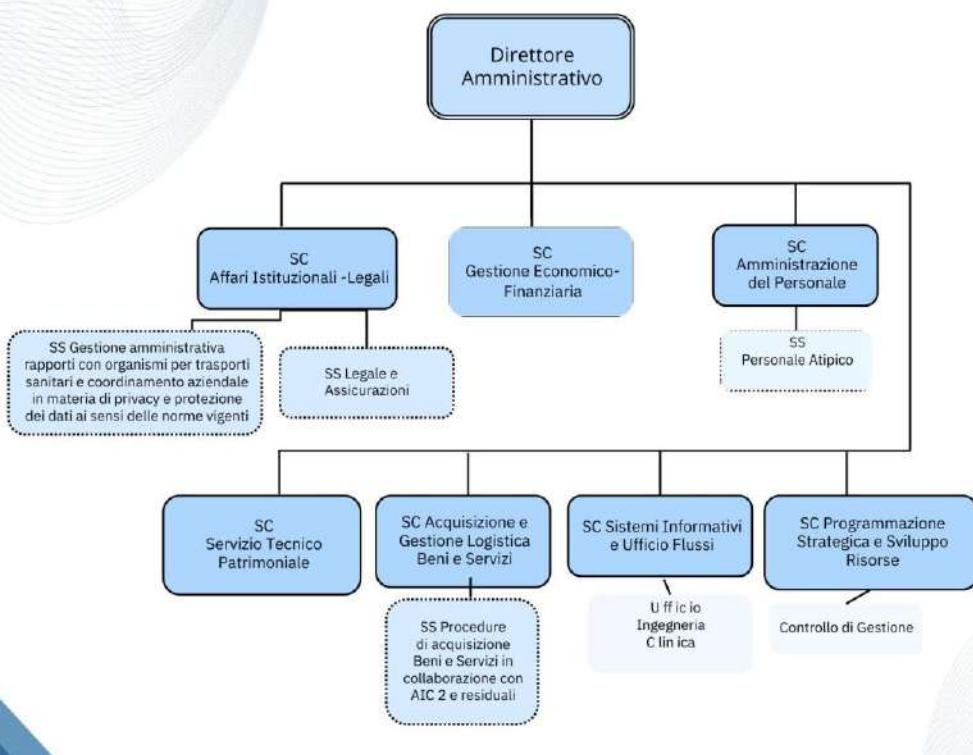


## AREA STAFF

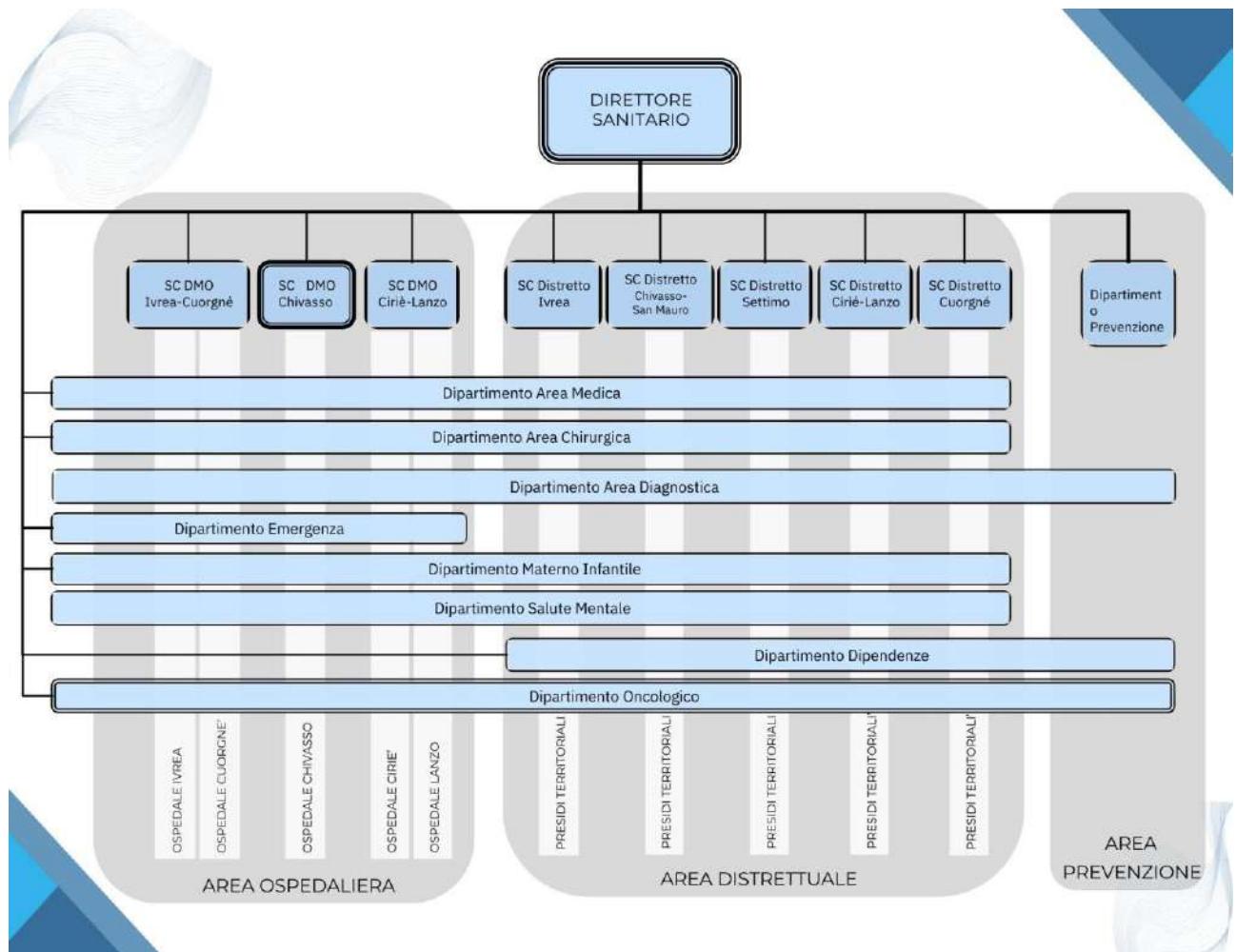


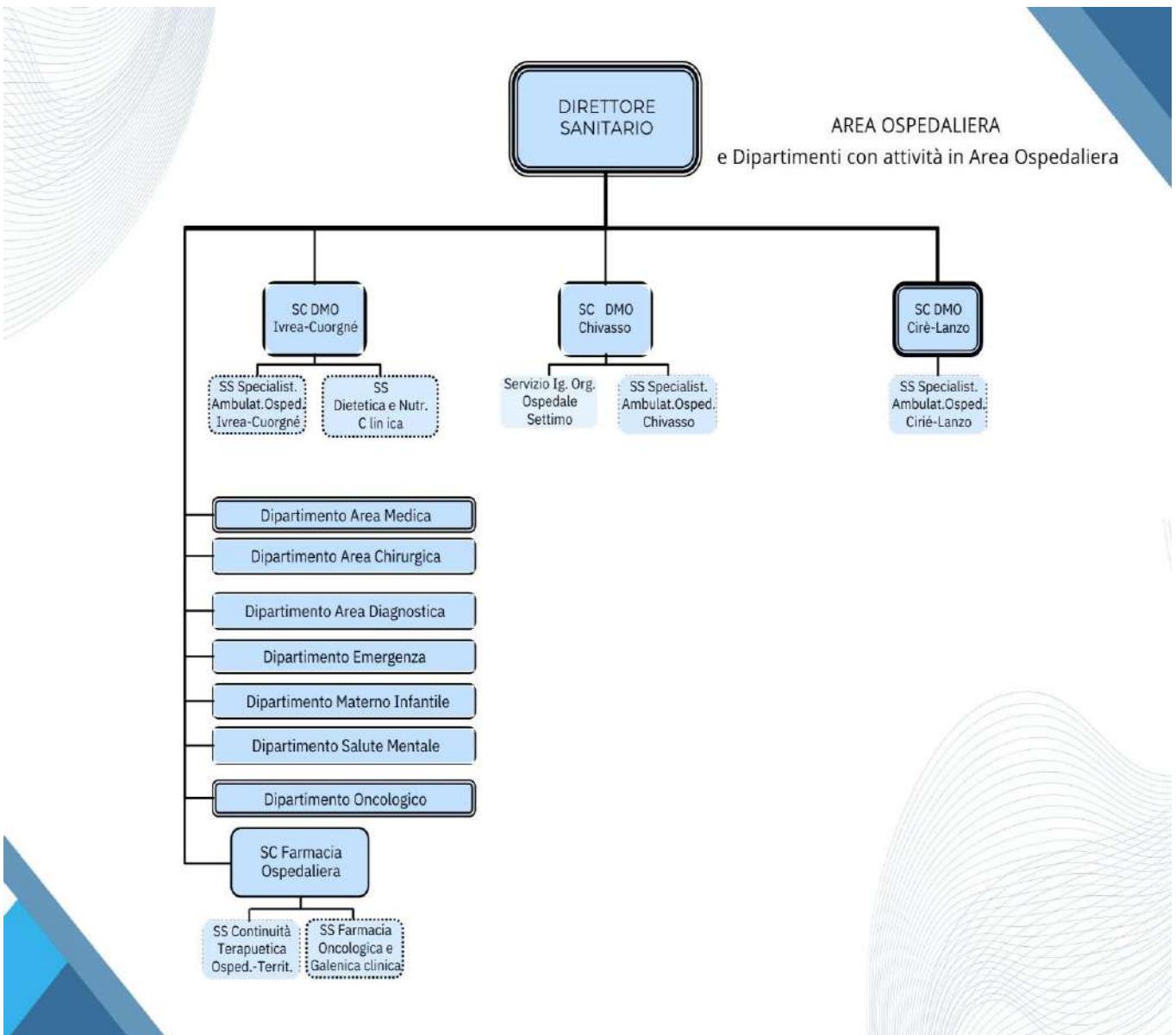


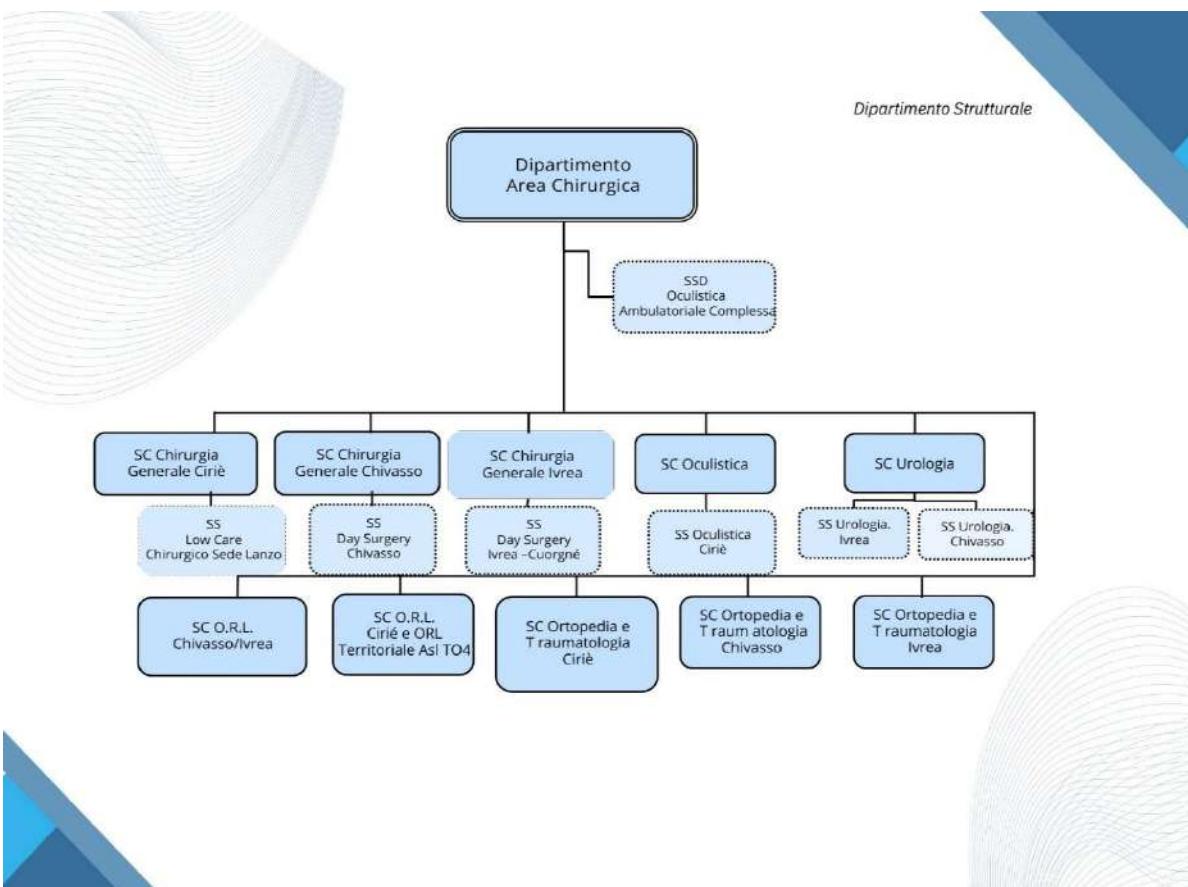
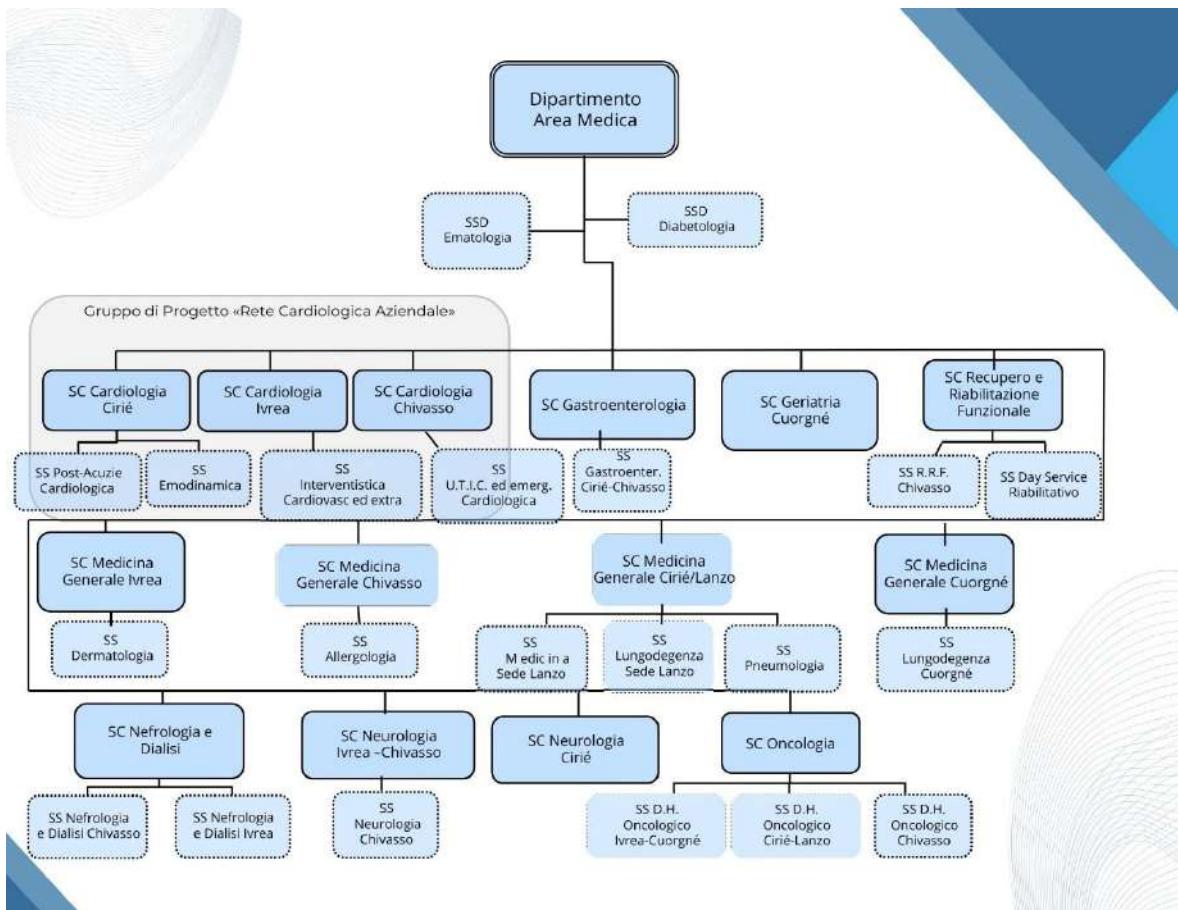
## AREA AMMINISTRATIVA



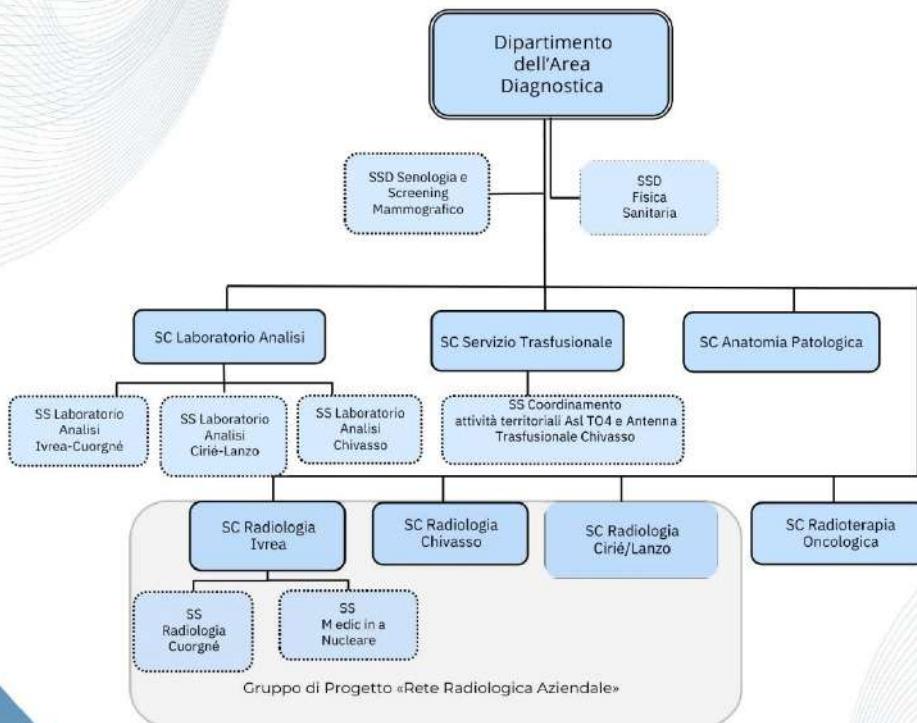
## AREA SANITARIA



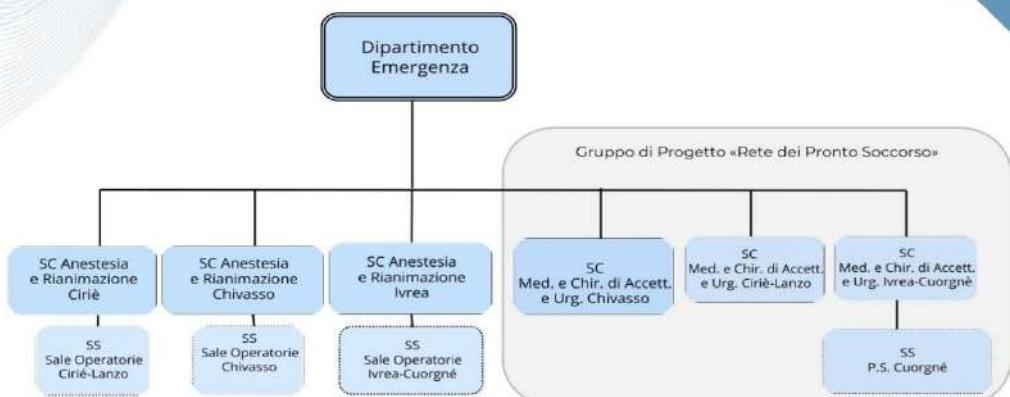


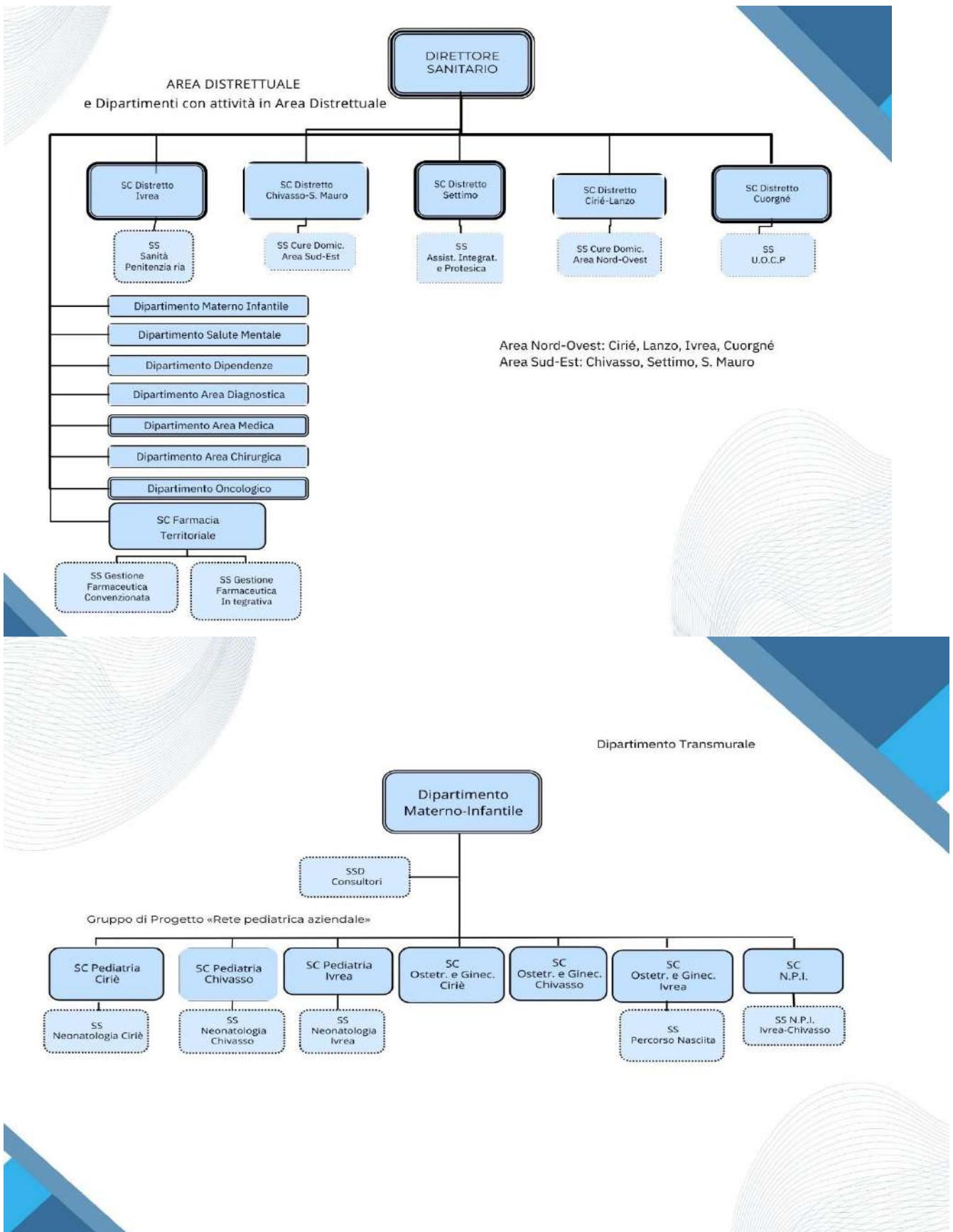


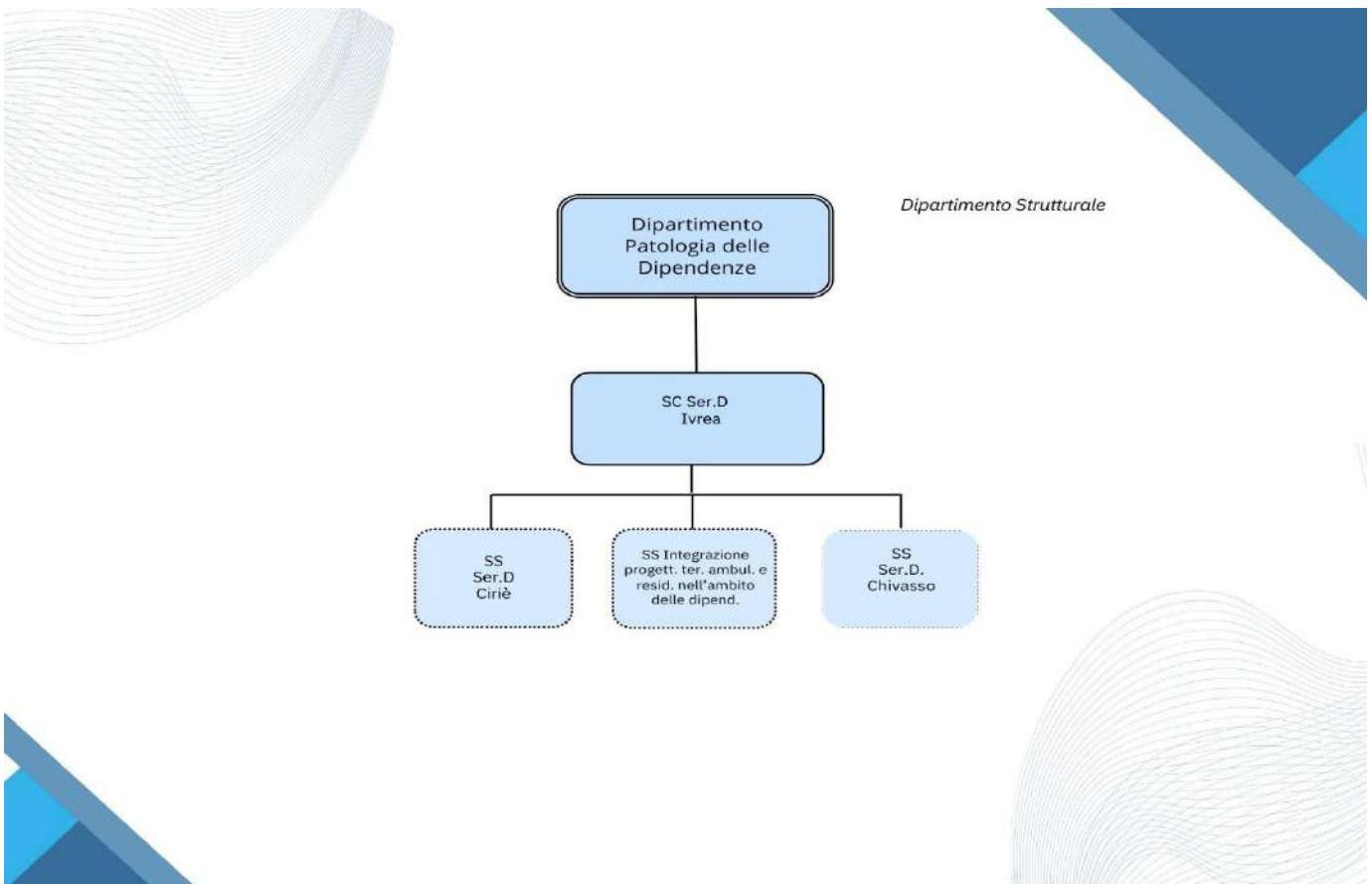
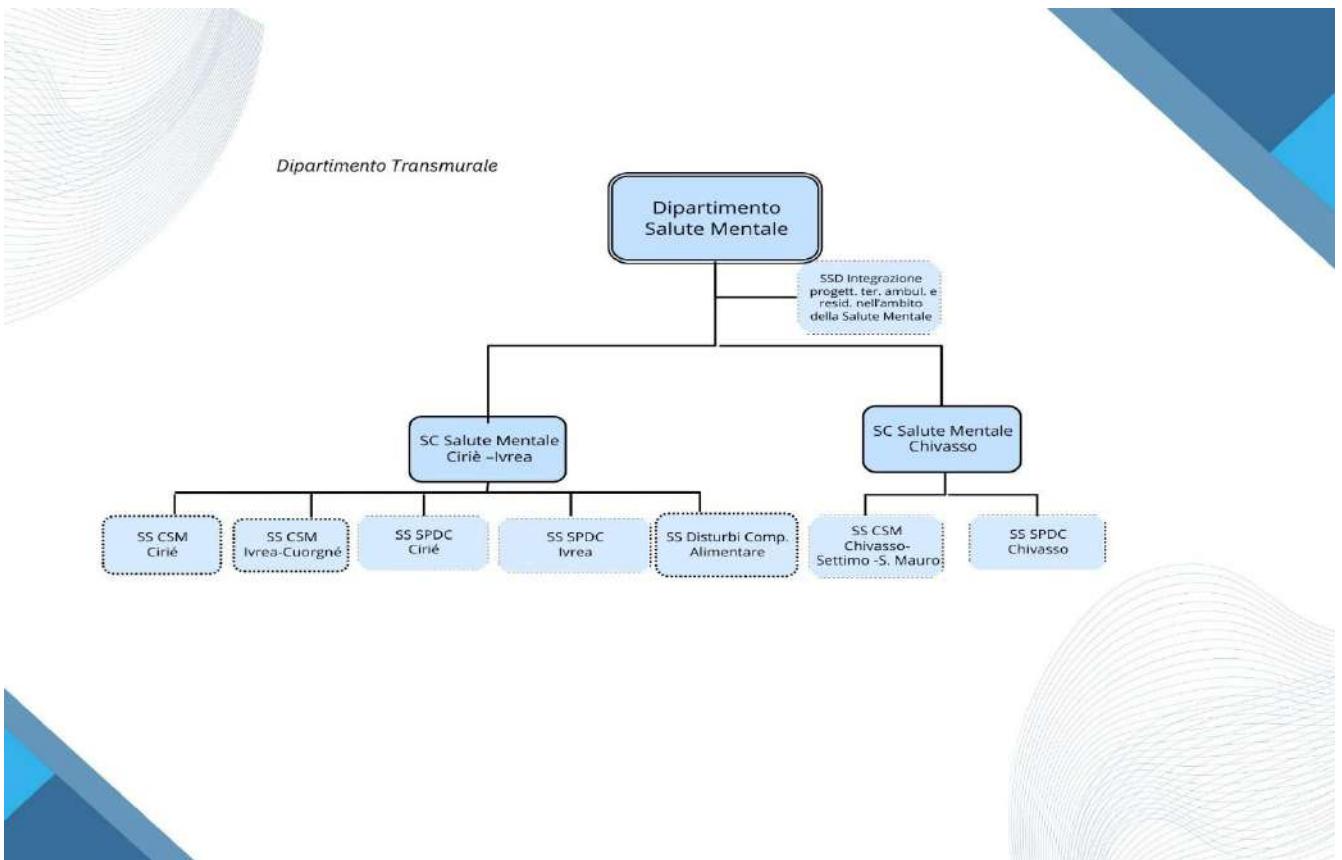
Dipartimento Strutturale

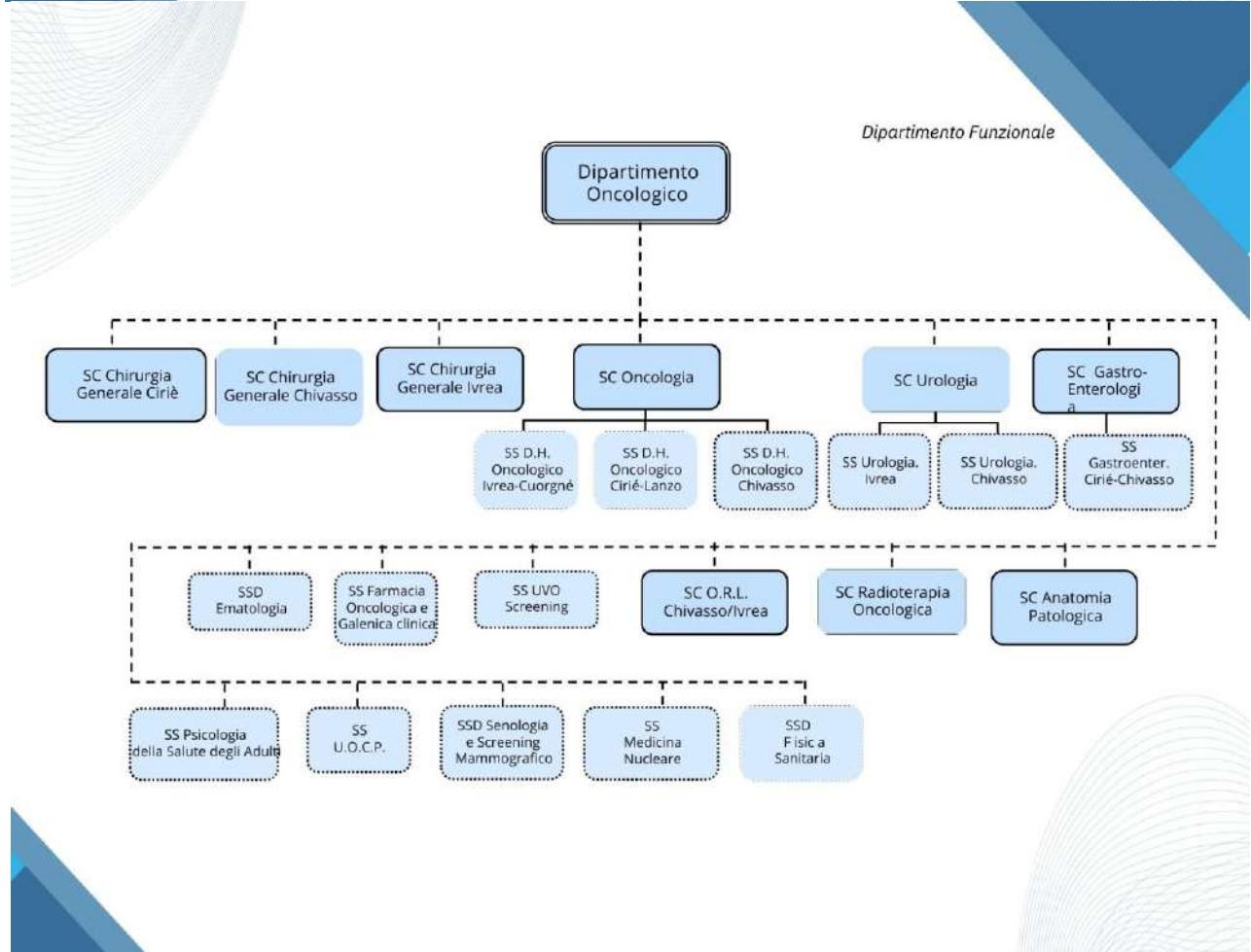
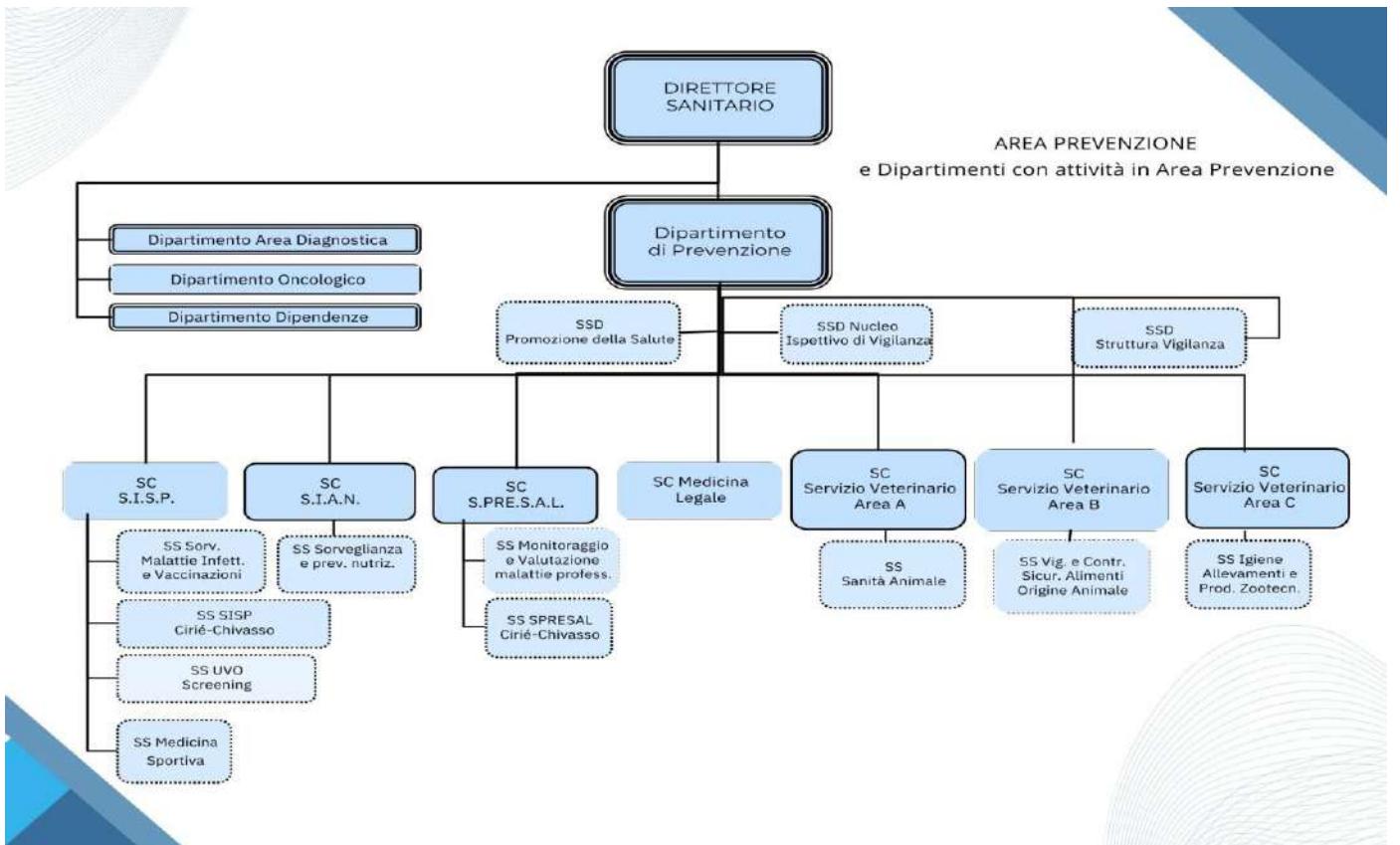


Dipartimento Strutturale









## 3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

### 1 *Principi generali*

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

Il quadro normativo del lavoro agile nella Pubblica Amministrazione, avviato con il **D.P.C.M. dell'8 ottobre 2021** e supportato dalla **Circolare del 5 gennaio 2022**, ha trovato un consolidamento strutturale nella **Direttiva del 29 dicembre 2023 del Ministro della Pubblica Amministrazione**. Tale atto ha sancito il superamento della fase emergenziale e della tutela speciale per i lavoratori "fragili" (cessata il 31 marzo 2024), riconducendo lo strumento alla disciplina contrattuale ordinaria basata su accordi individuali e obiettivi misurabili. In tale solco si inseriscono le **Linee Guida sul lavoro a distanza (prot. 10 gennaio 2025, n. 321)**, che definiscono le modalità operative per il triennio 2025-2027. Esse specificano le tutele per il diritto alla disconnessione, le fasce di contattabilità e le procedure in caso di inoperabilità tecnica, ribadendo la possibilità di derogare alla prevalenza del lavoro in presenza per situazioni di particolare necessità salute o inclusione, fermo restando il perseguitamento dell'efficienza dei servizi offerti ai cittadini.

Il presente Regolamento è rivolto sia al personale del Comparto, recependo quanto disposto dal CCNL del 27/10/2025, triennio 2022-2024, sia alla Dirigenza dell'Area Sanità recependo quanto disposto dal CCNL del 24/01/2024, triennio 2019-2021, nonché alla Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa, recependo quanto disposto dal CCNL del 16/07/2024, triennio 2019-2021.

### 2 *Normativa di riferimento*

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

- ✓ **Art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124**, recante *"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* e, in particolare, il comma 3, secondo cui *"Con direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 del presente articolo e linee guida contenenti regole inerenti l'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dipendenti"*;
- ✓ **Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri** recante Linee Guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti;
- ✓ **L. 22 maggio 2017 n. 81** recante *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"* con specifico riferimento agli artt. 18 ss. in materia di "Lavoro agile";
- ✓ **Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017** avente ad oggetto: *"Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative"*;
- ✓ **Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1° luglio 2017** avente ad oggetto *"Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art. 14 della legge 7 agosto*

*2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”;*

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

- ✓ **Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche del 30 novembre 2021** nel quale si delineano gli aspetti fondamentali della regolamentazione del lavoro agile e da remoto in attesa della disciplina definitiva derivante dalla contrattazione collettiva;
- ✓ **Circolare del 5 gennaio 2022**, a firma congiunta del Ministro per la Pubblica Amministrazione e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, il cui scopo è stato di sensibilizzare le Pubbliche Amministrazioni e i datori di lavoro privati ad utilizzare appieno gli strumenti di flessibilità;
- ✓ **Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105**, che reca disposizioni atte a migliorare la conciliazione tra attività lavorativa e vita privata per i genitori e i prestatori di assistenza, al fine di conseguire la condivisione delle responsabilità di cura tra gli uomini e donne e la parità di genere in ambito lavorativo e familiare.
- ✓ **Direttiva 29 dicembre 2023 del Ministro della Pubblica Amministrazione**, con la quale viene evidenziata la necessità di garantire ai lavoratori che documentano “*gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari*” la possibilità e non più l’obbligatorietà di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, “*anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza*”.
- ✓ **Linee Guida sul lavoro a distanza prot. 10 gennaio 2025, n. 321**, emanate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS). Sebbene nascano come atto interno di un ministero, esse sono considerate un modello di riferimento per l’intera Pubblica Amministrazione nel 2025, poiché applicano concretamente i principi della Direttiva Zangrillo (29/12/2023).

### **3 Applicazione e obiettivi perseguiti**

- 3.1 Il lavoro agile va applicato e contestualizzato all’interno di ogni Azienda sulla base della tipologia di attività prestate dalla stessa. Nell’ASL TO4, ovviamente, trattandosi di Azienda Sanitaria, è presente un elevato numero di attività che richiede, per la corretta prestazione lavorativa, la presenza fisica in sede e/o il contatto diretto con l’utente finale. Pertanto, possono accedere a tale forma di lavoro agile quelle figure che non richiedono una necessaria presenza sul posto di lavoro, secondo quanto attribuito dallo specifico profilo professionale.
- 3.2 Lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti.
- 3.3 Attraverso il ricorso al lavoro agile l’ASL TO4 intende perseguire i seguenti obiettivi:
- ✓ Promuovere lo sviluppo del lavoro agile quale strumento ordinario di organizzazione del lavoro, monitorandone l’estensione nel rispetto dell’efficienza dei servizi e dei livelli di performance stabiliti nel PIAO;
  - ✓ 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 Il dipendente conserva il diritto di richiedere, ove ne ricorrono i relativi presupposti, 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 di cui all'art. 51 (Permessi retribuiti per motivi personali o familiari) del CCNL 2.11.2022, i permessi sindacali di cui al CCNQ 4 dicembre 2017 e s.m.i., i permessi per assemblea di cui all'art. 11 (Diritto di assemblea) e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992.
- 4.7 Come previsto dal CCNL Comparto Sanità 2022–2024, nelle giornate di lavoro agile è riconosciuto il buono pasto, nel rispetto delle condizioni e dei requisiti previsti dalla disciplina contrattuale e aziendale vigente.
- 4.8 Nelle giornate di lavoro agile non è possibile effettuare prestazioni di lavoro straordinario, di pronta disponibilità, lavoro notturno o in turnazione, né ricevere indennità legate a condizioni di rischio o disagio ambientale.
- 4.9 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.
- 4.10 Il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, oltre che per la sopraccitata ipotesi di problematiche di natura tecnica/informatica, anche per necessità di servizio. In questo caso è necessaria una comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, ove possibile, con un preavviso di almeno 24 ore. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite. Sono fatti salvi, comunque, i casi di eventuali situazioni di emergenza che richiedano il richiamo in servizio del dipendente.
- 4.11 Ferma restando la flessibilità dell'orario di lavoro, è sempre assicurata una fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia oraria comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo. Durante tale fascia il dipendente ha diritto alla disconnessione, ossia, oltre a non erogare alcuna prestazione lavorativa allo stesso non è richiesta: la lettura delle e-mail, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda.

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

- 5.1 L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria. Si effettua previo accordo individuale tra le parti e su richiesta del lavoratore interessato. È consentita a tutto il personale dell'ASL TO4 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, pieno o parziale, purché le attività siano ritenute organizzativamente idonee ad essere prestate a distanza.
- 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 garantisce la priorità di accesso ai sensi dell'art. 18, comma 3-bis, della Legge 81/2017 e dei vigenti CCNL di settore, alle seguenti categorie:
- ✓ Genitori e affidatari: con figli di età fino a 12 anni (limite che non trova applicazione in caso di figli con disabilità in situazione di gravità ai sensi della L. 104/1992);
  - ✓ Lavoratori con disabilità: in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992;
  - ✓ Caregiver familiari: che assistono familiari conviventi non autosufficienti o disabili gravi, ai sensi dell'art. 1, comma 255, della Legge 205/2017;
  - ✓ Lavoratori in condizioni di fragilità: soggetti con specifiche e documentate condizioni cliniche (es. patologie oncologiche, cronico-degenerative o immunodepressione) che rendano opportuno lo svolgimento della prestazione a distanza per la tutela della salute.

Ulteriori criteri di priorità o modalità organizzative specifiche potranno essere oggetto di confronto con le Rappresentanze Sindacali del Comparto e dell'Area della Dirigenza, secondo quanto previsto dai rispettivi CCNL.

## **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:

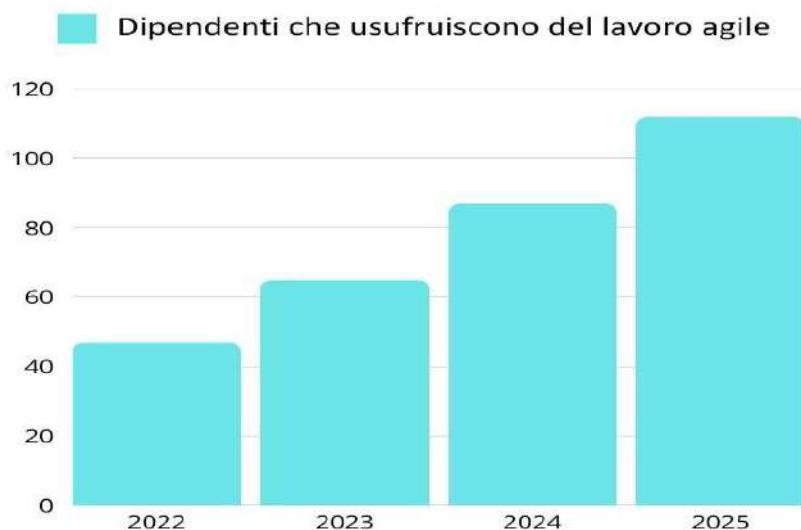
- ✓ Individuazione delle attività: mappare i processi lavorativi idonei allo svolgimento a distanza, garantendo che la modalità agile non pregiudichi la qualità, la continuità e la tempestività dei servizi erogati all'utenza;
- ✓ Pianificazione degli obiettivi: definire per ciascun lavoratore obiettivi prestazionali chiari, misurabili e orientati al risultato, integrati con il sistema di valutazione della performance aziendale;
- ✓ Valutazione dei requisiti: verificare l'idoneità delle richieste dei lavoratori, bilanciando le attitudini individuali (autonomia e competenze digitali) con le necessità organizzative della struttura;
- ✓ Monitoraggio orientato ai risultati: verificare l'andamento della prestazione tramite indicatori di efficacia ed efficienza (output), nel pieno rispetto della protezione dei dati personali e del diritto alla disconnessione del dipendente;
- ✓ Verifica finale (Reporting): valutare periodicamente il raggiungimento dei target prefissati, fornendo il necessario feedback per il miglioramento dei processi organizzativi.

## **7 Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile**

7.1 Dall'introduzione del P.O.L.A. (30/06/2022) ad oggi hanno stipulato un accordo individuale per lo svolgimento di lavoro agile un totale di n. 112 dipendenti.

Rispetto al 2022, anno in cui avevano usufruito del lavoro agile 47 dipendenti, si rileva un significativo incremento dei soggetti ammessi a tale modalità. Tale estensione avviene in coerenza con la pianificazione

definita nel PIAO aziendale, che ha superato le soglie percentuali previste dalla normativa emergenziale, basando l'accesso sulla mappatura delle attività idonee e sulla garanzia di efficienza dei servizi erogati.



## **8 Ricognizione delle attività espletabili in modalità agile**

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

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

8.2 Restano, comunque, esclusi i lavori in turno del personale assistenziale e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni e documentazioni non remotizzabili o la presenza fisica (front office).

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

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

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

## **9 Procedura di accesso al lavoro agile**

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

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

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

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

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

9.5 Qualora le richieste 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 con figli fino a dodici anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità (art. 3, comma 3, Legge 104/1992), nonché lavoratori che abbiano concluso il congedo di maternità di cui all'art. 16 del D.Lgs. 151/2001 da meno di tre anni;
- ✓ 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, saranno oggetto di apposito confronto con le rappresentanze sindacali del Comparto e dell'Area della Dirigenza.

## **10 Accordo individuale**

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

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 a distanza, la cui programmazione deve garantire la prevalenza della prestazione lavorativa in presenza (o una congrua alternanza tra le due modalità), in coerenza con le esigenze di servizio e gli obiettivi assegnati dal Responsabile.;
- ✓ 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 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 11 Pro o Windows 10 Pro (**fino al 13 ottobre 2026**) con attivo **Extended Security Updates (ESU)** o MacOs cono 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 alla connessione VPN Aziendale (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 deve garantire lo svolgimento della prestazione in ambienti idonei a una comunicazione voce e dati efficiente, stabile e riservata, assicurando la piena reperibilità nelle fasce orarie concordate. In linea con il Piano di Comunicazione Aziendale, il dipendente in lavoro agile è tenuto a:

- ✓ Utilizzare esclusivamente i canali istituzionali (e-mail aziendale, portali dedicati, piattaforme di messaggistica autorizzate come ad es. la chat di Teams) per lo scambio di informazioni professionali, al fine di garantire l'identità visiva e la tracciabilità dell'Ente. L'utilizzo di applicativi di messaggistica istantanea non istituzionali (es. WhatsApp) è da considerarsi puramente residuale, limitato a comunicazioni di servizio urgenti e indifferibili qualora i canali ordinari risultino tecnicamente non disponibili, e comunque nel rispetto della protezione dei dati personali e del diritto alla disconnessione.
- ✓ Garantire la continuità informativa verso i colleghi e l'utenza, aggiornando tempestivamente i propri stati di presenza/assenza sui sistemi di messaggistica interna e assicurando che la qualità della comunicazione verso l'esterno sia equivalente a quella erogata in presenza.
- ✓ Partecipare attivamente ai momenti di coordinamento e alle riunioni telematiche, adottando comportamenti che favoriscano la circolazione delle informazioni e l'integrazione organizzativa, evitando situazioni di isolamento comunicativo.
- ✓ Segnalare immediatamente al proprio Responsabile e alla S.C. Sistemi Informativi qualsiasi impedimento tecnico, malfunzionamento degli strumenti o sospetto incidente informatico che possa pregiudicare la sicurezza dei dati o l'efficacia dei flussi comunicativi.

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:

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni e benessere dei lavoratori e delle lavoratrici.

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

Nell'ambito dei compiti assegnati dalle norme, il CUG, operando in stretto raccordo con il vertice amministrativo, esercita le proprie funzioni utilizzando le risorse umane e strumentali che l'azienda mette a disposizione al fine di vigilare affinché nessuna tipologia di lavoratore venga aprioristicamente esclusa dalla possibilità di accedere al lavoro agile, a partire dalla fase iniziale del progetto.

Inoltre, il CUG svolge un ruolo di supervisione anche in caso di controversie relative all'applicazione del lavoro agile e 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 soggetto al rispetto degli obblighi di riservatezza previsti dalla normativa vigente di cui agli Allegati 5 e 6.

### 3.3 CAPITALE UMANO

Il personale in servizio al 31/12/2025, suddiviso per profilo è il seguente (questi numeri sono al lordo del personale finanziato dall'applicazione del D.L. 34/20 e del D.M. 77/2022):

Figura Professionale	TI	TD	Interinali	<u>TOTALE</u>
	31/12/2025	31/12/2025	31/12/2025	31/12/2025
Infermieri (C/D/DS) /infermiere pediatrico	1588	33	30	1651
OSS	640	86	35	761
Tecnici sanitari	299	0	11	310
Altro personale sanitario	302	4	20	326
Personale amministrativo del comparto	539	0	9	548
Altro personale altri ruoli	285	0	23	308
<b>Totale comparto</b>	<b>3653</b>	<b>123</b>	<b>128</b>	<b>3904</b>
Dirigenti PTA	14	1	0	15
Dirigenti sanitari	61	4	0	65
Dirigenti medici	618	35	0	653
Dirigenti veterinari	41	0	0	41
<b>Totale dirigenza</b>	<b>734</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>774</b>
<b>Totale</b>	<b>4387</b>	<b>163</b>	<b>128</b>	<b>4678</b>

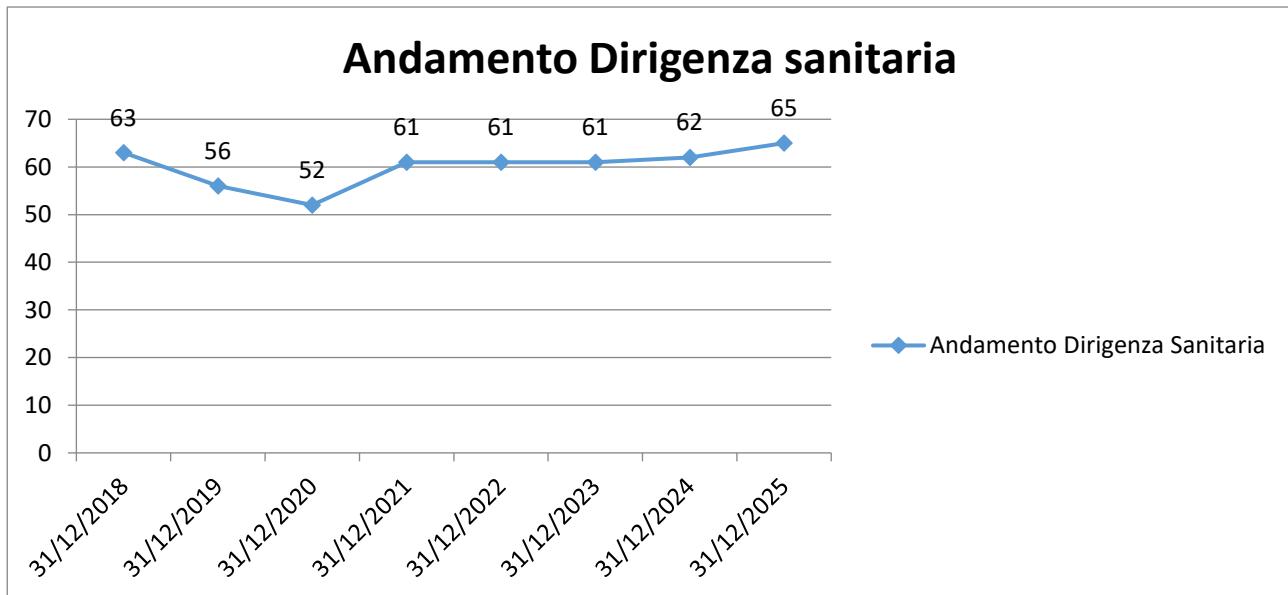
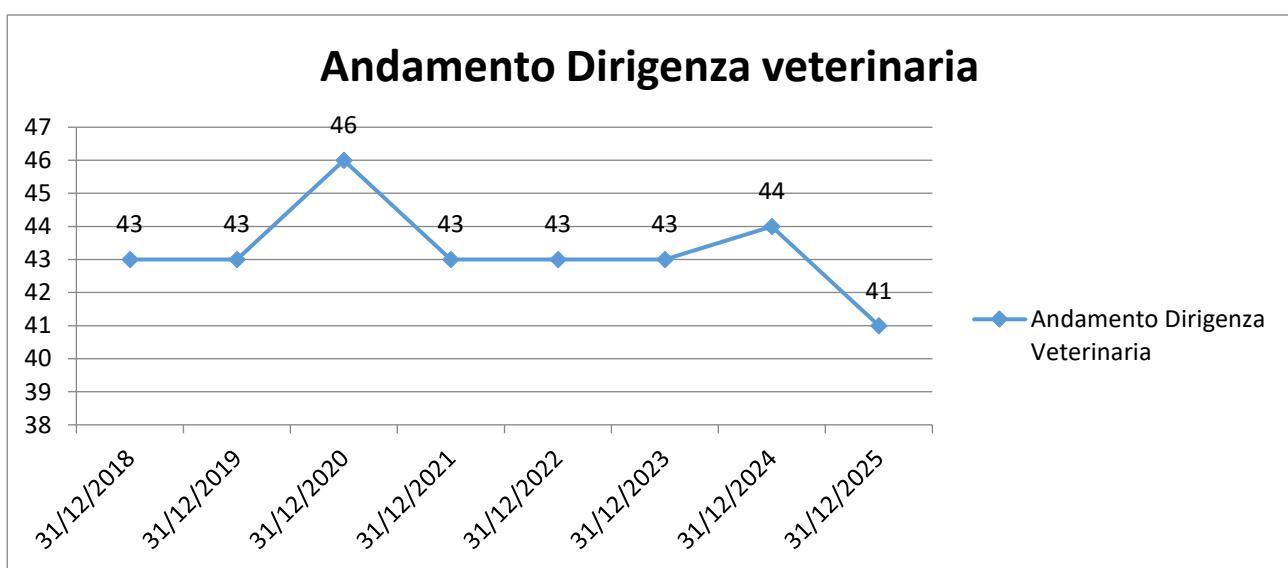
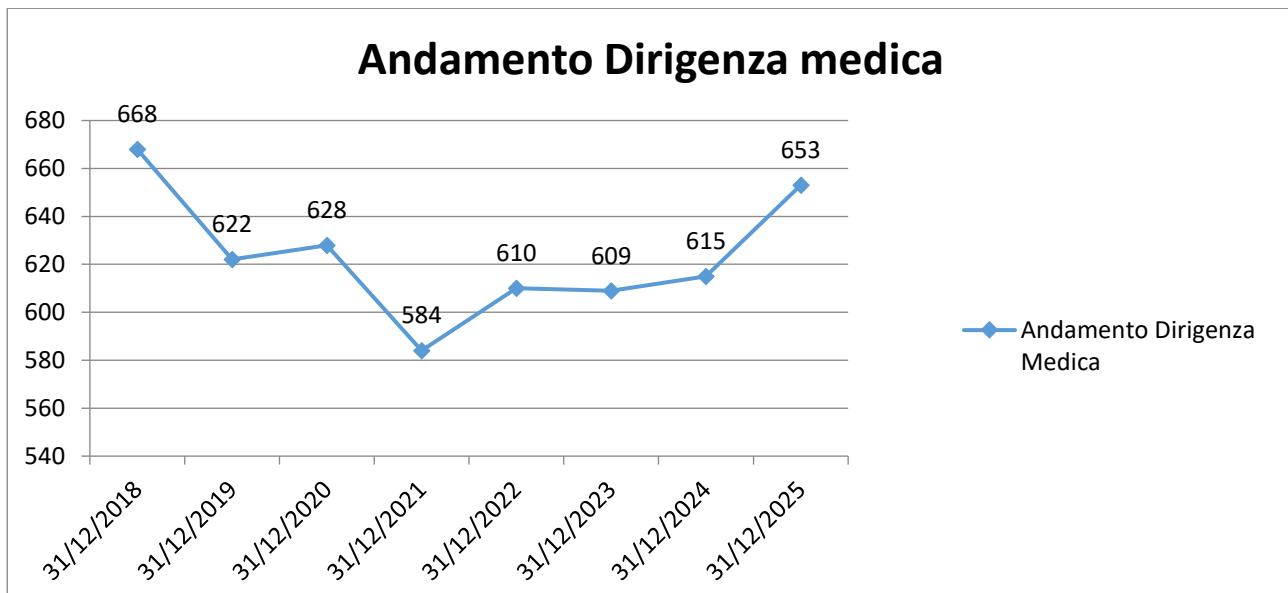
Personale tecnico sanitario include: tecnico di radiologia, di laboratorio, audiometrista, neurofisiopatologia, prevenzione, riabilitazione psichiatrica, neuropsicomotricità.

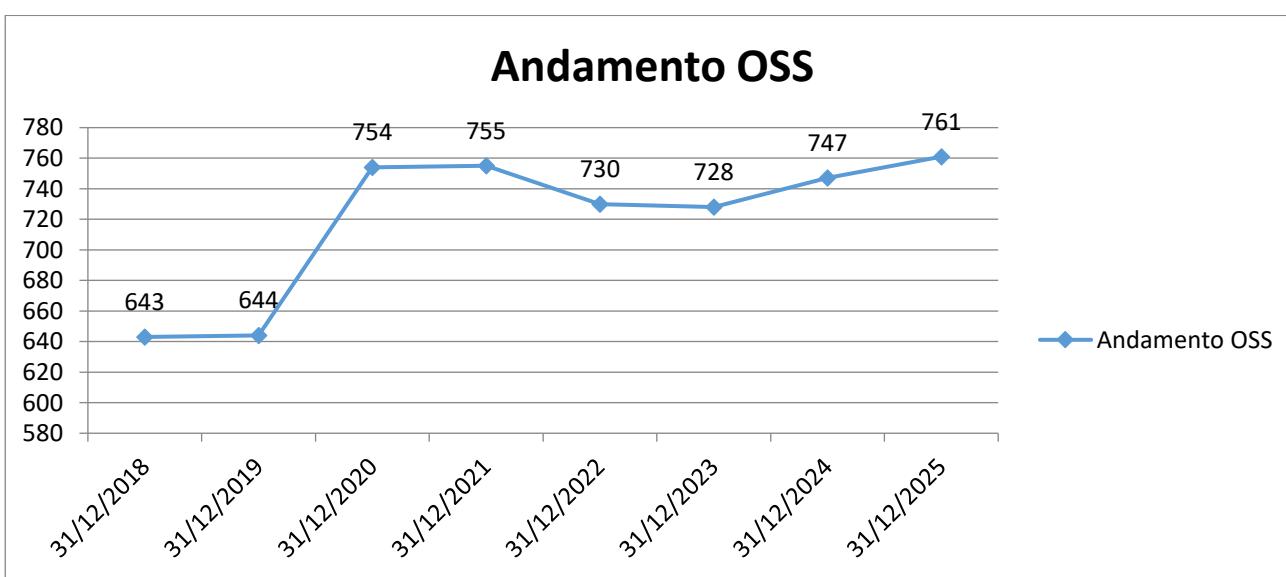
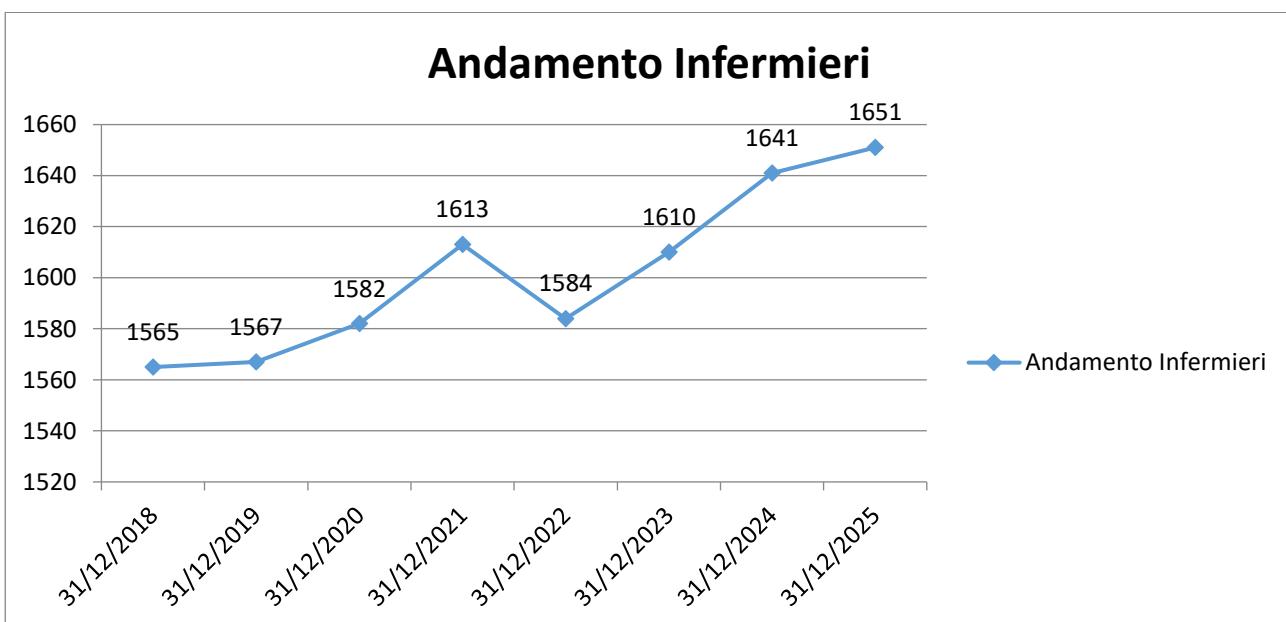
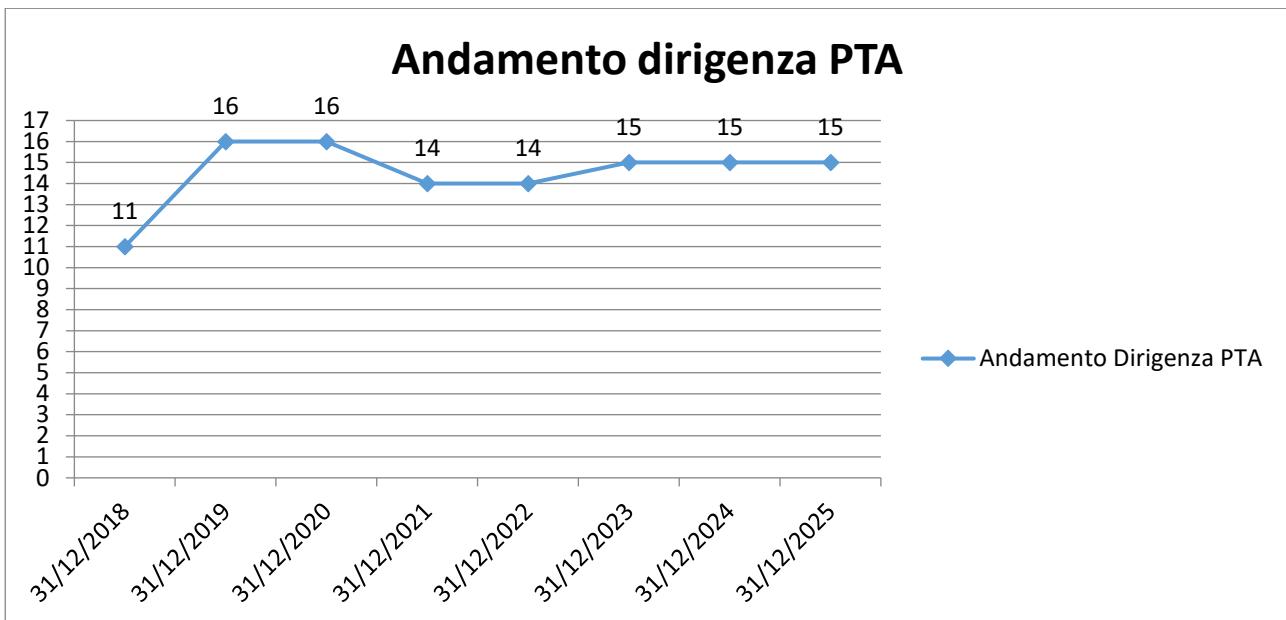
Altro personale sanitario include: ostetrica, dietista, assistente sanitario, fisioterapista, massofisioterapista, logopedista, ortottista, educatore professionale.

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

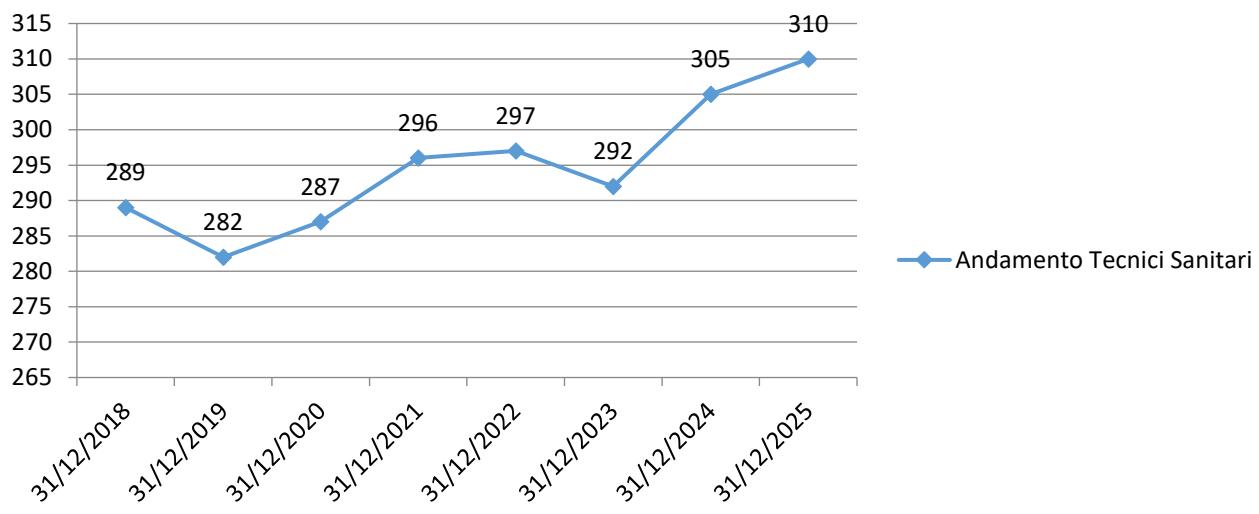
Di seguito i grafici suddivisi per raggruppamenti di profilo che rappresentano la situazione del personale dal 2018 al 2025.

Per quanto riguarda la Dirigenza, a fronte di numeri pressoché costanti dell'Area veterinaria, sanitaria non medica e PTA, si evidenza un incremento della Dirigenza Medica, sia per quanto riguarda i Dirigenti a tempo indeterminato che per i tempi determinati.

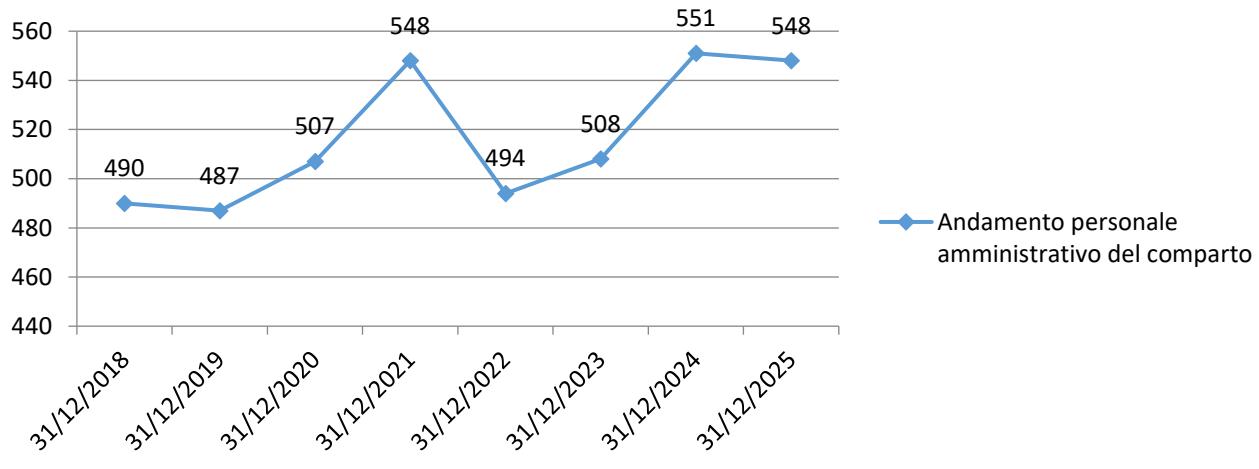




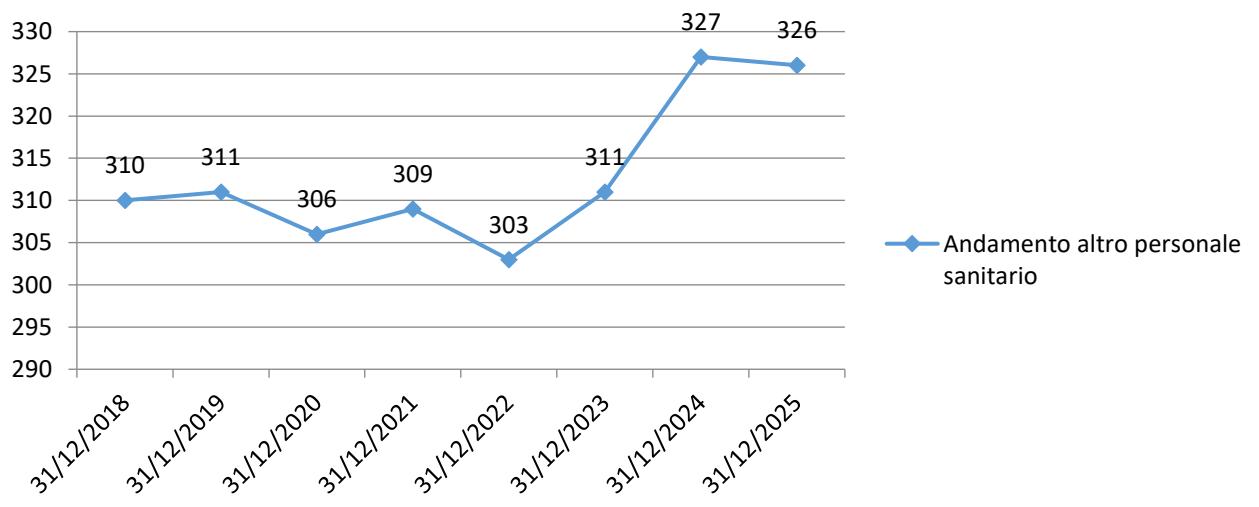
### Andamento tecnici sanitari

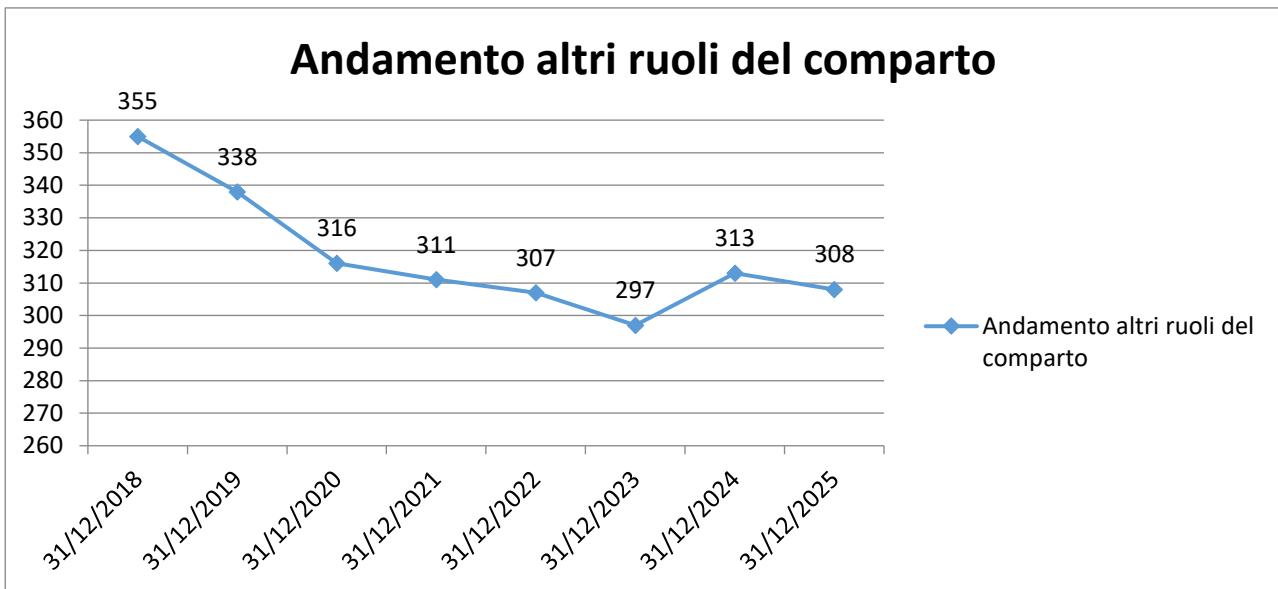


### Andamento personale amministrativo del comparto



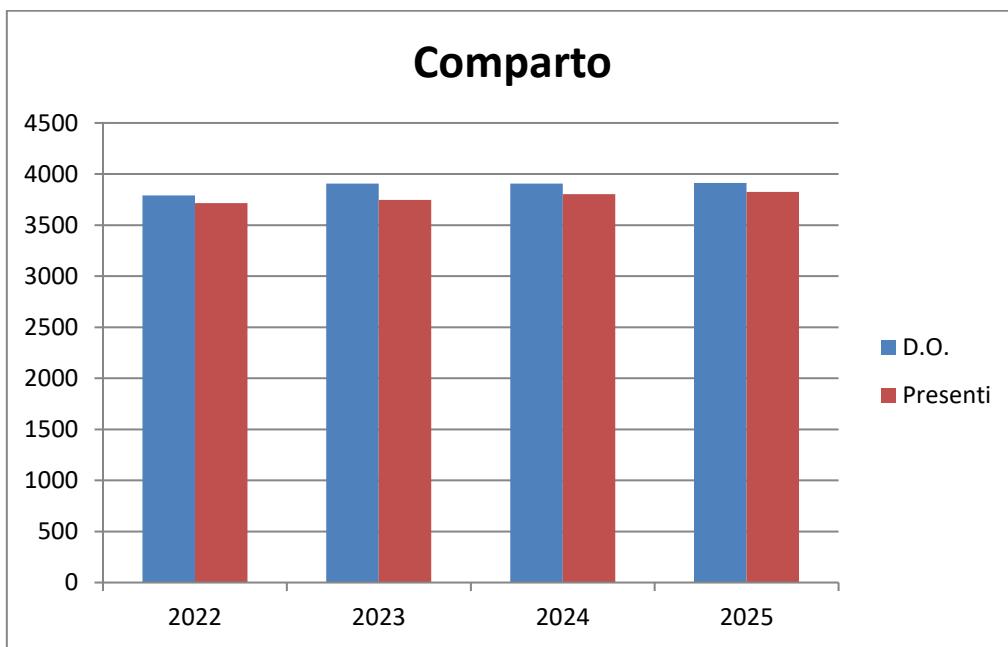
### Andamento altro personale sanitario





Per quanto riguarda, invece, la copertura del fabbisogno del personale, così come definita nel Piano triennale del fabbisogno del personale, di cui al successivo punto 3.3.2, la situazione a fine 2025, risulta essere quella rappresentata nei grafici sottostanti al netto delle dotazioni e presenze relative al D.L. 34/2020 e D.M. 77/2022. Per quanto riguarda il personale del comparto il delta tra la dotazione organica prevista e la copertura al 31.12.2025 è complessivamente di 88 unità in meno rispetto al totale complessivo previsto di 3913 unità (-2,25%).

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

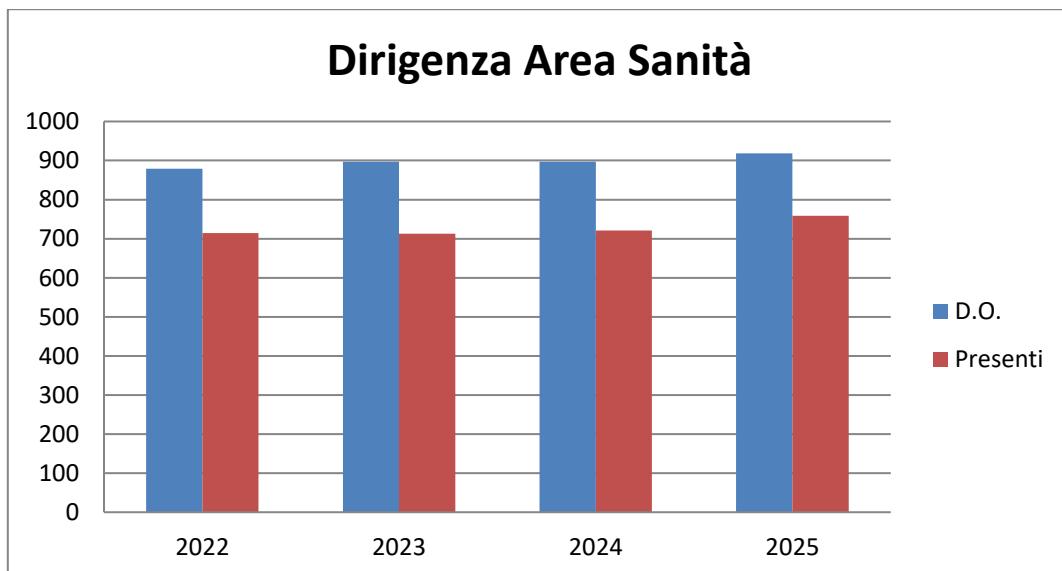


Il delta tra dotazione organica e presenti al 31/12/2025 è decisamente più elevato, invece, se si analizza la Dirigenza Area Sanità, sempre al netto delle dotazioni e presenze relative al D.L. 34/2020 e D.M. 77/2022 (-159 dirigenti, corrispondente percentualmente al -17%).

In particolare, la carenza di personale medico, soprattutto se si riferisce ad alcune zone geografiche meno attrattive, rappresenta una vera e propria emergenza, come ha dichiarato più volte lo stesso Ministro della Sanità. Le cause di questa situazione hanno origini lontane e sono di diversa natura. Tra queste, sicuramente una valutazione e programmazione errata nel tempo dei fabbisogni ed un'eccessiva rigidità dei limiti della

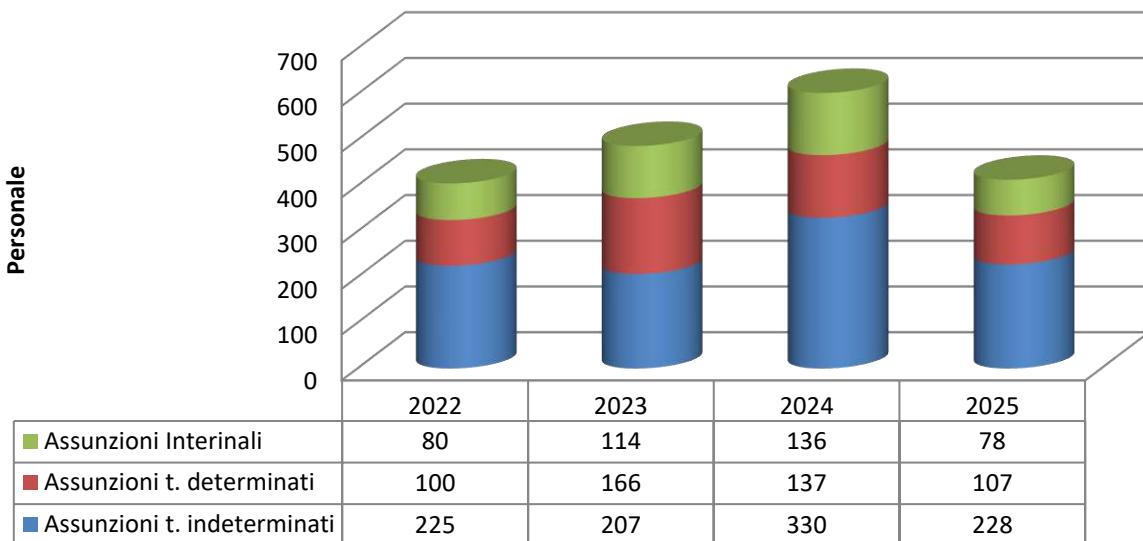
spesa del personale dipendente che hanno reso nel tempo scarsamente attrattivo il lavoro prestato presso gli enti e le aziende del Sistema Sanitario Nazionale. La pandemia, inoltre, ha reso maggiormente evidenti le criticità, con un incremento del fenomeno delle dimissioni per cause diverse dai pensionamenti e dall'esodo volontario. A questi fenomeni, si deve aggiungere il cronicizzarsi della carenza di personale medico soprattutto per alcune discipline, quali emergenza-urgenza, pediatria, ostetricia, ortopedia, medicina interna, neurologia. A fronte di questa situazione, per garantire la continuità del servizio, l'Azienda è stata costretta a fare ricorso a società di servizi esterne "gettonisti" dopo ripetuti processi selettivi che non hanno consentito di reperire il personale necessario. Il ricorso a forme alternative di reclutamento di personale/esternalizzazione di servizi è stato determinato dalla sola ed esclusiva necessità di scongiurare l'interruzione dei servizi di emergenza/urgenza e delle strutture che ne sono parte integrante che in tale contesto operano a fronte di carenze di organico non colmabili con le ordinarie procedure di reclutamento. Si evidenzia, comunque che nel 2025 la situazione sta iniziando a migliorare, tenuto conto che dal 2026 non sarà più possibile ricorrere ai cosiddetti "gettonisti"; infatti, al netto del turnover, il numero di Dirigenti afferenti all'Area Sanità in organico è aumentato di 38 unità nel corso del 2025, anno in cui vi sono state 92 nuove assunzioni di Dirigenti, di cui 32 a Tempo Indeterminato (secondo le modalità del cd. "Decreto Calabria").

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

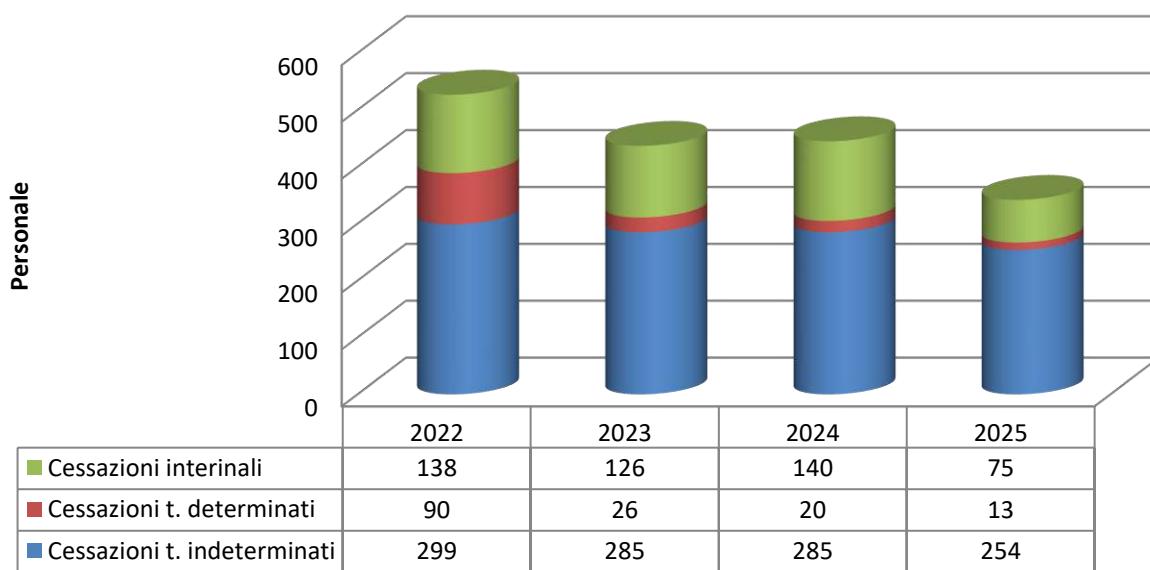


Con riferimento, invece, al rapporto tra assunzioni e cessazioni, di cui ai grafici sottostanti, i valori relativi al 2025 si attestano su livelli più bassi per entrambi gli indicatori, con comunque una predominanza di assunzioni. Infatti, sebbene il numero globale di personale in servizio sia comunque aumentato nel corso del 2025 (+ 58 unità, da 4620 a 4678 presenti), tale crescita ha avuto una minore intensità rispetto a quanto verificatosi nel 2024 (in cui l'aumento del numero di unità in servizio era stato di 146 unità, da 4474 a 4620 presenti). In particolare, si segnala il dimezzamento sia del numero di assunzioni e cessazioni di interinali, sia una flessione – sebbene meno marcata – delle ad assunzioni e cessazioni dei rapporti a tempo indeterminato e a tempo determinato.

## Assunzioni



## Cessazioni



### 3.3.1 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

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

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

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

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

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

Il PTFP Triennio 2024-2026 è stato redatto nel rispetto della D.G.R. n. 33-538/2024/XII, del 16/12/2024 “*Indicazioni alle ASR per l'adozione dei Piani Triennali dei Fabbisogni di personale per il triennio 2023-2025. Conferma tetti di spesa del personale anni 2023 e 2024, approvazione tetti di spesa del personale anno 2025*” e della comunicazione prot.35550 del 31/03/2025 avente oggetto “*Posticipo scadenza adozione e trasmissione da parte delle Aziende Sanitarie Regionali del Piano Triennale di Fabbisogno del Personale (P.T.F.P.) 2024-2026. Disposizioni operative*” che ha posticipato la scadenza del PTFP 2024-2026 dal 31/03/2025 al 30/04/2025.

Nella predisposizione del PTFP del Triennio 2024-2026 si è, dunque, tenuto conto del rispetto dei criteri e del tetto di spesa così come determinati con la succitata D.G.R., in coerenza con i documenti di programmazione economico/finanziaria adottati in osservanza delle disposizioni normative vigenti. Nello specifico, è stato confermato per l'anno 2024 il tetto di spesa già approvato con D.G.R. 46-6202 del 7.12.2022 e definendo lo stesso nei medesimi importi anche per l'anno 2025 e il 2026, in via preventiva, fermo restando il successivo eventuale adeguamento sulla base di quanto previsto dall'art. 5 del D.L. 73/2024, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107.

Così come già nel PTFP 2023-2025 sono state ricomprese nel fabbisogno le dotazioni derivanti dall'applicazione del D.L. 34/20 e del D.M. 77/2022, i cui costi, su indicazioni regionali, sono da considerare extra tetto di spesa.

Per il D.L. 34/20, precisamente, per quanto riguarda il potenziamento delle terapie intensive (Piano Arcuri) è stato riportato il seguente fabbisogno specifico:

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

Invece, nello schema sottostante, viene riportato per ciascuna tipologia di assistenza territoriale (Ospedali di Comunità, Case di Comunità, COT, Unità Continuità Assistenziale, Infermiere di Famiglia e di Comunità, Potenziamento Cure Domiciliari) il fabbisogno massimo aggiuntivo da coprire ai sensi dell'organizzazione prevista dal DM 77/2022.

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

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

**Numero massimo di Infermieri di Famiglia e Comunità: n° 165**

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

**Numero massimo di Infermieri per l'incremento delle attività di Cure Domiciliari: n° 80**

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

Per il 2025, al netto del personale già reclutato (per es. l'organico delle COT è stato completato), le nuove assunzioni sono state stimate in relazione alla tempistica di avvio delle diverse tipologie assistenziali, auspicando comunque la copertura completa entro il 2026 fatta salva l'effettiva possibilità di reclutamento, tenuto conto sia della carenza di candidati alle procedure concorsuali sia delle rinunce di coloro che sono in graduatoria.

Per quanto riguarda il personale del comparto ordinario (fuori dal D.L. 34/20 e D.M. 77/22) per le annualità 2025 e 2026 non sono stati fatti ulteriori aggiustamenti, se non riconfermati quelli già apportati nel PTFP 2023-2025.

Per quanto riguarda la dirigenza Area Sanità, rispetto al PTFP 2023-2025, sono state incrementate complessivamente di 21 unità le dotazioni delle SS.CC. MeCAU adeguandole agli standard ministeriali (AGENAS). Questa operazione è in linea anche con l'obiettivo di riassorbire le esternalizzazioni oggi in essere, così come previsto dalla normativa nazionale.

Nessuna modifica è, invece, stata apportata rispetto al PTFP 2023-2025 per la Dirigenza PTA.

Non sono state fatte, quindi, delle modifiche sostanziali al PTFP 2024 -2026 rispetto al PTFP 2023-2025.

Come riportato anche nelle precedenti relazioni di accompagnamento ai vari PTFP, l'attuale impianto, costruito sulla base del numero di mesi di presenza del personale, consente il rispetto del tetto di spesa ad oggi assegnato. Tuttavia, con la copertura della dotazione organica per l'intero anno, il tetto di spesa si rivelerebbe assolutamente insufficiente.

Con D.G.R. n. 3-1490 dell'11/08/2025 la Regione Piemonte ha approvato i Piani Triennali di Fabbisogno del Personale delle Aziende Sanitarie Regionali per il Triennio 2023-2025 e per il Triennio 2024-2026 e i tetti di spesa del personale per l'anno 2026. Tali piani sono stati adottati dall'ASL TO4 con atto deliberativo n. 712 del 27/08/2025.

È stato infine predisposto altresì il PTFP 2025-2027, sulla base di quanto stabilito dalla Regione, nel rispetto dei tetti di spesa assegnati. Il PTFP 2025-2027, è stato redatto tenendo conto, altresì, degli obiettivi di efficientamento del Piano Operativo dell'Asl TO4 redatto ai sensi della D.G.R. 26-801/2025/XII del 17/02/2025. Il PTFP 2025/2027 è stato trasmesso alla Regione il 30/09/2025 ed è in attesa della prescritta approvazione regionale.

Si evidenzia altresì che è stato avviato un nuovo progetto di HR management che coinvolge diversi aspetti quali recruitment, performance, monitoraggio dei fabbisogni e formazione.

Questo progetto si è posto come obiettivi:

- Riorganizzazione del personale assegnato a ciascuna struttura attraverso una efficiente allocazione del personale tenendo conto delle competenze/attitudini di ognuno, delle ricollocazioni conseguenti a limitazioni/inidoneità, del potenziamento della medicina territoriale;
- Individuazione di figure professionali con competenze trasversali in aree quali sviluppo risorse umane, digitalizzazione sanitaria, gestione dati, assistenza territoriale avanzata;
- Valorizzazione delle risorse interne;
- Espletamento di tutte le azioni possibili per il riassorbimento dei servizi medici affidati a terzi;
- Incidenza non superiore al 16% del personale amministrativo rispetto al personale sanitario, professionale e tecnico.

Per il 2025, al netto del personale già reclutato (per es. l'organico delle COT è stato completato), le nuove assunzioni sono state stimate in relazione alla tempistica di avvio delle diverse tipologie assistenziali, auspicando comunque la copertura completa entro il 2026 fatta salva l'effettiva possibilità di reclutamento, tenuto conto sia della carenza di candidati alle procedure concorsuali sia delle rinunce di coloro che sono in graduatoria.

Per quanto riguarda il personale del comparto ordinario (fuori dal D.L. 34/20 e D.M. 77/22) per le annualità 2025, 2026 e 2027 non sono stati fatti ulteriori aggiustamenti, se non riconfermati quelli già apportati nei PTFP 2023-2025 e PTFP 2024-2026 approvati con D.G.R. 1490 del 11/08/2025 e recepiti con Deliberazione 712 del 27/08/2025.

Per quanto riguarda il personale della Dirigenza Area Sanità, la definizione del PTFP è stata definita tenendo conto sia degli standard ministeriali (AGENAS) che delle situazioni specifiche di ogni struttura. Queste modifiche hanno determinato un incremento della dotazione di 18 Dirigenti, incremento necessario per la riduzione/eliminazione dei servizi esternalizzati e per garantire una risposta adeguata a specifici bisogni di salute, in linea con le indicazioni regionali e gli standard di servizio.

### **3.3.2 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE (PAP)**

Con deliberazione n. 665 del 12/09/2024, è stato approvato il Piano di Azioni Positive (P.A.P.) per il triennio 2024-2026, predisposto dal Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) dell'A.S.L. TO4 (Allegato ). Le azioni positive sono misure temporanee e speciali che mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra uomini e donne, nell'ottica di una maggiore riduzione delle discriminazioni e di una sempre maggiore valorizzazione del benessere di chi lavora.

Preso atto delle dimissioni del Presidente del CUG dal mese di agosto 2024 e della scadenza naturale al 31 dicembre 2024 del gruppo di lavoro, l'Azienda con deliberazione n. 219 del 20/03/2025 ha provveduto all'individuazione di un nuovo Presidente e rinnovato la composizione del Comitato Unico di Garanzia per il quadriennio 01 febbraio 2025 – 31 gennaio 2029. Successivamente, con delibera n. 476 del 05/06/2025 è stato nominato il Consigliere di Fiducia, ruolo vacante dal maggio 2024.

Considerato che l'azione del CUG e del Consigliere di Fiducia si è interrotta per un numero significativo di mesi, rispetto alle azioni individuate nel Piano di Azioni Positive, si è scelto per l'anno 2026 di concentrarsi sul perseguitamento dei seguenti obiettivi individuati nel P.A.P. per il triennio 2024-2026:

- *Sensibilizzazione e informazione delle lavoratrici e dei lavoratori sulle tematiche del Comitato Unico di Garanzia, rendendo visibili e diffondendo ulteriormente la conoscenza delle risorse presenti in Azienda a loro sostegno*
  - Comitato Unico di Garanzia
  - Sportello Ascolto Disagio Lavorativo
  - Consigliere di Fiducia
- Verrà inoltre promossa la formazione di alcuni dipendenti per la ricostituzione dell'Equipe Mediazione dei Conflitti.
- *Incentivazione delle politiche di conciliazione tra tempo lavoro ed esigenze di vita privata e familiare in particolare attraverso*
  - l'ampliamento del ricorso al Lavoro Agile
  - la definizione e la pubblicizzazione delle procedure per la cessione delle ferie non godute per dipendenti bisognevoli
- *Promozione Benessere organizzativo e Prevenzione rischio aggressioni*
  - monitoraggio degli esiti dello sportello di ascolto disagio lavorativo presso l'ufficio del medico competente, promozione delle attività e approfondimento delle segnalazioni pervenute al Consigliere di Fiducia
  - sviluppo di una cultura condivisa sul tema del benessere organizzativo al fine di porre una giusta attenzione alle persone e alla cura dell'ambiente di lavoro, anche attraverso iniziative di formazione dedicate.

Come previsto dal Codice di Condotta approvato con deliberazione n.857 del 09/07/2018, il Comitato Unico di Garanzia si adopererà inoltre per promuovere attività di informazione e formazione rispetto alle problematiche indicate nel Codice, verificando gli esiti ottenuti con la sua adozione.

## 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’ASL TO4 ha avviato una collaborazione permanente con l’Università di Torino con la sede del Corso di Laurea in Infermieristica 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.

L’ASL TO4 risulta accreditata come provider ECM per la Regione Piemonte con Determinazione Regionale n° 54 del 02/02/2015; per questa ragione mantiene e rispetta i requisiti del Manuale di Accreditamento Provider Pubblici e Privati, approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n° 21-778 del 20/12/2019

### **1 La struttura e i processi**

L’ASL TO4 come provider ECM, attraverso la SS Qualità e Formazione rivolge la sua offerta formativa a:

- Professionisti/operatori dipendenti ASL TO4, convenzionati, personale in somministrazione;
- Professionisti/operatori dipendenti di altre Aziende Sanitarie regionali ed extra-regionali;
- Cittadinanza, comprensiva di realtà associative ed enti pubblici attivi sul territorio dell’ASL TO4;
- Studenti del Corso di Laurea in infermieristica.

Annualmente viene predisposto il piano formativo, un documento contenente le proposte formative da attuare nell’anno, verificata la coerenza con i bisogni formativi emergenti, gli obblighi di legge e i cambiamenti organizzativi.

Come consolidato negli anni precedenti, l’iter strutturato dalla SS Qualità e Formazione, ha visto la collaborazione della Rete dei Referenti/Facilitatori (Delibera del D.G. n. 863 del 27/10/2023 “Progetto referenti della formazione. Aggiornamento elenco referenti /facilitatori della formazione dell’ASL TO4”), i quali rilevano i bisogni formativi delle realtà di appartenenza e li traducono in proposte formative.

Tale Rete – in continuo aggiornamento - è attualmente costituita da circa 100 referenti, con il proposito di rappresentare tutte le principali aree aziendali, effettuare un monitoraggio delle competenze professionali e garantire una rilevazione omogenea ed esaustiva dei bisogni formativi. La Rete è collegata attraverso la piattaforma informatica dedicata all’e-learning ed è in grado di condividere, mediante gli strumenti propri delle community, idee, progetti, discussioni e dati. Sulla base dei fabbisogni rilevati, i Referenti/Facilitatori della formazione, in collaborazione con i Coordinatori e Direttori di Dipartimento, stilano le proposte formative da presentare alla SS Qualità e Formazione. I Progettisti interni elaborano il Piano Formativo da presentare al Comitato Scientifico che ne valida il contenuto, sulla base degli Obiettivi della Direzione Generale, degli Obiettivi formativi prioritari individuati dall’Assessorato alla Sanità e dei macro-obiettivi del Piano Regionale della Prevenzione.

Alla luce di quanto descritto, il Piano Formativo 2026 (Allegato 19) si comporrà quindi di circa 212 proposte, nello specifico costituite da:

- proposte provenienti dai Tavoli dipartimentali costituiti da Referenti della formazione e Coordinatori e Direttori di Dipartimento relative ai bisogni evidenziati nelle singole strutture;
- proposte provenienti dall’area della Sicurezza dei lavoratori, come evidenziato nel verbale del 19/11/2025 della Commissione Tecnica per la formazione ASL TO4 ai sensi del D.Lgs. 81/2008;
- proposte in ambito psicologico e di benessere lavorativo sottoposte alla Commissione Fiordaliso, come evidenziato nei verbali del 03/12/2025 e del 12/12/2025;
- proposte provenienti dalla Direzione Generale;

Alla delibera del Piano Formativo segue una fase di progettazione secondo le modalità definite nella Procedura “Progettazione eventi/progetti formativi”.

In particolare, nel definire le caratteristiche del progetto, i progettisti collaborano a vario titolo con: referente della formazione, committente/responsabile scientifico, referente organizzativo. In tale occasione definiscono obiettivi, modalità di erogazione, destinatari, ricadute.

In base alle caratteristiche definite in sede di progettazione, i corsi vengono progettati per essere erogati attraverso quattro tipologie specifiche:

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

#### ***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.

#### ***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.

#### ***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.

#### ***Blended***

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

Al termine dell'anno formativo, sul portale ECM è possibile generare la relazione conclusiva, in cui sono riportati dati quantitativi riferiti alla formazione erogata, allo scostamento da quanto pianificato, ai costi sostenuti e alla qualità percepita. I dati generati automaticamente dal sistema sono completati da annotazioni esplicative validate dal comitato scientifico e inserite su Piattaforma Regionale ECM.

Inoltre, internamente viene redatto un report analitico delle attività in cui è coinvolta la Formazione.

Il provider ECM è dotato di un sistema qualità composto di procedure, aggiornate periodicamente, che descrivono il processo necessario per la rilevazione del bisogno formativo, progettazione, erogazione, rendicontazione, valutazione di eventi/progetti formativi, archiviazione, rilevazione dei disservizi.

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

### **2.1. Risorse umane**

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 del Servizio 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. Tutti i profili delle figure riconosciute a livello regionale sono in possesso di curricula che ne attestano le competenze scientifiche visionabili sulla piattaforma ECM.

Per le figure coinvolte nel processo formativo sono stati definiti i relativi Profili di Competenza, utilizzando quanto definito dalla Regione Piemonte nell'ambito del “Manuale Accreditamento Provider Pubblici e Privati”

in caso di figure riconosciute a livello regionale, mentre per le figure unicamente aziendali sono stati elaborati ex novo appositi profili.

Il Provider è dotato di un Comitato Scientifico la cui composizione è stata definita con Delibera del D.G. n. 889 dell'11/12/2024. Attualmente la composizione del comitato è in via di aggiornamento, a seguito del collocamento in quiescenza di alcuni membri deliberati.

Il Comitato Scientifico è composto da tre componenti fissi - Direttore/Responsabile della Formazione, Referente ECM della Formazione e Referente dell'accreditamento e qualità - e da altri componenti rappresentativi di diversi profili professionali, sanitari e non, individuati per le competenze scientifiche nei settori oggetto di attività formative, competenze in ambito andragogico, competenze didattiche nella formazione in sanità.

Risorsa operativa del settore sono i progettisti 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.

All'interno del servizio Formazione aziendale sono presenti progettisti specializzati in formazione a distanza, che svolgono attività di supporto tecnico alla piattaforma e di assistenza alla creazione e consultazione del materiale didattico.

Per l'ottimale erogazione degli eventi formativi ci si avvale della figura del Referente Organizzativo, che, come da procedura di erogazione eventi/progetti formativi, presenzia durante l'attività formativa, affinché venga rispettata la micro-progettazione e ne cura gli aspetti di gestione documentale in collaborazione con la segreteria.

## 2.2. Risorse economiche

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;
- introiti delle quote di iscrizione derivati dal pagamento dei partecipanti esterni.

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

## 2.3. Risorse strumentali

Il Servizio Formazione si avvale di locali per le attività didattiche, arredi e attrezzature conformi alla normativa vigente in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, prevenzione incendi, sicurezza impianti, antinfortunistica. Le aule e le sale esercitazioni/laboratori presso le quali viene erogata l'attività formativa, sono di tre tipologie:

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

Sede	Aule e dotazione posti	Sale esercitazione/ 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
Chivasso Ospedale Civile	1 aula magna (99) 1 aula (24)		Gestione Direzione Sanitaria Presente PC e videoproiettore

Per quanto concerne l'attività di Formazione a Distanza (FAD) la Formazione si avvale della piattaforma regionale denominata "Medmood".

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

In un'ottica di miglioramento continuo, oltre all'analisi delle attività formative erogate in termini quantitativi, è in fase di attuazione un sistema di valutazione qualitativa attraverso indicatori di processo e di esito.

È obiettivo futuro il raggiungimento di un sistema di misurazione delle ricadute dell'evento formativo nei contesti interessati.

L'analisi vuole mettere in evidenza eventuali criticità rilevate e proporre suggerimenti di miglioramento, che andranno presi in considerazione e discussi all'interno degli incontri del Comitato Scientifico.

## SEZIONE 4: MONITORAGGIO

Monitoraggio e Reporting dell'Attuazione del P.I.A.O.

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata attraverso un sistema integrato di monitoraggio e reporting, che riguarda sia l'avanzamento degli strumenti attuativi sia la misurazione dei risultati conseguiti. Tale sistema coinvolge le diverse componenti aziendali e valorizza il ruolo dei portatori di interesse, interni ed esterni, nella verifica del valore pubblico generato.

### *Governance e Monitoraggio in itinere*

Come previsto dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), l'Azienda adotta un monitoraggio costante e una periodica attività di reporting verso gli organi di vertice. Questa funzione è fondamentale per garantire la flessibilità della programmazione e consente, in caso di criticità, l'adozione tempestiva di azioni correttive.

Il processo è coordinato dalla Direzione Generale e dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) con il supporto della S.C. Programmazione Strategica e Sviluppo Risorse (settori Sviluppo Risorse e Controllo di Gestione) e di tutte le strutture individuate in fase di definizione degli obiettivi. La verifica periodica dello stato di avanzamento dei lavori costituisce, inoltre, il presupposto per la corresponsione degli istituti incentivanti al personale.

### *Reporting sulla Performance, Trasparenza e Integrità*

L'O.I.V. svolge il monitoraggio sulla performance organizzativa e sull'andamento complessivo dell'Azienda, assicurando un flusso informativo costante verso l'organo di indirizzo politico-amministrativo. L'attività di reporting dell'O.I.V. si estende al funzionamento del sistema di valutazione, alla trasparenza e all'integrità dei controlli interni.

In parallelo, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) assicura il monitoraggio sistematico degli obblighi di pubblicazione. Tale attività si coordina con l'O.I.V. per garantire che la rendicontazione dei dati sull'integrità sia coerente con gli obiettivi di trasparenza aziendale.

### *Monitoraggio degli Stakeholder e Benessere Organizzativo*

Il sistema di monitoraggio e reporting integra i contributi provenienti dagli 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.

Allo stesso modo, il C.U.G. concorre al monitoraggio supervisionando gli impatti del lavoro agile e rendicontando periodicamente gli aspetti relativi al benessere organizzativo e alla tutela dei diritti dei lavoratori.

### *Controllo del Rischio Corrittivo*

Per quanto riguarda il rischio corruttivo, l'attività si articola su tre livelli di monitoraggio e reporting:

1° livello: effettuato dai singoli Direttori/Responsabili per le proprie aree di competenza.

2° livello: attuato dal RPCT attraverso la verifica delle attestazioni prodotte dal primo livello.

3° livello: posto in essere da soggetti esterni all'Azienda (es. ANAC, organi di controllo), con cadenze periodiche o su richiesta dell'Ente verificatore.

## Elenco Allegati

### **Allegati a Rischi Corruttivi e Trasparenza:**

- Allegato 7 Tabella 1 PTPCT 2026-2028;
- Allegato 8 Tabella 2 PTPCT 2026-2028;
- Allegato 9 Tabella 3 PTPCT 2026-2028;
- Allegato 10 Tabella 4A Aree e processi esposti particolarmente a rischio (PNRR);
- Allegato 11 Tabella 4B Valutazione del rischio (PNRR);
- Allegato 12 Tabella 4C Misure proposte (PNRR);
- Allegato 13 Tabella Obblighi di Pubblicazione;
- Allegato 14 Tabella Obblighi di Pubblicazione allegato A.

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

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

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

- Allegato 15 Prospetto A - PTFP 2024/2026;
- Allegato 16 Prospetto B - PTFP 2024/2026;
- Allegato 17 Prospetto C - PTFP 2024/2026.

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

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

### **Allegati al Piano di Formazione:**

- Allegato 19 Piano Formativo 2026.