

Azienda Ospedaliero-Universitaria
San Luigi Gonzaga
di Orbassano

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026

Anno 2024

Sommario

Premessa.....	2
Sezione 1: Scheda anagrafica dell'AOU San Luigi Gonzaga.....	3
Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione.....	4
2.2.1 L'Albero della Performance.....	13
2.2.2 Il ciclo della Performance	15
2.2.3 Gli obiettivi strategici ed operativi.....	17
2.2.4 La misurazione e valutazione della Performance	17
2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza"	18
Sezione 3: Organizzazione e capitale umano.....	54
3.1 Struttura organizzativa	54
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	54
3.3: Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) 2021-2023	55
3.4 Formazione del personale	56
Sezione 4: Monitoraggio	58

Premessa

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

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

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

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- 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;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO sostituisce, quindi, alcuni altri strumenti di programmazione, in particolare:

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

Il principio che guida la definizione del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità – e la conseguente frammentazione – degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di *governance*.

In quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione rappresenta una sorta di “testo unico” della programmazione, che sviluppa in chiave sistemica la pianificazione delle attività amministrative in ordine alla performance (dimensione operativa), alla trasparenza (accesso e utilizzabilità delle informazioni) e alla prevenzione della corruzione (riduzione dei comportamenti inappropriati e illegali), alla programmazione e della gestione del lavoro agile.

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'AOU San Luigi Gonzaga

Amministrazione pubblica	Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga
Indirizzo	Regione Gonzole 10. 10043 Orbassano
PEC	aousanluigigonzaga@pec.sanluigi.piemonte.it
P.IVA	02698540016
C.F.	95501020010
Sito web	https://www.sanluigi.piemonte.it

Ai sensi dell'art. 21 della L.R. 6/8/2007 n. 18, l'Azienda San Luigi Gonzaga di Orbassano (di seguito denominata AOU San Luigi) è stata individuata con D.G.R. n. 65-7819 del 17/12/2007 come Azienda ospedaliero-universitaria.

Tale identità giuridica è stata ribadita dalla D.G.R. n. 51-1358 del 29/12/2010, con cui è stato avviato il progetto di riordino del SSR e definita la nuova configurazione organizzativa e territoriale delle ASR.

L' AOU San Luigi ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica; essa svolge in modo unitario funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

La sede legale, che coincide con quella operativa, è ubicata in Orbassano, Regione Gonzole 10 (codice fiscale 95501020010, Partita IVA 02698540016).

Altra sede operativa è a Beinasco, via San Giacomo 2, ove insistono il Corso di Laurea in Infermieristica ed il Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica.

Sezione 2: Valore pubblico, performance e anticorruzione

2.1 Valore pubblico

Con il termine Valore Pubblico le linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono il livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale, sanitario dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders, creato da un'amministrazione pubblica rispetto a un livello di partenza.

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

Il Valore Pubblico ha un impatto rilevante rivolto sia all'esterno – nei confronti di cittadini, utenti e stakeholders – sia all'interno – tramite una forte sinergia tra economicità (intesa quale efficacia ed efficienza nel gestire le risorse) e socialità.

In qualità di Azienda ospedaliera integrata con l'Università degli Studi di Torino, l'AOU San Luigi Gonzaga persegue obiettivi di integrazione e collaborazione tra le attività di ricerca e di didattica proprie dell'Università e quelle clinico-assistenziali e di efficienza gestionale proprie dell'Azienda Ospedaliera, riconoscendo l'inscindibilità delle tre funzioni di assistenza, ricerca e didattica.

In relazione alla funzione di assistenza, l'AOU San Luigi Gonzaga si impegna a soddisfare le aspettative e i bisogni di salute dei cittadini/utenti, garantendo elevati standard assistenziali, tempestività nelle risposte ai bisogni di salute, libertà di scelta ed equità nell'accesso ai servizi, appropriatezza, efficacia, sicurezza e qualità nelle prestazioni erogate, tramite:

- l'innovazione e la differenziazione dell'offerta clinico-assistenziale per livelli di specializzazione crescente, con un progressivo ampliamento della gamma delle tipologie di servizio offerte
- la razionalizzazione e l'efficientamento dei servizi
- la ricerca di nuovi modelli volti a valorizzare e a potenziare l'offerta clinico-assistenziale, secondo le indicazioni formulate nelle varie sedi istituzionali

In relazione alla funzione di ricerca, l'AOU San Luigi Gonzaga intende essere il riferimento privilegiato per l'ideazione e la realizzazione di progetti di ricerca della Scuola di Medicina e nell'area medica e delle professioni sanitarie, sia sul versante biomedico che su quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, volti a sviluppare procedure cliniche, diagnostiche, assistenziali e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali.

In relazione alla funzione didattica, l'Azienda è sede di Polo Didattico, un campus con forte integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, sede del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in lingua inglese (MedInTO Medicine and Surgery), del Corso di Laurea Triennale in Infermieristica, del Corso di Laurea Triennale in Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, del Corso di Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione. L'Azienda è, altresì, sede delle Scuole di Specializzazione in Urologia, Oncologia Medica, Patologia Clinica e Biochimica Clinica e fa parte della rete formativa di diverse Scuole di Specializzazione dell'Università di Torino. La compattezza logistica dell'offerta didattica e la contiguità con le strutture ospedaliere facilitano l'interazione tra studenti e docenti, lo svolgimento di corsi integrati e un contatto precoce con pazienti. In tale contesto, l'attività didattica costituisce non solo un'importante attività istituzionale, ma una vera e propria modalità di esercizio dell'attività clinico-assistenziale, cui collabora anche personale ospedaliero. È stata, inoltre, sottoscritta

una Convenzione tra le due Amministrazioni con la creazione di un Comitato didattico scientifico formato da personale Ospedaliero e Universitario. Tale indirizzo sinergico è volto in particolare allo sviluppo del nuovo centro di simulazione avanzata del Polo didattico allocato presso l'AOU San Luigi, che costituisce un momento fondamentale nella trasformazione del modello tradizionale di formazione in nuove tecniche di apprendimento in un ambiente protetto dove lo studente/operatore può acquisire, in ambienti virtuali ma altamente realistici, oltre alle capacità manuali anche la necessaria abilità nel pianificare e coordinare in condizioni di grande pressione emotiva. Con la sottoscrizione della suddetta convenzione, pertanto, l'AOU San Luigi mette a disposizione proprio personale, in collaborazione con quello universitario, nelle attività di formazione, ricerca e servizi in ambito sanitario.

In qualità di Azienda del Servizio Sanitario Regionale, l'AOU San Luigi Gonzaga opera secondo i seguenti principi ispiratori:

- efficacia e efficienza organizzativa
- flessibilità organizzativa e uso appropriato delle risorse disponibili
- appropriatezza, intesa nella sua duplice accezione di appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza organizzativa come regime di erogazione della prestazione efficace, ma al tempo stesso a minor consumo di risorse
- miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte
- sicurezza, nella misura in cui l'assistenza erogata pone il paziente e gli operatori nel minor rischio
- umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nel senso che la maggiore attenzione posta alla qualità delle cure e di conseguenza alla qualità della vita pone al centro del processo di gestione il paziente stesso e ne valorizza il punto di vista
- equità dell'assistenza intesa come l'erogazione delle prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha bisogno
- partecipazione degli operatori e dei cittadini attraverso le associazioni di volontariato al processo di miglioramento dei servizi erogati
- diritto di accesso dell'utente alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano

Di seguito sono descritti gli strumenti e le azioni che l'AOU San Luigi Gonzaga ha attivato o intende attivare a medio-lungo termine, per creare valore pubblico.

Governo delle Liste di Attesa

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) è finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari e si realizza attraverso il rispetto di criteri di appropriatezza prescrittiva e delle classi di priorità e garantendo trasparenza nelle informazioni fornite ai cittadini circa i loro diritti e doveri.

L'aumento del livello di offerta di prestazioni sanitarie non è di per sé efficace a garantire un abbattimento delle liste di attesa, se non affiancato da strumenti di governo della domanda di prestazioni, volte a garantire maggiore appropriatezza. In tal senso risulta cruciale il ruolo svolto da coloro che prescrivono le prestazioni sanitarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti). Sono, inoltre, attivi sistemi di governo dell'offerta, tra le quali figurano l'obbligo di inserire una serie di informazioni minime (prima visita vs controllo, quesito diagnostico, classe di priorità), la definizione di tempi di attesa massimi per classi di priorità, la creazione di agende di prenotazione pubbliche.

L'Azienda si pone come obiettivo il miglioramento delle modalità di gestione delle liste d'attesa, al fine di renderle più efficienti, tramite un monitoraggio continuo della domanda e dell'offerta complessiva di prestazioni a supporto delle attività di programmazione sanitaria e comunicazione ai cittadini.

Il recupero delle liste d'attesa e il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche erogate in Azienda rientrano tra gli obiettivi prioritari dell'AOU San Luigi Gonzaga, in coerenza con quanto previsto dal quadro normativo e dalla programmazione regionale che promuovono il recupero delle prestazioni ambulatoriali e chirurgiche non erogate a causa della pandemia da COVID-19.

Pertanto, l'AOU San Luigi Gonzaga ha recepito la normativa regionale vigente in tema di recupero delle liste di attesa e ha adottato una serie di iniziative volte ad incrementare il numero di prestazioni erogate e a monitorare l'andamento della richiesta, dei tempi di attesa e della produzione, coinvolgendo il Controllo di Gestione, i Servizi Informativi e Informatici, la Direzione Sanitaria di Presidio, il Di.P.SA e la SS Attività Amministrativa di Area Sanitaria, adottando il 2019 come termine di confronto per la valutazione dei volumi di produzione osservati ogni anno.

Le azioni adottate nel 2023 per il monitoraggio e il governo delle liste di attesa saranno ulteriormente implementate nel triennio 2024-26.

Fascicolo sanitario elettronico

Con il termine Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) si indica l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Se ha prestato il proprio consenso all'accesso al dossier sanitario, attraverso il FSE i professionisti sanitari e socio-sanitari autorizzati possono esaminare le informazioni relative al paziente, indipendentemente dalla fonte che le ha prodotte nel pieno rispetto delle disposizioni in tema di trattamento dei dati personali. Al contempo, ogni cittadino può visualizzare e gestire il proprio "faldone virtuale della salute", fornendo il consenso all'accesso secondo le linee guida emesse dal Garante per la Protezione dei Dati Personali (GPDP) e dal Ministero della Salute.

Nel triennio 2024-2026 l'AOU San Luigi Gonzaga si pone l'obiettivo di garantire una corretta alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, in modo favorirne l'utilizzo da parte dei cittadini e degli operatori sanitari e socio-sanitari. In particolare, saranno svolte attività finalizzate a incrementare le percentuali dei documenti firmati digitalmente e destinati ad alimentare il FSE (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di specialistica ambulatoriale e di esami strumentali), rispetto ai dati provenienti dai flussi consolidati regionali. In particolare, l'AOU San Luigi Gonzaga si impegna a garantire un adeguato monitoraggio e verifica interno aziendale rispetto al sistema di calcolo regionale e l'invio di report di dettaglio periodici alle singole strutture organizzative aziendali al fine di recuperare eventuali mancanze nella produzione e trasmissione della documentazione sanitaria.

Gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso

Il sovraffollamento è la condizione in cui il normale funzionamento di una struttura sanitaria è impedito a causa della presenza di una sproporzione tra la domanda di assistenza (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili (fisiche e/o umane). Le condizioni di sovraffollamento del Pronto Soccorso possono essere influenzate da diversi fattori, tra cui l'aumento del numero degli accessi in Pronto Soccorso, l'aumento del tempo di permanenza in PS al termine del completamento

della fase iniziale di presa in carico, l'aumento del numero dei pazienti in attesa di ricovero nei reparti dei degenza, l'aumento della durata del periodo di degenza, la difficoltà nel procedere alla dimissione dei pazienti al domicilio o in strutture di post-acuzie. Le conseguenze del sovraffollamento ricadono sia sui pazienti, che sugli operatori sanitari e sul sistema sanitario nel suo complesso. In caso di sovraffollamento i pazienti – in particolare coloro che vivono condizioni di maggiore fragilità, quali i soggetti anziani o portatori di handicap – possono subire disagio, avere minore garanzia di rispetto della loro privacy, subire ritardi nella presa in carico o nell'erogazione di prestazioni diagnostico-terapeutiche, con conseguente incremento del rischio di insorgenza di eventi avversi, della morbidità e della mortalità. Al contempo, gli operatori sanitari possono manifestare difficoltà nella corretta esecuzione delle proprie attività, con aumento del rischio di errore e di contenzioso, sono esposti a un maggior rischio di essere vittima di aggressioni verbali e fisiche e lamentare condizioni di stress lavoro-correlato e burn-out.

Nel gennaio 2024 l'AOU San Luigi Gonzaga ha aggiornato il piano aziendale ospedaliero per la gestione del sovraffollamento e del boarding in DEA, secondo quanto indicato nella DGR n. 23-6428 del 16.01.2023 della Regione Piemonte. Il Piano aziendale ha l'obiettivo garantire interventi incisivi sul fenomeno del sovraffollamento e del boarding, descrive i tempi standard di attesa a cui tendere – secondo quanto riportato nelle Linee di Indirizzo Nazionali su Triage-OBI-Sovraffollamento (Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/2019) e della DGR Piemonte n.7-3088 del 16/04/2021 – i livelli di sovraffollamento e le azioni da adottare per contenerne gli effetti e definisce gli indicatori da misurare per monitorare e analizzare il fenomeno, al fine di adottare azioni correttive. Inoltre, la Direzione Sanitaria organizza incontri periodici con le principali strutture assistenziali coinvolte nella gestione del piano aziendale al fine di garantire un adeguato governo del fenomeno.

Nel triennio 2024-2026 l'AOU San Luigi Gonzaga intende migliorare le azioni di contrasto al sovraffollamento in Pronto Soccorso tramite un attento monitoraggio del fenomeno, da garantire attraverso la valutazione quotidiana dei livelli di affollamento, la produzione di report settimanali e di audit periodici e tramite l'adozione di azioni correttive, quali l'apertura di una discharge room e l'attivazione di gruppi di lavoro nell'ambito del Dipartimento inter-aziendale di Continuità Assistenziale dedicati ai diversi percorsi di presa in carico dei pazienti alla dimissione da reparti per acuti (CAVS, RSA, cure palliative, lungodenza).

Percorsi LEAN per l'attività di sala operatoria

Il concetto di Lean management nasce con il Toyota Production System, un sistema gestionale e di produzione industriale, adottato per fronteggiare le condizioni negative in cui versava l'economia giapponese negli anni '50 del XX secolo. Il Lean thinking è un modello strategico operativo che ha l'obiettivo di raggiungere una gestione ottimale dei processi, di creare valore aggiunto e di eliminare gli sprechi di risorse (di tempo, persone, materiali, spazio, trasporti), con il contributo delle persone che ne sono parte. Il Lean thinking fa emergere i principali sprechi e le attività che non portano valore attraverso un'analisi accurata del flusso operativo del processo in esame e si focalizza sulla centralità del cliente e sulla responsabilizzazione delle risorse umane aziendali per creare valore aggiunto.

Il blocco operatorio, caratterizzato da complessità organizzativa e importanti costi operativi, è una struttura che può trarre elevati benefici dall'adozione di percorsi Lean. Il percorso del paziente chirurgico, infatti, implica una serie di passaggi e di procedure su cui la metodica Lean può intervenire in modo efficace e numerosi studi hanno dimostrato che l'applicazione del Lean thinking al contesto della sala operatoria è in grado di rendere i blocchi operatori maggiormente efficienti. Al di là del risparmio economico, infatti, l'applicazione di metodiche Lean in tale contesto consente di migliorare

da sicurezza delle cure, di aumentare la produttività e di migliorare il grado di soddisfazione sia dei pazienti che degli operatori sanitari.

Presso l'AOU San Luigi Gonzaga è in corso un progetto di analisi di processo lean-based delle attività del blocco operatorio, con l'obiettivo di rendere più efficiente la gestione delle sale operatorie aziendali. Il progetto ha i seguenti obiettivi specifici:

- entrare nel dettaglio del processo tramite un approccio lean
- verificare l'attendibilità dei dati inseriti sui sistemi informativi aziendali ed intraprendere azioni di miglioramento in ottica di digitalizzazione del processo
- analizzare la pianificazione delle sedute verificando orari di inizio e fine sedute con numero di interventi pianificati vs eseguiti
- evidenziare all'interno del processo gli sprechi e intraprendere azioni di miglioramento
- definire di un set di indicatori di riferimento per il monitoraggio e il miglioramento continuo delle sale operatorie

Nel corso del 2024 l'AOU San Luigi Gonzaga intende, inoltre, condurre analisi di processo lean-based delle attività di analisi del settore della chimica clinica, focalizzato sulla fase pre-analitica.

Health Technology Assessment (HTA)

L'Health Technology Assessment è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia, svolto attraverso la valutazione di più dimensioni quali efficacia, sicurezza, costi, impatto sociale. Al fine di favorire l'appropriatezza nell'acquisizione delle tecnologie sanitarie, presso l'AOU San Luigi Gonzaga è operante una Commissione Aziendale "Tecnologie Biomediche e Dispositivi Medici" (TBDM), istituita con Deliberazione n. 138 del 21/02/2018, presieduta dal Direttore Sanitario d'Azienda e composta dai responsabili della SC Farmacia Ospedaliera, della SCDO Direzione Sanitaria, della SC DiPSa, della SC Provveditorato e della SS Ingegneria Clinica, che riveste ruolo di coordinamento quale referente aziendale HTA nell'ambito della rete regionale.

Nel 2023 la Commissione TBDM è stata convocata n. 3 volte e ha preso in carico e vagliato 22 richieste di introduzione di tecnologie, di cui 14 approvate e avviate all'acquisizione in corso d'anno. Nel corso del 2024 l'Azienda provvederà a una revisione della composizione e dell'impianto organizzativo della Commissione, volto a recepire l'assetto derivante dal nuovo atto aziendale e a riorganizzare l'iter delle istruttorie preparatorie, tramite l'introduzione di un nucleo Tecnico Aziendale HTA multidisciplinare, incaricato di analizzare in fase istruttoria le richieste caratterizzate da maggiore complessità.

Telemedicina

La disponibilità di tecnologie informative consente di migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi, favorendo una riduzione del ricorso all'ospedalizzazione e supportando la continuità di cura tra ambiti ospedalieri e territoriali.

In particolare, la possibilità di erogare prestazioni a distanza tramite servizi di telemedicina forniscono un rilevante contributo, perché consentono agli assistiti di ricevere a distanza risposte a questi clinici, interpretazione di esami diagnostici, rilevazione di parametri, consulenze specialistiche e riabilitazione.

Le prestazioni erogate a distanza con soluzioni di telemedicina presentano una serie significativa di vantaggi per gli assistiti, per i professionisti sanitari e per la collettività, quali:

- risparmio di tempo e risorse economiche per i pazienti e/o i caregiver, per i quali si riducono la necessità di programmare e gestire spostamenti e di richiedere permessi lavorativi
- possibilità di ricevere assistenza nel proprio ambiente di vita
- possibilità di valutare le performance del paziente nel suo ambiente di vita quotidiano (elemento particolarmente utile per alcune, come la Riabilitazione Funzionale)
- riduzione dei consumi e dell'impatto ambientale conseguente alla riduzione dei trasferimenti

Nell'ottobre 2020 il Ministero della Salute ha emanato le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina" (Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 – Repertorio atti n.215/CSR). Successivamente, nell'aprile 2021 sono state approvate le "Indicazioni per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie" (Accordo in Conferenza Stato Regioni del 18 novembre 2021 – Repertorio Atti n. 231/CSR).

Nel contempo, la Regione Piemonte ha fornito indicazioni sulle Visite di Specialistica ambulatoriale erogabili in modalità televisita (delibera n.6-1613 del 3 luglio 2020, "Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza - Televisita").

Nel 2023 presso l'AOU San Luigi Gonzaga è stato costituito un Gruppo di Lavoro Aziendale di Telemedicina per descrivere lo stato dell'arte e analizzare i bisogni relativi all'erogazione di prestazioni in telemedicina delle diverse strutture organizzative aziendali. Il gruppo di lavoro ha definito un piano di audit, inizialmente focalizzato su alcune aree cliniche e di cura individuate come prioritarie per lo sviluppo della Telemedicina (Sclerosi Multipla, Microcitemie, Fibrosi Cistica, Sclerodermia) e progressivamente esteso a tutte le strutture organizzative sanitarie, al fine di rilevare le necessità in termini di risorse (umane, tecnologiche e organizzativo-procedurali). Nel 2024 il Gruppo di lavoro estenderà il piano di audit con il coinvolgimento delle associazioni di pazienti e familiari, per poi e giungere alla stesura di un Piano Aziendale di Telemedicina, declinato in azioni e interventi pianificati, al fine di verificare i limiti e le problematiche

Presa in carico clinico-assistenziale globale del paziente

Le principali cause di mortalità e morbidità sono ad oggi costituite da patologie croniche non trasmissibili. I pazienti, per lo più di età adulta o anziana sono spesso affetti da più patologie concomitanti, che comportano ripercussioni di carattere, clinico, assistenziale e sociale e richiedono una presa in carico continuativa e coordinata da parte di strutture ospedaliere e territoriali e la collaborazione con enti del terzo settore. Per tali ragioni, è necessario organizzare la presa in carico dei pazienti attraverso percorsi strutturati e pre-definiti.

In tale contesto, i Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA) hanno lo scopo di rendere omogenei e strutturati i percorsi di presa in carico dei pazienti, garantendo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale e un'efficace integrazione fra percorsi ospedalieri e territoriali, al fine di rispondere alle esigenze dei pazienti e di garantire. I PSDTA sono strumenti che, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche più attuali e in relazione alle risorse disponibili, permettono di delineare, per una determinata patologia, il miglior percorso praticabile all'interno dell'Azienda.

I PSDTA sono elaborati da gruppi di lavoro multiprofessionali, che descrivono le modalità con cui avviene la presa in carico dei pazienti affetti dalla patologia oggetto del percorso, valutano le evidenze scientifiche di riferimento nazionali e internazionali e le esperienze di altre aziende sanitarie e

definiscono un percorso aziendale individuando le persone cui si rivolge, le fasi da cui è costituito un set di indicatori utili a monitorarne i risultati.

Presso l'AOU San Luigi Gonzaga hanno sede centri di riferimento regionale per la cura di alcune patologie croniche (fibrosi cistica, sclerodermia, sclerosi multipla, talassemie). Al fine di facilitare e rendere più efficace e efficiente l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, nel triennio 2024-2026 l'AOU San Luigi Gonzaga ha come obiettivo quello di sviluppare PSDTA inter-aziendali in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali, in modo da garantire una maggiore integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali.

Attenzione agli esiti delle cure

Tramite il Programma Nazionale Esiti (PNE), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNAS) realizza un monitoraggio e un'analisi delle cure erogate negli ospedali pubblici e privati accreditati italiani, in favore dei decisori e dei professionisti impegnati nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il PNE rappresenta uno strumento fondamentale di governo del Servizio Sanitario Nazionale, che permette di far emergere le criticità assistenziali e individuare puntuali strategie correttive, anche attraverso l'organizzazione di attività di audit clinico-organizzativo utili a migliorare la qualità delle cure. Inoltre, attraverso la misura degli indicatori inseriti nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è possibile verificare che i cittadini ricevano le cure e le prestazioni che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza.

Al fine di garantire la qualità delle cure l'AOU San Luigi Gonzaga monitora gli indicatori inclusi nel Programma Nazionale Esiti individuati come prioritari dalla Regione Piemonte (D.G.R. 23 – 5653 del 19.09.2022), con particolare riferimento alle tempistiche di esecuzione di PTCA e degli interventi di riduzione della frattura di femore. Nel triennio 2024-26, l'AOU San Luigi Gonzaga ha come obiettivo quello di estendere il numero di indicatori inclusi nel Piano Nazionale Esiti sottoposti a monitoraggio periodico, al fine di rilevare eventuali criticità che possano essere oggetto di azioni migliorative. Analogamente l'Azienda monitora gli indicatori inclusi nel Nuovo Sistema di Garanzia, relativi alle cure psichiatriche e alle patologie oncologiche.

Sicurezza del paziente

La sicurezza delle cure è garantita attraverso l'adozione di una serie di attività finalizzate a identificare i principali rischi esistenti all'interno dell'organizzazione e di una serie di azioni volte a ridurre la gravità o la probabilità di insorgenza dei rischi identificati. Fra queste ultime rientrano sia azioni di carattere generale, quali l'adozione sistematica di strumenti di gestione del rischio in generale e di comprovata efficacia, sia azioni specifiche, finalizzate a ridurre rischi identificati in specifici momenti e setting di cura.

Presso l'AOU San Luigi Gonzaga sono attivi sistemi di segnalazione spontanea degli eventi avversi, che alimentano specifici flussi informativi (cadute, incident reporting, aggressioni) e sono state condotti negli anni analisi a priori del rischio e safety walkaround. I sistemi di identificazione del rischio hanno consentito di adottare azioni correttive mirate e ridurre il rischio di insorgenza degli eventi segnalati. Contestualmente, l'attività di formazione e sensibilizzazione degli operatori e il loro coinvolgimento nelle attività di identificazione e analisi del rischio e nella stesura di procedure convise per il miglioramento della sicurezza delle cure ha consentito la progressiva diffusione di una no blame culture e di rendere gli operatori parte attiva nelle azioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico.

Al fine di migliorare la capacità di identificare gli eventi avversi, nel corso del triennio 2024-26 presso l'AOU San Luigi Gonzaga sarà potenziata l'attività di incident reporting e sarà avviata la misurazione degli indicatori per la misurazione della qualità elaborati dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e ricavabili tramite analisi del flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), con particolare riferimento all'indicare PSI 90 (Patient Safety and Adverse Events Composite). Sarà, inoltre, adottata una valutazione a campione delle modalità di utilizzo degli strumenti di prevenzione del rischio (schede uniche di terapia, checklist per la sicurezza in sala operatoria, schede di monitoraggio e allertamento, schede di rilevazione del rischio di caduta). Saranno, infine, attivati gruppi di lavoro incaricati di provvedere all'aggiornamento e all'implementazione delle procedure finalizzate al miglioramento della sicurezza delle cure, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati
- comunicazione e sicurezza nel percorso chirurgico
- prevenzione degli errori in terapia farmacologica
- allontanamento del paziente

Alle attività di aggiornamento e implementazione delle procedure finalizzate alla sicurezza delle cure redatte seguirà il monitoraggio sulla loro corretta applicazione, mediante la misura di specifici indicatori di processo e di risultato.

Sono inoltre previsti i seguenti indicatori di valore pubblico: individuazione di un gruppo di professionisti sanitari da parte della della SS Qualità Rischio clinico e Accreditamento e della SC Direzione delle Professioni Sanitarie, con ruolo di referenti per la gestione del rischio; definizione di offerta formativa annuale relativa all'ambito formativo nazionale sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale; aggiornamento della procedura aziendale per la prevenzione delle cadute; stesura di procedure per la prevenzione dell'allontanamento del paziente; adozione di dispositivi per la prevenzione; implementazione del Manuale per la sicurezza in sala operatoria; segnalazione eventi avversi, oggetto di analisi tramite London Protocol, misurazione annuale indicatore PSI 90, valutazione a campione delle cartelle cliniche in relazione al corretto utilizzo strumenti di gestione del rischio clinico.

Contrasto alle Infezioni Correlate all'Assistenza

L'AOU San Luigi Gonzaga garantisce la qualità dell'assistenza erogata anche attraverso l'adozione delle linee guida Nazionali e Internazionali relative alla prevenzione e al controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). A tal fine, è stato istituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), un gruppo multidisciplinare che si riunisce periodicamente per affrontare le tematiche relative al rischio infettivo.

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

L'Azienda organizza interventi di formazione strutturati e accreditati ECM ed esegue sopralluoghi periodici all'interno delle strutture organizzative sia in relazione alla prevenzione e al controllo delle ICA, sia all'antimicrobicoresistenza, per incentivare l'adozione di comportamenti volti a ridurre il rischio di trasmissione di patologie infettive.

Ulteriori interventi di sensibilizzazione avvengono attraverso la promozione di momenti divulgativi in occasione della giornata internazionale dell'igiene delle mani.

L'attenzione dell'Azienda al contrasto delle Infezioni Correlate all'Assistenza si focalizzerà per il prossimo triennio, sull'aggiornamento delle procedure esistenti a tema igiene ospedaliera e di prevenzione, sorveglianza epidemiologica dei microrganismi e controllo delle ICA; sulla promozione di interventi di miglioramento dell'igiene delle mani e sulle attività di monitoraggio in accordo con le attività previste dal Piano nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza e al documento regionale relativo agli Indicatori a cui attenersi per la redazione e realizzazione dei "Programmi aziendali di Prevenzione del Rischio Infettivo".

Promozione e comunicazione

L'AOU San Luigi Gonzaga ritiene di importanza strategica lo sviluppo della funzione di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione nei confronti dei propri assistiti e delle relative organizzazioni, che viene esercitata in piena osservanza dei principi della trasparenza.

A tutela dei diritti del cittadino è dedicata l'attuazione della Carta dei servizi, predisposta e periodicamente aggiornata dall'Azienda. In tale prospettiva la Direzione Aziendale si avvale del contributo dell'Ufficio relazioni con il Pubblico, della S.S. Attività Amministrativa Area Sanitaria e della Funzione Ufficio Stampa e Relazioni Istituzionali.

L'Azienda assegna, inoltre, valore particolare alle campagne informative volte alla promozione della salute e della sicurezza delle cure organizzate anche in collaborazione con le organizzazioni di pazienti e familiari.

La Comunicazione esterna, in particolare, rappresenta un impegno costante, volto a garantire ai cittadini informazioni corrette e puntuali sui servizi erogati, sulle modalità di accesso, sulle iniziative adottate e le innovazioni messe in campo. Per tale ragione, nel 2023 l'AOU San Luigi Gonzaga ha incrementato le proprie vie di comunicazione verso l'esterno tramite l'inaugurazione di una pagina facebook che si affianca al sito istituzionale (www.sanluigi.piemonte.it)

2.2.1 ALBERO DELLA PERFORMANCE -

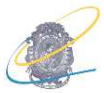
Il presente documento incorpora il Piano della Performance, costituendo il dispositivo di programmazione che, in coerenza con le risorse allocate e nel rispetto della pianificazione sanitaria regionale, identifica gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato e i target per la misurazione, la valutazione e la rendicontazione delle performance a livello individuale ed organizzativo. Si configura quindi come strumento di puntualizzazione per tutti gli stakeholder interni ed esterni, segnando l'inizio del ciclo di Programmazione e Controllo aziendale, comprendente la programmazione strategica pluriennale, la programmazione gestionale annuale, la definizione degli obiettivi operativi e la loro attuazione, monitoraggio e valutazione.

Esso recepisce gli orientamenti della programmazione regionale in materia di salute e funzionamento del sistema sanitario, che costituisce il punto di primario riferimento per la formulazione delle decisioni strategiche aziendali. Propone un percorso di lavoro a lungo termine che la Direzione Strategica intende implementare, guidando le scelte di programmazione a breve termine, sulla base della pianificazione regionale e degli obiettivi istituzionali.

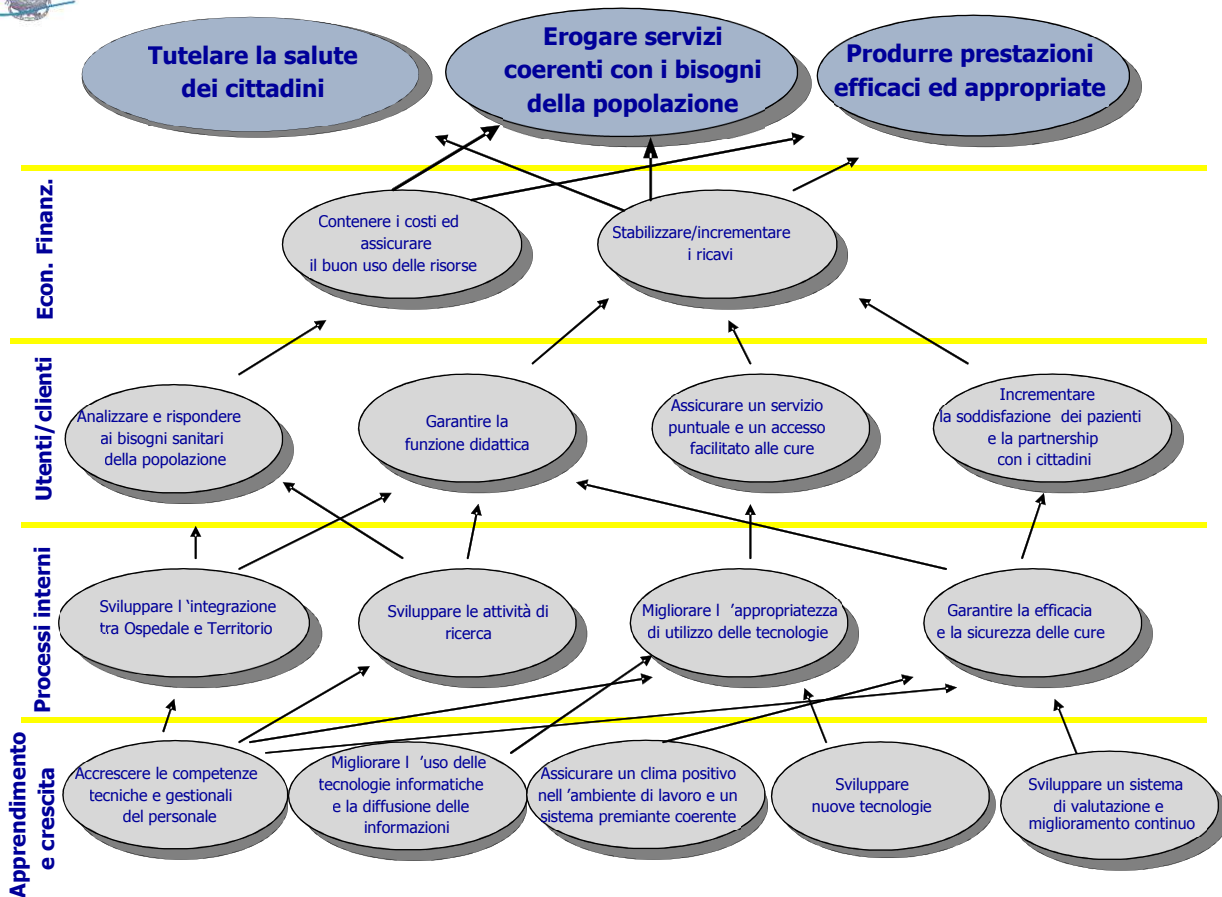
L'albero della Performance, di seguito riportato, rappresenta una mappa logica che vuole evidenziare i legami tra mission, aree strategiche, obiettivi generali e obiettivi specifici dell'AOU San Luigi permettendo una chiara visualizzazione di come gli obiettivi, declinati a vari livelli e di natura diversa, convergano all'interno di un disegno strategico complessivo, contribuendo così alla realizzazione del mandato istituzionale di questa Azienda.

I riferimenti derivanti dai documenti di programmazione regionale e nazionale costituiscono la robusta fondazione dell'albero delle performance. A questa base si aggiungono tutti gli elementi che emergono dall'analisi del contesto nel quale l'Azienda si trova ad operare, sia interno che esterno. Questi elementi, ritenuti rilevanti ai fini della definizione della programmazione strategica, ampliano ulteriormente la complessità e la completezza dell'albero, contribuendo a creare un quadro organico ed aggiornato circa le decisioni e le azioni operate dall'AOU San Luigi.

L'albero della Performance si configura dunque come uno strumento di rappresentazione visiva essenziale, offrendo una panoramica dettagliata e articolata dei percorsi e delle interconnessioni che guidano la strategia e l'operatività di quest'Azienda in sintonia con gli obiettivi istituzionali e le direttive di programmazione nazionali e regionali.



Albero della performance AOU SAN LUIGI



2.2.2 Il ciclo della Performance

La performance è ottenuta grazie all'integrazione tra programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato i risultati raggiunti sia a livello organizzativo che individuale.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa attraverso le seguenti fasi tipiche:

- a) individuazione da parte della Direzione Generale delle aree strategiche, degli obiettivi strategici triennali e degli obiettivi aziendali annuali; condivisione ed assegnazione di tali obiettivi operativi ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa, Semplice Dipartimentale e di Staff;
- b) verifica e validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- c) collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse, con integrazione con il ciclo di bilancio;
- d) monitoraggio in corso di esercizio tramite l'analisi dell'andamento degli indicatori e degli scostamenti dai valori attesi ed attivazione degli eventuali interventi correttivi;
- e) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale e correlata distribuzione degli incentivi
- f) rendicontazione dei risultati agli stakeholders

La Direzione, nell'ottica del soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di competenza mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie con efficiente gestione delle risorse disponibili, ha individuato le aree strategiche di intervento, da cui sono stati estrapolati gli obiettivi strategici triennali e da questi gli obiettivi aziendali da assegnare alle varie strutture, come di seguito dettagliati, integrati con il processo di programmazione e con il bilancio di previsione.

Le aree strategiche individuate per il triennio 2024-2026 sono classificabili in area gestione spese, area organizzativa, area qualità clinica assistenziale ed area comunicazione. Esse corrispondono ai macro obiettivi che l'azienda intende perseguire.

Area gestione spese: prevede un incremento della qualità e della quantità dei servizi erogati a parità di risorse economiche, mirando al contenimento delle spese e con un particolare focus sulla riduzione della spesa farmaceutica e l'appropriatezza prescrittiva, ottenute attraverso un maggiore o uguale utilizzo di trattamenti equivalenti o biosimilari o comunque a minor costo rispetto al 2023. Particolare attenzione è concentrata sui settori altospendenti, quali quello dei dispositivi medici e dell'attività chirurgica, sulla riduzione della mobilità passiva, sul rispetto dei budget di spesa assegnati e alla misurazione dell'efficienza del processo produttivo attraverso l'analisi comparata dei costi e dei ricavi riconducibili ad una specifica unità produttiva, data dal rapporto tra output (produzione attribuita) e input (fattori produttivi impiegati) e con la pubblicazione di un report economico sperimentale dei volumi di attività (produzione monitorata) per ciascuna struttura sulla Intranet Aziendale.

Area organizzativa: prevede obiettivi legati all'efficientamento delle strutture organizzative aziendali, all'innovazione tecnologica e alla reingegnerizzazione dei processi, quali ad esempio la piena implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) in accordo agli obiettivi di digitalizzazione previsti dal PNRR, lo sviluppo e l'applicazione di progettualità LEAN per l'ottimizzazione delle performance delle sale operatorie e della laboratoristica, la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali monitorate nel PNGLA ma anche l'implementazione di un sistema di monitoraggio periodico dell'andamento della produzione e dei costi di ogni struttura attraverso la redazione di schede di budget a cadenza mensile. Vengono altresì proposte quali obiettivi prioritari per l'Azienda l'attuazione di misure in materia di trasparenza e prevenzione di fenomeni corruttivi.

Area qualità clinica ed assistenziale: prevede, tra gli altri, obiettivi legati alla qualità dei servizi sanitari erogati, quali: la presa in carico clinico-assistenziale globale di pazienti affetti da malattia cronica (Fibrosi/Sclerosi Multipla/Talassemia/Sclerodermia) tramite la stesura di percorsi diagnostici-terapeutici assistenziali (PDTA) ed incontri periodici con le associazioni di malati; l'esecuzione precoce di PTCA e l'implementazione del numero di fratture di femore operate entro 48 ore; la riduzione dei tempi di degenza medi; l'erogazione di prestazioni ambulatoriali entro tempi appropriati; il conferimento della documentazione clinico-sanitaria nel FSE; il potenziamento dell'attività di telemedicina; l'attività di controllo e gestione rischio clinico; la gestione del sovraffollamento e del boarding in pronto soccorso ed il governo delle liste d'attesa; l'attività di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e di contrasto all'antibiotico resistenza

Area della comunicazione: prevede attività legate alla comunicazione, ai programmi sulla trasparenza, alla realizzazione di iniziative formative e informative, al marketing delle strutture e della attività dell'Azienda e alla gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato e con l'utenza, attraverso la gestione puntuale dei reclami.

Area strategica	Obiettivo strategico triennale	Obiettivo aziendale annuale
Area organizzativa	Ottimizzazione servizi	Monitoraggio e pulizia liste Riduzione tempi d'attesa Realizzazione interventi Lean Monitoraggio PNGLA Schede budget Amministrazione trasparente
Area qualità clinica ed assistenziale	Transizione al digitale Esiti di salute	Digitalizzazione dei documenti Implementazione FSE Telemedicina Area Osteomuscolare:tempestività interventi Riduzione degenza media Tempestività nell'effettuazione PTCA Percorsi clinico-terapeutici globali Sorveglianza ICA
Area gestione spesa	Razionalizzazione delle risorse Gestione spesa	Efficiente gestione dei budget economici assegnati Incremento performance e contenimento spesa

Area comunicazione

Cultura della legalità
e Trasparenza
Comunicazione

Rapporti con associazionismo

L'assegnazione degli obiettivi è stata preceduta dallo svolgimento di incontri tra la Direzione Aziendale ed i Direttori di Dipartimento, nonché i Direttori di tutte le strutture, nei quali sono stati condivisi e negoziati i target attesi, anche in relazione agli obiettivi regionali, che contribuiscono a definire l'indice di redditività e l'efficienza dell'Azienda.

La programmazione della performance è pertanto, nell'ambito dell'AOU San Luigi, frutto di un processo di proposta, condivisione e quindi consolidamento degli obiettivi medesimi, con possibilità di rimodulazione degli stessi in corso d'anno, in relazione ad eventuali rilevate criticità sul relativo raggiungimento.

In tutte le fasi del ciclo della Performance è operata una stretta correlazione tra la performance organizzativa e quella individuale in quanto solo l'azione programmata e coordinata degli individui consente il raggiungimento di risultati organizzativi.

2.2.3 Gli obiettivi strategici ed operativi

Le schede di budget/obiettivi 2024, sottoscritte dai Responsabili delle varie articolazioni aziendali, sono riportate nel documento allegato (all.1) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano.

2.2.4 La misurazione e valutazione della Performance

L'Azienda San Luigi intende la performance come il contributo che ciascun soggetto (individuo, organizzazione) apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi definiti.

La metodologia adottata per misurare e valutare la performance sia organizzativa che individuale è stata definitiva dall'AOU San Luigi nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (approvato con deliberazione n. 231 del 14.04.2015 ed aggiornato da ultimo con atto n. 193 del 28/03/2023), fondato sulla valorizzazione del merito, sia in termini individuali che di struttura, nonché sulla trasparenza nei risultati conseguiti.

Il Ciclo della Performance annuale dell'AOU San Luigi prevede un monitoraggio intermedio sullo stato di avanzamento del raggiungimento degli obiettivi e si conclude con la valutazione della performance organizzativa delle articolazioni aziendali, effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), nonché con la valutazione della performance individuale.

Soprattutto per i direttori delle strutture la valutazione della performance individuale è fortemente integrata con quella organizzativa e concerne il contributo individuale ai risultati della gestione, nonché le capacità e competenze dimostrate.

La trasparenza dei processi è garantita dalla pubblicazione sul sito istituzionale, in apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente", di tutta la documentazione correlata all'assegnazione degli obiettivi nonché delle Relazioni annuali sulla performance e del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.

2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza”

Quadro normativo di riferimento

<https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?idSezione=207181&id=&sort=&activePage=&search=>

La presenza **Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”** del PIAO va a sostituire, in ottemperanza a quanto previsto dal D.L. 9 giugno 2021, n. 80 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”, per le Amministrazioni con più di 50 dipendenti, quello che in precedenza era il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

La **Sezione** in esame è costituita dalle seguenti “sottosezioni”:

1. Parte Generale;
2. Analisi del contesto
 - Esterno
 - Interno
3. Gestione del rischio;
4. Coordinamento con il piano della performance;
5. Programmazione dell'attuazione della trasparenza

Gli adempimenti, i compiti e le responsabilità previsti nella Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” sono inseriti e integrati nel ciclo della performance.

2.3.1. PARTE GENERALE

L'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali al perseguimento della “mission” aziendale e delle funzioni istituzionali, sviluppando ed attuando un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti.

La normativa anticorruzione si basa sul principio secondo il quale i fenomeni di corruzione all'interno delle amministrazioni pubbliche vanno affrontati e combattuti in “via preventiva” cercando di anticipare gli eventi promuovendo e diffondendo la cultura della legalità.

La Trasparenza dell'attività amministrativa, quale *modus operandi*, oltre che adempimento normativo, rappresenta la leva principale per la prevenzione di atti corruttivi e per la creazione di “valore” diffuso dell'attività della A.O.U. SAN LUIGI, contribuendo al rafforzamento del senso di appartenenza all'ente, quale motore per la crescita del Capitale Umano da valorizzare a vantaggio dell'organizzazione ed a favore dei cittadini utenti.

Gli **obiettivi prioritari e strategie principali** che l'Azienda si pone, nell'intento di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, creare un contesto sfavorevole alla corruzione, sono i seguenti:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;

- revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi)
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione "Amministrazione Trasparente"
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- promozione di strumenti di condivisione di esperienze e buone pratiche (partecipazione a Reti di RPCT in ambito regionale);
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale

I **SOGGETTI** coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione della trasparenza sono i seguenti:

1. Organo di indirizzo politico;
2. RPCT;
3. Dirigenti delle strutture di riferimento;
4. OIV (Organismo Indipendente di valutazione);
5. Referenti e struttura di supporto;
6. Dipendenti
7. Ufficio Procedimenti disciplinari

e di seguito ne vengono declinati i principali compiti e responsabilità.

L'Organo di indirizzo politico:

- **valorizza**, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- **nomina** il RPCT, tenendo conto delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- **crea** le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni;
- **assicura** al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- **promuove** una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale;
- **adotta e aggiorna**, nell'ambito del PIAO, su proposta di quest'ultimo, la Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (1)

- **predisporre** – in via esclusiva – la “Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO” e la sottopone all’Organo di indirizzo per la necessaria approvazione;
- **segnala** all'organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “disfunzioni” inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- **verifica** l’efficace attuazione della “Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO” e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell’organizzazione o nell’attività dell’amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d’intesa con il dirigente competente, l’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione;
- **redige** la relazione annuale recante i risultati dell’attività svolta tra cui il rendiconto sull’attuazione delle misure di prevenzione definite nella “Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO”
- **controlla**, in quanto titolare delle funzioni di Responsabile per la trasparenza, “ sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”;
- **si occupa** dei casi di riesame dell’accesso civico: “Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”. Nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all’Ufficio di disciplina ai sensi dell’art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013;
- **cura** la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell’amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all’ANAC dei risultati del monitoraggio.

I Dirigenti e i Responsabili delle unità organizzative:

- **valorizzano** la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- **partecipano** attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l’analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- **curano** lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovono la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull’integrità;

(1) <https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?idSezione=207153&id=&sort=&activePage=&search=>

- **assumono** la responsabilità dell’attuazione delle misure di propria competenza programmate nella Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO e operano in maniera tale da creare le condizioni che consentano l’efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- **tengono conto**, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all’attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

L’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

è chiamato a verificare:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l’adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all’attuazione delle misure;
- i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni.
- nell’ambito di tale attività l’OIV si confronta con il RPCT - cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari – anche attraverso lo svolgimento di audizioni. Qualora dall’analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l’OIV può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività e efficacia della strategia di prevenzione.

I Referenti e la struttura di supporto

Nelle organizzazioni di grandi dimensioni è opportuno individuare una precisa strategia, su più fronti, da disciplinare nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, tesa a rafforzare il ruolo del RPCT e a garantirgli un supporto adeguato.

All’RPCT è attribuito un apposito ufficio di supporto, dotato di adeguate risorse umane con competenze multidisciplinari nonché di risorse strumentali, la cui titolarità sia posta in capo al RPCT.

Tenuto poi conto del carattere complesso della singola organizzazione, nonché dell’articolazione per centri di responsabilità, vengono individuati “*referenti*” per la prevenzione della corruzione che operino nelle strutture (SC / SS) di riferimento, in raccordo con il RPCT, specie in quelle che fungono da centro d’acquisto.

L’individuazione e la nomina dei soggetti cui conferire l’incarico di referenti spetta all’organo di indirizzo. L’A.O.U. San Luigi ha provveduto (deliberazione n 585 del 28/11/2022 in corso di adeguamento a seguito dei mutati assetti aziendali) alla nomina dei “**Referenti per la prevenzione della corruzione**” e della “**Struttura di supporto**” al RPCT.

Il RPCT resta, comunque, il punto di riferimento principale del sistema di prevenzione, unitamente all'organo di indirizzo.

Ogni referente assolve a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione, sia in materia di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con il RPCT, nell'ottica dell'attuazione di un sistema di controllo efficace.

L'attività dei referenti è indispensabile per informare compiutamente il RPCT affinché questi abbia elementi utili e riscontri per la predisposizione e il monitoraggio del PTPCT o della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

STRUTTURA DI SUPPORTO e REFERENTI

Struttura di supporto al RPCT	Titolo
RPCT	Dr. Peruzzo
Collaboratore	Dr.ssa Bertolo
Collaboratore	Dr.ssa Borri

Struttura	Referente
S.C. DIPSA	Dr.ssa Lanteri
S.C. Farmacia	Dr.ssa Marino
S.C. Risorse Umane	Dr. Canova
S.C. Tecnico e Tecnologie	Sig.ra Morando
S.C. Provveditorato - Economato	Dr.ssa Bertello
S.C. Gestione Economico-Finanziaria	Dr.ssa Bertinetti
S.S. Controllo di Gestione	Dr. Ruffino
S.S. Affari Generali e Legali	Dr. Cingolani
S.S. Attività Sanitaria e Relazioni Esterne	Dr.ssa Fimiani
Servizio Prevenzione e Protezione	Sig. Spoletti

I dipendenti

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità della “Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO” e delle relative misure, così come per un’ampia condivisione dell’obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di comportamento dell’amministrazione.

A tal riguardo:

- la Sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*” del PIAO stabilisce «obblighi di informazione nei confronti del responsabile [...] chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del Piano». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell’attuazione delle misure adottate;
- i dipendenti dell’amministrazione sono tenuti a rispettare le prescrizioni contenute nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e a prestare collaborazione al RPCT. Si rivela utile l’introduzione nel codice di comportamento dell’amministrazione dello specifico dovere di collaborare attivamente con il RPCT.

L’Ufficio per il Procedimenti Disciplinari (UPD) fornisce al RPCT, secondo le indicazioni operative dallo stesso stabilite, dati e informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.

Inoltre:

- svolge i procedimenti disciplinari nell’ambito della propria competenza (art. 55 bis D.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell’autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. 3/1957; art. 1, comma 3, L. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- propone l’aggiornamento del Codice aziendale di comportamento.

Con deliberazione del Commissario n. 74 del 27.06.2023 sono stati rinnovati i componenti dell’Ufficio competente per i procedimenti disciplinari nei confronti del personale dirigente e del comparto dell’AOU San Luigi Gonzaga

L’efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza di ogni ente dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell’amministrazione e dalla possibilità che si realizzino significative interlocuzioni con il RPCT che del sistema predetto è il principale coordinatore.

Il ruolo di coordinamento del RPCT, infatti, non deve in nessun caso essere interpretato come una deresponsabilizzazione degli altri soggetti, in particolare dei responsabili delle unità organizzative, in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio.

2.3.2 ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto ha come obiettivo quello di evidenziare come i fattori esterni ed interni possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi all'interno dell'Azienda e possano condizionare sia la valutazione del rischio corruttivo che il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

La sanità infatti rappresenta un settore in cui elevato è il rischio corruttivo: oltre all'impiego di grandi quantità di risorse economiche che si traducono in appalti, per forniture di beni e di servizi, con la diffusività sull'intero territorio nazionale, costituisce presidio sul territorio e può essere utilizzato come strumento di consenso e quindi essere soggetto a influenze esterne e condizionamenti.

L'analisi in oggetto inoltre non può prescindere dall'affrontare anche le conseguenze dell'emergenza pandemica e i riflessi che questa ha avuto nell'ambito della prevenzione della corruzione.

2.3.2.1 Il contesto esterno

E' necessario premettere che una maggiore consapevolezza ed importanza è stata data alla lotta ai fenomeni corruttivi nel nostro Paese. La prevenzione della corruzione è stata al centro dell'evoluzione normativa degli ultimi anni: a partire dalla legge 190 del 2012, l'attività legislativa è stata indirizzata verso una maggiore efficienza della pubblica amministrazione, volta alla semplificazione, alla trasparenza e al contrasto degli illeciti, introducendo nuovi istituti e inasprendo alcune fattispecie di reato.

Al fine di fornire un quadro il più possibile aggiornato del contesto esterno, nazionale e regionale, si rimanda alla banche dati / relazioni / report di seguito evidenziati:

- TRASPARENCY:
 - ✓ <https://www.transparency.it>
 - ✓ <https://www.transparency.it/sanita>
- COMMISSIONE EUROPEA: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/policies/justice-and-fundamental-rights/upholding-rule-law/rule-law/rule-law-mechanism/2023-rule-law-report_en?prefLang=it&trans=it
- MINISTERO INTERNO: <https://aogonzaga.e-pal.it/L190/sezione/show/207566?search=&idSezione=207153&activePage=&sort=&>
- IRES PIEMONTE: <https://aogonzaga.e-pal.it/L190/sezione/show/207570?search=&idSezione=207153&activePage=&sort=&>
- ANAC: <https://www.anticorruzione.it/-/relazione-annuale-2023>

2.3.2.2 Contesto interno

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO), costituita dal presidio ospedaliero sito in Regione Gonzole n. 10 costruito nel 1970, si caratterizza per le attività medico-chirurgiche che la pongono in posizione di rilievo nell'ambito del panorama sanitario piemontese.

L'iniziale vocazione al trattamento delle sole patologie polmonari è stata nel corso degli anni oggetto di profonde trasformazioni evolutive che hanno portato questa Azienda ad essere fortemente caratterizzata da un'offerta di interventi sanitari polispecialistici ad alta complessità e contenuto qualitativo.

La presenza del Polo Universitario “San Luigi Gonzaga” della Scuola di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Torino, del Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) e in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica e di alcune Scuole di Specializzazione post-laurea hanno ulteriormente ampliato la collaborazione tra l’Università e questa Azienda, divenuta Ospedale di insegnamento a rilevanza nazionale, consentendo così il raggiungimento di livelli di sviluppo attraverso l’integrazione tra ricerca scientifica, assistenza e formazione professionale.

Si evidenziano, sempre all’interno della struttura ospedaliera:

- il Centro Regionale Antidoping “Alessandro Bertinaria”, realizzato in occasione delle Olimpiadi Invernali “Torino 2006”, che, con la conclusione degli Eventi Olimpici di Torino 2006, è diventato un punto di riferimento a livello regionale, nazionale e internazionale per quanto riguarda l’analisi chimico-clinica, tossico-logica e forense e si sta affermando come centro di eccellenza per la ricerca e la formazione nel campo della lotta all’uso di sostanze dopanti ed illecite sia di uso umano sia di uso veterinario;
- il Neuroscience Institute Cavalieri Ottolenghi (NICO), impegnato nello studio dei meccanismi biologici fondamentali e nella sperimentazione di strategie terapeutiche innovative per le patologie neurodegenerative e neuropsichiatriche.
- la Biblioteca Pubblica parte del Sistema Bibliotecario di Area Metropolitana di Torino (SBAM).

Al fine di garantire ai cittadini un’assistenza sanitaria di qualità in continuo miglioramento, l’Azienda è dotata di aree di alta specializzazione, supportate da un’area di assistenza di base di grande professionalità e di aree di assistenza ben rappresentate e sviluppate dedicate alla tutela della fragilità.

Il Presidio Ospedaliero aziendale è organizzato secondo un modello assistenziale che prevede sia l’attività di ricovero (ordinario e diurno), sia l’attività ambulatoriale e dispone di:

- 334 letti di ricovero ordinario
- 68 letti di day hospital (ricovero diurno)
- 1 Poliambulatorio centralizzato e ambulatori decentrati
- 7 sale operatorie
- Dipartimento Area chirurgica ed intensiva (alta e media intensità)
- Dipartimento Area medica ed oncologia (media intensità)
- Dipartimento Area medica specialistica (media intensità)
- Dipartimento funzionale di Emergenza e Urgenza (Pronto soccorso con Osservazione Breve Intensiva, Medicina d’Urgenza, Rianimazione, Neurologia con Stroke Unit, Cardiologia con UTIC ed Emodinamica, attivi sulle 24 ore)
- Dipartimento Continuità assistenziale (bassa intensità, interaziendale AOU San Luigi Gonzaga – ASL TO3)
- Psichiatria (con posti letto)
- Radiagnostica con Medicina Nucleare e Radioterapia
- Laboratorio Analisi Centrale con Punto Prelievi dedicato
- Servizio Trasfusionale
- Dialisi
- Farmacia ospedaliera
- Hospice

Nell'aprile 2023 si è insediata la nuova Direzione Aziendale: il Commissario (Direttore Generale dal 29/12/2023), dott. Davide MINNITI, ha nominato i suoi collaboratori e precisamente il dott. Salvatore DI GIOIA quale Direttore Sanitario e la dott.ssa Antonella RINAUDO quale Direttore Amministrativo.

Nei mesi successivi al loro insediamento è stato avviato un processo di riorganizzazione delle strutture aziendali che ha portato alla deliberazione n.163 del 02.08.2023, avente ad oggetto “ Modifica dell’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 143 del 08.03.2022”.

L’Atto Aziendale è stato recepito dalla Regione Piemonte e successivamente formalizzato dall’Azienda con deliberazione n. 394 del 12/12/2023.

Si riportano di seguito alcuni dati salienti dell’Azienda, relativi **all’anno 2023**, che sono indicati nelle tabelle che seguono:

Attività (gennaio –novembre 2023)	Numero ricoveri ordinari	8947
	Numero DH/DS	dimessi: 5.765 giornate: 9.996
	Numero prestazioni ambulatoriali per esterni	1.053.199
	Numero accessi PS	40.380

Amministrazione	Numero fatture attive	2000
	Numero fatture passive	17.614
	Numero atti deliberativi	641
	Numero determinazioni dirigenziali	731

Area contrattuale	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO	Totale in servizio al 31/12/2023
Medici	234	6	240
Dirigenza Sanitaria	21		21
Dirigenza Prof.le / Tecnica / Amm.va	10		10
Comparto	1160	9	1169
Totale in servizio al 31/12/2023	1425	15	1440

A supporto delle strutture propriamente assistenziali, operano, inoltre, una serie di strutture ed uffici di carattere tecnico – amministrativo, che svolgono le funzioni di:

- gestione delle risorse umane;
- gestione attività amministrativa area sanitaria;
- gestione tecnico e tecnologia;
- gestione approvvigionamento di beni e servizi;
- gestione contabile;
- gestione degli affari istituzionali;
- gestione delle relazioni esterne.

Il coordinamento delle diverse funzioni dirigenziali è assunto direttamente dal Direttore Amministrativo, ferma restando la separazione tra le funzioni strategiche di supporto alla Direzione Generale e le funzioni gestionali di competenza dei singoli dirigenti.

L'A.O.U. San Luigi Gonzaga, in quanto tale, non ha ramificazioni né servizi sul territorio (medici di base, pediatri, veterinari, ambulatori, guardie mediche, ecc.) e, pertanto, riceve segnalazioni, ovvero rileva punti di fragilità della correttezza istituzionale principalmente, se non esclusivamente, con riferimento all'attività erogata all'interno delle proprie strutture ospedaliere.

Con provvedimenti succedutisi negli ultimi anni la Regione Piemonte ha rivalutato i fabbisogni assistenziali regionali e ha rideterminato le strutture organizzative ed i relativi posti letto, definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale con conseguente riduzione del numero delle strutture sia assistenziali che amministrative.

Il modello organizzativo aziendale, in fase di mutazione a seguito del riassetto organizzativo, è riportato nell'**Allegato 6**, della Sezione 3.1 "Struttura organizzativa" del presente documento.

L'Atto aziendale vigente prevede quale principio imprescindibile dell'azione dell'Azienda quello di buona amministrazione che deve, in particolare, garantire la trasparenza, la semplificazione dell'azione amministrativa e la prevenzione della corruzione, intesa come analisi delle cause e dei fattori che possono dar luogo a fenomeni di corruzione o anche di mero rischio adottando gli interventi di prevenzione e contrasto.

Si ritiene, di conseguenza, necessario che sia concretizzato quanto previsto dall'ANAC con determinazione n. 12/2015 e delibera n. 831/2016 e, in particolare, che venga garantita al RPCT una struttura di supporto adeguata, sia per qualità del personale che per mezzi tecnici.

Questo, in una logica di integrazione delle attività, anche attraverso una effettiva collaborazione con l'OIV, il Servizio Ispettivo, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari e i vari uffici di controllo interno esistenti in azienda o istituendi, nonché con le strutture che curano la predisposizione del Piano della Performance.

Dall'analisi del contesto esterno ed interno, come nei PTPCT precedenti, si conferma la necessità di rafforzare la consapevolezza che un efficace sistema di prevenzione della corruzione deve prevedere una rete di confronto continuo e scambio di informazioni con tutti i Dirigenti, che nel reciproco riconoscimento dei ruoli e delle responsabilità, sia il presupposto di ogni strategia di prevenzione e mitigazione del rischio.

Per quanto emerge dall'analisi del contesto interno ed esterno si ritiene di poter evidenziare alcuni **punti critici**:

- **resistenza all'attuazione di misure percepite come meri adempimenti burocratici**, soprattutto in un periodo di emergenza in conseguenza anche delle ridondanze e sovrapposizioni di alcuni obblighi e adempimenti per i quali si auspica una incisiva semplificazione anche alla luce di molte incertezze applicative. Quest'ultimo aspetto rappresenta anche un concreto ostacolo all'avvio e alla partecipazione condivisa di ulteriori iniziative di approfondimento e implementazioni di attività
- **necessità di un maggior coinvolgimento dell'area sanitaria con il supporto della Direzione Aziendale**, allo scopo anche di contrastare il diffuso senso che le politiche in materia siano di stretta competenza dell'area tecnico-amministrativa.
- **necessità di effettivo supporto del tavolo di coordinamento regionale degli RPCT** perché sia un momento di concreta definizione, pur nella specificità di ciascun ente, di percorsi comuni, procedure e linee guida condivise, considerata anche la carenza delle risorse umane attribuite al RPCT.

2.3.3 GESTIONE DEL RISCHIO

Tutti i soggetti aziendali sono chiamati, in base al proprio ruolo, a partecipare all'attività di prevenzione della corruzione e a garantire la trasparenza dell'attività amministrativa.

2.3.3.1 Procedimento di approvazione della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO

Le disposizioni vigenti stabiliscono che il PIAO, con le relative Sezioni, deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno

Il RPCT, tenendo conto di quanto emerso dalle relazioni e a seguito di audit specifici, predispone un primo schema della presente Sezione che è oggetto di valutazione da parte della Direzione Generale e dei Direttori/Dirigenti Responsabili interessati. Lo stesso, alla luce delle osservazioni emerse, predispone la stesura definitiva della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, trasmessa alla Direzione Generale, unitamente alla proposta di atto deliberativo di approvazione del medesimo PIAO.

Il tutto effettuato:

- in coerenza con quanto previsto dai PNA vigenti;
- tenuto conto della riorganizzazione conseguente l'Atto Aziendale;
- alla luce dell'esperienza maturata sul campo in questi anni;
- in seguito alla valutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione nel frattempo poste in essere e alla formazione ricevuta in materia;
- con la valutazione complessiva del livello di esposizione del rischio e con la relativa motivazione ;
- nell'intenzione di individuare le misure per ridurre i rischi rilevati e la relativa tempistica di attuazione;
- con lo scopo di definire gli indicatori utili per il monitoraggio ed il controllo delle misure caratterizzati da specifica valenza informativa, volti a ridurre i margini di incertezza connessi a valutazioni soggettive.

Dopo l'approvazione del PIAO, la Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” è pubblicata ufficialmente, nella versione definitiva, sul sito web aziendale, *Sezione “Amministrazione Trasparenza” / “Altri contenuti” / “Prevenzione della Corruzione” / Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” (2)*

La **Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”** sarà aggiornata su proposta del RPCT nel caso di:

- eventuali normative sopravvenute che impongono ulteriori e/o diversi adempimenti, anche in riferimento all'acquisizione di nuove competenze da parte dell'Azienda;
- modifiche organizzative dell'articolazione dell'Azienda che comportano la necessità di modificare e/o integrare compiti e responsabilità;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PIAO;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA.

Il processo di gestione del rischio, ossia l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'azienda con riferimento al rischio di "corruzione", viene condotto in osservanza della tempistica e delle modalità operative sopra citate, osservando, comunque, la metodologia generale indicata, complessivamente, dal PNA nei suoi successivi aggiornamenti.

L'obiettivo è analizzare tutta l'attività svolta, in particolare attraverso la mappatura dei processi organizzativi, al fine di identificare le aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è un modo “razionale” di individuare e rappresentare tutte le attività dell'Azienda e assume carattere strumentale a fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi e per la formulazione di adeguate misure di prevenzione.

Pertanto, sono state seguite le fasi operative di seguito elencate:

- a. Analisi del contesto, esterno ed interno;
- b. Mappatura dei processi attuati dall'Azienda ed identificazione dei relativi rischi
- c. Valutazione (analisi e ponderazione) dei rischi per ciascun processo
- d. Trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure)

Gli esiti delle fasi b) e c) sono riportati al presente punto 2.3.2.2; gli esiti della fase d) sono riportati invece al successivo punto 2.3.3.4

E' doveroso precisare che l'elenco dei processi effettuato, pur presentando un elevato livello di dettaglio, non ha ancora pretese di esaustività, richiedendo comunque un aggiornamento costante.

2.3.3.2 Mappatura dei processi e identificazione dei rischi

La mappatura degli attuali processi aziendali è stata effettuata in base alla pre-definizione di 14 aree di rischio nel cui ambito è stato ritenuto più elevato il rischio di corruzione: pertanto, alle **8 aree di rischio generali** per tutte le Amministrazioni, indicate all'Allegato 2 del PNA 2013, così come aggiornate dall'ANAC con determinazione n. 12/2015 e delibera n. 831/2016, sono state aggiunte **ulteriori 6 aree specifiche** che tengono conto delle attività svolte da un'azienda ospedaliero-universitaria e, nello specifico, dall'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO).

(2) <https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?idSezione=207153&id=&sort=&activePage=&search=>

Le Aree di rischio così enucleate sono le seguenti:

A) Aree di rischio generali

1. Acquisizione e progressione del personale
2. Incarichi e nomine
3. Contratti pubblici
4. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
5. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
6. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
7. Affari legali e contenzioso
8. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

B) Aree di rischio specifiche

1. Attività libero-professionale e liste di attesa
2. Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
3. Attività correlate al decesso in ospedale
4. Gestione delle risorse umane
5. Relazioni con il pubblico
6. Gestione rischi dei lavoratori dipendenti

Rispetto alla proposta del PNA, si è tralasciata l'Area "Rapporti Contrattuali con Privati Accreditati" perché non di competenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Nell'ambito delle succitate Aree di rischio, i Direttori/Dirigenti Responsabili, con l'ausilio e la supervisione del RPCT, hanno quindi proceduto all'individuazione delle attività maggiormente "sensibili", unitamente all'identificazione dei rischi correlati: il risultato finale di questa rilevazione costituisce la "Mappatura dei processi e dei rischi" aziendali, specificamente riportato nell'**Allegato 2 (3)** alla presente Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e contenente:

- Area di rischio
- Relativi processi (articolati in attività/fasi)
- Identificazione dei possibili eventi rischiosi correlati
- Strutture e responsabili aziendali di afferenza
- Eventuali altri soggetti coinvolti.

Come anticipato in "Premessa" e nell'ambito della disamina del contesto interno, l'individuazione delle aree di rischio potrà oggetto di rivalutazione generale, nell'arco del triennio di riferimento.

2.3.3.3 Valutazione (analisi e ponderazione) dei rischi

Alla prima fase di mappatura dei processi aziendali ed identificazione dei rischi correlati di cui al precedente punto 2.3.2.2, segue, sempre da parte dei Direttori/Dirigenti Responsabili, con l'ausilio e la supervisione del RPCT, quella di valutazione dei relativi rischi, con l'analisi e la ponderazione degli stessi, in applicazione della metodologia predefinita.

(3) <https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?idSezione=207462&id=&sort=&activePage=&search=>

Gli esiti della complessiva fase di valutazione sono riportati nell'**Allegato 3** alla presente Sezione, nel quale sono specificati:

- Area di rischio
- Processo
- Attività/fase del Processo
- Struttura/e aziendale/i responsabile/i del Processo
- Livello di rischio (espresso in valore numerico)

Al fine di procedere all'identificazione degli eventi rischiosi, è stato individuato, come oggetto di analisi il processo e , ove quest'ultimo si componga di più fasi, le fasi stesse.

Per procedere all'analisi degli eventi rischiosi si parte sempre dai rischi rappresentati dall'allegato specifico della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO dell’anno precedente (per il 2023 dal PIAO 2022-2024), tenendo conto dei suggerimenti dei PNA vigenti ovvero l'utilizzo di un approccio di tipo qualitativo, in termini cioè di Basso, Medio o Alto rischio, dando spazio alla motivazione della valutazione.

Sono stati individuati quali elementi **elementi soggettivi** per la valutazione del rischio:

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

Mentre sono stati individuati quali **dati oggettivi**:

- PRESENZA DI PRECEDENTI GIUDIZIARI E/O DISCIPLINARI A CARICO DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:
 - a. i reati contro la PA;
 - b. il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640 bis c.p.);
 - c. i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
 - d. ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Tali dati possono essere reperiti dall'Ufficio Legale dell'amministrazione, dall'Ufficio procedimenti disciplinari e l'Ufficio Approvvigionamenti/Contratti. Si può ricorrere anche alle banche dati on-line già attive e liberamente accessibili (es. es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione).

- PRESENZA DI SEGNALAZIONE, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite **procedure di whistleblowing** (aggiornata a seguito entrata in vigore del D.Lgs n. 24/2023), ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità. Altro dato da considerare è quello relativo ai reclami e alle risultanze di indagini di *customer satisfaction*, che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi.
- ULTERIORI DATI IN POSSESSO DELL'AMMINISTRAZIONE (es. rassegne stampa, ecc.).
- VALUTAZIONE DEL RISCHIO
 - B - Basso rischio
 - M - Medio rischio
 - A - Alto rischio

2.3.3.4 Trattamento dei rischi

La terza fase del processo di gestione del rischio, ossia quella di trattamento dello stesso, si traduce nell'individuazione delle Misure di prevenzione ritenute idonee per neutralizzare o ridurre il rischio.

Nella definizione delle Misure si è tenuto conto sia dell'Aggiornamento dei PNA, sia dei precedenti PTPCT o Sezioni "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO.

Nell'**Allegato 4 (4)** alla presente Sezione, sono riportate le misure per:

- Area di rischio
- Processo
- Attività/Fase del Processo
- Possibile evento rischioso
- Responsabile del Processo

(4) <https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?idSezione=207462&id=&sort=&activePage=&search=>

- Altri eventuali soggetti coinvolti
- Valutazione del rischio (espressa in valori numerici e descrittivi)
- Misure in atto
- Misure da attuare
- Tempi di attuazione
- Indicatori per il Monitoraggio e Controllo
- Eventuali note esplicative

L'individuazione delle misure di prevenzione è definita sulle caratteristiche organizzative di questa struttura sanitaria, in quanto la strategia di prevenzione deve essere personalizzata aziendalmente. Si rileva in particolare che alcuni processi di valutazione del rischio sono stati rimodulati (in particolare gestione del decesso/liste d'attesa) anche in considerazione degli incontri e sulla base delle indicazioni pervenute dalla Regione Piemonte.

2.3.3.5 Monitoraggio dei Processi e delle Misure

Al fine di evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili, è opportuno progettare e scadenziare le misure a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione. Risulta, pertanto, importante, dopo la fase di individuazione delle misure, una fase di controllo e di monitoraggio delle stesse.

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere a tre requisiti.

- ***Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio.*** L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
- ***Sostenibilità economica e organizzativa delle misure.*** L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni ed enti. Se fosse ignorato quest'aspetto, i contenuti delle Sezioni "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO finirebbero per essere irrealistici e quindi restare inapplicati. L'eventuale impossibilità di attuarle va motivata.
- ***Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.*** L'identificazione delle misure di prevenzione è un elemento dipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.

Il monitoraggio della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Come evidenziato al precedente punto 2.3.3.4, nell'*Allegato 4* alla presente Sezione, sono riportate le colonne:

- Misure in atto
- Misure da attuare
- Tempi di attuazione
- Indicatori per il Monitoraggio e Controllo

L'effettiva attuazione delle misure si realizza attraverso la verifica degli indicatori di monitoraggio.

A tal fine, viene prevista una verifica nel corso dell'anno, preferibilmente semestrale, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse, in particolare a seguito di scostamenti tra valori attesi e quelli rilevati attraverso gli indicatori di monitoraggio associati a ciascuna misura e una verifica annuale.

A supporto dell'attività di autoanalisi, nella Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" (Allegato 4) sono proposti alcuni indicatori contraddistinti da semplicità di calcolo e particolare valenza informativa, in modo da fotografare al meglio tutte le possibili specificità che la caratterizzano.

Nel tempo, l'utilizzo costante degli indicatori, anche in funzione dell'organizzazione dei controlli interni, potrà fornire un quadro dinamico sull'andamento delle attività nell'area e sulla coerenza con il dettato normativo, consentendo di studiare e implementare misure specifiche di intervento o prevenzione dei rischi di corruzione.

Alcune misure riguardano l'implementazione/aggiornamento di regolamenti e/o procedure che permettono di individuare e tracciare l'iter amministrativo e/o comportamentale corretto.

Sulla base del rispetto del regolamento/procedura è possibile attivare gli indicatori di monitoraggio dell'attività inerente.

Lo stesso dicasi per le misure di informatizzazione dei processi amministrativi e/o sanitari che permettono maggiori controlli e verifiche sull'attività.

Ulteriori strumenti di monitoraggio sono rappresentati da:

- la predisposizione da parte del RPCT, entro il 15 dicembre di ogni anno o altra data indicata da ANAC (*per l'anno 2023 entro il 31 gennaio 2024*) di una Relazione annuale, sul modello messo a disposizione delle pubbliche amministrazioni dall'ANAC, che riporta il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal PTPC; questa relazione deve contenere una serie di indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione con riguardo ai seguenti ambiti: gestione rischi, formazione, codice aziendale di comportamento, altre iniziative; la Relazione è trasmessa alla Direzione aziendale ed all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ed è pubblicata sul sito web aziendale, nella Sezione "Amministrazione Trasparente";
- lo svolgimento di specifici Audit da parte del RPCT in relazione all'attuazione di tutte o di alcune delle misure contenute nella Sezione.
- l'implementazione di un sistema di reportistica tale da consentire al RPCT un monitoraggio costante in merito allo stato di avanzamento di attuazione delle misure contenute nel PTPC. Considerato il collegamento con il Ciclo della Performance (di cui al successivo punto 4 del presente Piano), la reportistica è quella usualmente utilizzata in sede aziendale per illustrare lo stato di realizzazione degli obiettivi annuali di attività, sia in fase di verifica intermedia sia in fase di rendicontazione finale;
- le attività di verifica e valutazione svolte dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) nell'ambito del Ciclo della performance aziendale, stante la stretta correlazione esistente con il Piano (di cui al successivo punto 4)

A tal proposito, nel corso dell'anno 2023, il RPCT ha effettuato le **seguenti azioni**:

- provveduto alla redazione della Relazione annuale, secondo il modello messo a disposizione dall'ANAC, e pubblicazione della stessa sul sito web, Sezione "Amministrazione Trasparente";

- provveduto al monitoraggio relativamente alla mappatura dei rischi inserito nel Piano (Relazioni dei Direttori / Responsabili delle strutture e audit specifici);
- ha proceduto al monitoraggio (random, a campione, su singole voci) dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla Sezione "Amministrazione Trasparente (sviluppo del nuovo portale "Casa di Vetro" per le pubblicazioni in AT).

Nel corso del triennio di riferimento si prevedono:

- aggiornamento della reportistica, in linea con le novità normative, al fine di consentire al RPCT un monitoraggio costante in merito allo stato di avanzamento di attuazione delle misure contenute Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza";
- prosecuzione di un processo organico volto alla definizione di un sistema di controlli interni idoneo a verificare l'appropriatezza e la legalità dell'azione amministrativa aziendale;
- prosecuzione delle verifiche da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- redazione della relazione da parte del RPCT, secondo lo schema definito da ANAC, e pubblicazione della stessa sul sito web, Sezione "Amministrazione Trasparente", entro il termine indicato dalla stessa Autorità;

2.3.3.6 Misure obbligatorie

Nel presente PTPCT non è stata operata la distinzione tra misure "obbligatorie" e misure "ulteriori", in quanto le misure indicate per ogni area di rischio e ogni processo sono ritenute congrue e utili rispetto ai rischi rilevati, ritenendo che la misura è una valutazione correlata all'analisi del rischio e deve essere un'azione che possa effettivamente prevenire o contrastare comportamenti corruttivi.

Alla luce di quanto previsto dalla L. 190/2012 e dall'insieme delle disposizioni relative al PNA, si evidenziano alcuni aspetti fondamentali, considerati come misure obbligatorie.

Sono misure obbligatorie:

- Trasparenza
- Codice di comportamento
- Rotazione del personale
- Astensione in caso di conflitto di interesse
- Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali
- Inconferibilità per incarichi dirigenziali e incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali
- Attività successive alla cessazione del servizio
- Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la P.A.
- Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)
- Formazione del personale
- Patti di integrità negli affidamenti
- Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile
- Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

Le altre misure preventive sono, invece, qualificate come ulteriori, in quanto non sono obbligatorie per legge ma lo diventano soltanto in seguito alla loro previsione nell'ambito della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", in seguito alle operazioni di mappatura dei rischi e delle criticità evidenziate in questa sede.

L'articolazione di dettaglio di tutti gli aspetti relativi alle singole misure costituirà, comunque, oggetto di una specifica rilevazione nell'ambito della fase di coordinamento del presente Piano con il Ciclo della Performance, oggetto dell'analisi di cui al successivo punto 2.3.4.
Le misure obbligatorie sono specificamente analizzate qui di seguito.

2.3.3.6.1 Trasparenza

La particolare rilevanza della materia della trasparenza, la cui corretta e compiuta attuazione rappresenta una delle misure fondamentali per la prevenzione dei fenomeni di corruzione e di cattiva amministrazione, richiede una trattazione particolarmente articolata della stessa. Per tale motivo, si rimanda alla sezione dedicata (Attuazione degli obblighi di Trasparenza).

2.3.3.6.2 Codice di comportamento

Altra misura fondamentale ai fini della prevenzione dei fenomeni di corruzione e di cattiva amministrazione, è costituita dal Codice di comportamento, che rappresenta un elemento molto importante per indirizzare in senso legale ed eticamente corretto le azioni e le attività dei dipendenti (e degli altri soggetti ivi operanti) dell'Azienda.

Il Codice aziendale di comportamento, approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 45 del 29 gennaio 2014, è stato aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 203 del 31 marzo 2015. Alla luce delle “Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”, di cui alla Deliberazione dell’ANAC n. 358 del 29 marzo 2017, con Deliberazione del Commissario n. 68 del 25 gennaio 2018 è stato approvato il nuovo Codice di comportamento, pubblicato sul sito internet aziendale www.sanluigi.piemonte.it (sezione Amministrazione Trasparente → Disposizioni generali → Atti generali → Codice disciplinare e di codice di condotta).

Il Codice di comportamento è oggetto di diffusione capillare nei confronti di tutto il personale aziendale, al momento dell'assunzione è data comunicazione in merito dalla S.C. Risorse Umane.
La redazione e la divulgazione del Codice di comportamento costituiscono, altresì, obiettivo compreso nel PAC, azione A1.5 (D.G.R. 2 marzo 2015, n. 34-1131/2015).

Il predetto Codice è, ad oggi, in corso di aggiornamento, a seguito dell’introduzione delle novità normative (es. corretto utilizzo dei social)

Il Gruppo di lavoro regionale degli RPCT ha elaborato le “Linee Guida per la predisposizione dei codici di comportamento delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte”, approvate con D.G.R. n. 9-4694 del 25 febbraio 2022: obiettivo per il prossimo triennio è quello di adeguare il codice di comportamento aziendale rispetto alle indicazioni delle linee guida.

2.3.3.6.3 Rotazione del personale

In linea generale, la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura molto rilevante fra gli strumenti di prevenzione dei fenomeni di tipo corruttivo.

La rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

L’alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere

sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. In tale direzione va anche l'esperienza del settore privato dove, a fronte di un mondo del lavoro sempre più flessibile e di rapido cambiamento delle competenze richieste, il livello di professionalità si fonda non tanto o, non solo, sulle capacità acquisite e dimostrate, ma anche su quelle potenziali e future.

La rotazione va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

In ogni caso, la rotazione va correlata all'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, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, comma. 5, lett. b) della L. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC "procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari". Inoltre, secondo quanto disposto dall'art. 1, comma 10, lett. b) della L. 190/2012, il RPCT deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, "l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione". Questo tipo di rotazione, c.d. "ordinaria" è stata, quindi, inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'istituto della rotazione era stato già previsto dal D.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego, dall'art. 16, comma 1, lett. l-quater) (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla l. 7 agosto 2012, n. 135), sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione "del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Tale misura, c.d. rotazione "straordinaria", solo nominalmente può associarsi all'istituto generale della rotazione.

2.3.3.6.3.1 Rotazione ordinaria

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di "expertise" consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione ordinaria è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda.

Nell'ambito di un'azienda ospedaliero-universitaria con le caratteristiche dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga (in termini di dimensioni, numero di personale dirigenziale e non dirigenziale), la rotazione ordinaria rappresenta uno strumento di non agevole attuazione.

In particolare:

- la rotazione, innanzitutto, non è attuabile nei confronti del personale medico e – in generale – del personale dirigente del ruolo sanitario, in quanto detto personale deve essere necessariamente assegnato alla propria specifica disciplina medica di specializzazione e, di conseguenza, non possono ipotizzarsi trasferimenti in diverse strutture aziendali; unica limitata possibilità è quella riferita a variazioni e modifiche dei singoli incarichi dirigenziali;
- in linea generale, alcuni settori di attività amministrativa, in cui la misura della rotazione del personale avrebbe indubbiamente una significativa potenziale rilevanza (ad esempio il settore acquisti), non sono suscettibili di quei rallentamenti e/o sospensioni di attività che fisiologicamente si verificherebbero a causa dell'elevata specializzazione che il personale addetto a tali aree deve acquisire.

Si ritiene utile segnalare che l'inizio del fisiologico ricambio generazionale dell'ultimo periodo (2022 – 2023) ha consentito di inserire, nei processi, nuove figure professionali, favorendo il rispetto del “criterio” della rotazione.

Pertanto, le questioni organizzative che si pongono a proposito della rotazione ordinaria della dirigenza subiranno una decisa influenza dall'effettiva adozione del decreto legislativo di attuazione di quanto disposto dall'art. 11 della legge 7 agosto 2015 n. 124 (c.d. Legge Madia) che prevede la costituzione di ruoli unici per la dirigenza e soprattutto modalità di affidamento degli incarichi dirigenziali attraverso un “interpello” al quale possono rispondere tutti i dirigenti appartenenti ai ruoli.

Atteso quanto sopra riportato, non si prevedono, nella stesura del presente Sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*”, ulteriori interventi specifici e cogenti sul tema della rotazione ordinaria del personale, se non quanto esplicitato nel sotto indicato punto 2).

Ad ogni buon conto, si tenga presente che:

1. i singoli Dirigenti e Responsabili delle strutture aziendali tecnico – amministrative possono, comunque, regolarmente disporre la rotazione del personale assegnato alle proprie Strutture nell'esercizio delle proprie ordinarie prerogative gestionali della struttura di appartenenza;
2. gli Dirigenti e Responsabili delle strutture aziendali vengono invitati ad utilizzare il criterio cosiddetto della “Segregazione delle funzioni” secondo il quale, nell'ambito del medesimo procedimento, occorre affidare a soggetti diversi compiti diversi.

2.3.3.6.3.2 Rotazione straordinaria

In merito alla rotazione straordinaria viene definita solamente la seguente misura positiva di carattere cautelare, immediatamente esecutiva:

- 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).

2.3.3.6.4 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

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

Si tratta, infatti, di un'importante misura preventiva che si realizza principalmente mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (anche solo 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 negli artt. 8 e 9 del Codice di comportamento che, fra l'altro, elenca esemplificativamente una serie di situazioni concretanti ipotesi di conflitto d'interesse, nonché la procedura da seguire per la segnalazione e la gestione di tali ipotesi.

In relazione alla tematica in oggetto, l'Azienda tenuto conto della Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”, “II – Sanità, 2. Aree di rischio: eventi corruttivi e misure, 2.2. Aree di rischio specifiche, 2.2.3. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni”, si è dotata dell'acquisizione di apposite dichiarazioni attestanti le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla partecipazione ad eventi formativi sponsorizzati e ad attività occasionali.

La modulistica in questione consente di trasferire questa buona pratica finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. Gli obiettivi legati alla diffusione della suddetta modulistica sono i seguenti:

- rafforzamento della trasparenza nell'organizzazione sanitaria e nel complesso sistema di interrelazioni interprofessionali e istituzionali di cui è connotato il servizio sanitario nel suo insieme e nel contesto dei rapporti tra i professionisti che vi operano e gli altri “portatori di interesse” (stakeholders);
- recupero dei valori di integrità ed etica professionale individuale ed aziendale;
- messa a sistema degli interventi anche di governance amministrativa per la prevenzione dei rischi di condizionamento/conflitto di interessi e di corruzione in sanità.

Poiché la condizione di “**interesse**” nel sistema sanitario non necessariamente configura un “conflitto”, ma può essere percepita come condizionamento nell'espletamento dell'attività professionale con riferimento al singolo professionista e/o nella governance, è necessario:

- individuare strumenti per innalzare all'interno delle aziende sanitarie i livelli di trasparenza attraverso la pubblicizzazione dei rapporti eventualmente intercorrenti tra coloro che operano

nell'amministrazione e l'azienda/industria/produttori/fornitori di farmaci, dispositivi, altre tecnologie e altri beni anche non sanitari;

- promuovere la più ampia partecipazione e condivisione dello strumento di “dichiarazione pubblica di interessi” attraverso il confronto con gli stakeholders;
- mettere in chiaro, con lo strumento della dichiarazione pubblica la molteplicità di rapporti del professionista all'interno dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso;
- consentire da un lato, all'organizzazione presso cui il professionista opera e, dall'altro, all'azienda/industria/produttore/fornitore/sponsor, di disporre di una reciprocità di informazioni utili per gestire “in trasparenza” le attività/prestazioni professionali rese in particolari ambiti;
- implementare, nel rispetto del trattamento dei dati sensibili, una piattaforma informativa cui il R.P.C.T. aziendale possa attingere per l'attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno ma anche per agevolare controlli extra-aziendali con il coinvolgimento di altri enti e/o istituzioni.

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

2.3.3.6.5 Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali

In generale, lo svolgimento di incarichi di carattere extra-istituzionale da parte dei dipendenti dell'Azienda può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e che in alcuni casi possono anche rappresentare il sintomo di fatti corruttivi (in termini di “compensi” impropri rispetto ad attività svolte nell'esercizio delle proprie prerogative).

La questione è affrontata aziendalimente nel Regolamento aziendale in materia di conferimento incarichi e di espletamento di attività extra istituzionale adottato con Deliberazione n. 375 del 29 maggio 2018 e modificato ed integrato con Deliberazione n. 65 del 8.2.2019.

Con Deliberazione n. 353 del 18.6.2019, è stato approvato il nuovo “Regolamento del Servizio Ispettivo Luigi Gonzaga, ai sensi della Legge n. 662/1996”, organismo deputato a provvedere all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità attraverso periodiche verifiche a campione sui dipendenti, il cui aggiornamento si è reso necessario anche alla luce del dettato della Legge n. 190/2012 che impone alla P.A. una rotazione degli incarichi. Nello specifico, viene stabilito che i componenti del Servizio Ispettivo durano in carica per un periodo di quattro anni e non possono essere rinnovati.

2.3.3.6.6 Inconferibilità e incompatibilità per incarichi dirigenziali

Il Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, entrato in vigore il 4 maggio 2013, ha emanato specifiche disposizioni destinate a disciplinare i casi di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali conferiti dalle pubbliche amministrazioni.

In particolare, l'art. 3 del sopra citato decreto legislativo prevede i casi di inconferibilità in caso di precedenti condanne per reati contro la pubblica amministrazione; l'art.12 sancisce, invece, l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali con le cariche di componente della giunta o del consiglio regionale, nonché di componente della giunta o del consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti, ovvero ancora con la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione.

A decorrere dal 2015, atteso il contenuto della delibera ANAC 22 dicembre 2014, n. 149, che precisa “Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, ... devono intendersi applicate

solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39" e la sentenza 5583/2014 emessa dalla terza sezione del Consiglio di Stato, sono state sospese le richieste delle dichiarazioni annuali ai direttori di struttura e pubblicate solamente quelle del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

Si evidenzia, peraltro, che l'affidamento dell'incarico di direttore generale/commissario ed i provvedimenti conseguenti sono di competenza regionale.

2.3.3.6.7 Attività successive alla cessazione del servizio

La L. 190/2012 ha previsto, per la prima volta, una disciplina generale diretta a ridurre il rischio di situazioni di corruzione correlate all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

In questo ambito, la legge citata ha stabilito una limitazione della libertà negoziale del (ex) dipendente per un periodo triennale successivo alla cessazione del rapporto 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 preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose sfruttando in tal modo per il proprio personale interesse la sua posizione e 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, le norme sopra citate già prevedono 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 privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

È stata prevista apposita modulistica da far firmare ai soggetti prossimi alla cessazione del servizio.

2.3.3.6.8 Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento di incarichi in caso di delitti contro la Pubblica Amministrazione

Oltre quelle già segnalate, la L. 190/2012 ha previsto altre misure di prevenzione di carattere soggettivo:

si tratta, infatti, di misure che anticipano il loro effetto già al momento dell'individuazione dei soggetti competenti a prendere decisioni nelle pubbliche amministrazioni, relativamente alla partecipazione a commissioni di concorso o di gara, nonché per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati ad alto rischio di corruzione.

Alla luce di queste disposizioni, l'Azienda deve, pertanto, verificare che i dipendenti (dirigenti e/o funzionari) che sono stati condannati, anche in via non definitiva ed anche in caso di patteggiamento, per delitti contro la pubblica amministrazione:

- non facciano parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- non siano 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;

- non facciano infine 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.

La Struttura Risorse Umane, nonché le strutture aziendali competenti per i procedimenti amministrativi sull'acquisizione di beni, servizi e forniture provvedono a verificare, ed a sottoporre a revisione, le direttive aziendali su questa materia.

La situazione impeditiva cessa nel momento in cui viene pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva; se poi la situazione di inconferibilità si manifesta nel corso del rapporto di lavoro, il RPCT effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

2.3.3.6.9 Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)

Un'altra importante misura innovativa prevista dalla L. 190/2012, direttamente finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, è stata quella relativa alla tutela del dipendente pubblico che segnala situazioni di illecito, ossia il cosiddetto “whistleblower”.

In particolare, la disposizione ha previsto che la tutela del whistleblower si sviluppi su tre distinti versanti, e precisamente:

- la tutela della riservatezza
- il divieto di discriminazione
- la sottrazione della denuncia/ segnalazione al diritto di accesso

Su questi punti, l'Azienda ha perseguito le seguenti linee di comportamento.

2.3.3.6.9.1 Whistleblower e denunce anonime

Innanzitutto, l'Azienda non ha equiparato la tutela prevista per il whistleblower anche ai casi di denunce anonime.

La tutela del whistleblower, infatti, è relativa alla denuncia proveniente da un soggetto individuabile, mentre le segnalazioni anonime possono, invece, essere accettate unicamente se risultano dettagliate e circostanziate in maniera tale da far emergere fatti e situazioni in relazione a contesti determinati (ad esempio indicazione di nominativi o uffici specifici, eventi particolari, ecc.).

2.3.3.6.9.2 Tutela della riservatezza

Per quanto riguarda la salvaguardia dell'anonimato, in caso di procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa.

Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità. Pertanto, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché i Dirigenti e Responsabili aziendali nell'esercizio delle proprie prerogative di carattere disciplinare, si sono conformati a tale indirizzo di comportamento.

2.3.3.6.9.3 Divieto di discriminazione

L'Azienda ha tutelato il *whistleblower* rispetto all'adozione di eventuali misure discriminatorie, intendendo con questo termine le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni

altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili per il dipendente che ha effettuato la segnalazione.

Si tratta di una tutela che presenta le seguenti caratteristiche:

- riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico;
- se il dipendente ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, deve darne notizia circostanziata al RPCT; questi valuta quindi la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto all'Ispettorato della Funzione Pubblica;
- il dipendente può, inoltre, informare circa la presunta discriminazione l'organizzazione sindacale alla quale aderisce o altra organizzazione sindacale rappresentativa presente in azienda; l'organizzazione sindacale deve riferire della situazione di discriminazione
- all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal RPCT;
- il dipendente può dare notizia della presunta discriminazione anche al Comitato Unico di Garanzia (CUG) aziendale (Deliberazione n. 25 del 13.1.2020); il presidente del C.U.G. deve riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal RPCT.

2.3.3.6.9.4 Sottrazione della denuncia al diritto di accesso

Infine, l'Azienda ha sottratto il documento contenente la segnalazione e la documentazione ad essa allegata, dall'eventuale esercizio del diritto di accesso esercitato nei suoi confronti: questa disposizione integra il vigente Regolamento aziendale in materia di diritto di accesso

La tutela del dipendente pubblico che segnala situazioni di illecito ("Whistleblower") è stata disciplinata formalmente con l'adozione della Deliberazione del Direttore Generale n. 507 del 23 luglio 2014 avente ad oggetto "Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità (Whistleblowing Policy) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano – Approvazione". Detta procedura è conforme a quanto previsto dalle Linee Guida approvate dall'ANAC con la Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015. L'Azienda, nel corso del mese di ottobre 2018, ha aderito alle attività di prevenzione della corruzione svolte da Transparency International Italia, tra cui l'utilizzo del Portale per la segnalazioni di corruzione con l'adesione alla piattaforma "whistleblowerpa". Il software è progettato dall'organizzazione no-profit Hermes Center for Transparency and Digital Human Rights.

La disciplina in oggetto è stata novellata:

- prima dalla Legge 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato", entrata in vigore il 29 dicembre 2017, che rafforza la tutela del "whistleblower", modificando, per quanto concerne il settore pubblico, l'art. 54 bis del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e, di recente,
- con il **D. lgs. n. 24 del 10 marzo 2023** "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali".

Le disposizioni di cui al predetto decreto sono entrate in vigore il 15 luglio 2023. Alle segnalazioni o alle denunce all'autorità giudiziaria o contabile effettuate precedentemente alla data di entrata in vigore del presente decreto, nonché a quelle effettuate fino al 14 luglio 2023, si è continuato ad applicare le

disposizioni di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001, all'articolo 6, commi 2-bis, 2-ter e 2-quater, del decreto legislativo n. 231 del 2001 e all'articolo 3 della legge n. 179 del 2017.

Atteso quanto sopra esposto, l'Azienda, a seguito dell'adozione da parte di ANAC delle nuove linee guida, ha provveduto ad aggiornare la procedura vigente, inserendo un "collegamento" alla sezione "WHISTLEBLOWING" di "Amministrazione Trasparente" sia sul sito INTERNET sia sul sito INTRANET.

In particolare per l'accesso dall'esterno

<https://aogonzaga.e-pal.it/L190/?search=&idSezione=235396&activePage=&id=&sort=>

2.3.3.6.10 Formazione del personale

Ai fini della prevenzione dei fenomeni di tipo corruttivo e, più in generale, di cattiva amministrazione, la formazione di tutti i dipendenti riveste un ruolo fondamentale, ed in quanto tale è perseguita dall'azienda. Innanzitutto, sono stati previsti interventi formativi mirati per i funzionari addetti a specifici processi di alcune aree di rischio (ad esempio, in materia di lavori pubblici e di valutazione del personale).

Ancora più significativi, sono risultati, peraltro, gli interventi formativi programmati sia per diffondere fra tutti i dipendenti i valori etici alla base degli interventi aziendali sui temi della legalità. Tra l'altro, a seguito dell'adozione del nuovo codice di comportamento è stato attivato il corso di formazione "Nuovo codice di comportamento delle Pubbliche Amministrazioni", destinato a tutto il personale aziendale, evento formativo è stato tenuto dall'allora Dirigente Responsabile della Struttura Affari Generali, in qualità di Presidente dell'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

Dal mese di novembre 2015, è stato attivato il Corso di formazione a distanza (FAD) "Prevenzione della corruzione e trasparenza nella Pubblica Amministrazione – corso base", realizzato in collaborazione con alcune aziende sanitarie piemontesi, proseguito nel periodo di riferimento sino ad avvenuta formazione di tutto il personale dipendente ed in particolare destinato al personale neo assunto.

L'analisi del "contesto interno" evidenzia, sia a seguito del ritorno ad un "normalità" lavorativa post-Covid (tendenzialmente dalla seconda parte dell'anno 2022) sia per effetto di un importante ricambio generazionale, la necessità di dare un nuovo e maggiore impulso all'attività di formazione del personale.

A tal fine si sta progettando, anche in collaborazione con il "Gruppo Regionale degli RPCT", l'organizzazione della predetta attività su più livelli in relazione ai potenziali destinatari:

- "corsi base" dedicati a tutto il personale;
- "corsi evoluti" dedicati ai referenti, ai componenti del gruppo di supporto dell' R.P.C.T. e ai soggetti coinvolti in attività rilevanti

2.3.3.6.11 Patti di integrità negli affidamenti

In relazione alla predetta misura, la legittimità è stata sancita, tra l'altro, da una specifica determinazione (n. 4/2012) dell'Autorità di Vigilanza sui Contratti Pubblici (AVCP), che ha evidenziato come l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità, attraverso la presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta, comporti, in realtà, l'accettazione di regole comportamentali già doverose per tutti i concorrenti, e che, in caso di loro violazione, aggiungono, anche, sanzioni di carattere patrimoniale alla comune conseguenza dell'estromissione della gara.

Si ricorda, infine, che un riferimento specifico all'obbligo dei singoli fornitori ed appaltatori di aderire alle clausole etiche è esplicitamente previsto anche dall'art. 18, comma 12, del vigente Codice di comportamento (deliberazione n. 68 del 25/1/2018).

2.3.3.6.12 Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

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

Fra le azioni di sensibilizzazione rientrano:

- una procedura per la segnalazione di presunti illeciti e irregolarità compiute dall'amministrazione da parte della società civile, la quale prevede che le osservazioni, le opposizioni, i reclami e le denunce possano pervenire all'Ufficio Relazioni con il Pubblico via mail, con lettera in carta semplice o attraverso un colloquio personale. Tutte le comunicazioni sono recepite ed analizzate nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi erogati.
- riprogettazione, alla luce degli aggiornamenti normativi in materia di performance e trasparenza, della Giornata della Trasparenza;

2.3.3.6.13 Contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo

L'Azienda ha predisposto il Regolamento aziendale in materia di diritto di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, approvato con Deliberazione del Commissario n. 94 del 14 febbraio 2017.

La normativa antiriciclaggio è diretta ad impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da attività illecite, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per gli enti pubblici.

L'Azienda, pertanto, ha adottato il Regolamento (pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente) allo scopo di:

- favorire l'individuazione, da parte dei propri Uffici, di eventuali transazioni ed operazioni economico-finanziarie che, per la presenza di caratteristiche ed elementi particolari, possano generare anche solo il sospetto di possibili azioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- definire la procedura di segnalazione delle operazioni sospette, supportando le competenti autorità nelle attività di prevenzione e repressione di tali fenomeni criminosi.

Il Regolamento è rivolto alle strutture aziendali che, per la natura delle funzioni esercitate, svolgono attività finalizzate a realizzare operazioni a contenuto economico connesse con la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di qualsiasi tipo, o con la realizzazione di un obiettivo di natura finanziaria o patrimoniale, ovvero a quelle che svolgono i controlli nei confronti dei destinatari di dette operazioni, identificati quali soggetti cui è riferita l'operazione, siano essi persone fisiche o giuridiche.

Ai fini dell'applicazione della normativa in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, sono individuati tre livelli di responsabilità interni all'Azienda:

- Direzione Amministrativa
- Responsabili di struttura

- Gestione dell'antiriciclaggio

Con Deliberazione del Commissario n. 422 del 15 settembre 2016, il Dott. Emanuele Davide Ruffino è stato nominato soggetto “Gestore” degli adempimenti connessi alla normativa antiriciclaggio; con Deliberazione del Generale n. 206 del 8 aprile 2021 il Dott. Emanuele Ruffino è stato nuovamente nominato soggetto “Gestore” per durata triennale.

2.3.4 COORDINAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

L'Azienda, in attuazione del D.Lgs. 150/2009, promuove un Piano della Performance “integrato”, comprendente gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità, ivi compresa l'adozione della Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO con le conseguenti misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione (secondo quanto disposto dalla L. 190/2012 e dal D.lgs. 33/2013).

L'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

In particolare, rispetto a quest'ultimo ambito, le norme succitate sanciscono, infatti, che la Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” rivesta un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale, in quanto non solo costituisce una parte rilevante dei programmi di attività dell'azienda, ma ne consente la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti.

Per quanto poi riguarda l'individuazione di specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture dell'azienda in relazione all'attuazione del Piano, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione del conguaglio annuale della retribuzione di risultato (performance organizzativa), il RPCT partecipa alla presentazione di apposite proposte alla Direzione, in tempo utile rispetto alla predisposizione del Piano della Performance da assegnare al personale dirigente.

Il RPCT elabora la sua proposta in modo che tali specifici obiettivi da inserire nel Piano della Performance conseguano prioritariamente e direttamente dalle misure contenute nella *Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”*, ricalcandone pertanto adempimenti, compiti e responsabilità.

La Direzione Generale procederà, invece, all'assegnazione di specifici obiettivi individuali al RPCT (performance individuale) in relazione agli adempimenti di sua competenza.

2.3.5 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa 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.

Tra le principali novità del D.Lgs. 97/2016 in materia di trasparenza, vi è stata l'unificazione in un solo strumento del PTPC e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) diventato, a tutti gli effetti, il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT).

La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI), per effetto della nuova disciplina, ha comportato che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPCT come "apposita sezione". Quest'ultima deve contenere, dunque, le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente. In essa devono anche essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Secondo quanto introdotto dalla delibera ANAC n. 1310 del 2016, il Piano Triennale della Prevenzione e della Corruzione deve contenere una sezione apposita dedicata alla trasparenza, all'interno della quale sono indicati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati richiesti dalla norma.

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

Tali informazioni sono contenute nell'Allegato 5 del presente documento, nella forma novellata dal PNA 2022.

Nel documento allegato, per ogni singola voce della sezione del sito Amministrazione Trasparente è prevista l'indicazione della struttura cui compete la pubblicazione, la periodicità dell'aggiornamento del dato e il nome del soggetto responsabile.

In relazione alle novità introdotte dal **PNA 2022 – “Allegato 2 parte generale sottosezione trasparenza PIAO”**, sono stabiliti due ulteriori elementi e relativi contenuti:

- **Termine di scadenza per la pubblicazione:** entro 15 gg dall'adozione dell'atto o predisposizione di documenti;
- **Monitoraggio - Tempistiche e individuazione del soggetto responsabile:** Trimestrale da parte del Direttore / Responsabile della Struttura e Semestrale da parte del RPCT.

2.3.5.1 Obiettivi strategici in materia di Trasparenza

L'Atto Aziendale esplicita che A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO) è un'organizzazione che **“favorisce rapporti con i cittadini improntati a trasparenza, comunicazione e partecipazione”** e “che definisce ed attua tutte le possibili azioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità”.

L'atto aziendale si ispira, in particolare, ai principi di semplificazione e trasparenza dell'azione amministrativa, con il puntuale rispetto dei principi etici e dei valori sociali del contesto ambientale e della normativa e, quindi, favorisce la promozione e l'effettiva estrinsecazione dei valori etici dell'integrità, della legalità e della trasparenza.

In merito alla concreta attuazione di questi valori, la Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, in particolare la parte relativa alla “Trasparenza”, intende favorire l'effettiva realizzazione di forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità, nella misura in cui l'adempimento degli obblighi di trasparenza è diretto a fare emergere – ed eliminare – ipotesi di cattiva gestione.

Da ciò derivano gli obiettivi strategici del Piano definiti dalla Direzione Generale:

- rafforzare uno strumento essenziale nella prospettiva della promozione dell'integrità e dello sviluppo della cultura della legalità in funzione preventiva dei fenomeni corruttivi e – più in generale – di cattiva amministrazione;
- sviluppare il controllo diffuso sulla performance aziendale;
- consentire ai cittadini l'effettiva conoscenza dei servizi che possono ottenere dall'azienda, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative e delle loro modalità di erogazione.

A tali obiettivi strategici conseguono una serie di azioni ed attività declinate nella “Sezione” che, in ultima analisi, ed a titolo puramente esemplificativo, possono consentire:

- la responsabilizzazione dei funzionari aziendali, derivante dalla conoscenza dei singoli responsabili di ogni procedimento amministrativo o comunque per ciascuna area di attività aziendale;
- la possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi e dei procedimenti aziendali, derivante dalla conoscenza delle condizioni previste per il loro stesso svolgimento;
- la possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità improprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- la possibilità di controllare eventuali situazioni di arricchimenti anomali dei vertici e dei dirigenti apicali aziendali, derivante dalla conoscenza della loro situazione patrimoniale.

La Sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*”, per quanto concerne la sezione dedicata all’adempimento degli obblighi di trasparenza, riveste un ruolo importante nell’ambito del ciclo della performance aziendale in quanto consente la piena conoscibilità dei programmi di attività (del quale peraltro la stessa Sezione costituisce una parte rilevante), del loro stato di attuazione e dei risultati conseguiti.

Per quanto poi riguarda l'individuazione di specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture dell'azienda in relazione all'attuazione dei contenuti della Sezione “*Rischi corruttivi e trasparenza*”, ciascuna struttura è tenuta a relazionare in merito indicando le misure concrete messe in atto.

2.3.5.2. Strutture e dirigenti coinvolte

Il Programma di adempimento degli obblighi di trasparenza è predisposto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT).

Con il RPCT collabora funzionalmente l’area di comunicazione aziendale, sia nella fase di divulgazione delle iniziative in tema di trasparenza che, tramite l’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per la raccolta diretta di informazioni, suggerimenti e commenti da parte del pubblico, in funzione dell'esigenza di individuare con maggiore accuratezza le aree a maggior rischio di mancata trasparenza ed integrità; per le attività di aggiornamento, integrazioni, modifiche da realizzare all’interno del sito web istituzionale aziendale per renderlo aderente alle vigenti disposizioni normative, nonché, con il supporto dell’area aziendale dei sistemi informativi ed informatici, per garantire l’accessibilità dei dati secondo le specifiche richieste ed il supporto tecnico/informatico sull’utilizzo del portale aziendale.

2.3.5.3 Coinvolgimento degli stakeholder

In generale, l’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) è il luogo di incontro istituzionale fra l’Azienda ed il cittadino per facilitare i rapporti fra questi e la struttura ospedaliera, visto che è possibile rivolgersi agli operatori dell’URP non solo per formulare segnalazioni su eventuali disservizi ma anche, e soprattutto,

per avere informazioni e indicazioni su come accedere facilmente ai servizi e su come fruire al meglio delle prestazioni sanitarie.

L'azienda raccoglie i feedback dai cittadini e dagli stakeholder sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, oltre che gli eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

A tal fine ci si avvale prioritariamente dei seguenti strumenti:

- l'utenza può far pervenire osservazioni, chiarimenti e richieste all'indirizzo di posta elettronica aziendale segnalato nella sotto-sezione "Disposizioni generali" → "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza" del sito web aziendale www.sanluigi.piemonte.it;
- l'URP mette a disposizione dell'utenza appositi moduli per la raccolta dell'osservazione e/o del reclamo.

2.3.5.4 Responsabili della trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati

Le disposizioni vigenti, che in questa sede si richiamano integralmente, prevedono già in forma analitica il contenuto minimo e la relativa organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate sull'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito web aziendale (www.sanluigi.piemonte.it); questa sezione è, a sua volta, articolata in sotto-sezioni di primo e di secondo livello corrispondenti a diverse tipologie di dati da pubblicare.

La tipologia dei dati che l'Azienda deve pubblicare, i responsabili della trasmissione e/o della pubblicazione dei dati, dei documenti, delle informazioni e dell'aggiornamento degli stessi sono indicati nell'Allegato 5 alla presente Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"

I responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione ed aggiornamento dei dati nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale sono i direttori/dirigenti responsabili delle strutture indicate nell'allegato stesso.

Il Direttore/Dirigente Responsabile di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione. E' responsabile per il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto degli adempimenti stabiliti dalla legge.

Deve, inoltre, porre la massima attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

Il RCPT espleta le proprie funzioni di coordinamento, e conseguente monitoraggio, delle attività dei direttori/dirigenti responsabili attraverso le seguenti modalità:

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative, emanate prioritariamente attraverso modalità semplificate (posta elettronica, ecc.);
- messa a disposizione di materiale e documentazione di specifico interesse sulla rete informatica aziendale, ovvero mediante le modalità alternative effettivamente disponibili anche alla luce dell'implementazione del processo di graduale dematerializzazione della documentazione;
- organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie prerogative di coordinamento, ma non sostituisce gli uffici nella elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati.

Il sistema si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete l'elaborazione/trasmisione dei dati e della informazione nonché loro pubblicazione, anche con assegnazione di specifico obiettivo aziendale.

2.3.5.5 Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi

A livello organizzativo, le principali misure attuate, dirette ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi sono state costituite da:

- adeguamento del sito web aziendale e del software dedicato attualmente in dotazione, il cui utilizzo consente alle singole strutture aziendali l'inserimento in piattaforma dei dati oggetto di pubblicazione, rispetto alle caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento
- organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle norme di riferimento. La realizzazione di questa azione è prevista con gradualità nel corso del triennio laddove emerga l'evidenza di interventi particolarmente onerosi di adeguamento del sito web aziendale e del software dedicato di cui al punto precedente;
- individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni ed aggiornamento dei dati stessi;
- trasmissione di disposizioni operative da parte del RPCT nell'esercizio della propria funzione di coordinamento;
- programmazione di specifiche iniziative formative in materia di trasparenza.

Si segnala che nel primo semestre dell'anno 2023 è stata avviata una revisione radicale delle modalità di pubblicazione, con l'intento di razionalizzare i percorsi, gli strumenti e rendere più efficiente il lavoro delle diverse strutture e perseguire, al contempo, in modo efficace l'obiettivo della massima trasparenza verso l'esterno.

A decorrere dal 1/3/2023 è stato avviato l'utilizzo del nuovo software "*Casa di vetro*" per la gestione della sezione "*Amministrazione Trasparente*".

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

Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al RPCT ed agli organismi istituzionali quali l'ANAC e l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il RPCT provvede a:

- monitorare sistematicamente la regolarità e tempestività dei flussi informativi, utilizzando anche gli strumenti elencati al precedente punto 2.3.5.5. Qualora riscontri inadempienze e/o irregolarità di livello significativo, il RPCT sollecita il Responsabile aziendale interessato a provvedere in merito, assegnando un termine non inferiore a 10 e non superiore a 30 giorni, salvo eccezioni debitamente motivate; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il RPCT provvede a segnalare la circostanza alla Direzione Aziendale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e/o agli ulteriori organismi che - a seconda delle circostanze – risultano interessati;
- verificare lo stato di attuazione degli obblighi di Trasparenza comunicando scostamenti dal programma originario ;
- riscontrare le specifiche richieste da parte dell'ANAC in materia di attuazione del principio di trasparenza;
- supportare l'Organismo Indipendente di Valutazione, secondo le sue specifiche richieste ed ai fini dell'attività di verifica di sua competenza;

In base alle risultanze della situazione relativa all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, il RPCT predispone un programma operativo per ottemperare alle prescrizioni che eventualmente risultassero non ancora attuate.

Per quanto riguarda le funzioni di monitoraggio e vigilanza da parte di **altri organismi**:

- all'**ANAC** compete un ruolo generale di coordinamento, indirizzo e supervisione esercitato anche attraverso l'adozione di specifiche linee guida che fungono da riferimento per tutte le pubbliche amministrazioni. Inoltre, l'ANAC svolge funzioni di vigilanza diretta rispetto alle verifiche effettuate dagli Organismi Indipendenti di Valutazione, e di vigilanza indiretta rispetto alle amministrazioni per le quali riceve segnalazioni (del RPCT e/o di privati cittadini) di mancato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione.
- All'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** spetta, invece, il preciso compito di promuovere ed attestare in sede aziendale l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità.
- L'Organismo Indipendente di Valutazione provvede alle proprie verifiche, secondo gli indirizzi formulati dall'ANAC; i relativi esiti sono quindi pubblicati sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, nella sottosezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione" - "Organismi Indipendenti di Valutazione" - "Atti degli Organismi Indipendenti di Valutazione".
- In particolare, l'Organismo Indipendente di Valutazione, oltre a formulare annualmente, generalmente entro il mese di dicembre, un'attestazione generale da predisporre e trasmettere all'ANAC ed alla Direzione Aziendale (nonché da pubblicare sul sito web aziendale), deve assolvere anche eventuali attestazioni e verifiche mirate su particolari argomenti individuati dalla stessa ANAC. L'Organismo Indipendente di Valutazione terrà, comunque, conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione degli obblighi in materia di trasparenza, ai fini della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa, sia individuale, del RPCT e dei Dirigenti delle strutture deputate a mettere a disposizione i dati.

2.3.5.7 Misure per assicurare l'efficacia dell'Accesso Civico

Una delle principali novità introdotte dalla normativa in materia di trasparenza è stata rappresentata dall'esplicitazione del diritto di qualunque cittadino a richiedere ed ottenere che ogni Pubblica Amministrazione pubblichi le informazioni da questa detenute, ma che, per qualsiasi motivo, non sono state rese disponibili sul rispettivo sito internet istituzionale.

In ogni caso, l'accesso civico è gratuito e non richiede motivazione o una particolare legittimazione del richiedente; esso è limitato alle ipotesi di pubblicazione obbligatorie di dati prevista dalla legge e si differenzia dalle segnalazioni, critiche e suggerimenti, di cui si terrà conto in fase di aggiornamento della Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e di miglorie al sito web aziendale.

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, nella sezione "**Amministrazione Trasparente**", alla voce "**Altri contenuti – Accesso Civico**", sono pubblicati sia un breve vademecum informativo sull'esercizio di questa facoltà, sia i dati relativi al Responsabile al quale può essere presentata la richiesta di accesso civico nonché il nome del titolare del potere sostitutivo, con i relativi recapiti.

Accanto alla fattispecie dell'accesso civico prevista dalla normativa originaria del 2013, il D.Lgs. 97/2016 ha introdotto una nuova tipologia di accesso (definito "**accesso generalizzato**"), delineata nel novellato art. 5, comma 2 del decreto trasparenza, ai sensi del quale "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai

sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti”. In estrema sintesi, questo si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico.

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico “semplice”. Questo rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza.

I due diritti di accesso, pur accomunati dal diffuso riconoscimento in capo a “chiunque”, indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa, sono quindi destinati a muoversi su binari differenti, come si ricava anche dall'inciso inserito all'inizio del comma 5 dell'art. 5, “fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria”, nel quale viene disposta l'attivazione del contraddittorio in presenza di controinteressati per l'accesso generalizzato.

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (definito “**accesso documentale**”). La finalità dell'accesso documentale è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari.

Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un “interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso”. Inoltre, mentre la legge 241/90 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello “semplice”, è riconosciuto proprio “allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”.

Con la Deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016, l'ANAC, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali, ha adottato delle specifiche Linee Guida recanti le indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico generalizzato.

Alla luce del disposto delle suddette linee guida, l'Azienda, con Deliberazione del Commissario n. 591 del 7 dicembre 2017, ha approvato il nuovo “Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e per l'esercizio dell'accesso civico”.

2.3.5.8 Dati ulteriori

Nella sotto-sezione “**Altri contenuti - Dati ulteriori**” di “*Amministrazione Trasparente*”, l'Azienda pubblica attualmente una serie di contenuti aggiuntivi rispetto a quelli imposti dalla normativa di riferimento,

- ✓ Whistleblowing;
- ✓ Accesso civico;
- ✓ Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- ✓ Censimento auto PA.

In particolare occorre segnalare che, alla luce dello sviluppo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è stata attivata in **Amministrazione Trasparente** una sezione denominata “**Attuazione misure PNRR**” all’interno della quale viene data pubblicità e informazioni sugli investimenti aziendali attivati.

La previsione di ulteriori contenuti da pubblicare sul sito web istituzionale potrà scaturire:

- dalla vigenza di nuovi obblighi normativi;
- dall'analisi degli esiti delle azioni previste nella presente Sezione del PIAO.

Sezione 3: Organizzazione e capitale umano

Nella presente sezione vengono illustrati l'assetto organizzativo e le attività svolte dall'Azienda in termini, in particolare, di organizzazione del lavoro agile, di assunzione del personale e di formazione dello stesso.

3.1 Struttura organizzativa

Come illustrato negli organigramma riportati nel documento allegato (all. 6) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano, l'organizzazione dell'AOU San Luigi si articola nelle seguenti strutture:

- Dipartimenti;
- Strutture complesse
- Strutture semplici dipartimentali
- Strutture semplici

3.2 Organizzazione del lavoro agile

Sul ricorso al lavoro agile - disciplinato dal Capo II delle legge n. 81/2017 – sono intervenute, nel biennio 2020/2021 caratterizzato dallo stato di emergenza da Covid 19, diverse disposizioni normative che hanno consentito l'utilizzo dello Smart Working semplificato, attivabile cioè senza la sottoscrizione del previsto accordo individuale tra le parti

A fronte di tali presupposti l'AOU San Luigi, nel suddetto biennio, ha previsto ed autorizzato, relativamente alle attività che potevano essere svolte da remoto, lo svolgimento della prestazione lavorativa con modalità in forma semplificata, compatibilmente con le potenzialità organizzative di ogni struttura e garantendo sempre la qualità e l'effettività del servizio prestato.

Alla luce del DPCM del 23/09/2021, l'AOU San Luigi, con atto n. 768 del 30.12.2021 ha disciplinato lo svolgimento dello Smart Working con apposito regolamento.

A seguito della sottoscrizione del CCNL Comparto Sanità del 02/11/2022 e della più recente Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29/12/2023, che ha previsto che il lavoro in presenza sia la modalità ordinaria di lavoro, è stato predisposto il nuovo regolamento disciplinante il lavoro a distanza, allegato al presente documento quale parte integrante e sostanziale (all.to n. 7)

3.3: Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) 2022-2024

Il Piano Triennale di Fabbisogno del Personale definisce, per il triennio di riferimento, l'allocazione delle "risorse umane", nelle diverse forme contrattuali di seguito elencate:

1. Personale Dipendente
2. Altre forme contrattuali
 - Borsisti
 - Incarichi Libero Professionali
 - Specialisti Ambulatoriali
 - Personale Universitario Convenzionato

in relazione alle necessità contingenti in funzione del periodo storico, delle scelte strategiche e delle attività "trainanti" dell'A.O.U. San Luigi.

Tale definizione viene attuata attraverso confronti dialettici tra la Direzione Aziendale ed i Direttori della SC Risorse Umane e della SC Dipsa, analisi dei dati forniti dalla SS Controllo di Gestione in materia di produzione e costi, costante monitoraggio dei tetti di spesa.

Il Piano 2022- 2024, approvato dalla Regione Piemonte con DGR n. 30- 7328/2023/XI del 31/07/2023, ed allegato (all.to 8) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano, è redatto sulla base dei seguenti criteri:

- coerenza con le disposizioni regionali in tema di rete ospedaliera
 - coerenza con l'atto aziendale vigente
 - rispetto dei vincoli finanziari nazionali e regionali,
- ed alla luce delle strategie/obiettivi di seguito elencati:
- migliorare ed efficientare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici
 - sostenere le attività altamente specialistiche e di Centri di riferimento regionali che insistono sul San Luigi
 - implementare la riabilitazione di terzo livello
 - rafforzare le aree tecnologiche
 - digitalizzare procedure e funzioni
 - reingegnerizzare i processi
 - incrementare la manutenzione straordinaria
 - ridurre le forme di lavoro flessibili
 - garantire il rispetto della normativa in materia di orario di lavoro

3.4 Formazione del personale

L'AOU San Luigi considera la formazione uno strumento fondamentale di crescita e sviluppo dei propri professionisti, di miglioramento delle competenze e della performance dei medesimi, nonché di risposta ad esigenze di innovazione o gestione di situazioni nuove e impreviste, come la pandemia ha dimostrato.

Formazione interna

Premesso che l'emergenza epidemiologica ha imposto nel 2020 e nel 2021 la rimodulazione della programmazione inizialmente prevista e l'adozione in via prevalente di tecnologie da remoto, già dall'anno 2022 l'AOU San Luigi ha ripreso le iniziative residenziali e della formazione sul campo, pur mantenendo un ruolo rilevante alla Formazione a distanza.

Non ha ritenuto però, in un contesto ancora così dinamico, di procedere ad una pianificazione triennale delle attività formative.

Il Piano Formativo 2024 è stato predisposto tenendo in considerazione:

- gli obblighi formativi previsti dalla normativa vigente (*corsi* in ambito sicurezza o su tematiche quali privacy, trasparenza e anticorruzione)
- gli obiettivi strategici
- l'assetto organizzativo
- la necessità di contenere i costi facendo economie di scala (utilizzo di formazione e-learning, coinvolgimento prioritario di docenti interni, ...)
- il fabbisogno formativo di natura “*bottom-up*”, rilevato attraverso un'indagine effettuata in tutte le articolazioni aziendali.

Tutti i bisogni/proposte formative emerse e/o rilevate sono state quindi vagliate dal Comitato Scientifico per la formazione, il quale ha definito - anche in base alle risorse disponibili ed alle strategie rappresentate dalla Direzione Aziendale - le iniziative da pianificare per l'anno 2024.

Il *Piano* è articolato in aree. All'interno delle stesse sono individuati i singoli interventi formativi e per ciascuno di essi sono definiti i potenziali partecipanti (profili, numeri e strutture di appartenenza), la durata prevista, il numero di edizioni, il Responsabile Scientifico, il progettista, la modalità di erogazione (residenziale, FAD, blended, formazione sul campo)

La descrizione dettagliata di ciascun progetto, o azione formativa, avviene mediante la relativa scheda predisposta in fase di micro-progettazione, all'interno della quale sono specificati altresì gli obiettivi di apprendimento, i formatori individuati, tutte le informazioni di carattere organizzativo.

Tale Piano è allegato (all. 9) quale parte integrante e sostanziale al presente Piano.

Formazione esterna

La formazione esterna è quella che si acquista per coloro che presentano esigenze formative individuali, mirate e specialistiche strettamente connesse al ruolo ricoperto; l'autorizzazione alla formazione esterna segue il criterio della rotazione (per consentire la più ampia partecipazione del personale) e del massimo contenimento dei costi.

Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie destinate alla formazione interna ed esterna per l'anno 2024 sono pari ad Euro 215.000,00, oltre alla somma necessaria per la formazione in materia di salute e sicurezza (pari presuntivamente ad Euro 36.000,00), come di seguito ripartite:

- **Formazione interna: €. 174.000,00** ripartiti nel seguente modo:
 - Euro 128.000,00 budget aziendale
 - Euro 33.000,00 fondo per la formazione in materia di salute e sicurezza
 - Euro 13.000,00 fondo regionale indistinto per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie
- **Formazione esterna: €. 41.000,00** ripartiti nel seguente modo:
 - Euro 17.000,00 Comparto
 - Euro 3.000,00 Area delle Funzioni Locali
 - Euro 7.000,00 Area Sanità
 - Euro 8.000,00 fondo straordinario (da destinare a esigenze formative ritenute strategiche dalla Direzione Aziendale, nonché all'aggiornamento dei professionisti presenti in Azienda in numero esiguo o a corsi di elevata specializzazione)
 - Euro 3.000,00 fondo per la formazione in materia di salute e sicurezza
 - Euro 3.000,00 fondo regionale indistinto per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Sezione 4: Monitoraggio

L'attuazione delle politiche, delle strategie e degli obiettivi contenuti nel presente Piano è assicurata dall'AOU San Luigi attraverso un sistema di monitoraggio sia degli strumenti di attuazione in esso contenuti, sia dei risultati conseguiti.

Come previsto dal SMVP, l'AOU avvia un monitoraggio intermedio (da svolgersi entro il 30 settembre di ciascun anno) sul grado di attuazione degli obiettivi di performance organizzativa rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione, al fine di intraprendere tempestivamente in corso d'opera eventuali azioni correttive per evitare lo scostamento rispetto al target prefissato al momento della rendicontazione dei risultati.

Come specificato nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", il rispetto delle diverse misure di prevenzione della corruzione e il raggiungimento dei relativi obiettivi è effettuato in primo luogo attraverso l'autovalutazione svolta dai Responsabili dell'attuazione delle misure e in secondo luogo dal RPCT, al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità.

L'OIV svolge il monitoraggio della performance organizzativa; valida inoltre la Relazione annuale sulla performance, previa approvazione da parte del Direttore Generale

Tale documento costituisce sia uno strumento di miglioramento gestionale, attraverso il quale ottimizzare la programmazione di obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente, sia uno strumento di *accountability* attraverso il quale poter rendicontare agli *stakeholder* i risultati ottenuti nel periodo considerato rispetto agli obiettivi programmati.

Nel periodo di vigenza del presente Piano si prevede di sottoporre ad ulteriore revisione l'insieme delle attività di monitoraggio eseguite nei vari contesti organizzativi al fine di potenziare l'integrazione e conseguire superiori livelli di efficienza.