



# Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

2025-2027

## Indice

PREMESSA.....	
1. SCHEDA ANAGRAFICA.....	
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE .....	
2.1 VALORE PUBBLICO .....	
2.2 PERFORMANCE .....	
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....	
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO .....	
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA .....	
3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE .....	
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE .....	
3.4 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	
3.5 IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE (PAP) .....	
4. MONITORAGGIO.....	

---

## ALLEGATI:

Sez. 2 - Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

Sottosez. 2.1: - All.1 *Digital Transformation nella PA e Sanità Italiana*

Sottosez. 2.2: - All.1 *Piano della Performance e organizzative anno 2025*

Sottosez. 2.3: - All.1 *Mappatura dei processi*

    All.2 *Identificazione e Valutazione dei Rischi Corruttivi*

    All.3 *Misure organizzative per il trattamento del rischio e relativo monitoraggio*

    All.4 *Elenco degli Obblighi di pubblicazione*

Sez. 3 – Organizzazione e Capitale Umano

Sottosez. 3.2 - All. 1 *Regolamento Lavoro Agile*

Sottosez. 3.3 - All. 1 *Piano triennale fabbisogno di personale (2022 - 2024)*

Sottosez. 3.5 - All. 1 *Piano delle Azioni Positive*

## **PREMESSA**

---

La normativa vigente in materia di Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) prevede che le Regioni, per le aziende ed enti del SSN, adeguino i propri ordinamenti ai principi della norma medesima ed ai contenuti del “Piano Tipo”, definiti dal Ministero della Funzione Pubblica.

Pertanto nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale la redazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) deve rispondere necessariamente a caratteristiche peculiari, attraverso un coinvolgimento diretto delle singole Regioni, mediante l’emanazione di specifiche Linee Guida, sia per quanto riguarda l’integrazione con altri piani (Piano della performance, Piano triennale dei fabbisogni del personale, Piano Lavoro Agile, Piano per la prevenzione della corruzione...) sia per la tempistica di attuazione.

Il PIAO dell’A.S.L. Città di Torino tiene conto, pertanto, di quanto sopra evidenziato, in quanto per l’adozione di alcuni atti di programmazione, l’Azienda sanitaria ha l’obbligo di adeguarsi alle direttive strategiche impartite dalla Regione.

Il presente PIAO costituisce l’aggiornamento, per l’anno 2025, del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026, approvato con deliberazione n. 128/02.01/2024 del 29 gennaio 2024.

**1. SCHEDA ANAGRAFICA**

---

TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE	Azienda Sanitaria Locale
DENOMINAZIONE	A.S.L. Città di Torino
SEDE LEGALE	Via San Secondo n. 29 – 10128 Torino
PROVVEDIMENTO ISTITUTIVO	D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
CF/ PARTITA IVA	11632570013
DIRETTORE GENERALE	Dott. Carlo PICCO (nominato con D.G.R. n. 24 – 8055 del 29/12/2023)

## **2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE**

### **2.1 VALORE PUBBLICO**

Il DL 9 giugno 2021, n. 80, convertito nella legge 6 agosto 2021, n. 113, istituisce, all'art.6, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) come strumento di programmazione innovativo della Pubblica Amministrazione, a garanzia della qualità e della trasparenza dell'attività amministrativa, per il miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, da ottenere mediante una *“costante e progressiva reingegnerizzazione dei process”*.

L'intento principale del legislatore, ravvisabile nel titolo della legge, è quello del *“rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)”*, in un'ottica innanzi tutto di semplificazione degli adempimenti programmatori degli enti, che con il PIAO vengono riuniti in un solo documento, ma che con l'occasione diviene anche *integrazione* fra gli stessi, adottati fino ad allora con scadenze temporali diverse e affatto scollegati tra di loro.

Il D. Lgs 150/2009, cd. *“Decreto Brunetta”*, nell'introdurre per la prima volta il *“ciclo di gestione della performance”* lo aveva fatto in nome dei principi di efficienza e trasparenza, intesa quest'ultima come *“accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”* (art.11).

Il c.d *“Decreto Brunetta* viene successivamente rivisto dalla c.d. Legge Madia (D. Lgs. 74/2017). Il nuovo decreto è una parte importante del progetto di riforma della PA articolato nella Legge Madia e nei decreti legislativi che vi hanno dato attuazione. Non viene rivoluzionata l'impostazione di fondo del Decreto Brunetta, ma vengono introdotte alcune modifiche di rilievo su definizione obiettivi di uffici e dipendenti, modalità di valutazione del loro perseguimento, competenze dei soggetti coinvolti, sistemi premianti legati alle performance di uffici e dipendenti.

Le fasi previste dal *“Decreto Brunetta”* (deliberazione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e relativi indicatori; collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse; monitoraggio in corso d'esercizio e individuazione di interventi correttivi; misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali; utilizzo di sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni nonché ai componenti degli organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, ai destinatari dei servizi) vengono sostanzialmente mantenute, ma vengono corretti alcuni punti critici emersi in fase di prima applicazione tramite modifiche puntuali:

1. Previsione di obiettivi strategici generali per la PA;
2. Estensione dei poteri e delle competenze degli OIV;
3. Maggior rilevanza della performance organizzativa;
4. Si supera la rigida ripartizione in fasce di merito;
5. Ruolo più ampio assegnato alla contrattazione collettiva nella determinazione dei sistemi premianti;
6. Coinvolgimento della cittadinanza e dell'utenza nel processo di valutazione.

Fase 1: deliberazione e assegnazione obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e relativi indicatori

Introduzione distinzione tra obiettivi generali e obiettivi specifici dalla PA:

- Obiettivi generali: consistono nelle priorità strategiche della PA, individuati a livello nazionale
- Obiettivi specifici: individuati nel Piano delle Performance, da parte di ciascuna amministrazione

Nella determinazione degli obiettivi occorre tener conto dei risultati raggiunti negli anni precedenti. Il piano viene suddiviso in 4 sezioni: 1. Presentazione dell'amministrazione; 2. Pianificazione triennale; 3. Programmazione annuale; 4. Collegamento tra performance organizzativa e individuale.

Fase 2: collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse

Si intende incrementare il collegamento tra ciclo delle performance e gestione economico finanziaria delle amministrazioni. Viene ribadita la necessità di coerenza tra obiettivi specifici e di bilancio e la necessità di coerenza tra il sistema di misurazione e valutazione e i documenti di programmazione finanziaria e di bilancio.

Fase 3: monitoraggio in corso d'esercizio e individuazione di interventi correttivi

La competenza sul monitoraggio viene estesa al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni o all'Organismo Indipendente di Valutazione, che può accedere alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione esistenti. In caso di modifiche il NVP o l'OIV segnalano all'organo di indirizzo politico – amministrativo. Le variazioni vengono segnalate nella Relazione sulle performance.

Fase 4: misurazione e valutazione delle performance organizzative e individuali

La misurazione e la valutazione della performance avvengono secondo il sistema adottato da ciascuna amministrazione, con parere vincolante da parte del NVP od OIV. Viene attribuito un peso prevalente agli indicatori relativi all'ambito organizzativo e vengono valutati i comportamenti organizzativi dei dipendenti, per cui aumenta la rilevanza della performance organizzativa e la sua connessione con quella individuale. Viene introdotta una forma di contribuzione diretta di cittadini e utenti al processo di misurazione della performance organizzativa che si basa sulla soddisfazione dei bisogni della collettività.

Fase 5: utilizzo di sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito

Introduzione della connessione tra il rispetto delle disposizioni in materia di ciclo delle performance e l'erogazione della retribuzione accessoria ad essa legata, nonché sua rilevanza per il riconoscimento di progressioni economiche, l'attribuzione di incarichi di responsabilità ed in conferimento di incarichi dirigenziali. Le modalità di connessione tra valutazione e trattamento economico accessorio vengono demandate alla contrattazione collettiva, superando in tal modo la predeterminazione delle fasce di merito che caratterizzava il decreto Brunetta. L'adozione del bonus finale dell'eccellenza viene lasciata alla discrezionalità delle singole amministrazioni.

Fase 6: rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico – amministrativo, ai vertici delle amministrazioni nonché ai componenti degli organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, ai destinatari dei servizi.

La Relazione sulle performance deve essere approvata, come da decreto precedente, dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e pubblicata entro il 30 giugno di ogni anno. La validazione della Relazione da parte del NVP o dell'OIV deve tener conto della chiarezza e comprensibilità del testo, delle valutazioni dei cittadini e utenti e delle indagini effettuate da agenzie esterne o dalla rete nazionale.

Gli indicatori devono essere pochi e rilevanti, chiari, facilmente misurabili. Devono avere un target di riferimento, ossia il risultato che ci si prefigge di ottenere. L'indicatore, in quanto

strumento per l'acquisizione di informazioni, deve essere strettamente collegato all'obiettivo di cui si vuole misurare il grado di raggiungimento e deve puntare a generare risultati coerenti con le risorse a disposizione. Un buon indicatore permette di:

- Misurare i fenomeni aziendali nel tempo e nello spazio;
- Pianificare e programmare le attività aziendali;
- Misurare gli scostamenti (gap) tra obiettivi attesi e risultati ottenuti, e intraprendere le azioni necessarie per correggere i gap.

La legge 190/2012, cd. "legge Severino", che ha stabilito la obbligatorietà dell'adozione di un Piano triennale anticorruzione da parte delle pubbliche amministrazioni, sulla base del presupposto secondo cui gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, definiti dall'organo di indirizzo di ciascun ente, "costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione", con la novella introdotta con il D. Lgs. 97/2016 (cd. Decreto FOIA), assegna all'Organismo Indipendente di valutazione, istituito con il D. Lgs. 150 /2009, il compito di verificare la "coerenza" (che in questo momento non è ancora integrazione) fra i piani di prevenzione della corruzione e i documenti di programmazione strategico-gestionale. Giova ricordare, che è sotto il profilo della prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione che la l. n. 190 del 2012 (e poi numerose altre disposizioni che da essa traggono origine o che ne hanno disposto modifiche o integrazioni), ha introdotto le misure più numerose e significative.

Queste ultime – in linea generale – possono così riassumersi:

- Approvazione da parte della Civit, quale Autorità Nazionale AntiCorruzione (ANAC), del Piano nazionale anticorruzione a fini di raccordo e coordinamento;
- Introduzione e regolamentazione della figura del responsabile della prevenzione della corruzione. La commissione di un reato di corruzione, accertata con sentenza passata in giudicato, nell'ambito della p.a. di competenza, produce responsabilità dirigenziale e disciplinare, oltre che per il danno erariale e d'immagine subito dalla p.a., in capo allo stesso, salvo che provi di aver puntualmente adempiuto ad ogni prescrizione di legge;
- Definizione di un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, la cui violazione comporterà responsabilità disciplinare, sino alla sanzione del licenziamento, oltre all'eventuale responsabilità civile, amministrativa e contabile;
- Elevati livelli di trasparenza ed obblighi di apertura (la disciplina è stata riordinata con il decreto legislativo 33/2013);
- Codificazione dell'obbligo di astensione del dipendente pubblico in conflitto di interessi e la previsione di obblighi di comunicazione di ogni dato utile relativo ai soggetti assegnatari di incarichi esterni;
- Istituzione di una white list presso ogni prefettura, che individui, nell'ambito dei settori qualificati a maggior rischio di infiltrazione mafiosa, gli operatori che non risultano soggetti a tentativi di infiltrazione mafiosa;
- Tutela del c.d. whistleblower, mediante il divieto di irrogare sanzioni o misure discriminatorie o di licenziare il dipendente pubblico che denunci condotte illecite di cui abbia conosciuto in ragione del rapporto di lavoro;
- Avvio di percorsi di formazione in materia di rispetto delle regole e dell'etica pubblica, a cura della Scuola superiore della pubblica amministrazione, destinati unicamente ai dipendenti pubblici.

Il piano di prevenzione della corruzione (successivamente diventato piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza), risponde fundamentalmente alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti;
- b) prevedere, per le suddette attività meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere obblighi di informazione nei confronti del responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPTC) predispone il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza. In caso di episodio di corruzione deve dimostrare di aver predisposto il piano, di aver osservato le sue prescrizioni e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

Nel piano vengono definite le aree di rischio: autorizzazione o concessione, scelta del contraente, concessione di sovvenzioni sussidi contributi, concorsi per l'assunzione del personale e per la progressione di carriera, rotazione degli incarichi, maladministration.

La gestione del rischio (risk assessment) parte dalla mappatura dei processi, cui segue la valutazione del rischio (identificazione, analisi, ponderazione) per definire una tabella di mappatura e analisi del rischio (basso, medio, alto).

Sono state, altresì, definite le competenze in questa materia, rimesse alla Autorità nazionale anticorruzione (ANAC). Quest'ultima, non è una magistratura, ma è, anch'essa, una pubblica amministrazione, ed in particolare una figura soggettiva riconducibile alla species delle autorità amministrative indipendenti. Risulta disciplinata anche da altre fonti normative, tra le quali – principalmente – l'art. 13 del d.lgs. n. 150 del 2009 (e successive modificazioni e integrazioni), l'art. 19 del d.l. n. 90 del 2014 (e successive modificazioni e integrazioni) e l'art. 213 del d.lgs. n. 50 del 2016, (e successive modificazioni e integrazioni con il D.Lgs 36/2023 vigente).

È stato introdotto, con valenza per tutte le pubbliche amministrazioni, il piano nazionale anticorruzione - PNA, adottato dall'ANAC, ed è stata imposta, a ciascuna pubblica amministrazione (salve limitate eccezioni), l'adozione del piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza - PTPCT, ora essenzialmente confluito, come apposita sezione di esso, nel Piano integrato di attività e organizzazione - PIAO, previsto dall'art. 6 del d.l. n. 80 del 2021.

È stata disciplinata, per ciascuna pubblica amministrazione, la figura del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza - RPCT.

L'autorità nazionale anticorruzione (ANAC) nel corso degli anni successivi ha insistito molto sulla necessità di una "integrazione metodologica" tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

La nozione di "**valore pubblico**" quale risultato dell'azione amministrativa guidata dagli obiettivi fissati dal PIAO, è stata introdotta dal regolamento approvato con il DM del Dipartimento della Funzione Pubblica, n. 132 del 29 giugno 2022, che ai sensi del DL 80/2021 definisce il contenuto del PIAO.

Il DM fornisce anche, all'art.3, una definizione di **valore pubblico**, inteso come impatto delle politiche e dei progetti dell'Ente che genera un *"incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo"*.

### 2.1.1 Dimensioni e azioni per la creazione di valore pubblico

#### La *mission* aziendale

Le politiche di un'Azienda Sanitaria connaturate nella *mission* aziendale, secondo le azioni declinate nell'Atto aziendale, impattano su tutte le dimensioni come sopra definite del valore pubblico, ovvero il benessere sanitario, sociale, educativo in termini di politiche di promozione della salute, economico ed ambientale della popolazione di riferimento.

Nell'atto aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino" sono ribaditi gli impegni a garanzia della funzione pubblica di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività, attraverso attività di promozione e prevenzione e cura degli stati di malattia e di recupero della salute, al fine di mantenere il più alto livello di qualità della vita dei cittadini.

L'Azienda si impegna ad operare con il massimo rispetto della dignità della persona umana, del bisogno di salute e dell'equità nell'offerta dell'assistenza; garantisce l'accessibilità ai servizi per i cittadini, la qualità delle prestazioni e la loro appropriatezza.

L'attività dell'Azienda si ispira alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici, Nazionali e Regionali. L'attività aziendale si basa inoltre sulle direttrici strategiche indicate dalla normativa nazionale e regionale.

L'Azienda persegue prioritariamente i seguenti obiettivi:

- omogeneizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'approccio del "Chronic Care Model" incentrato su:
  - sviluppo di politiche di prevenzione e promozione della salute
  - presa in carico di pazienti cronici
  - approccio di welfare di comunità
- creazione di forti sinergie e potenziamento della funzione ospedaliera a gestione diretta
- attivazione di una funzione qualificata di committenza rispetto a erogatori privati accreditati e pubblici per l'intera Città di Torino
- sviluppo dell'accessibilità ai servizi
- rispetto della specificità dei contesti, focalizzando l'attenzione sulle aree con maggior deprivazione
- potenziamento dell'integrazione sociosanitaria
- deospedalizzazione e sviluppo della continuità assistenziale ospedale territorio.

La visione dell'Azienda consiste nel:

- garantire, da un lato, l'efficacia e la velocità decisionale a livello locale e decentrato sia nei quattro distretti sia nell'attività degli ospedali e dall'altro, l'unitarietà dell'azione di governo per contrastare la possibile frammentazione nell'azione dei servizi, causa di depotenziamento delle politiche assistenziali. Tali politiche necessitano di forte integrazione tra funzioni territoriali, tra attività ospedaliere e territoriali e tra ambito sanitario e sociale.
- articolare l'azione su più livelli:
  - potenziamento della funzione di programmazione e controllo centrale, associandola a quella di sviluppo organizzativo e sviluppo del personale al fine di garantire una gestione complessiva e coordinata;
  - sviluppo di alcune funzioni trasversali a tutta l'azienda con forte mandato, puntando su condivisione e legame tra i diversi settori di attività (a titolo di esempio, la qualità, le politiche del personale, la farmaceutica, etc.), con particolare enfasi sulle politiche del personale, fattore questo determinante per una fusione efficace tra le diverse componenti aziendali (progetti comuni, formazione, etc.).

- attribuzione a livello periferico (distretti, ospedali) di maggior autonomia gestionale nell'ambito della più forte programmazione centrale.

Le azioni strumentali alla realizzazione degli obiettivi e della visione aziendale sono riconducibili alle seguenti:

- sinergia e continuità nella filiera assistenziale, sfruttando le possibilità offerte dalla Rete cittadina sia ospedaliera che territoriale;
- sviluppo dell'integrazione con le componenti istituzionali socioassistenziali del Comune di Torino e coinvolgimento di tutte le componenti organizzate degli *stakeholder* (terzo settore, associazioni, ecc.);
- concentrazione di volumi e competenze per lo sviluppo di servizi di maggiore qualità;
- attivazione delle Case della Salute e potenziamento dei servizi territoriali;
- costituzione di Comitati tematici trasversali per il governo unitario di ogni attività strategica aziendale;
- semplificazione burocratica;
- sviluppo di tecnologie di ausilio ai servizi di assistenza ospedaliera e territoriali;
  - costruzione e applicazione di PDTA omogenei su tutto il territorio;
  - individuazione e diffusione delle Best Practice;
  - sviluppo del Sistema di gestione della Qualità assistenziale;
  - politiche di valorizzazione del Personale (sistema premiante, sviluppi di carriera, formazione, ecc.);
  - sviluppo dei Sistemi di Programmazione e Controllo.

#### **La pianificazione strategica**

Il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia è perseguito nel rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.

L'azienda adotta i criteri della pianificazione strategica, informa la propria gestione sulla base di un sistema permanente di programmazione e controllo ed individua nel sistema budgetario lo strumento fondamentale di responsabilizzazione sugli obiettivi, sui risultati e sull'adeguato impiego delle risorse.

Pianificare significa formulare piani al fine di indirizzare l'azione amministrativa secondo obiettivi generali e particolari, tali da conseguire la migliore congruenza fra le risorse impiegate ed i bisogni soddisfatti dei clienti.

Due metodi:

- 1) metodologia estrapolativa: futuro in base al passato;
- 2) Metodologia strategica: opportunità e vincoli in ambiente mutevole.

Il risultato di questa attività è la pianificazione strategica. Si decidono: obiettivi, quali e quanti prodotti o servizi produrre, risorse necessarie, ripartizione delle risorse tra i progetti, responsabilità.

Prima: analisi esterna (ambiente sociale, stato dei bisogni...); poi: analisi interna (risorse e processi).

Analisi esterna + analisi interna = definizione delle strategie

Il budget è il risultato della scomposizione del piano.

#### **L'osservanza dei principi dell'agire pubblico**

L'azienda persegue le finalità di cui sopra utilizzando la propria capacità giuridica, nel cui esercizio può compiere attività regolate dal diritto privato, come già previsto nel Codice civile del 1942, fino alla svolta decisiva determinata dalla l. 7 agosto 1990, n. 241 – in particolare gli artt. 1 ed 11 – che ha apportato rilevanti novità introducendo espressamente il principio generale per il quale le Pubbliche amministrazioni possono operare secondo le norme e i principi del diritto privato. Nello specifico, l'art. 1, comma 1 bis, come modificato

dalla l. 11 febbraio del 2005, n. 15, dispone che “la Pubblica amministrazione, nell’adozione di atti di natura non autoritativa, agisce secondo le norme del diritto privato, salvo che la legge disponga diversamente”.

Una conferma in tale direzione giunge, altresì, dall’art. 20, comma 4, l. f), l. 15 marzo 1997, n. 59 nota come “Bassanini uno”), che contempla espressamente la “generale possibilità di utilizzare da parte delle pubbliche amministrazioni e dei soggetti a queste equiparati, strumenti di diritto privato, salvo che nelle materie o nelle fattispecie nelle quali l’interesse pubblico non può esser perseguito senza l’esercizio dei poteri autorizzativi”. Gli atti aziendali di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal Codice civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione delle attività aziendali.

I provvedimenti amministrativi sono emanati nell’osservanza della L. 241/1990 e s.m.i. e dei principi generali dell’azione amministrativa.

L’Azienda garantisce la legittimità, imparzialità e trasparenza dell’azione amministrativa.

#### **La gestione del capitale umano**

L’Azienda basa l’affidabilità e la qualità dei servizi sulla preparazione dei propri operatori e sulla loro capacità di aggiornamento continuo della professionalità. A tal fine, valorizza e sviluppa le risorse umane che operano nelle strutture aziendali. Assicura altresì la pari opportunità in ordine all’accesso all’impiego, ai percorsi formativi, all’affidamento degli incarichi, allo sviluppo professionale.

#### **La prevenzione della corruzione e la trasparenza**

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2023-2025 (PNA 2023-2025) definisce le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza come “*dimensioni del e per la creazione del valore pubblico*”, con carattere trasversale per la realizzazione della *mission* istituzionale.

L’Azienda persegue l’obiettivo del contrasto della corruzione e illegalità proponendosi innanzitutto di realizzare tre obiettivi strategici, sostanzialmente mutuati dalle indicazioni nazionali:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

L’Azienda intende garantire la massima trasparenza dando applicazione ai principi contenuti nel D. Lgs. n. 150/2009, nelle leggi “Mafia” e nel D. Lgs. 33/2013 e a tal fine il sito aziendale costituisce strumento principale per fornire le informazioni a tutti gli *stakeholders*.

Al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi di creazione di valore pubblico definiti con il presente Piano, l’Azienda ritiene necessario implementare i seguenti **obiettivi strategici** in ambito prevenzione della corruzione e trasparenza:

- formazione sulle regole di comportamento e sulla cultura dell’integrità;
- implementazione dell’analisi dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione, del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo in riferimento ai processi relativi all’attuazione degli interventi del PNRR;
- incremento della trasparenza e dell’accessibilità da parte degli *stakeholders* ai dati relativi agli interventi attuativi del PNRR.
- Eventuale aggiornamento della procedura di segnalazione degli illeciti (whistleblowing) in linea con le più recenti disposizioni europee e nazionali a garanzia della riservatezza dei soggetti coinvolti nella procedura di segnalazione (segnalanti, segnalati, facilitatori)

#### **Macro-obiettivi strategici aziendali per la creazione di valore pubblico**

La Direzione strategica dell’ASL, in coerenza con gli obiettivi di accessibilità, digitale e fisica da parte dei cittadini ultra-sessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, di digitalizzazione,

nonché di semplificazione e reingegnerizzazione delle procedure, ribaditi nel DM 132/2022, ha individuato e condiviso con i Responsabili delle diverse sottosezioni del PIAO, per il triennio 2025-2027, alcuni elementi chiave da sviluppare per gli ambiti di competenza, e precisamente:

1. Miglioramento di:
  - standard quali - quantitativi di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nei contesti ospedaliero e territoriale;
  - processi di prevenzione e promozione della salute;
2. Strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo;
3. Innovazione tecnologica e miglioramento degli strumenti di accesso alla P.A. e sicurezza informatica.

In tema di **accessibilità digitale**, il Digital Economy and Society Index- riportano i media- cerca di misurare la situazione digitale nei paesi europei. Alcuni numeri servono anche per approcciare il tema dell'accessibilità digitale, che coinvolge le persone con disabilità. Come l'accessibilità fisica è la possibilità di accedere a luoghi, spazi, edifici, l'accessibilità digitale è la possibilità di accedere ai contenuti digitali (app, siti web, documenti, servizi, software, hardware). Il 73% delle persone con disabilità non riesce a completare una "transazione di base".

Con Decreto legislativo n. 106 del 2018, l'Italia ha recepito la Direttiva Ue 2102 del 2016 (Web Accessibility Directive, abbreviato Wad) per migliorare l'accessibilità di siti web e app nel settore pubblico di ogni Stato membro.

Cosa accadrà nel 2025: dal 28 giugno 2025 in Italia entrerà in vigore la direttiva Ur 2019/882 sui requisiti di accessibilità dei prodotti e dei servizi dei paesi membri, sia pubblici sia privati. Tutti i siti dovranno essere accessibili: home banking, servizi pubblici, e-commerce, documenti digitali (contratti, fatture, referti medici, moduli compilabili, manuali, estratti-conti bancari). In caso d'irregolarità sono previste sanzioni: sanzione amministrativa, ritiro del prodotto dal mercato, oscuramento del sito o dell'app.

Il tema della accessibilità digitale presso l'ASL Città di Torino è sviluppato nella sottosezione 2.1– Allegato 1 (Digital transformation nella PA e Sanità italiana).

In tema di **accessibilità fisica** tutte le Strutture e i presidi aziendali risultano accessibili alle persone con disabilità, anziani e utenti fragili, inoltre, al fine di mantenere efficienti i sistemi di sollevamento che consentono di accedere alle aree sanitarie, è stato appaltato a ditta esterna il piano di manutenzione di ascensori, montascale e piattaforme per il triennio 2024-2026.

I **macro-obiettivi strategici** per la creazione di valore pubblico, tutti a valenza pluriennale, trovano la loro declinazione principalmente mediante le attività ordinariamente volte a realizzare la *mission* aziendale, sopra delineate, ma anche mediante le azioni previste nelle specifiche sezioni del presente Piano, nonché in quelle messe in campo per la realizzazione degli obiettivi del PNRR.

In particolare:

1. Lo stato di realizzazione del macro-obiettivo 1 e le azioni programmate per il periodo di vigenza del presente Piano sono esplicitati nella sottosezione 2.2 "Performance".
2. Il macro-obiettivo 2, che è strettamente correlato e funzionale all'obiettivo 1 e si è articolato negli interventi e nelle azioni programmate di cui alla sezione 3 "Organizzazione e capitale umano" del presente Piano.
3. L'obiettivo di cui al punto 3) è declinato nelle azioni previste secondo i principi-guida dell'Agenda Digitale esposti nell'allegato alla presente sottosezione (**allegato n. 1**)  
Tale allegato rappresenta l'aggiornamento al triennio 2024-2026 dell'obiettivo sulla base delle azioni introdotte nell'anno 2023.

Tutte le suddette azioni sono presidiate mediante la declinazione di singoli obiettivi specifici di prevenzione della corruzione e di trasparenza, declinati nella sottosezione 2.3 “Rischi corruttivi e trasparenza” del presente Piano.

### Le azioni per l’attuazione del PNRR

#### Analisi del contesto

L’Unione europea, al fine di arginare le conseguenze della crisi economica e sociale creata dalla pandemia da Covid-19, ha approvato – nell’alveo del programma Next Generation EU – il Regolamento (UE) 12 febbraio 2021, n. 2021/241 che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza.

Il dispositivo di ripresa e resilienza, quale strumento finanziario a sostegno del suddetto programma, prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, migliorare la formazione dei lavoratori e sviluppare una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale, al fine di creare un’Europa post Covid-19 più verde, digitale, resiliente e adeguata alle sfide presenti e future.

L’articolo 17 del suddetto Regolamento prevedeva che i singoli Stati membri elaborassero un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (di seguito anche “PNRR”).

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, presentato dall’Italia il 30 aprile 2021 e definitivamente approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio dell’UE il 13 luglio 2021 e smi, è strutturato in sei Missioni (a loro volta suddivise in Componenti, per un totale di 16):

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca;
5. Inclusione e coesione;
6. Salute.

L’Allegato 1 alla già menzionata decisione del Consiglio dell’UE prevede specifici target, milestone, obiettivi e scadenze di realizzazione con riferimento a ogni singola misura contenuta nel Piano.

In data 22 dicembre 2021 è stato sottoscritto il documento Recovery and resilience facility - Operational Arrangements between the European Commission and Italy – Ref. Ares (2021) 7047180-22/12 2021 (OA) relative al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dell’ Italia.

Nell’ambito dell’attuazione del PNRR, le Regioni e gli Enti locali sono responsabili della realizzazione di una quota significativa degli investimenti previsti dal Piano, con riferimento alle diverse “Missioni”.

L’Azienda sulla base della D.G.R. n.1-4892 del 20 aprile 2022 ad oggetto: “PNRR Missione 6 “Salute”. Approvazione del Piano Operativo Regionale (P.O.R.)” e smi, risulta assegnataria di rilevanti risorse per l’attuazione, come Soggetto Attuatore Delegato dalla Regione Piemonte, di interventi diretti a potenziare le strutture sanitarie intermedie, i servizi di telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e i servizi di assistenza domiciliari, favorire il rinnovamento e l’ammodernamento delle apparecchiature tecnologiche e digitali ospedaliere, finanziare la ricerca scientifica e promuovere l’accrescimento delle competenze del personale del Servizio sanitario nazionale attraverso la formazione.

Più in dettaglio

Missione	Componente	Investimento	Descrizione	CUP	Indirizzo/descrizione	PNRR IMPORTO RIMODULATO CUP
M6	C1	1.1	Case comunità e presa in carico persona	F19J22000520006	PACCHIOTTI 4	1.838.903,90
				F19J22000530006	STRADA VILLAR	

					DORA .220	-
				F19J22000540006	CIGNA 74	2.227.950,00
				F19J22000550006	CIGNA 74	2.227.950,00
				F19J22000560006	BOTTICELLI 130	1.131.696,10
				F19J22000570006	LUNGO DORA SAVONA 26	1.640.591,44
				F19J22000580006	MONTANARO 60	1.994.345,50
				F19J22000590006	CAVEZZALE 6	1.829.597,63
				F19J22000600006	GORIZIA 114	1.319.914,38
				F19J22000610006	MONGINEVRO 130	1.650.685,62
				F19J22000630006	CORSO CORSICA .55	1.434.729,62
				F19J22000640006	DELLA CONSOLATA .10	1.330.008,56
				F19J22000650006	VIA SAN SECONDO 29 BIS	1.191.572,75
				F19J22000660006	SILVIO PELLICO .28	545.500,50
				F19J22000680006	VIA SPALATO .15	1.299.124,50
				F19J22000830006	BORGOTICINO 9	2.102.229,50
				<b>Totale</b>		<b>23.764.800,00</b>
M6	C1	1.2	Case come primo luogo cura e telemedicina (COT)	F17H21010570006	BOTTICELLI	173.075,00
				F17H21010560006	PACCHIOTTI	173.075,00
				F17H21010550006	ASTANTERIA MARTINI 1DX	173.075,00
				F17H21010540006	ASTANTERIA MARTINI 2SX	173.075,00
				F17H21010530006	ASTANTERIA MARTINI 1SX	173.075,00
				F19J21017490006	LEGNANO 5	138.337,95
				F17H21010510006	VALLETTA FARINELLI	218.231,80
				F17H21010520006	EX VALDESE	162.655,23

				F19J22000970006	VIA DEGLI ABETI,16	173.075,00
			<b>Totale</b>			<b>1.557.674,98</b>
M6	C1	1.2	Case come primo luogo cura e telemedicina (DEVICE)	F19I21000070001		870.446,00
			<b>Totale</b>			<b>870.446,00</b>
M6	C1	1.3	Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di comunità	F19J22000690006	CIGNA 74	3.056.836,00
				F19J22000700006	SILVIO PELLICO 19	1.887.822,00
				F19J22000710006	FARINELLI 25	1.964.160,00
				F19J22000790006	CIGNA 74	3.033.174,00
				F19J22000800006	BOTTICELLI 130	2.360.498,00
				F18I21004920006	Corso Svizzera 164	2.460.498,00
			<b>Totale</b>			<b>14.762.988,00</b>
M6	C2	1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello)	F17H22001240001	OSPEDALE MARTINI	2.992.884,00
				F17H22001230001	OSPEDALE MARIA VITTORIA	3.260.265,00
				F17H22001250001	OSPEDALE SAN GIOVANNI BOSCO	3.923.683,00
			<b>Totale</b>			<b>10.176.832,00</b>
M6	C2	1.1	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)	F19J21017960001	TOMOGRFO COMPUTERIZZ ATO	382.313,79
				F19J21017970001	TOMOGRFO COMPUTERIZZ ATO	-
				F19I21000240001	TOMOGRFO COMPUTERIZZ ATO – TORINO	437.834,26

				F19J21017980001	MAMMOGRAFO CON TOMOSINTESI	150.413,80
				F19J21018000001	ANGIOGRAFO CARDIO	484.242,70
				F19J21018010001	SISTEMI POLIFUNZIONA LI PER RADIOLOGIA DIGITALE DIRETTA (DR)	228.732,07
				F19J21018020001	SISTEMI POLIFUNZIONA LI PER RADIOLOGIA DIGITALE DIRETTA (DR)	219.300,24
				F19I21000140001	SISTEMI POLIFUNZIONA LI PER RADIOLOGIA DIGITALE DIRETTA (DR)	232.227,00
				F19I21000230001	ANGIOGRAFO VASCOLARE - TORINO	849.683,74
			<b>Totale</b>			<b>2.984.747,60</b>
			TOTALE			54.117.488,58

M6	C2	1.3	Potenziamento delle infrastrutture digitali - FSE 2.0 - Vincolato agli interventi dell'Azienda pubblica del SSR	F17H22003960002	Vincolato agli interventi dell'Azienda pubblica del SSR	725.501,00
				F17H22003960002	Vincolato in via prioritaria agli interventi delle Aziende private accreditate e contrattualizzate con il SSR	2.910.000,00
			<b>Totale</b>			<b>3.635.501,00</b>
M6	C2	2.2	Sviluppo delle competenze tecniche - professionali, digitali, manageriali del personale del sistema	F13C22002050006	Sviluppo delle competenze tecniche- professionali, digitali e	510.776,55

			sanitario		manageriali del personale del sistema sanitario - Corso di formazione in infezioni ospedaliere.	
			Totale			510.776,55
						58.263.766,13

Al fine di poter gestire al meglio le risorse che sono state destinate all'Azienda, e che potranno essere assegnate in aggiunta, stante la complessità degli interventi, considerati gli obiettivi sfidanti e gli stringenti tempi di completamento previsti, l'Azienda con Deliberazione del Direttore Generale 1566 del 28.11.2024 ha recepito il Sistema di Gestione e Controllo (SI.GE.CO.) dell'UMPNNR Missione 6 Salute e approvato il funzionigramma aziendale degli interventi ovvero la governance aziendale PNRR, individuando i seguenti livelli.

Unità/Ufficio	Ruolo/ Funzione svolta per PNRR	Attività principali svolte*
Direzione Generale	Responsabile Unico per l'ASR in qualità di soggetto attuatore delegato	Indirizzo e coordinamento della programmazione strategica e attuativa degli interventi PNRR di competenza dell'ASR. Assicura il rispetto dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile.
Referente Unico Aziendale PNRR	Funzione di referente PNRR per la Regione per le attività di monitoraggio periodico e recepimento direttive	Presidio continuo del monitoraggio. Fornisce ai RUP aziendali le indicazioni provenienti dalla Regione affinché i medesimi (RUP) provvedano alla corretta gestione degli interventi, conservino e archivino i documenti e alimentino ReGIS. Assicura il Monitoraggio Fisico/ Procedurale sull'avanzamento degli interventi da parte dei RUP quali: avanzamento procedurale e fisico delle singole Linee di Investimento, monitoraggio adempimenti ReGIS, gestione richieste alla Regione delle profilazioni/cancellazioni/modifiche utenze sul Portale Area ReGIS, Gestione flusso informativo (Circolari MEF, Note UMPNNR, indicazioni tecnico-operative della Regione, etc.), al fine di favorire l'ottemperanza agli adempimenti previsti.
	Funzione di protocollazione, archiviazione e gestione dei flussi documentali all'interno e all'esterno dell'ASR	mail <a href="mailto:pnrr@aslcitytorino.it">pnrr@aslcitytorino.it</a> e relativa attività di protocollazione degli atti in entrata ed uscita, nonché smistamento di tali atti al Direttore dell'ASR e/o ai RUP
S.C. Economico Finanziario	Funzione Ragioneria/Contabilità	Provvede agli incassi dei finanziamenti pnrr
		Adotta codifica contabile finanziamenti pnrr
		Verifica per quanto di competenza la regolarità di procedure e spese.

		Effettua i mandati di pagamento.
		Rendiconta i pagamenti ai RUP.
		Assicura, per le parti di competenza, il rispetto dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile
Protocollo	Funzione di protocollazione, archiviazione e gestione dei flussi documentali all'interno e all'esterno dell'ASR.	Supporto al Direttore dell'ASR e/o al gruppo di lavoro/RUP PNRR nelle attività di protocollo collegate all'attuazione del PNRR.
		Organizzazione e gestione dell'archivio digitale.
		Attività di protocollazione degli atti in entrata ed in uscita, nonché smistamento di tali atti al Direttore dell'ASR e/o al gruppo di lavoro/RUP PNRR.
RUP Linea di investimento M6 C1 1.1 Case comunità e presa in carico persona M6 C1 1.2.2.1 Case come primo luogo cura e telemedicina (COT) M6 C1 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di comunità	Funzione di gestione e rendicontazione degli interventi	Gestisce il progetto.
		Autorizza il pagamento liquidando le fatture.
		Individua e utilizza eventuali sistemi informatici di supporto.
		Certifica la completezza e la veridicità dei dati di progetto.
		Valida e trasmette i dati di monitoraggio tramite sistema informativo.
		Presidio continuo degli interventi.
		Presidio continuativo circa l'avanzamento di investimenti e del raggiungimento degli obiettivi, vigilando su eventuali criticità attuative e azioni correttive.
		Assicura l'avanzamento procedurale e fisico delle singole Linee di Investimento, ottempera agli adempimenti ReGIS
		Organizzazione e gestione dell'archivio digitale.
		Provvede alla conservazione e archiviazione dei documenti.
		Assicura l'alimentazione dei dati di monitoraggio fisico, finanziario e procedurale su REGIS.
		Segnala alla Regione eventuali criticità tecnico-operative relative all'allineamento dei dati sull'avanzamento procedurale e fisico degli investimenti
		Garantisce il rispetto di tutti i provvedimenti del PNRR (ad esempio, DNSH, doppio finanziamento, conflitto di interessi, titolare effettivo, parità di genere, etc.)
		Garantisce il recupero delle somme indebitamente versate
Assicura, per le parti di competenza, il rispetto dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile		
Funzione di autocontrollo sulle procedure e sulla rendicontazione delle spese NB: Nel caso di gare autonome/affidamenti diretti. Il responsabile della funzione di autocontrollo delle spese sostenute è il Direttore della SC Tecnico Territoriale	Svolge verifiche di autocontrollo aziendale sulle procedure di gara, sulla compilazione dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile,	
	Verifica a campione il rispetto degli adempimenti previsti dal PNRR, con particolare riferimento alle attestazioni/dichiarazioni/check list presenti su ReGIS, in linea con quanto previsto dall'Appendice X delle Linee Guida del Si.Ge.Co. del Ministero della Salute.	
RUP Linea di	Funzione di gestione e rendicontazione degli	Gestisce il progetto.
		Autorizza il pagamento liquidando le fatture.

investimento M6 C1 1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di comunità	interventi	Individua e utilizza eventuali sistemi informatici di supporto.
		Certifica la completezza e la veridicità dei dati di progetto.
		Valida e trasmette i dati di monitoraggio tramite sistema informativo.
		Presidio continuo degli interventi.
		Presidio continuativo circa l'avanzamento di investimenti e del raggiungimento degli obiettivi, vigilando su eventuali criticità attuative e azioni correttive.
		Assicura l'avanzamento procedurale e fisico delle singole Linee di Investimento, ottempera agli adempimenti ReGiS
		Organizzazione e gestione dell'archivio digitale.
		Prowede alla conservazione e archiviazione dei documenti.
		Assicura l'alimentazione dei dati di monitoraggio fisico, finanziario e procedurale su REGIS.
		Segnala alla Regione eventuali criticità tecnico-operative relative all'allineamento dei dati sull'avanzamento procedurale e fisico degli investimenti
		Garantisce il rispetto di tutti i provvedimenti del PNRR (ad esempio, DNSH, doppio finanziamento, conflitto di interessi, titolare effettivo, parità di genere, etc.)
		Garantisce il recupero delle somme indebitamente versate
		Assicura, per le parti di competenza, il rispetto dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile
Funzione di autocontrollo sulle procedure e sulla rendicontazione delle spese	Svolge verifiche di autocontrollo aziendale sulle procedure di gara, sulla compilazione dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile,	
	Verifica a campione il rispetto degli adempimenti previsti dal PNRR, con particolare riferimento alle attestazioni/dichiarazioni/check list presenti su ReGiS, in linea con quanto previsto dall'Appendice X delle Linee Guida del Si.Ge.Co. del Ministero della Salute.	
RUP Linea di investimento M6 C2 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello) M6 C2 1.3.1 Potenziamento delle infrastrutture digitali - FSE 2.0 -	Funzione di gestione e rendicontazione degli interventi	Gestisce il progetto.
		Autorizza il pagamento liquidando le fatture.
		Individua e utilizza eventuali sistemi informatici di supporto.
		Certifica la completezza e la veridicità dei dati di progetto.
		Valida e trasmette i dati di monitoraggio tramite sistema informativo.
		Presidio continuo degli interventi.
		Presidio continuativo circa l'avanzamento di investimenti e del raggiungimento degli obiettivi, vigilando su eventuali criticità attuative e azioni correttive.
		Assicura l'avanzamento procedurale e fisico delle singole Linee di Investimento, ottempera agli adempimenti ReGiS
		Organizzazione e gestione dell'archivio digitale.
		Prowede alla conservazione e archiviazione dei documenti.
		Assicura l'alimentazione dei dati di monitoraggio fisico, finanziario e procedurale su REGIS.
		Segnala alla Regione eventuali criticità tecnico-operative relative all'allineamento dei dati sull'avanzamento procedurale e fisico

		degli investimenti
		Garantisce il rispetto di tutti i provvedimenti del PNRR (ad esempio, DNSH, doppio finanziamento, conflitto di interessi, titolare effettivo, parità di genere, etc.)
		Garantisce il recupero delle somme indebitamente versate
		Assicura, per le parti di competenza, il rispetto dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile
	Funzione di autocontrollo sulle procedure e sulla rendicontazione delle spese	Svolge verifiche di autocontrollo aziendale sulle procedure di gara, sulla compilazione dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile,
		Verifica a campione il rispetto degli adempimenti previsti dal PNRR, con particolare riferimento alle attestazioni/dichiarazioni/check list presenti su ReGIS, in linea con quanto previsto dall'Appendice X delle Linee Guida del Si.Ge.Co. del Ministero della Salute.
RUP Linea di investimento M6 C1 1.2.2.3 Case come primo luogo cura e telemedicina (DEVICE) M6 C2 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)	Funzione di gestione e rendicontazione degli interventi	Gestisce il progetto.
		Autorizza il pagamento liquidando le fatture.
		Individua e utilizza eventuali sistemi informatici di supporto.
		Certifica la completezza e la veridicità dei dati di progetto.
		Valida e trasmette i dati di monitoraggio tramite sistema informativo.
		Presidio continuo degli interventi.
		Presidio continuativo circa l'avanzamento di investimenti e del raggiungimento degli obiettivi, vigilando su eventuali criticità attuative e azioni correttive.
		Assicura l'avanzamento procedurale e fisico delle singole Linee di Investimento, ottempera agli adempimenti ReGIS
		Organizzazione e gestione dell'archivio digitale.
		Provvede alla conservazione e archiviazione dei documenti.
		Assicura l'alimentazione dei dati di monitoraggio fisico, finanziario e procedurale su REGIS.
		Segnala alla Regione eventuali criticità tecnico-operative relative all'allineamento dei dati sull'avanzamento procedurale e fisico degli investimenti
		Garantisce il rispetto di tutti i provvedimenti del PNRR (ad esempio, DNSH, doppio finanziamento, conflitto di interessi, titolare effettivo, parità di genere, etc.)
		Garantisce il recupero delle somme indebitamente versate
Assicura, per le parti di competenza, il rispetto dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile		
	Funzione di autocontrollo sulle procedure e sulla rendicontazione delle spese	Svolge verifiche di autocontrollo aziendale sulle procedure di gara, sulla compilazione dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile,
		Verifica a campione il rispetto degli adempimenti previsti dal PNRR, con particolare riferimento alle attestazioni/dichiarazioni/check list presenti su ReGIS, in linea con quanto previsto dall'Appendice X delle Linee Guida del Si.Ge.Co. del Ministero della Salute.
RUP	Funzione di gestione e	Gestisce il progetto.

Linea di investimento M6 C2 2.2 Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali, manageriali del personale del sistema sanitario	rendicontazione degli interventi	Autorizza il pagamento liquidando le fatture.
		Individua e utilizza eventuali sistemi informatici di supporto.
		Certifica la completezza e la veridicità dei dati di progetto.
		Valida e trasmette i dati di monitoraggio tramite sistema informativo.
		Presidio continuo degli interventi.
		Presidio continuativo circa l'avanzamento di investimenti e del raggiungimento degli obiettivi, vigilando su eventuali criticità attuative e azioni correttive.
		Assicura l'avanzamento procedurale e fisico delle singole Linee di Investimento, ottempera agli adempimenti ReGIS
		Organizzazione e gestione dell'archivio digitale.
		Provvede alla conservazione e archiviazione dei documenti.
		Assicura l'alimentazione dei dati di monitoraggio fisico, finanziario e procedurale su REGIS.
		Segnala alla Regione eventuali criticità tecnico-operative relative all'allineamento dei dati sull'avanzamento procedurale e fisico degli investimenti
		Garantisce il rispetto di tutti i provvedimenti del PNRR (ad esempio, DNSH, doppio finanziamento, conflitto di interessi, titolare effettivo, parità di genere, etc.)
		Garantisce il recupero delle somme indebitamente versate
		Assicura, per le parti di competenza, il rispetto dell'attestazione di regolarità amministrativo-contabile
		Funzione di autocontrollo sulle procedure e sulla rendicontazione delle spese
Monitoraggio Finanziario	Monitoraggio Finanziario	Gestione dei flussi finanziari delle risorse PNRR e predisposizione dei relativi atti contabili (reversali incasso e mandati pagamento).
		Monitoraggio del PNRR, in termini di avanzamento finanziario e contabile delle singole Linee di Investimento.
	Monitoraggio Finanziario	Monitoraggio del PNRR con report mensile per la Direzione Generale, in termini di avanzamento finanziario delle singole Linee di Investimento.

Il SIGECO illustra il Sistema di Gestione e Controllo per l'attuazione degli investimenti e delle riforme del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nell'ambito della Missione 6 Salute. Al suo interno sono descritti inoltre gli strumenti informativi di supporto, le procedure attuative e le modalità di controllo, informazione e comunicazione. Il documento si completa con una serie di allegati utili a fornire indicazioni all'Azienda per l'attuazione e la rendicontazione degli investimenti del PNRR relativi alla Missione 6 Salute.

### **I rischi sul PNRR**

Le rilevanti risorse pubbliche del PNRR offrono opportunità di infiltrazioni ed azioni corruttive.

A tutela degli investimenti dalle aggressioni criminali sono state messe in atto attività di prevenzione.

Il Ministero dell'Interno ha attivato una strategia basata sulla documentazione antimafia con il ruolo centrale della Banca Dati Nazionale Unica della Documentazione Antimafia (BDNA), il Dipartimento competente ha integrato il sistema informatico pre-esistente con voci specifiche dedicate al PNRR.

La condivisione di tali informazioni consente di monitorare l'adozione di eventuali provvedimenti emessi dalla Prefettura nei confronti di operatori economici coinvolti nell'attuazione degli interventi sul conto dei quali siano emersi elementi di rischio infiltrativo.

In relazione al monitoraggio degli appalti pubblici e in considerazione dei finanziamenti connessi con il PNRR, i controlli antimafia rappresentano la fase centrale del sistema di protezione del tessuto socio-economico evidenziando la presenza di imprese indebitamente beneficiarie di finanziamenti agevolati o per cui si è registrato un utilizzo distorto delle risorse stanziare.

L'Azienda pertanto prosegue il percorso positivamente avviato al fine di assicurare la piena e più efficace applicazione del sistema di prevenzione della corruzione in materia di contratti pubblici; ed al fine di promuovere l'individuazione e la gestione efficace dei conflitti di interessi nella loro più ampia accezione;

#### Strutture interessate

SC Tecnico Territoriale

SC Tecnico Ospedaliero

SC Tecnologie

SS Ingegneria Clinica

SC SC Formazione, Obiettivi Sanitari, Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico e sua organizzazione

#### Risultato concreto previsto per l'anno

Nel corso del 2025, i risultati attesi annuali che si intendono perseguire si suddividono nei filoni principali dell'attuazione, del monitoraggio e della rendicontazione.

L'attuazione degli interventi si prevede prosegua nel rispetto dei Target e Milestone definiti ed approvati con l'ultimo aggiornamento del POR di cui alla DGR 7-174 del 20.09.2024.

Il monitoraggio degli interventi di competenza aziendale avviene in qualità di soggetto attuatore delegato dalla Regione; In tale ambito al fine di presidiare gli step di avanzamento, si prevede prosegua la tempestiva comunicazione alla Regione degli step di avanzamento attuativi degli interventi affinché la Regione possa procedere nell'implementazione del sistema di monitoraggio interno che, attraverso l'alimentazione di apposita piattaforma gestionale da parte di tutte le Direzioni regionali coinvolte, consenta di monitorare costantemente l'avanzamento dell'attuazione del PNRR rispetto ai fondi assegnati.

La Rendicontazione alla Unità di Missione PNNR ministeriale si prevede proceda tempestivamente attraverso la Piattaforma Regis.

ReGiS è lo strumento unico attraverso cui le Amministrazioni centrali e territoriali interessate devono adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR. Il sistema è composto da tre sezioni: Misure (riforme e investimenti del PNRR), Milestone e Target, e Progetti. Le Amministrazioni centrali titolari

delle misure sono tenute a validare i dati di monitoraggio inviati dai soggetti attuatori almeno con cadenza mensile trasmettendoli al Servizio centrale per il PNRR per il tramite di ReGiS.

### **Risultati concreti annuali**

<b>Risultati</b>	<b>Indicatori target</b>	<b>Data conseguimento</b>
<b>2025</b>		
Prosecuzione interventi a valere sui fondi del PNRR assegnati all'Azienda	Raggiungimento di Milestone e Target propri di ciascuna misura PNRR previsti nel corso del 2025; rispetto cronoprogrammi	31/12/25
Monitoraggio degli interventi	Aggiornamento mensile del Monitoraggio	31/12/25
Comunicazione esiti monitoraggio alla Direzione Generale	Invio esiti Monitoraggio finanziario ogni mese	31/12/25
Aggiornamento periodico e diffusione delle informazioni, relative allo stato di attuazione. degli interventi PNRR	Aggiornamento trimestrale sito web PNRR	31/12/25
<b>2026</b>		
Chiusura rendicontazione PNRR	Completamento della rendicontazione delle risorse assegnate con il PNRR	31/12/2026

### **Piano delle azioni PNRR per l'anno:**

Descrizione azione/risultato intermedio	Direzione/direzioni responsabili	Data inizio	Data fine
Prosecuzione dell'attuazione degli interventi PNRR come da cronoprogrammi e rispetto Target e Milestone come da POR aggiornato	Tutti I RUP delle strutture interessate	02/01/25	31/12/25
Comunicazione mensile alla Regione del Monitoraggio dello stato di avanzamento degli interventi PNRR di competenza	Tutti I RUP delle strutture interessate	02/01/25	31/12/25
Alimentazione della Piattaforma REGIS su cui l'azienda tramite I RUP effettua le operazioni per rispettare gli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal Piano Nazionale	Tutti I RUP delle strutture interessate	02/01/25	31/12/25
Regolare comunicazione del monitoraggio finanziario alla Direzione Generale	Direzione Sc Controllo procedure e Gestione attività amministrative	02/01/25	31/12/25
Regolare aggiornamento della sezione web dedicata al PNRR	Tutti I RUP delle strutture interessate + Struttura SSS Comunicazione Interna ed		

	esterna	02/01/25	31/12/25
--	---------	----------	----------

#### stakeholder interessati:

Enti locali, associazioni di categoria, Imprese, cittadini ai quali si garantisce la regolare informazione e la trasparenza sull'avanzamento delle progettualità a valere sui fondi PNRR della cui attuazione è responsabile l'Azienda, in qualità di soggetto attuatore delegato da Regione.

#### Impatto sulle risorse aziendali e sull'efficienza dei suoi processi

L'attuazione degli interventi PNRR mira a garantire:

- il rafforzamento della prevenzione, della assistenza territoriale e della integrazione tra servizi sanitari e sociali;
- il miglioramento delle garanzie di accesso alle cure;
- l'ammodernamento della dotazione strutturale del SSN (capitale umano, risorse digitali, strumentali e tecnologiche);
- l'investimento in ricerca scientifica nell'ambito biomedico e sanitario.

Il monitoraggio si pone l'obiettivo di contribuire a garantire l'uso efficace ed efficiente delle risorse assegnate.

#### Criticità che potrebbero mettere a rischio il conseguimento del risultato.

Per quanto attiene l'attuazione, la principale criticità risiede nella mancanza di risorse finanziarie specifiche per l'acquisizione di assistenza tecnica che possa supportare adeguatamente le strutture interessate (RUP) che rivestono il ruolo di soggetto attuatore delegato

#### Misure di trattamento del rischio.

Per quanto attiene alle misure di trattamento del rischio si rimanda a quelle già previste a livello aziendale specie negli ambiti della trasparenza, Codice comportamento, rotazione del personale, conflitto interessi, obbligo di astensione, applicazione del sistema di prevenzione della corruzione in materia di contratti pubblici

## **2.2 PERFORMANCE**

Il D.lgs. n.150/2009, che ha introdotto formalmente la logica del *performance management* nel sistema delle amministrazioni pubbliche, prevede la predisposizione del Piano della performance organizzativa quale documento programmatico in cui sono esplicitati gli indirizzi, gli obiettivi aziendali e i relativi indicatori per la misurazione e la valutazione degli stessi. Esso è richiamato dall'art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, attuativo della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 74 del 25 maggio 2017.

In particolare, con D.G.R. n. 25-6944 del 23 dicembre 2013, la Regione Piemonte ha disposto che ogni azienda sanitaria debba predisporre annualmente un provvedimento programmatico denominato Piano annuale della Performance, che tenga prioritariamente conto degli obiettivi direttamente assegnati dalla Regione al Direttore Generale e che può contenere sia obiettivi strategici di valenza pluriennale sia obiettivi operativi di valenza annuale.

Successivamente il D.L. n. 80/2021, all'art. 6, ha stabilito che "gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'art. 10 del d.lgs. n. 150/2009" siano aggiornati annualmente e definiti all'interno del Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.).

Attraverso il Piano della performance organizzativa, Allegato 1 della presente sottosezione del P.I.A.O., l'Azienda definisce le linee strategiche e gli obiettivi nella loro articolazione complessiva, avendo come riferimento principale gli obiettivi assegnati dalla Regione alla Direzione Generale e gli obiettivi a valenza pluriennale contenuti nei precedenti piani.

Nelle more dell'assegnazione degli obiettivi regionali per l'anno 2025, tenuto però conto che orientativamente i macro-obiettivi regionali 2024 saranno riproposti anche nel 2025, il Piano della Performance Organizzativa è stato predisposto verificando la riproducibilità nel 2025 degli obiettivi del piano della performance organizzativa approvato con deliberazione n. 831/02.04/2024 del 20/06/2024. Tale istruttoria è stata curata dalla S.C. Programmazione e Controllo di Gestione con la collaborazione della S.C. Formazione, Obiettivi Sanitari, Qualità, Accredimento e Rischio Clinico e validata dalla Direzione Strategica ai fini dell'inclusione di tale Piano all'interno del P.I.A.O., la cui scadenza di approvazione annuale è il 31 gennaio. Il Piano necessita di essere integrato nell'ambito di un percorso di condivisione tra la Direzione e le strutture aziendali. A seguito di tale confronto, in cui i Direttori di Dipartimento faranno da raccordo con i direttori/responsabili delle strutture afferenti ai dipartimenti da loro diretti e sulla base della DGR di assegnazione degli obiettivi 2025 ai Direttori delle ASR, il Piano sarà aggiornato e saranno validate di conseguenza le Schede Obiettivi anno 2025 ai fini della loro successiva approvazione e sottoscrizione da parte dei direttori/responsabili e del personale delle strutture aziendali.

Il vigente Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è stato approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1137 del 19/11/2019 ma è in fase di aggiornamento e si rimanda pertanto a quello futuro come riferimento per i criteri generali utilizzati per l'assegnazione, monitoraggio e valutazione degli obiettivi.

Nell'ambito del monitoraggio sul grado di raggiungimento degli obiettivi gli stessi potranno essere rimodulati, previo parere della Direzione Generale, quando si verificano eventi ostativi rispetto al loro raggiungimento.

L'iter della performance si concluderà con la trasmissione da parte dell'OIV dell'esito della valutazione alla Direzione Generale.

La valutazione infra-annuale o finale viene effettuata utilizzando come fonte dati il Csi Piemonte per quanto riguarda l'attività e le registrazioni contabili per quanto riguarda i consumi.

La SC Programmazione e Controllo di Gestione e la SC. Formazione, Obiettivi Sanitari, Qualità, Accredimento e Rischio Clinico, coadiuvate dalle strutture aziendali identificate come "fonte dati" nelle schede obiettivi, predisporranno a fine esercizio una pre-valutazione tecnica, documento che, sentita la Direzione, trasmetteranno all'OIV per la validazione finale.

La valutazione di alcuni obiettivi trasversali a più strutture sarà effettuata tenendo conto del raggiungimento complessivo dell'obiettivo a livello aziendale e in funzione del raggiungimento si scenderà poi a livello di dipartimento/area e in ultima istanza a livello di singola struttura.

### **2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

Con il PNA 2022 l'ANAC suggerisce di adottare una certa gradualità nella mappatura integrata dei processi di performance e di quella finalizzata alla adozione delle misure anticorruzione, onde evitare il rischio che una integrazione repentina e affrettata vada a discapito delle misure di prevenzione della corruzione.

Nel medesimo documento ANAC raccomanda inoltre alle amministrazioni di concentrarsi in particolare sui processi in cui sono gestite risorse finanziarie, in primo luogo del PNRR, non dimenticando l'obbligo di ottemperare agli adempimenti in relativi alla normativa antiriciclaggio.

Sulla scorta delle indicazioni sopra già citate, la presente sottosezione del PIAO mantiene l'impianto della prevenzione della corruzione già consolidato con i precedenti Piani triennali della Prevenzione della corruzione (da ultimo il PTPCT 2024-2026), pur con le integrazioni necessarie in ordine alla creazione di valore pubblico illustrate nella sottosezione 2.1 e adeguatamente evidenziate negli allegati alla presente sottosezione.

La presente sottosezione del PIAO dell'ASL Città di Torino è strutturata, secondo le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, mediante la definizione di un processo di gestione del rischio corruttivo ad andamento ciclico, dove le fasi centrali del sistema, ovvero, l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, che costituiscono il nucleo centrale del Piano anticorruzione, sono affiancate da due fasi trasversali, la fase di consultazione e comunicazione, a monte del processo, e quella di riesame, a valle dello stesso, e dove ogni "ripartenza" del ciclo, ovvero ogni aggiornamento del Piano, deve tenere conto delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata ed adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

La base di partenza della sottosezione consiste nell'analisi dell'attività svolta, in particolare attraverso la mappatura dei processi organizzativi, al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

### **2.3.1 Analisi del contesto**

#### **2.3.1.a) Lo scenario nazionale**

Il dato che emerge da alcuni anni dalle numerose inchieste, analisi e rapporti delle organizzazioni che si occupano dello studio della corruzione, è la percezione sempre più avvertita dei fenomeni corruttivi da parte dei cittadini come fenomeno radicato e persistente, oltre che di notevole gravità, a causa degli effetti negativi che determina sul tessuto sociale e sulla competitività del sistema economico. Ciò nella crescente consapevolezza che la corruzione non è solo la violazione di disposizioni del Codice penale ma è una dimensione più generale che coinvolge la *maladministration*, la cattiva amministrazione. In un contesto di cattiva amministrazione e/o di corruzione in senso proprio, si assiste ad un fenomeno di sottrazione di risorse necessarie alla creazione di valore pubblico, come si è già accennato al precedente per. 2.1.

Con riferimento all'Italia la corruzione è, infatti, sovente percepita come presente nei gangli della struttura burocratica del Paese. L'ambito sanitario è un settore considerato altamente a rischio per casi di illegalità e di corruzione; la causa è da collegarsi al fatto che è il settore dove è allocata la maggior quota di denaro pubblico in ambito regionale (circa l'80% delle spese delle regioni), nonché di più largo consumo di beni e servizi e spesso caratterizzato dalla mancanza di trasparenza delle decisioni.

L'Associazione di Promozione Sociale "Transparency International Italia" pubblica annualmente il rapporto "Corruption Perceptions Index" (CPI).

L'Indice si basa su sondaggi e valutazioni di "esperti" sulla corruzione nel settore pubblico, ognuno dei quali assegna un punteggio da 0 (altamente corrotto) a 100 (per niente corrotto). Oltre due terzi dei Paesi analizzati ha un punteggio inferiore a 50. Dal 2012 (anno dell'introduzione in Italia della normativa anticorruzione) solo 20 Paesi hanno visto migliorare

in maniera significativa il loro punteggio e tra questi vi è l'Italia con uno degli incrementi maggiori (+14 punti).

L'Indice di Percezione 2023 ha visto l'Italia migliorare di una posizione rispetto all'anno precedente (41° contro il 42° posto nel mondo su 180 Paesi), mantenendo inalterato il punteggio di 56 su 100, con una conferma della tendenza in lenta crescita del nostro Paese sia nella classifica globale che per quella europea, dove ci allontaniamo dagli ultimi posti.

Vi è da dire che le analisi statistiche basate su indici di "percezione" di un fenomeno, pur con il merito di attrarre l'attenzione sul fenomeno stesso, quale quello della corruzione qui in argomento, scontano sovente *bias* dovuti alla soggettività delle valutazioni.

Interessante appare al riguardo quanto contenuto nella parte introduttiva del Rapporto del Ministero dell'Interno "*I reati corruttivi*"<sup>1</sup>, dove, dichiarata la "complessità" dell'analisi del fenomeno della corruzione, viene rilevata per il nostro Paese, "*un'evidente 'forbice' tra l'elevata percezione del fenomeno ed i dati oggettivi che in relazione ad esso possono essere desunti attraverso vari metodi*", in quanto, se è vero che la corruzione è percepita come diffusa nei gangli della burocrazia, le evidenze investigative e giudiziarie "*non restituiscono un quadro altrettanto significativo*". In altri termini, la *percezione* dei fenomeni corruttivi appare condizionata da fattori oggettivi di portata generale ma che contribuiscono a determinare, negativamente, il "clima" dei rapporti fra cittadino e amministrazione pubblica.

Fra i vari fattori il Rapporto ne individua tre che contribuirebbero in particolare a rendere sfavorevole la reputazione dell'Italia in riferimento agli indici di corruzione percepita, ovvero:

*"- la complessità di molte procedure burocratiche e la diffusa percezione di inefficienza dell'amministrazione pubblica;*

*- la frequente emersione di comportamenti certamente riprovevoli, con i quali i cittadini quotidianamente si confrontano nell'approcciarsi con la Pubblica Amministrazione. Si tratta di fattori che, spesso, attengono ad aspetti socio-culturali e morali che andrebbero rimossi (ma che entro certi limiti sono fisiologici e correlati alla stessa natura umana), i quali però sono spesso privi di rilevanza penale, anche se concorrenti alla creazione di un terreno di coltura per la corruzione in senso proprio;*

*- la coscienza dell'esistenza del fenomeno mafioso (con il suo portato di pratiche corruttive che si associano alla violenza ed al condizionamento) spesso presente anche all'estero, ma ivi sottovalutato per ché non riconosciuto o qualificato giuridicamente."*

*Rispetto al precedente PIAO 2024-2026 dove, dall'analisi della parte statistica del rapporto inerente all'andamento della delittuosità 2004-2021, si evinceva che l'unico reato stabile era l'abuso d'ufficio, oggi si deve dare invece atto che la L. 114 del 9/8/2024 recante "Modifiche al Codice penale, al codice di procedura penale, all'ordinamento giudiziario e al codice dell'ordinamento militare" ha abrogato detta fattispecie delittuosa.*

A chiusura della parte statistica del rapporto del Ministero dell'Interno, riguardante l'andamento, nel periodo 2004-2023, della "delittuosità" peculato, concussione e reati corruttivi, emerge chela delittuosità di queste categorie di reato mostra una tendenza decrescente, fatta eccezione per l'istigazione alla corruzione ex art. 322 c.p. Altro dato in evidenza è quello che mostra una maggiore incidenza di tali fattispecie di reato nelle grandi aree urbane.

Per una lettura più immediata e comprensibile del fenomeno relativo ai più significativi reati contro la Pubblica Amministrazione, la tabella accorpa le citate fattispecie in quattro

<sup>1</sup> "I reati corruttivi" - a cura del Servizio analisi Criminale – Ministero dell'Interno-Dipartimento della Pubblica Sicurezza- Direzione Centrale della Polizia Criminale, Roma, febbraio 2022

macrocategorie.



Servizio Analisi Criminale

**Delitti contro la Pubblica Amministrazione commessi in Italia dal 2004 al 2023.**

(Dati consolidati di fonte SDI/SSD)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Var. % 2004-2023
<b>Concussione</b> (artt. 317 e 319 quater c.p.)	138	115	86	130	145	140	146	130	168	161	144	109	119	104	84	88	97	67	74	61	-55,8%
<b>Reati corruttivi</b> (artt. 318, 319, 319 ter, 320, 321, 322 e 346 bis c.p.)	414	359	361	386	463	460	382	430	433	402	350	468	412	444	328	388	327	282	296	205	-50,5%
<b>Peculato e peculato mediante profitto dell'errore altrui</b> (artt. 314 e 316 c.p.)	291	290	258	292	296	371	436	377	500	466	429	378	388	377	356	468	278	297	254	274	-5,8%
<b>Abuso d'ufficio</b> (art. 323 c.p.)	1.016	1.051	935	1.097	1.168	1.099	1.193	1.196	1.259	1.144	1.254	1.179	1.177	1.106	1.063	1.009	1.385	1.157	966	658	-35,2%

È interessante notare come, per le quattro macro-categorie, il confronto dei dati nazionali evidenzia, tra il 2004 ed il 2023, delle riduzioni significative.

Con la tabella e il grafico che seguono, dapprima vengono riportati i dati pluriennali di andamento, dal 2004 al 2023, dei delitti di cui al presente Capitolo. Il grafico evidenzia un andamento tendenzialmente decrescente a partire dal 2012, fatta salva una recrudescenza nel 2019 ed un lieve incremento nel corso del 2023

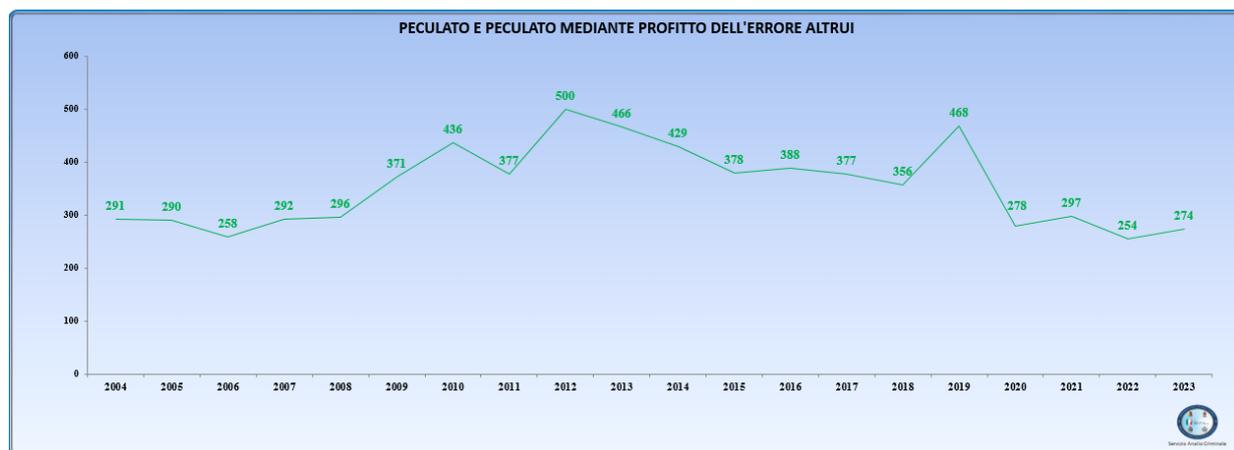


Servizio Analisi Criminale

**Delitti di "peculato e peculato mediante profitto dell'errore altrui" commessi in Italia dal 2004 al 2023.**

(Dati consolidati di fonte SDI/SSD)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Peculato e peculato mediante profitto dell'errore altrui</b> (artt. 314 e 316 c.p.)	291	290	258	292	296	371	436	377	500	466	429	378	388	377	356	468	278	297	254	274

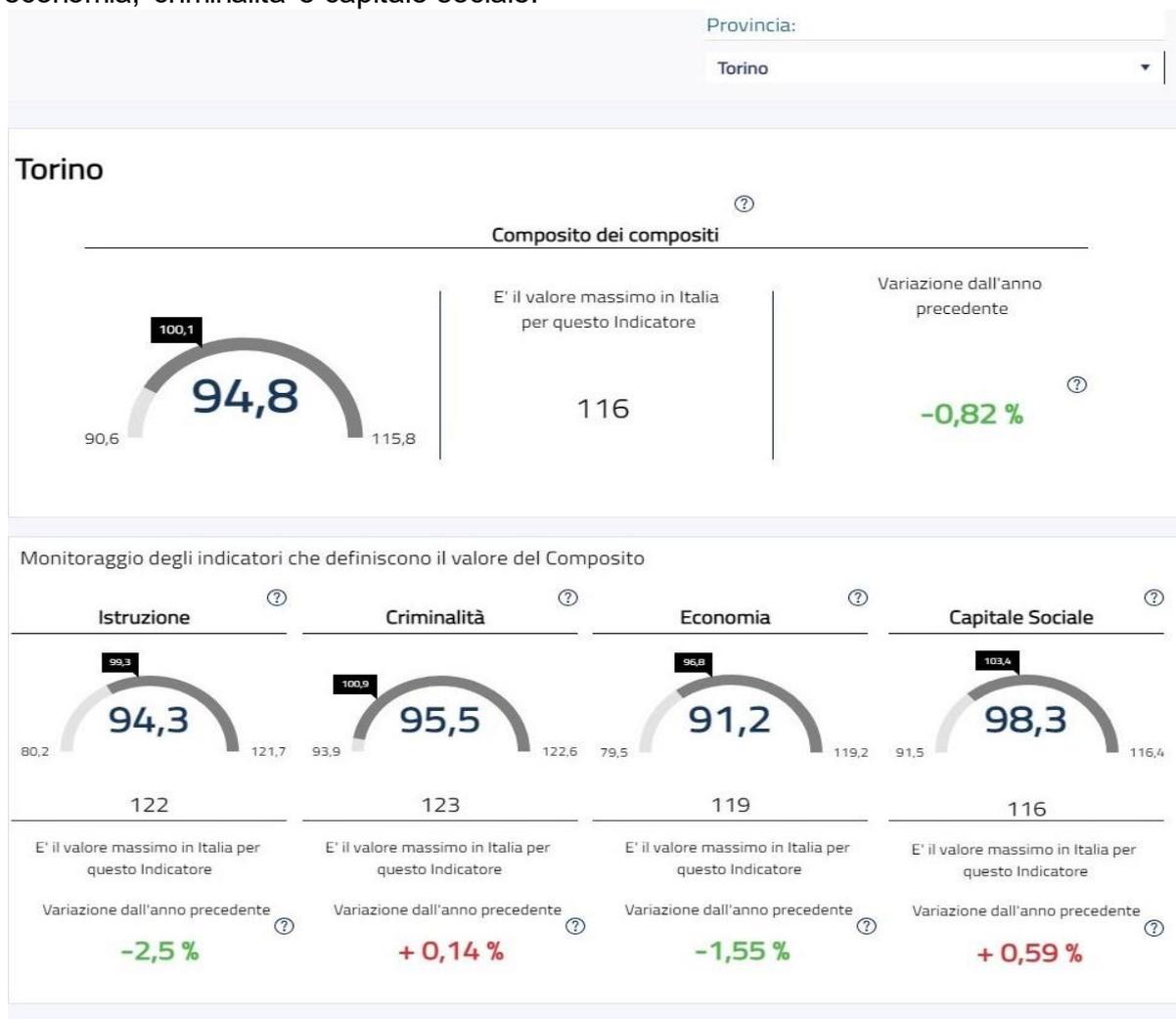


Nell'ambito del progetto "Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza" -finanziato a valere sul "Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale 2014 – 2020", ANAC ha messo a punto un set di indicatori adeguati a rilevare i fenomeni corruttivi a livello territoriale, in grado di quantificare concretamente la possibilità che si verifichino eventi patologici. Output finali del progetto saranno indicatori di rischio di corruzione, veri e propri "campanelli d'allarme", che non sono misure di corruzione, ma che segnalando situazioni potenzialmente problematiche siano in

grado di orientare efficacemente le politiche di prevenzione e/o repressione della corruzione e di contrasto all'illegalità.

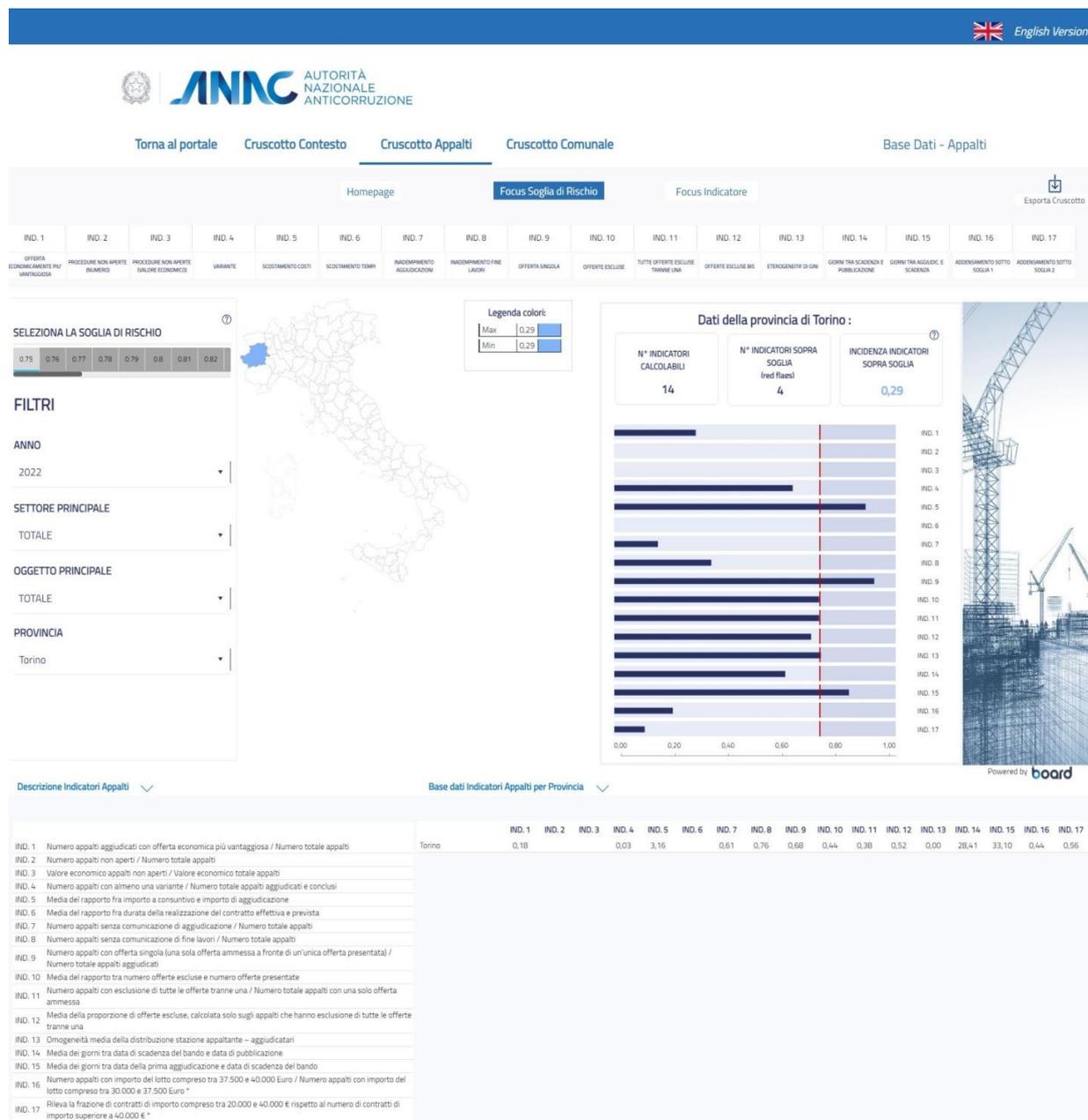
Nella presentazione del progetto l'Autorità evidenzia che *“benché sia un fenomeno per sua natura sfuggente e in larga parte sommerso nonché difficile da misurare, la corruzione non è tuttavia esente da una elevata incidenza statistica in determinati contesti e dalla presenza di fattispecie ricorrenti”*

I dati elaborati non sono però tutti aggiornati, gli indicatori di contesto in particolare sono, tutt'oggi, aggiornati al 2017, come già evidenziato nel precedente PIAO 2024-2025. Interessante, comunque, l'indice composito che combina i dati compositi di istruzione, economia, criminalità e capitale sociale:



A valori più elevati sono associati maggiori rischi di corruzione: dalla tabella si può evincere che la Provincia di Torino si attesta al di sotto del valore medio sia dell'indice composito che di ciascuno degli indicatori che lo compongono.

Di maggior interesse, ancorché riferita a tutti gli enti compresi nell'ambito territoriale della Provincia di Torino, è l'analisi degli appalti, finalizzata a segnalare il rischio di corruzione negli appalti di ogni provincia italiana, attraverso 17 indicatori, con l'indicazione della soglia di rischio per ciascuno degli indicatori. I dati, desunti dalla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, sono riferiti al 2022, e presentano per la Provincia di Torino il seguente quadro:



da cui si può desumere che tre indicatori (la media del rapporto fra importo a consuntivo e importo di aggiudicazione, il numero di appalti con offerta singola sul totale degli appalti aggiudicati, la media dei giorni fra la data di aggiudicazione e la data di scadenza del bando), sono sopra la soglia di rischio.

Quanto sopra rilevato induce ad una particolare attenzione in tema di misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi in ambito appalti, specie in commissione con gli interventi finanziati dal PNRR.

Le specifiche forme di illegalità del settore sanitario possono essere suddivise in due gruppi: quello ad **impatto prevalentemente economico** e quello ad **impatto prevalentemente clinico**.

Nel primo gruppo si possono trovare, ad esempio, la falsa fatturazione per prestazioni non effettuate o la sovrapprestazione di prestazioni, false certificazioni per malattie, etc..., ai quali

vanno aggiunti le differenti tipologie di frodi relative ad appalti e forniture.

Nel secondo gruppo si annoverano le illegalità che si ripercuotono sulla salute dei cittadini, quali, ad esempio, prescrizioni di accertamenti diagnostici o interventi chirurgici inutili o dannosi, omissioni di controlli (negli ambienti di lavoro, nei collaudi delle apparecchiature, nella vigilanza sulle strutture...), avvio di sperimentazioni cliniche svolte non in base a criteri oggettivi o di terzietà, ma sulla base di interessi privati.

Al fine di comprendere le caratteristiche dell'ambiente in cui opera l'ASL Città di Torino è fondamentale procedere all'analisi del contesto sia interno che esterno, esaminando le variabili che possono favorire il rischio corruttivo.

### 2.3.1.b) Il contesto esterno

L'analisi del territorio e della popolazione, completa, rispetto ai principali indirizzi di policy e programmazione a livello nazionale e regionale, la descrizione del contesto esterno che porta all'individuazione e descrizione del quadro di riferimento nell'ambito del quale opera l'Azienda e rispetto al quale devono essere improntate le strategie da porre in atto in tema di prevenzione della corruzione.

L'analisi del contesto esterno richiede l'individuazione delle maggiori categorie di *stakeholder* con cui l'ente intrattiene relazioni di varia natura.

Tali relazioni riguardano sia *stakeholder* che partecipano alla fase di *input* per il funzionamento dell'Azienda Sanitaria, ovvero forniscono beni, servizi e lavori, sia a quella di *output* della stessa, ovvero i cittadini.

Lo scenario socio-economico regionale, riferito al 2022 ma con proiezioni sull'anno 2023 e seguenti è delineato nella "**Relazione annuale 2024**" di **IRES Piemonte**, dove è affermato che nel 2023. il Piemonte ha mostrato una crescita dell'1,0%; un incremento moderato ma comunque superiore alla media nazionale ed allineato a quello delle regioni benchmark.

L'IRES Piemonte, in apertura alla relazione scrive: In un quadro internazionale a dir poco incerto e rischioso, l'andamento del Piemonte nel 2023 dal punto di vista economico e occupazionale si può giudicare positivamente. Le previsioni per i prossimi anni sono relativamente buone, anche se le regioni comparabili mostrano tendenze un po' migliori. Inoltre, il posizionamento della nostra regione in termini di sviluppo sostenibile, sulla base delle analisi effettuate dall'Istituto, vede il Piemonte al quinto posto tra le regioni italiane, prima tra le grandi del Centro-Nord.

Positivo il contributo delle esportazioni (+ 7,1% a prezzi costanti) Molto brillante l'andamento del turismo nel 2023, migliorando sensibilmente rispetto al già positivo 2022 e, soprattutto, superando largamente il livello del 2019. Gli investimenti fissi lordi si sono ancora distinti per un'apprezzabile crescita (+4,6%), confermando la tendenza all'espansione emersa nell'anno appena trascorso.

Nel 2023 la crescita totale delle unità di lavoro è stata dell'1,6%, dopo che queste erano aumentate nel 2022 del 2,9%. Il tasso di disoccupazione si è ridotto al 6,1% accompagnato da un incremento dei contratti a tempo indeterminato, anche per i giovani, e delle assunzioni di laureati.

Puntando lo sguardo agli anni seguenti, in Piemonte il prodotto è previsto ancora in crescita dello 0,7% nel 2024, in linea con il dato nazionale ma lievemente inferiore a quello delle altre regioni del Nord comparabili. Gli investimenti fissi lordi subirebbero un calo pari all'1,7%,

salvo una spinta superiore al previsto del PNRR, mentre i consumi delle famiglie nel 2024 crescerebbero leggermente grazie al recupero di reddito disponibile a valori reali.

Il 2023 ha segnato in Piemonte l'avvio di un significativo ridimensionamento dei tassi di crescita nelle costruzioni, Nonostante ciò, le unità di lavoro totali, nel 2024, beneficerebbero ancora di un incremento positivo (+0,7%) in linea con il dato nazionale e con una dinamica uguale a quella del prodotto. Nel biennio successivo la crescita sarà più debole (+0,3%) e un po' minore delle regioni comparabili. Le previsioni si mantengono moderatamente positive anche per il 2023 appena concluso e gli anni seguenti:

Secondo la classifica per la qualità della vita 2023 stilata dal Sole 24 Ore a livello di capoluoghi di provincia, basata su sei macro-indicatori (ricchezza e consumi, affari e lavoro, giustizia e sicurezza, demografia e società, ambiente e servizi, cultura e tempo libero), la provincia di Torino si attesta al 36° posto, guadagnando 4 posizioni rispetto al 2022, quando ne aveva perse però ben nove rispetto all'anno precedente. Destano una certa preoccupazione, per i fini qui d'interesse, il 96° posto della voce "Giustizia e sicurezza" ed alcuni sotto indicatori della voce "Ambiente e servizi", quali "Qualità della vita degli anziani" (69° posto), "Qualità della vita dei giovani" (83° posto), "Progetti PNRR" (69° posto), "Ecosistema urbano" (83° posto).

(cfr. <https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/torino>)

L'ASL Città di Torino esercita la propria competenza su una popolazione di circa **852.877 abitanti**.

Prosegue, anche se in misura minore rispetto agli anni precedenti, il calo del numero di abitanti, con una popolazione anziana che si attesta intorno al 26% dell'intera popolazione residente; gli stranieri sono circa 134.000.

Le condizioni socio-economiche inoltre, sono considerate tra i più potenti determinanti di salute di una popolazione: l'evidenza scientifica prodotta negli ultimi decenni in diversi paesi ha concordemente dimostrato come la scarsa istruzione, la disoccupazione e le conseguenti modeste risorse economiche delle famiglie siano associate a stili di vita scadenti, i quali, a loro volta, aumentano il rischio di raggiungere livelli di salute insoddisfacenti.

Alla luce di queste premesse, purtroppo, è "fisiologico" attendersi in città una popolazione che, anche prescindendo dagli effetti della pandemia, manifesterà condizioni di salute sensibilmente peggiori, determinate da un profilo anagrafico e/o socio-economico più sfavorevole.

L'indice della criminalità 2024"

È un report del quotidiano economico "Il Sole 24 Ore" (<https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/>), [che fotografa le denunce registrate relative al totale dei delitti commessi nel 2023 suddivisi per provincia.](https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/)

Nella classifica generale la **provincia di Torino** passa, rispetto all'anno precedente, dal **3° al 5° posto**, con 125.263 denunce (La Città di Torino primeggia per i reati di strada e si trova al primo posto per i reati di danneggiamento (1217 denunce/100.000 abitanti) aggiudicandosi, sempre per "Il Sole 24 Ore", la "medaglia d'oro" in quanto prima d'Italia. I reati denunciati più vicini all'ambito corruttivo restano sostanzialmente invariati quelli citati nel precedente PIAO 2024-2026: "Riciclaggio e impiego di denaro"- dove scende al 40° posto (24° nel 2021), con 45 casi denunciati (59 nel 2022), e "Truffe e frodi informatiche" con il balzo al primo posto (2° posto nel 2022) ed un numero di denunce di 14.949 inferiore all'anno precedente (16412 nel

2022); irrisori i dati relativi a denunce di usura (9) e per associazione di tipo mafioso (3), sia pur in crescita rispetto all'anno precedente (2), o associazione a delinquere (8).

È evidente come statistiche basate su denunce, o frutto di sondaggi sulla percezione dei fenomeni, non possano che restituire un quadro distante dalla realtà, per difetto in un caso e per eccesso nell'altro. La realtà potrebbe presentare numeri e fenomeni ben diversi se, solo si combinano le conclusioni del rapporto ANAC già sopra citato, che parla di "corruzione pulviscolare" e con contropartite di modesto valore come fenomeno degli ultimi anni e il *mix* di numerosità delle prestazioni erogate dall'ASL cittadina, numero di soggetti e di relazioni implicate, condizioni socio-economiche dei fruitori delle prestazioni, asimmetrie informative fra attori in campo, precaria cultura dell'integrità che facilita il cosiddetto "azzardo morale", insufficienti meccanismi di controllo a più livelli.

Per l'analisi del **contesto economico-sociale** e imprenditoriale, si conferma la validità attuale dei dati statistico-economici contenuti nel Documento Unico di Programmazione 2022-24 della Città di Torino<sup>2</sup> ed al "Rapporto Giorgio Rota"<sup>3</sup>, cui si rimanda per il dettaglio statistico.

Nel Rapporto Giorgio Rota si legge che, nell'area torinese, sia per gli uomini sia per le donne, dopo il biennio pandemico 2020-21, la speranza di vita è in ripresa, senza tuttavia raggiungere i livelli del 2019, quando si erano registrati i livelli più elevati di sempre. Nella città metropolitana torinese si registra un livello intermedio (tra il resto del Centro-nord e il Sud), con il settimo posto tra 15 città metropolitane nel caso della di speranza di vita maschile, ottavo posto nel caso di quella femminile.

Le cause di morte largamente prevalenti – sia nell'area torinese sia nelle altre metropoli – rimangono le patologie cardiovascolari (responsabili a Torino del 29% di tutti i decessi) e quelle tumorali (25%).

I dati sul sistema sanitario (fermi, tuttavia, al 2021) evidenziano per la città metropolitana torinese livelli differenziati di offerta – considerando sia quella pubblica sia quella privata –, con il dodicesimo posto (tra 15 città metropolitane) per numero di medici in rapporto agli abitanti, il nono nel caso degli infermieri, il settimo per posti letto pro capite, il sesto per i tecnici sanitari, il terzo per numero di operatori riabilitativi. Nella città metropolitana torinese, negli ultimi vent'anni, si è fortemente ridotto il numero di letti ospedalieri pro capite, mentre è rimasto sostanzialmente costante quello dei diversi tipi di operatori sanitari.

La produzione industriale, dopo la forte contrazione nel 2020 per lo scoppio della pandemia e il rimbalzo positivo del 2021, ha continuato a crescere nell'area torinese nel 2022 e poi nel 2023, in cui ha registrato un incremento medio pari a +3%. Su una prospettiva decennale, il settore che al 2023 ha registrato la maggior crescita media dal 2013 è quello dei mezzi di trasporto (+5,6%), seguito dai prodotti elettrici ed elettronici (+3,1%), l'alimentare (2,6%), la chimica, gomma e plastica (+2,2%), i prodotti in metallo (+1,3%) e la meccanica (+0,5%).

Un ruolo di traino per il settore manifatturiero è stato svolto dall'export, che nel 2022 ha per la prima volta superato i 25 miliardi di euro e nel 2023 ha quasi raggiunto i 30 miliardi. Quasi tutti i settori industriali hanno registrato nel 2023 il valore più alto di esportazioni dell'ultimo

<sup>2</sup> Cfr. "Città di Torino- allegato 1 al Documento Unico di Programmazione 2022-24, approvato con delibera 192/2022", pag. 5 e sgg.

<sup>3</sup> Luca Davico, Viviana Gullino, Luca Staricco ( a cura di ), *Torino (e le metropoli italiane) ai tempi del Covid*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino 15 dicembre 2022

Sul sito del Rapporto Giorgio Rota ([www.rapporto-rota.it](http://www.rapporto-rota.it)) è presente una banca dati comprendente anche il sistema sanitario torinese con dati aggiornati al biennio 2020-2021

decennio. I mezzi di trasporto rappresentano il 44% dell'export totale; i macchinari ed apparecchi pesano per il 19%, quelli elettrici ed elettronici l'8%, altrettanto i prodotti in metallo. In termini geografici, la Francia è tornata nel 2023 il primo paese di destinazione delle merci torinesi (pesando per il 15,4%), superando la Germania (15,3%).

Sul fronte del lavoro nell'area torinese si registra nell'ultimo anno un lieve incremento del tasso di occupazione sia maschile (72%) sia femminile (59,5%). In netto miglioramento, nell'ultimo quinquennio, il tasso di disoccupazione giovanile, sceso nel 2023 al 21,5%.

Tra i **fatti di corruzione** emersi per la prima volta nel corso del 2023 nell'area torinese, o che hanno avuto sviluppi giudiziari rispetto all'anno precedente, e riportati dagli organi di stampa si segnalano in particolare:

In occasione della cerimonia per il 250° anniversario della fondazione della Guardia di Finanza (ANSA 26 giugno 2024), il Comandante Regionale del Piemonte, Generale Lipari, ha dichiarato che la guardia di finanza è proiettata sempre più al futuro, grazie anche all'intelligenza artificiale. *"Non facciamo controlli massivi, facciamo controlli chirurgici"* - ha spiegato Lipari -. *Dalla nostra abbiamo l'informatica e adesso abbiamo anche l'intelligenza artificiale. Quindi la nostra è una guardia di finanza che guarda avanti e che cerca di intervenire prima che la fenomenologia evasiva venga attuata"*.

Lipari ha spiegato che *"se c'è qualche passaggio di soldi non chiaro, riusciamo a intervenire per tempo, anche con fenomenologie anche di antiriciclaggio e perché abbiamo anche la possibilità di avere anche una banca dati dovuta alle segnalazioni e alle azioni sospette"*. *"Sul PNRR abbiamo fatto una serie di protocolli di intesa innanzitutto con gli enti territoriali perché riusciamo a fare anche un controllo preventivo di come vengono investiti questi soldi e soprattutto chi sono i soggetti che utilizzano questi soldi"* ha concluso Lipari. (ANSA).

#### Valutazione di impatto

Il contesto esterno come sopra riportato e analizzato può impattare in termini di esposizione al rischio corruttivo da parte dell'ASL:

- Nell'ambito degli *stakeholders* fornitori di beni, servizi e lavori (input), a causa del riemergere di una fase negativa di crescita economica, con una maggiore spregiudicatezza nei rapporti con l'ASL al fine di aggiudicarsi gli appalti evitando la concorrenza;
- In parte degli *stakeholders* fruitori dei servizi dell'Azienda Sanitaria (output), stante la conferma del carattere prevalentemente "pulviscolare" dei fatti corruttivi emersi dalle cronache, la presenza di un "terreno di coltura", come si diceva più sopra, formato da comportamenti diffusi di scarsa integrità morale ancorché non ancora oltre il limite della legalità.

Dalla valutazione d'impatto emerge l'esigenza di adottare misure di prevenzione della corruzione più specifiche, sia di trasparenza che di controllo, nell'ambito dei contratti di appalto e misure di formazione sui temi dell'etica che portino a contrastare la possibilità del manifestarsi dell'azzardo morale prodromico al fatto corruttivo.

#### 2.3.1.c) Il contesto interno

L'ASL città di Torino è una grande Azienda sanitaria, con circa **seimila dipendenti**, così suddivisi:

(dati al 31/12/2023)

Dirigenti Medici	1079
Dirigenti Sanitari	98
Dirigenti Amm.vi, Professionali e Tecnici	31

Dipendenti del Comparto di Area Sanitaria

3188 (di cui 631 OSS)

Dipendenti del Comparto di Area Tecnica e amministrativi 1123 (di cui 271 area tecnica, 851 area amministrativa).

La struttura organizzativa dell'ASL Città di Torino è composta da **Presidi Ospedalieri e Distretti**, a loro volta suddivisi sia trasversalmente sia verticalmente, dal punto di vista organizzativo, in **Dipartimenti e Strutture**, sulla base delle responsabilità attribuite dalla Direzione Strategica.

Attualmente sono presenti n. 11 Dipartimenti, tutti di Area Sanitaria.

La **Dirigenza Gestionale** è composta da n. Strutture Complesse di cui 93 a direzione medica/sanitaria e 13 a direzione Professionale/tecnica/amministrativa, e circa 157 Strutture Semplici a direzione prevalentemente medica/sanitaria (le strutture semplici tecnico-amministrative sono 11).

A questo numero sono da aggiungere i Medici Specialisti ambulatoriali convenzionati (circa 314 unità), i Medici di Medicina Generale (circa 572 unità), i Medici di Continuità Assistenziale (134, di cui 27 sostituti) e i Pediatri di libera scelta (circa 60 unità)

A livello di **ruoli intermedi**, sia per le professioni sanitarie che per quelle tecnico-amministrative, vi sono 338 incarichi che comportano il coordinamento di risorse umane e/o strumentali, così suddivisi e graduati:

- 120 incarichi di funzione, di cui 50 sanitari/socio-sanitari e 70 tecnico-amministrativi;
- 126 incarichi di coordinamento, tutti sanitari;
- 92 incarichi professionali, di cui 31 sanitario e 461 tecnico-amministrativi.

Nel corso dell'anno 2024 gli Uffici per i **Procedimenti Disciplinari** (U.P.D.) hanno trattato e concluso n. 45 casi di rilievo disciplinare, suddivisi come segue:

<b>U.P.D. Personale del Comparto</b>	competenza Responsabile di Struttura	4	29
	competenza UPD	25	
<b>U.P.D. Personale Dirigente</b>	competenza UPD	13	13
<b>U.P.D. Personale Convenzionato (Specialistica Ambulatoriale)</b>	competenza Referente della AFT	0	0
	competenza UPD	0	
<b>U.P.D. Personale Convenzionato (MMG)</b>	competenza Responsabile Distretto	0	3
	competenza UPD	3	
<b>U.P.D. Personale Convenzionato (PLS)</b>	competenza Responsabile Distretto	0	0
	competenza UPD	0	
	<b>TOTALE</b>	<b>45</b>	

Ad oggi risultano avviati, ma non ancora conclusi, n. 8 casi nei confronti di personale del Comparto. Inoltre, è stato riaperto, ma non è ancora concluso n. 1 caso del personale del Comparto avviato e sospeso nel 2015 per connessione con il procedimento penale. Si segnala altresì che sono pervenuti agli U.P.D. competenti n. 3 casi, di cui n. 2 casi nei confronti del personale del Comparto e n. 1 caso nei confronti di personale Convenzionato SAI, ritenuti privi di rilevanza disciplinare. In tali casi la Commissione, dopo aver esaminato la documentazione pervenuta, ha provveduto ad informare tramite verbale il Segnalante della non valenza disciplinare della condotta tenuta dal dipendente/convenzionato. Sia i casi

ancora in corso, sia i casi privi di rilevanza disciplinare, non sono stati inseriti nella tabella sopra riportata.

Violazione del codice di Comportamento:

Nella maggior parte dei casi segnalati nel 2024 sono state individuate e/o contestate violazioni del Codice di Comportamento, sia generale (D.P.R. n. 62/2013) che Aziendale, come di seguito precisato:

<b>Personale del Comparto</b>	13 casi scaturiti in sanzione	31
	7 casi archiviati	
	1 caso estinto per dimissioni della dipendente	
	8 casi in corso di accertamento	
	2 casi non procedibili	
<b>Personale Dirigente</b>	5 casi scaturiti in sanzione	6
	1 caso archiviato	
<b>Personale Convenzionato</b>	1 caso archiviato	2
	1 caso non procedibile	
<b>TOTALE CASI</b>		<b>39</b>

Procedimenti disciplinari connessi a procedimenti penali:

Nel corso dell'anno 2024 è inoltre pervenuta **n. 1 segnalazione** riguardante il personale del Comparto in ordine a fatti per i quali è in corso un procedimento penale innanzi all'autorità giudiziaria. Il procedimento è tutt'ora pendente, ma l'U.P.D. competente non ha disposto la sospensione del procedimento disciplinare fino all'esito del giudizio penale, ritenendo di avere elementi sufficienti ad irrogare e motivare un'eventuale sanzione disciplinare.

Si evidenzia altresì che nel corso dell'anno 2024 sono state effettuate **n. 2 segnalazioni**, ai sensi dell'art. 331 c.p.p., indirizzate alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Torino, avendo l'UPD competente ravvisato nei fatti segnalati e accertati comportamenti di possibili valenza penale.

Si precisa infine che nel corso dell'anno 2024 non sono pervenute segnalazioni legate ad eventi corruttivi.

**Descrizione dell'ambito territoriale dell'ASL Città di Torino**

Il territorio dell'ASL è suddiviso come segue:



L'articolazione è stata oggetto di definizione con l'Atto Aziendale approvato con deliberazione n. 984/10/17 del 30.06.2017, poi modificato a seguito di prescrizioni regionali con deliberazione n. 1225/1A/2017 del 15.09.2017 e, successivamente, con le deliberazioni n. 470/01.00/2019 del 24 aprile 2019, n. 100/01.00/2022 del 24/01/2022 e n.326/01.00/2023 del 09/03/2023.

A seguito della pandemia da COVID-19 e alla conseguente emergenza sanitaria, con la istituzione, da parte della Regione Piemonte del Dipartimento funzionale a valenza regionale denominato "Malattie ed emergenze infettive" (D.I.R.M.E.I.), incardinato nell'ASL Città di Torino, con deliberazione n. 470/01.00/2020 del 19.06.2020, integrata dalla deliberazione n. 471/01.00/2020 del 22.06.2020, sono state approvate le conseguenti modifiche dell'Atto Aziendale.

Afferiscono all'Azienda i seguenti **Presidi**:

**Ospedali a gestione diretta:** S. Giovanni Bosco, Maria Vittoria, Amedeo di Savoia, Martini e Oftalmico;

**3 Case di Cura convenzionate accreditate:** Maria Pia Hospital, Koelliker, Casa di cura Cellini;

**5 presidi ex art 41,42,43 l.833/78:** Ausiliatrice, Cottolengo, Gradenigo, Major e San Camillo.

L'elenco completo degli accordi contrattuali in essere al 31/12/2023 con le strutture sanitarie private accreditate è disponibile sulla Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Azienda al seguente indirizzo:

<https://trasparenza.ascittaditorino.it/TOAmministrazioneTrasparente/SeriesItem.aspx?IdSerieItem=41846>

### **Valutazione di impatto**

Per valutare come le caratteristiche organizzative possono influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione è necessario premettere che, l'elevato numero di dipendenti, l'elevata specializzazione professionale di gran parte degli stessi (due terzi dei dipendenti sono Medici/Infermieri), l'alta concentrazione di essi nei presidi ospedalieri, l'ampiezza del territorio di riferimento, la numerosità delle sedi territoriali, le molteplici tipologie di attività esercitate, rendono l'organizzazione dell'Azienda estremamente complessa.

Un aspetto critico rilevato è la scarsa consapevolezza di parte degli operatori sanitari, prima di tutto dirigenti, della importanza dell'apporto di tutte le professionalità alla costruzione di un efficace sistema di prevenzione della corruzione. Ne costituisce una spia indicativa il fatto che nella implementazione della rete di referenti anticorruzione, la scelta di tali figure, specialmente in ambito ospedaliero, ma anche territoriale, ricada sul personale amministrativo, che non esercita attività "core", ma svolge ruoli di supporto;

Ad incrementare la complessità della struttura organizzativa e del sistema di relazioni vi è anche da considerare l'elevato numero di operatori non dipendenti dell'ASL che, quotidianamente, presta la propria opera per l'Azienda a favore dell'Azienda stessa o direttamente dei cittadini/utenti: si tratta di personale operante per i servizi "esternalizzati", quali pulizie, ristorazione, lavanderia, attività di magazzino e di movimentazione beni, di trasporto, di assistenza informatica, nonché personale di supporto all'assistenza sanitaria, Medici specializzandi, tirocinanti, borsisti, frequentatori volontari, ecc.

Questa "commistione" di profili giuridici del Personale operante a vario titolo in Azienda, potrebbe progressivamente far affievolire il "senso di appartenenza", con potenziali ripercussioni sui valori etici di fondo che devono animare il comportamento del dipendente pubblico.

### **2.3.2 Mappatura dei processi**

Con il PNA 2019 ANAC, pur in continuità con i precedenti Piani Nazionali Anticorruzione, ha aggiornato le indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo i cui capisaldi sono l'analisi del contesto, la mappatura dei processi, la valutazione del rischio, le misure di prevenzione, a cui seguono, nella fase di gestione del Piano triennale, il monitoraggio sull'attuazione delle misure e sulla loro idoneità dello stesso Piano, ed il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio", in un'ottica di ciclicità del processo di gestione del rischio come si è già accennato all'inizio del capitolo.

In applicazione delle indicazioni metodologiche del PNA 2019 ed in ordine alle risultanze delle procedure di analisi dei contesti interno ed esterno, le **aree di rischio generali** e quelle **specifiche** sono così individuate:

<b>AREE DI RISCHIO GENERALI</b>
- Acquisizione e gestione del personale
- Incarichi e nomine
- Contratti pubblici
- Prowedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <b>privi</b> di effetto economico diretto ed immediato per i destinatari
- Prowedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari <b>con</b> effetto economico diretto ed immediato per i destinatari

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Affari legali e contenzioso
<b>AREE DI RISCHIO SPECIFICHE</b>
- Attività libero professionale
- Liste di attesa
- Rapporti contrattuali con privati accreditati
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

Sono state altresì mantenute in quanto peculiari per le Aziende del Servizio Sanitario ulteriori aree di rischio:

- Relazioni con il pubblico
- Gestione patrimoniale dei pazienti sottoposti a misure di protezione (tutela/curatela/amministrazione di sostegno).

La **mappatura dei processi** ha la funzione di identificare le aree di attività potenzialmente esposte ai rischi corruttivi; essa è un modo efficace di rappresentare le attività e consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

La costituzione dell'ASL Città di Torino, derivante dalla fusione di due ex AASSLL con sistemi organizzativi diversi, ha reso più semplice l'analisi del contesto organizzativo interno, in quanto i processi corrispondono sostanzialmente alla *job description* contenuta nell'Atto aziendale e sue modifiche e non hanno ancora avuto modo di cristallizzarsi e duplicarsi perdendosi nelle pieghe dell'Amministrazione; questo naturalmente non evita che taluni di essi possano produrre ridondanza e/o inefficienza; è probabile che questo potrà essere verificato allorquando sarà a regime la descrizione analitica degli stessi.

Inoltre, in aderenza alle linee-guida di ANAC "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", nel presente aggiornamento della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO si è proceduto ad una revisione della mappatura e della descrizione analitica di alcuni processi, specie quelli legati all'attuazione degli interventi relativi al **PNRR. (allegato 1 Mappatura dei processi)**.

Da notare l'aggiornamento dei processi dell'area "Contratti pubblici" in applicazione del nuovo codice dei contratti pubblici (D.Lgs. 31 marzo 2023, n.36) e secondo le direttive di ANAC contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione- Aggiornamento 2023, approvato con delibera n.605 del 19 dicembre 2023, con una particolare attenzione alle procedure di affidamento diretto ora consentite ordinariamente per affidamenti di lavori, di forniture di beni e di servizi di importo particolarmente elevato (art.50, c.1, D. Lgs.36/2023), alla disciplina del subappalto (art.119 D.Lgs. 36/2023), a quella delle modifiche in corso di esecuzione del contratto (art.120 D.Lgs. 36/2023).

### **2.3.3 Identificazione e Valutazione dei rischi corruttivi**

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

l'identificazione, l'analisi, la ponderazione.

L'*identificazione* del rischio permette di individuare comportamenti o fatti riferiti ai processi mappati, attraverso i quali si concretizza il fenomeno corruttivo.

L'oggetto di analisi per l'identificazione dei rischi è stato individuato nel processo, come mappato nell'allegato 1; i rischi sono stati identificati anche in relazioni a fasi o attività, ove rilevanti e identificate.

Il processo di identificazione dei rischi si è concretizzato nella tabella "Identificazione e Valutazione dei Rischi Corruttivi" (allegato 2 alla presente Sottosezione), elaborato sulla base delle risultanze dell'analisi dei contesti esterno ed interno, ed alla mappatura dei processi, specie per i rischi associati a processi di nuova definizione (v. sopra, par. 2.2), delle interlocuzioni con i responsabili degli uffici che trattano direttamente alcuni processi particolarmente critici, delle risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT, delle esemplificazioni elaborate da ANAC per il comparto di riferimento.

L'*analisi del rischio* per la quale il PNA 2019 dichiara superato il metodo quantitativo prefigurato dall'allegato 5 al PNA 2013 ed adottato da questa Amministrazione fino al PTPCT 2019-21, suggerendo di adottare un approccio di tipo qualitativo con ampio spazio per la motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza, inizia con l'analisi dei "fattori abilitanti", ovvero i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione consiste nella valutazione delle probabilità che l'evento si realizzi e del suo eventuale impatto, per giungere alla determinazione del livello di rischio. I fattori abilitanti principali specificamente presi a riferimento per l'analisi del rischio condotta con il presente Piano, derivanti dai fattori di contesto specifici dell'organizzazione dell'ASL Città di Torino, sono stati individuati nella eccessiva regolamentazione, o complessità, o scarsa chiarezza della normativa di riferimento di alcuni processi; altro fattore abilitante a corollario del precedente e da esso derivabile è il formarsi di asimmetrie informative fra i diversi attori in campo nella gestione di un processo/attività.

È emersa inoltre dalle attività di monitoraggio delle misure del Piano anticorruzione una non sempre puntuale attività di controllo a vari livelli; tale criticità può acquisire un certo rilievo come fattore abilitante qualora riveli, specie nei ruoli apicali, al di là delle addotte giustificazioni relative a carichi di lavoro assorbenti che non permettono un puntuale assolvimento di tale incombenza, una concezione delle azioni di contrasto alla corruzione come mero adempimento.

Infine, l'insieme dei comportamenti negligenti od elusivi, connotabili come "*maladministration*", che nell'immediato causano una perdita di efficienza del sistema, ma al contempo possono costituire "terreno fertile" per l'insorgere di fenomeni corruttivi.

La *stima del livello di esposizione al rischio*, sempre privilegiando l'approccio qualitativo, si compone delle sottofasi dell'individuazione dei criteri di valutazione (indicatori), della rilevazione dei dati e delle informazioni, e della formulazione di un giudizio sintetico motivato.

La elaborazione degli indicatori del livello di esposizione dei processi/fasi/attività al rischio di corruzione e la rilevazione dei dati e delle informazioni, è un'attività coordinata dal RPCT; i soggetti abilitati ad effettuare la stima o il coordinamento della stima dei rischi relativamente ai processi mappati sono quelli di cui all'allegato 1 al presente Piano; in ogni caso per la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, effettuata applicando una scala ordinale (rischio basso, medio, alto), gli indicatori di tipo oggettivo sono stati considerati prevalenti qualora vadano ad "aggravare" il livello di rischio rispetto agli indicatori di tipo soggettivo.

Gli indicatori di stima del livello di rischio prescelti sono i seguenti:

- LIVELLO DI RISCHIO CONNESSO AL GRADO DI DISCREZIONALITÀ DEL DECISORE INTERNO ALL'AZIENDA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- LIVELLO DI INTERESSE ESTERNO: la presenza di interessi, anche economici rilevanti e di benefici per i destinatari del processo genera un incremento del rischio;
- COMPLESSITÀ DEL PROCESSO: più è complesso il processo espletato e/o coinvolge altre amministrazioni, maggiore è il rischio;
- VALORE ECONOMICO DELL'ESITO DEL PROCESSO: maggiore è il valore economico più elevato è il rischio corruttivo;
- 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;
- PRESENZA DI CONTROLLI: l'espletamento di controlli sul processo determina una riduzione del rischio;
- LIVELLO DI COLLABORAZIONE DEL RESPONSABILE DEL PROCESSO O DELL'ATTIVITÀ NELLA COSTRUZIONE, AGGIORNAMENTO E MONITORAGGIO DEL PIANO: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- GRADO DI ATTUAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi;
- PRESENZA DI PRECEDENTI GIUDIZIARI E/O DISCIPLINARI A CARICO DI DIPENDENTI DELL'AZIENDA;
- SEGNALAZIONI: segnalazioni in ambito di procedure di whistleblowing od effettuate e pervenute con altre modalità segnalanti fenomeni di *maladministration*;
- PRESENZA DI ARTICOLI SULLA STAMPA LOCALE O NAZIONALE: la presenza di articoli di stampa su fenomeni corruttivi verificatisi per processi analoghi, comporta l'aggravamento del rischio.

La scala di valori risultante espressa anch'essa secondo la scala di misurazione ordinale è la seguente:

B Basso rischio M Medio rischio A Alto rischio

Gli esiti del processo di valutazione del rischio sono riportati **nell'allegato 2 – Identificazione e Valutazione dei Rischi Corruttivi** La valutazione viene approfondita

annualmente con gli attori dei singoli processi, il contributo dei portatori di interessi e attraverso il confronto con altre aziende sanitarie.

#### **2.3.4 Misure organizzative per il trattamento del rischio**

Questa fase è finalizzata alla individuazione dei correttivi e delle modalità più idonee per prevenire i rischi corruttivi.

La prevenzione consiste nell'implementazione delle misure già esistenti e/o nell'individuazione delle misure ulteriori con la finalità di neutralizzare o attenuare i rischi individuati.

Il principio per decidere la nuova applicazione o il mantenimento delle misure di prevenzione si basa sul grado di efficacia delle misure già attuate e sulla possibilità di un loro miglioramento, con una scala di priorità che tenga conto della "sostenibilità" delle misure nella fase di controllo e monitoraggio, ed in questo senso dando priorità all'individuazione delle misure con il miglior rapporto costo/efficacia.

Premesso che l'individuazione e la programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresenta una parte fondamentale del PTPCT, in relazione alla loro le misure si dividono in generali, quando incidono trasversalmente sull'intera organizzazione, o specifiche, quando incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio; a loro volta misure generali possono anche essere specifiche singoli settori dell'organizzazione (ad esempio la trasparenza o la rotazione del personale).

##### **2.3.4.a) Misure generali di prevenzione della corruzione e relativa programmazione**

Nell'ASL Città di Torino costituiscono misure generali per la riduzione dei rischi corruttivi:

- Codice di comportamento aziendale
- Formazione
- Rotazione del personale
- Trasparenza
- Astensione in caso di conflitto di interesse
- Verifica delle situazioni di inconferibilità e incompatibilità nel conferimento di incarichi
- Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
- Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito
- Patti di integrità negli affidamenti
- Diritto di accesso agli atti, diritto di accesso civico e diritto di accesso civico generalizzato

##### **Codice di comportamento aziendale**

Il Codice di comportamento aziendale, allegato al PTPCT 2025-2027 adottato con deliberazione n. 7/02.01/2025 del 9/1/2025 (<https://trasparenza.aslcittaditorino.it/TOAmministrazioneTrasparente/SeriesItem.aspx?IdSeriesItem=42389>) integra e specifica il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013 n. 62, ed è stato aggiornato alle raccomandazioni espresse nella Deliberazione ANAC n. 358/2017 del 29.03.2017 - "Linee guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale".

In particolare, è stato stabilito il raccordo delle violazioni al sistema sanzionatorio previsto nei Codici disciplinari del personale del SSN.

Il Codice contiene la previsione di principi etici che devono ispirare e qualificare l'attività di tutti coloro che operano all'interno dell'Azienda, in relazione al loro specifico ruolo, nonché di norme comportamentali che specificano tali principi etici, secondo canoni rispondenti ai principi di imparzialità e buon andamento, di integrità ed esclusività, sanciti dagli artt. 97 e 98 della Carta costituzionale e ai principi posti a fondamento della *mission* aziendale, quali:

- a) la centralità e priorità dei bisogni del cittadino e del paziente;
- b) l'equità delle condizioni di accesso;
- c) l'orientamento all'innovazione;
- d) efficienza, efficacia e qualità delle prestazioni sanitarie erogate,
- e) la tutela e valorizzazione dei contenuti tecnico-professionali degli operatori;
- f) il coinvolgimento di tutti i livelli organizzativi nella realizzazione della *mission* attraverso la condivisione delle responsabilità.

Nelle finalità generali della Legge viene posta particolare attenzione allo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione nell'individuare strategie di lotta alla corruzione, attraverso il coinvolgimento diretto del personale dell'amministrazione.

Il Codice di Comportamento viene consegnato ad ogni dipendente o collaboratore a qualsiasi titolo al momento dell'assunzione in servizio, e al Dirigente all'atto dell'accettazione dell'incarico.

Il Codice di Comportamento è attualmente in corso di revisione per adeguarlo agli ultimi interventi legislativi in materia ed alle recenti linee-guida della Regione Piemonte.

### **Formazione**

La formazione rappresenta, alla luce degli obiettivi generali del presente Piao, lo strumento principe per "*creare un contesto sfavorevole alla corruzione*" e su cui l'ASL Città di Torino intende investire risorse e professionalità. Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diventa sistemica, sia oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che, se radicata, mette in pericolo la vita stessa dell'organizzazione, occorre investire in percorsi educativi-formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo.

I dipendenti saranno coinvolti in questo percorso, consapevoli che non si tratta di un adeguamento passivo dei singoli ad una norma, ma di costruire le condizioni affinché avvenga un reale cambiamento organizzativo, a cui tutti possano partecipare attivamente.

Con deliberazione n. 718/A02/2018 del 9 aprile 2018, è stato approvato il Regolamento aziendale per l'aggiornamento e la formazione del personale dell'ASL Città di Torino.

Considerato che la formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti al fine della realizzazione degli obiettivi programmati e per offrire ai cittadini servizi sempre più qualificati, il suddetto regolamento ha previsto, fra le forme di investimento per la formazione, anche il finanziamento da parte di soggetti privati (sponsor). Le iniziative formative organizzate dall'Azienda con finanziamenti da parte di soggetti privati dovranno essere formalizzate da apposito contratto.

Per la partecipazione ad eventi formativi mediante sponsorizzazioni individuali, si osservano le disposizioni della Direttiva della Regione Piemonte n. 6029/DB2009 del 18/02/2010.

Per l'anno 2025 è previsto un corso specifico rivolto alla generalità del personale, specie quello di nuova assunzione, che abbia come caratteristica principale la diffusione dei principi normativi, e la sensibilizzazione del personale in materia di anticorruzione, e la contestualizzazione dei profili di rischio legati alle attività svolte in Azienda.

### **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, così come più volte ribadito dall'ANAC.

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

Anche per il 2024 la misura della rotazione ordinaria è stata puntualmente applicata, ove l'adeguatezza della dotazione organica in termini di risorse disponibili lo abbia consentito, per le attività di tipo ispettivo, certificativo e sanzionatorio, in altri casi la concreta situazione dell'organizzazione degli uffici, per assenza di turn over del personale, o per professionalità con elevato contenuto tecnico, non hanno reso possibile l'applicazione della misura; per tali attività pertanto, a titolo di misura anticorruzione, pur ribadendo la rotazione ordinaria quale misura generale, sono state operate scelte organizzative basate sulla separazione delle competenze (cd. "segregazione delle funzioni") o adottate misure di natura preventiva con effetti analoghi (come previsto in PNA 2016 § 7.2.2. e aggiornamento 2018 al PNA 2016, par.10).

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

- 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. I 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. I quater D. Lgs. 165/2001).

Rientra nelle competenze del Responsabile della struttura, cui afferisce il dipendente sottoposto a giudizio penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, adottare o proporre alla Direzione Generale, ove non competente, i suddetti provvedimenti, dandone tempestiva comunicazione al RPCT.

### **Astensione in caso di conflitto di interesse**

L'obbligo di evitare ogni possibile situazione di conflitto di interesse, anche solo potenziale, è un'importante misura preventiva che si realizza principalmente mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione, anche solo a livello istruttorio rispetto alla decisione finale, del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito. Tale obbligo trova fondamento normativo nella formulazione dell'art. 6-bis della Legge 7 agosto 1990, n.

241, come novellato dall'art. 1, comma 41, della Legge 6 novembre 2012, n. 190, che testualmente recita:

(Conflitto di interessi).

In forza della norma vigente, l'eventuale adozione di provvedimenti, che prevedano la partecipazione, in una o in più fasi del procedimento amministrativo preordinato alla sua adozione, di soggetti in posizione di conflitto interessi con la materia oggetto del provvedimento, comporta responsabilità amministrativa. L'atto posto in essere è viziato per violazione di legge e pertanto suscettibile di annullamento.

La misura in discorso è anche una misura specifica per alcuni processi: a questo proposito sono state introdotte di misure di rafforzamento dei controlli sui casi di *incompatibilità* e di *pantouflage*, come richiesto da Anac da ultimo nel "Piano Nazionale Anticorruzione 2019" (pag.46 e sgg.); si veda ad esempio l'inserzione di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi in capo ai componenti dei nuclei tecnici coinvolti nella predisposizione degli schemi e degli atti di gara e l'inserzione di dichiarazioni analoghe nei "Patti d'integrità" (**All.3**, Area 03- Contratti Pubblici, Fase Progettazione).

#### **Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali**

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

a) "inconferibilità" la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi dirigenziali previsti nel decreto a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati contro la P.A. previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice penale anche con sentenza non passata in giudicato;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Al fine di verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative, prima di procedere al conferimento dell'incarico, occorre acquisire dall'interessato una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza delle cause di inconferibilità. L'atto di conferimento dell'incarico in violazione del divieto è nullo e pertanto la situazione di inconferibilità non può essere sanata (art. 17 del D. Lgs. 39/2013).

b) "incompatibilità" "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico".

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

#### **Pantouflage - Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

Il pantouflage, che si configura come una fattispecie di "incompatibilità successiva" del dipendente pubblico che passa al settore privato. Tale fattispecie, ancorché fisiologica, tanto

è vero che la norma limita il divieto a tre anni dopo la cessazione, è un comportamento a rischio corruzione in quanto, come rilevato da ANAC, da un lato il dipendente “*potrebbe preconstituirsì situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato*” con cui ha intrattenuto rapporti autoritativi o negoziali in costanza di lavoro pubblico, dall’altro il soggetto privato potrebbe “*esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali*” del dipendente, prospettandogli incarichi più o meno lucrosi una volta cessato il servizio (cfr. ANAC, PNA 2019, Parte III, sez.1.8, e PNA 2022, pag. 64 e segg.), Linee Guida ANAC di cui alla Delibera ANAC n. 493 del 25/9/2024 e Regolamento ANAC del 18/12/2024). Ai fini dell’applicazione dell’art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001, relativo alle misure per evitare conflitti di interesse e fenomeni di corruzione, sono adottate le seguenti misure di prevenzione:

- nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l’apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi o consulenze ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

Tali misure sono specificamente riportate nell’**allegato 3** al presente paragrafo contenente l’elenco delle misure di prevenzione e sono a carico del Dirigente Responsabile del settore di competenza.

- Riguardo ai soggetti partecipanti a bandi di gara o affidatari di appalti per i quali emerga la situazione di cui al punto precedente, gli stessi saranno esclusi dalle procedure di affidamento;
- Riguardo agli ex-dipendenti, si agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti di coloro per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell’art. 53, comma 16 ter, D. Lgs. n.165/2001.

#### **Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (*whistleblower*)**

L’art. 1, comma 51, della legge 6 novembre 2012 n. 190 aveva introdotto – nell’ambito del D. Lgs. 165/2001 – l’art. 54 bis, a tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

La disciplina è stata poi integrata dalla legge 30 novembre 2017, n. 179, recante “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”, ha modificato il suddetto articolo 54-bis del D. Lgs. 165/2001 nonché l’articolo 6 del D. Lgs. 8 giugno 2001, n. 231, prevedendo, per la prima volta nel nostro ordinamento, specifiche misure a tutela del whistleblower nel settore privato, ed ha integrato la normativa in tema di obbligo di segreto d’ufficio, aziendale, professionale, scientifico e industriale.

La nuova formulazione dell’art. 54-bis del D. Lgs. 165/2001, stabilisce al comma 2 che la disciplina sulla tutela degli autori di segnalazioni “*si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore*

dell'amministrazione pubblica"; essa prevede inoltre che, nell'ambito dell'amministrazione di appartenenza, il dipendente segnali possibili illeciti non più al "superiore gerarchico", ma al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ovvero alle Istituzioni ivi indicate.

Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.

Con Delibera n. 469 del 9.6.2021, ANAC ha adottato lo "Schema di Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54 -bis, del D. Lgs. 165/2001 (c.d. Whistleblowing)", con l'obiettivo di fornire alle pubbliche amministrazioni indicazioni sull'applicazione della normativa prevedendo misure di tutela per il dipendente che segnala condotte illecite che attengono all'amministrazione di appartenenza.

Con deliberazione n.1720 del 27 dicembre 2023, l'ASL Città di Torino ha aggiornato la propria procedura di gestione delle segnalazioni di illecito (whistleblowing) adeguandola alle novità introdotte con il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24, che recepisce a sua volta la Direttiva UE n. 1937/2019 – c.d. "Direttiva Whistleblowing" –, il quale, ampliando la casistica degli illeciti e delle violazioni che possono essere oggetto di segnalazioni e le categorie di soggetti legittimati ad effettuarle (i c.d. *whistleblowers*), mira a colpire eventuali condotte illegittime, assicurando il buon andamento dell'ente pubblico o privato. La nuova normativa rafforza inoltre le tutele non solo per la persona segnalante (il *whistleblower*), ma anche della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione, da realizzarsi mediante canali di segnalazione che adottano strumenti di crittografia per garantire tale riservatezza.

L'ASL Città di Torino ha aderito al progetto WhistleblowingIT promosso da Transparency International Italia e Whistleblowing Solutions Impresa Sociale, che mette gratuitamente a disposizione di tutti, dipendenti, collaboratori e fornitori, una piattaforma informatica che permette di inviare segnalazioni di illeciti, di cui si è venuti a conoscenza, in maniera sicura e confidenziale.

Tra i principali vantaggi di questo strumento vi è la possibilità di segnalare in maniera anonima e di dialogare con il ricevente della segnalazione per approfondire ulteriormente la vicenda.

La procedura è stata resa nota ai dipendenti ed ai collaboratori delle imprese fornitrici mediante la pubblicazione sulla intranet aziendale e nella apposita sezione di "Amministrazione Trasparente" del sito web dell'Azienda dedicata alla prevenzione della corruzione.

**Diritto di accesso agli atti (o documentale), diritto di accesso civico e diritto di accesso civico generalizzato**

Con deliberazione n. 1106/A.01/2018 del 18.12.2018, è stato approvato il Regolamento aziendale che disciplina il Diritto di accesso agli atti (o documentale), il diritto di accesso civico e il diritto di accesso civico generalizzato, che disciplina i criteri e le modalità organizzative per l'esercizio dei seguenti diritti:

- a) Diritto di accesso agli atti o documentale: diritto delle persone fisiche o giuridiche, aventi titolo legittimante, a prendere visione e conoscenza, nonché ad ottenere copia degli atti e dei documenti di una Pubblica Amministrazione (artt. 22 e seguenti della legge n. 241/1990 e ss.mm.ii.). Tra i documenti sono compresi quelli di tipo sanitario il cui accesso, per la sua peculiarità, è trattato separatamente, nella Sezione II titolata “*Accesso alla documentazione sanitaria*” (legge n. 24/2017).
- b) Diritto di accesso civico semplice: diritto di chiunque ad accedere a documenti, informazioni o dati per i quali è stato disatteso l’obbligo di pubblicazione (art. 5, comma 1, D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.).
- c) Diritto di accesso generalizzato: diritto di chiunque ad accedere ai dati, informazioni e documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione previsti dal D.lgs. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti (art 5, comma 2 D.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. - cd decreto FOIA).

Presso l’Azienda è istituito il “Registro delle Richieste di Accesso”, come indicato dalle linee guida ANAC, di cui alla deliberazione n. 1309 del 28.12.2016.

Il registro è un documento informatizzato nel quale sono registrate le istanze di accesso pervenute. Le registrazioni danno evidenza della tipologia di accesso. Nel registro sono riportati i seguenti dati e informazioni:

- relativamente all’istanza: data di ricezione, protocollo e oggetto della richiesta;
- relativamente alla valutazione: data risposta, protocollo, esito, motivazione eventuale diniego o differimento;
- relativamente all’eventuale richiesta di riesame (nei casi previsti): data ricezione data e protocollo richiesta riesame, esito del riesame, data e protocollo risposta, sintesi della motivazione;
- relativamente all’eventuale richiesta di intervento del potere sostitutivo: data ricezione data e protocollo richiesta riesame, esito del riesame, data e protocollo risposta, sintesi della motivazione
- relativamente all’eventuale ricorso al TAR o al Difensore Civico: data notificazione in Azienda, protocollo, esito.

Presso la SC Legale e Affari Generali (delibera 901/1.00/2023 del 3/7/2023) è istituito l’Ufficio Centralizzato per l’Accesso, che ha la funzione di presidiare il flusso di gestione delle richieste di accesso e svolge un ruolo di controllo e coordinamento.

Il registro è pubblicato sul sito Web istituzionale nella sezione di “Amministrazione Trasparente” “altri contenuti –accesso civico” ed aggiornato almeno ogni sei mesi.

#### 2.3.4.b) Ulteriori strumenti di prevenzione della corruzione

##### **Sistema dei controlli**

Una delle misure di prevenzione del rischio di corruzione riguarda l’attività di controllo.

Ai fini del monitoraggio delle misure di prevenzione alla corruzione, sono state chieste ai diversi Responsabili, relazioni sulle attività poste in essere in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel presente Piano per l'anno 2019, nonché i rendiconti sui risultati realizzati, in esecuzione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

In ogni caso, rimane in capo ad ogni dirigente la responsabilità di controllare le attività che vengono svolte all'interno dei propri uffici, nonché il compito di proporre nuove forme di controllo e verifica che possono essere attuate a livello aziendale.

Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni

Con deliberazione n. 2027/A.01/2018 del 29.11.2018, è stato approvato il Regolamento aziendale per la disciplina e gestione delle sponsorizzazioni.

L'ASL Città di Torino può ricorrere alle sponsorizzazioni per attività, progetti, iniziative finalizzate a favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa e a conseguire entrate e risparmi di spesa, nel perseguimento del pubblico interesse, escludendo le forme di conflitto di interesse tra l'attività pubblica e quella privata.

Gli aspetti più significativi del sopracitato regolamento prevedono:

la costituzione di un Comitato Etico di garanzia, con il compito di esprimere parere obbligatorio;

la pubblicazione di un avviso di ricerca specifico per ogni iniziativa, anche in caso di sponsorizzazione spontanea da parte di un soggetto terzo;

la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi sulla base di un format validato dal RPCT aziendale;

l'obbligo di pubblicazione nel sito aziendale della Trasparenza.

#### **L'applicazione della normativa antiriciclaggio**

In applicazione del D. Lgs. n. 231 del 21.11.2007, cosiddetto "decreto antiriciclaggio", con deliberazione n. 15 dell'11.01.2022, questa Azienda ha approvato il "Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo", nel quale è stato individuato il Gestore delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni di dati ed informazioni concernenti operazioni sospette all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF).

Stante la complessità dell'organizzazione aziendale è stata individuata, per la valutazione delle segnalazioni e l'effettuazione delle comunicazioni alla UIF, un organismo collegiale, la Commissione Antiriciclaggio, composta strutturalmente da:

- Direttore Amministrativo
- Direttore SC Gestione Economico Finanziaria
- Direttore SC Acquisti
- Direttore SC Amministrazione del Personale e Legale
- Direttore SC Tecnico Ospedaliero
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (delegato dalla Commissione come interlocutore UIF)
- Direttore di Struttura di volta in volta segnalante l'operazione sospetta.

#### **Percorso attuativo della certificabilità (P.A.C.)**

Percorso attuativo della certificabilità (P.A.C.)

L'applicazione delle procedure contenute nel "Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)" è un importante strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.

Standardizzare le operazioni contabili e tutte le azioni anche non strettamente contabili, ma con impatto sul bilancio, permette di ridurre il grado di discrezionalità nelle decisioni, fortemente correlato al rischio di corruzione.

La redazione e l'applicazione di procedure che garantiscano la tracciabilità dei flussi contabili e finanziari, e che mettano in atto un sistema di verifica e controllo sulle operazioni contabili, garantisce la piena trasparenza delle operazioni che portano alla formazione del bilancio di esercizio.

La Regione Piemonte con Deliberazione della Giunta Regionale 2 marzo 2015, n. 20 marzo 2020, n. 15-1151 "Secondo aggiornamento del Piano Attuativo di Certificabilità (PAC) dei bilanci secondo le modalità e le tempistiche previste all'articolo 3, commi 3 e 4 del decreto del Ministero della Salute del 17 settembre 2012, e indicazioni agli Enti del SSR per la corretta, completa e condivisa attuazione del PAC" fornisce le indicazioni circa il percorso di certificabilità dei bilanci e stabilisce che le iniziative aziendali relative al Piano Attuativo della Certificabilità dei bilanci dovranno essere preventivamente concertate con il responsabile regionale del coordinamento del PAC e dal responsabile della Gestione sanitaria accentrata. In attuazione della sopracitata disposizione è stato predisposto l'insieme delle procedure maggiormente significative per il PAC dell'ASL Città di Torino.

Responsabile della Protezione dei dati ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Il regolamento europeo n. 2016/679 prevede la nomina del Responsabile della Protezione dei Dati, che, l'ASL Città di Torino ha individuato nella Ditta COMPLIANCE OFFICER E DATA PROTECTION di POLITO Dott.ssa FILOMENA, mail: [dpo@aslcitytorino.it](mailto:dpo@aslcitytorino.it).

#### 2.3.4.c) Misure specifiche

Le misure specifiche previste per ciascun processo costituiscono il risultato del monitoraggio dell'attuazione delle misure precedenti e delle specifiche interlocuzioni con i Dirigenti/Referenti per la proposizione delle stesse; esse sono elencate nell'**allegato 3** al presente Piano.

Per ciascuna misura è indicata la responsabilità della sua attuazione, l'indicatore per la sua attuazione, il valore atteso ed tempi di realizzazione delle misure stesse.

#### 2.3.4.d) Riesame periodico della funzionalità del sistema

Il sistema complessivo di gestione del rischio viene riesaminato annualmente con lo scopo di affinare gli strumenti di riduzione del rischio, rilevare nuovi processi e attività, individuare nuovi rischi, ritrarre le misure in atto ed eventualmente introdurre di nuove.

In tal senso, il riesame del sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio. Il riesame periodico è coordinato dal R.P.C.T. e coinvolge innanzitutto i Referenti per la prevenzione della corruzione, ma anche i Dirigenti per i processi particolarmente a rischio, nonché l'Organismo Indipendente di Valutazione.

#### 2.3.5 Trasparenza

La Trasparenza costituisce un elemento imprescindibile per un buon funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso; ciò in quanto l'esercizio trasparente delle funzioni svolte non solo consente di mettere in evidenza le criticità esistenti e permettere un'azione di controllo diffuso, ma costituisce un indispensabile strumento di contrasto all'illegalità, alla corruzione e alle infiltrazioni criminali che hanno colpito anche il settore della sanità.

Sulla base di quanto stabilito dalla Legge n. 190/2012, dal D. Lgs. n. 33/2013 (come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016) e ribadito dall'art. 11, c. 1 del D. Lgs. n. 150/2009: "La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'art. 117, c. 2, lett. m) della Costituzione".

La trasparenza deve essere intesa, quindi, non come mera pubblicazione di atti e documenti secondo quanto previsto dalla normativa vigente, ma un approccio culturale di apertura ai cittadini dell'attività amministrativa, secondo il principio dell'accessibilità.

Con l'obiettivo di tendere verso un modello compiuto di trasparenza, in coerenza al D. Lgs. 97/2016, l'ASL si è adeguata alle suddette novità legislative, istituendo la sezione "Amministrazione trasparente" sul proprio sito istituzionale.

### **Programmazione della Trasparenza**

Il programma di gestione della sezione è integrato con il programma di gestione documentale dell'Azienda e permette di pubblicare in automatico documenti subito dopo la loro formalizzazione.

Le misure di trasparenza costituiscono anche misure specifiche per alcuni processi a particolare rischio corruttivo.

Secondo quanto stabilito dalla legge 190/2012, all'art.1, comma 8, dispone che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'ASL Città di Torino sono coordinati con i documenti di programmazione strategico-gestionale (il Piano della Performance, Piano triennale dei lavori, ecc.).

Sono inoltre obiettivi strategici per l'Azienda l'assolvimento degli obblighi di trasparenza e la partecipazione attiva al processo di gestione del rischio da parte dei Dirigenti/Responsabili delle Strutture, ivi compresa la messa a regime del sistema (mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi).

Le misure di trasparenza, aggiornate con le prescrizioni di cui al PNA 2022, allegato 9, e dell'aggiornamento 2023 dello stesso (delibera ANAC n.605 del 19 dicembre 2023) sono riportate nell'elenco **allegato n. 4** al presente paragrafo.

## **3.ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA**

La struttura organizzativa aziendale è definita, come da precise indicazioni regionali in materia, da uno specifico Piano di Organizzazione, che costituisce parte integrante dell'Atto Aziendale e che disciplina l'individuazione delle strutture organizzative nonché le declaratorie delle funzioni delle strutture aziendali.

Più precisamente il piano di organizzazione dell'ASL "Città di Torino", a cui si rinvia nel dettaglio all'organigramma presente al seguente link [file:///C:/Users/paola.giunta/Downloads/Organigramma-Delib.%20726-26\\_05\\_23%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/paola.giunta/Downloads/Organigramma-Delib.%20726-26_05_23%20(1).pdf) si delinea incoerenza con:

- le indicazioni strategiche presentate nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2012 – 2015 e le successive disposizioni presenti nelle varie delibere di giunta regionale e dirigenziali di attuazione del PSSR;
- i principi e criteri organizzativi previsti dalla DGR n° 1-600 del 19 novembre 2014 e s.m.i., dalla DGR n° 25- 1513 del 3 giugno 2015, dalla DGR n° 26-1653 del 29 giugno 2015 e dalla DGR n. 42-1921 del 27 luglio 2015;

L'assetto organizzativo proposto riflette azioni atte a garantire un miglioramento dei processi assistenziali tramite una profonda razionalizzazione dell'organizzazione esistente, ricercando una maggiore integrazione fra i vari presidi ospedalieri in una logica di "rete ospedaliera"; una maggiore razionalizzazione è stata ricercata anche a livello territoriale con un'organizzazione maggiormente incentrata sui distretti. Al fine di ricercare anche una maggiore integrazione fra ospedale e territorio è stata prevista un'apposita struttura per la continuità di cura fra i due livelli di assistenza.

L'ASL "Città di Torino", attraverso la sua complessa struttura organizzativa, offre servizi sanitari ai cittadini residenti nella città di Torino, attraverso:

- 4 Distretti territoriali
- 4 Ospedali
- 11 Dipartimenti



La struttura organizzativa della ASL "Città di Torino" è in continua evoluzione per adattarsi alle nuove esigenze e garantire un'efficace organizzazione dei servizi per la popolazione. Come descritto nell'Atto Aziendale attualmente vigente, approvato con la deliberazione n. 326/01.00/23 del 9 marzo 2023 ed integrato con deliberazione n. 726/01.00/23 del 26 maggio 2023, l'organizzazione dell'ASL "Città di Torino", al quale si rinvia per la struttura organizzativa:

<https://www.aslcittaditorino.it/atto-aziendale/>

### **3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE**

Il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale

modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda e in parte all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori – siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato.

L'Azienda nel dare accesso al lavoro agile ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività.

In data 09.08.2024, a seguito di informativa sindacale, è stato adottato il Regolamento Aziendale per lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità lavoro agile, approvato con deliberazione n. 1099 del 09.08.2024.

In sintesi, il Regolamento, redatto in conformità con quanto previsto dal CCNL Comparto Sanità 2.11.2022, nonché in conformità alla dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 5 maggio 2023 che, superando l'emergenza pandemica rende privo di efficacia il decreto del Ministero della salute del 4 febbraio 2022 che prevedeva, per i dipendenti affetti da una delle patologie elencate, lo svolgimento della prestazione lavorativa esclusivamente in modalità agile, prevede quanto segue.

Il Regolamento si applica a tutto il personale amministrativo a tempo indeterminato (in ogni caso è previsto il superamento del periodo di prova) o determinato, inclusi i titolari di incarico di funzione organizzativa e professionale, anche con contratto part-time o con orario di lavoro ridotto, nonché al personale comandato in ingresso, le cui mansioni siano compatibili con lo svolgimento della prestazione lavorativa in luogo diverso da quello della sede di assegnazione, valutata la fattibilità organizzativa e la compatibilità con le attività della Struttura di appartenenza. Il personale afferente al ruolo tecnico è ammesso solo previa specifica autorizzazione del Direttore della Struttura. Si applica anche al personale sanitario e sociosanitario assegnato esclusivamente agli uffici centrali (es. formazione), per le sole attività espletabili da remoto e comunque con esclusione di ogni attività che preveda l'erogazione diretta dell'assistenza. Si applica a tutto il personale dell'Amministrazione, previa autorizzazione del Direttore della Struttura di appartenenza e della Direzione Aziendale, che presenti una situazione di salute, personale o familiare grave ed urgente.

L'accordo individuale, secondo quanto disposto dall'art. 78 del CCNL Comparto Sanità triennio 2019-2021, deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- Gli obiettivi generali e specifici che si intendono perseguire in modalità agile.
- La durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato.
- Le modalità e i tempi di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e quelle da svolgere a distanza.
- Modalità di recesso, che deve avvenire con termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017.
- Ipotesi di giustificato motivo di recesso.

- La fascia di contattabilità nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via e-mail o con altre modalità simili e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro.
- La fascia di inoperabilità nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo di cui all'art. 43 comma 5 (Orario di Lavoro) a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 06:00 del giorno successivo.
- Le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro.
- Le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del perseguimento della effettuazione della prestazione lavorativa in modalità agile.
- Le modalità di esercizio del potere direttivo e di contro dell'Amministrazione sulla prestazione resa dal lavoratore, nel rispetto dell'art. 4 della L. n. 300/1970.
- L'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile e sul trattamento dei dati ricevute dall'Amministrazione.

L'individuazione dei dipendenti idonei alla concessione del lavoro agile all'interno di ogni singola struttura viene effettuata dal Direttore della medesima, nel rispetto delle percentuali previste dal presente Regolamento e secondo i criteri di priorità esplicitati nel regolamento.

Fermo restando la rotazione del personale, il lavoro agile è consentito all'interno di ogni singola Struttura ad un numero di dipendenti non superiore al 50% (arrotondato all'unità superiore), anche a rotazione, considerando come tale tutto il personale assegnato alle singole Strutture esclusi i titolari di incarico di funzione organizzativa e professionale che non rientrano nel presente computo.

Il dipendente può svolgere la prestazione fuori sede di lavoro per un massimo di 12 giorni al mese (non più di 3 giorni a settimana), non frazionabili ad ore, anche consecutivi secondo un calendario da concordare preventivamente con l'ufficio di appartenenza. Il Direttore/Responsabile, nel caso in cui il dipendente presenti una situazione di salute, personale o familiare grave ed urgente, potrà autorizzarlo al lavoro agile fino a 5 giorni alla settimana per un periodo massimo di 3 mesi, eventualmente prorogabili.

La giornata di lavoro agile deve essere giustificata preventivamente dal dipendente ed autorizzata dal Dirigente/Responsabile mediante richiesta di inserimento di apposita causale ("SW") relativamente alla giornata programmata.

### **3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE**

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento attraverso il quale l'Azienda assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli normativi alle assunzioni e di finanza pubblica.

Il piano triennale del fabbisogno deve essere definito in coerenza e a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa.

La giusta scelta delle professioni e delle relative competenze professionali necessarie e l'attenta ponderazione nell'individuazione della forza lavoro e nella definizione delle risorse umane necessarie costituiscono un presupposto indispensabile per ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e per meglio perseguire gli obiettivi di performance organizzativa e di erogazione di migliori servizi alla collettività.

L'art. 6 del D.lgs. n. 165 del 30/03/2001 e s.m.i., prevede che le amministrazioni pubbliche definiscano l'organizzazione dei propri uffici in conformità al Piano triennale dei fabbisogni, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo di cui all'art. 6 ter del succitato decreto legislativo, adottate, con appositi decreti del Ministero per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione di concerto con il

Ministero dell'Economia e delle Finanze e, per le Aziende SSN, anche con il Ministero della Salute, per orientare le pubbliche amministrazioni nella predisposizione dei rispettivi piani del fabbisogno di personale.

Per quanto riguarda la specificità del SSN, le predette linee di indirizzo sono state definite con il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione dell'8 maggio 2018, in particolare, dai punti 7 a 7.3.

Ai sensi del suddetto Decreto "i PTFP delle Aziende e degli Enti del S.S.N. sono approvati dalle rispettive Regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina in materia, anche tenuto conto della riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi del DM.70/2015 e successivamente adottati in via definitiva dalle Aziende stesse. (... omissis ...) I PTFP delle Aziende ed Enti del SSN devono essere predisposti in coerenza con i rispettivi Atti aziendali di cui all'art. 3, comma 1 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Inoltre l'articolo 11 del Decreto Legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito nella legge 25 giugno 2019, n. 60, ha introdotto, a decorrere dall'anno 2019 nuove regole in materia di spesa per il personale, per gli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni a statuto ordinario e delle regioni a statuto speciale che non provvedono integralmente al proprio fabbisogno sanitario, finalizzate a modificare il valore di riferimento su cui parametrare la spesa per il personale, salvaguardando l'equilibrio economico finanziario e nel rispetto degli adempimenti relativi all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

In particolare il comma 1 prevede che: "A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente".

Quindi a seguito dell'entrata in vigore della suddetta normativa il vincolo di spesa per il personale è definito a livello regionale e non più aziendale. Inoltre, tale vincolo è dato dalla spesa relativa all'anno 2018 o, se superiore, da quello della spesa per il personale del 2004, ridotta dell'1,4%.

Infine, il nuovo limite di spesa può essere incrementato, nella misura del 10% della variazione del fondo sanitario regionale dell'anno 2019 rispetto all'anno 2018, dell'anno 2020 rispetto all'anno 2019 e 2021 rispetto all'anno 2020.

L'art. 6 del DL 80/2020, modificato dall'art. 7 del DL 36/2022, il Piano dei fabbisogni diventa parte integrante del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, da adottare entro il 31 gennaio, che costituisce un documento strategico che viene redatto per definire gli obiettivi, le azioni e le risorse necessarie per il funzionamento e il miglioramento di un'organizzazione.

Pertanto, i Piani Triennali di Fabbisogno Personale delle Aziende del SSR sono redatti sulla base di apposite linee guida approvate dalla Direzione Sanità e Welfare, corredati delle schede di rilevazione dei dati relativi alle dotazioni organiche ed al fabbisogno suddiviso per profili professionali nonché i costi della dotazione organica stessa. Il fabbisogno definisce quindi le reali necessità dell'amministrazione in termini di risorse

umane necessarie per svolgere in modo adeguato le proprie attività in un determinato periodo di tempo (anno), nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

La definizione del fabbisogno deve essere effettuata dall'Azienda nel limite del tetto di spesa assegnato dalla Regione. Nel determinare il proprio fabbisogno l'Azienda deve effettuare un'analisi sia qualitativa (quali profili e competenze?) sia quantitativa (quale consistenza numerica?), tenendo sempre conto del tetto di spesa. L'adozione del Piano dei fabbisogni è indispensabile per poter effettuare assunzioni nel periodo di riferimento; infatti, alle PA che non adottano il Piano è fatto divieto di procedere a nuove assunzioni.

La programmazione del fabbisogno di personale aziendale è effettuata pertanto dall'A.S.L. Città di Torino in stretta osservanza delle indicazioni della Regione Piemonte, sia relativamente alla procedura da osservare che – soprattutto – rispetto alle risorse economiche effettivamente utilizzabili ("Tetto di Spesa"). La proposta aziendale del Piano dei fabbisogni deve essere coerente con il Bilancio Preventivo Economico che ciascuna azienda deve adottare nel rispetto delle disposizioni normative vigenti (quali a titolo indicativo e non esaustivo D.lgs. 118/2011, Legge regionale n. 8 del 18.01.1995, Legge regionale n. 10 del 24.01.1995, ...)

Il PTFP è stato redatto sulla base delle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei fabbisogni di personale delle Aziende del SSR per il Triennio 2022-2024". Essendosi concluso positivamente l'iter procedurale, con D.G.R. n. 30-7328 del 31 luglio 2023 la Regione Piemonte ha approvato il piano di fabbisogno di personale (PTFP) dell'A.S.L. Città di Torino e delle altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale, in quanto conformi al perimetro complessivo regionale del tetto di spesa determinato con D.G.R. n. 46-6202 del 7/12/2022 che rappresenta il limite del costo del personale.

La Deliberazione della Giunta Regionale 16 dicembre 2024, n. 33-538 dispone che "Nelle more dell'adozione, trasmissione e approvazione dei PTFP 2023-2025, le Aziende Sanitarie Regionali sono autorizzate a proseguire con il piano assunzionale programmato sulla base dei PTFP 2022-2024, annualità 2024, approvati con DGR 30-7328 del 31.07.2023 (rettificata, per mero errore materiale, con D.G.R. 4-7405 del 29.08.2023), tenuto conto inoltre dell'attuazione del Piano Straordinario del Personale Sanitario di cui alle D.G.R. n. 1-7225/2023/XI del 13 luglio 2023 e n. 2-7226/2023/XI del 13 luglio 2023, nel rispetto dei tetti di spesa stabiliti con il presente provvedimento e comunque nell'ambito dell'equilibrio economico finanziario aziendale.

L'Azienda, per procedere alle assunzioni programmate nel Piano triennale del Fabbisogno di personale, deve preventivamente:

- verificare la coerenza dei profili professionali rispetto a quanto previsto dalle declaratorie contrattuali;
- verificare la conformità alla programmazione e alle azioni di efficientamento delle attività aziendali, tenendo conto dei vincoli nazionali e regionali e degli indirizzi della programmazione regionale per il riordino della rete ospedaliera e territoriale e dei conseguenti obiettivi assegnati alle ASR nel triennio di riferimento;
- verificare la compatibilità economico-finanziaria così come previsto dalle disposizioni di cui alla D.G.R. n. 9-7070 del 20 giugno 2023 avente ad oggetto Riparto 2023 del Fondo Sanitario ed entrate Payback agli Enti del S.S.R.;
- verificare la compatibilità delle assunzioni rispetto alla disciplina nazionale e regionale per la ricollocazione e per la mobilità aziendale ed interaziendale; privilegiare le assunzioni tese a ridurre le forme contrattuali atipiche ed il ricorso all'esternalizzazione di servizi, in coerenza con le disposizioni in materia e il fabbisogno di cui ai modelli territoriali ex. DM 77/2022.

### **3.4 LA FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione ha individuato tre macro-obiettivi finalizzati alla creazione di valore pubblico:

1. Miglioramento dell'attività di prevenzione e dei livelli di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie con riferimento all'ambito ospedaliero e territoriale;
2. Innovazione tecnologica e miglioramento degli strumenti di accesso alla PA e sicurezza informatica;
3. Strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.

La SC Formazione, Obiettivi sanitari, Qualità, Accredimento e Rischio Clinico nel corso dell'anno 2024 ha realizzato un Piano di formazione aziendale approvato con la deliberazione 437 del 22/03/2024

In generale, secondo i dati desunti dalla rendicontazione del Piano al 31/12/2024, sono state realizzate le seguenti iniziative formative rivolte sia al personale sanitario che al personale amministrativo suddivise per aree tematiche:

AREA TEMATICA	TOTALE CORSI	RES	FSC	FAD	BD
AREA COMUNICAZIONE E RELAZIONE	10	10	0	0	0
AREA CURE PRIMARIE E DOMICILIARI	1	0	0	0	1
AREA SALUTE MENTALE	6	6	0	0	0
AREA MATERNO INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	4	2	0	2	0
AREA DELLE DIPENDENZE	4	4	0	0	0
AREA FARMACEUTICA E TOSSICOLOGICA	3	3	0	0	0
AREA GIURIDICO - NORMATIVA	5	4	0	1	0
AREA QUALITA' E RISK MANAGEMENT	9	5	2	2	0
AREA METODOLOGICA	19	13	5	1	0
AREA SPECIALITA' CHIRURGICHE	3	2	0	1	0
AREA SPECIALITA' MEDICHE	12	10	0	2	0
AREA INFORMATICA E LINGUE STRANIERE	4	1	0	3	0
AREA EMERGENZA ED URGENZA	23	17	3	2	0
AREA SICUREZZA AMBIENTI DI VITA E LUOGHI DI LAVORO	14	4	0	10	0
AREA DIAGNOSTICA	1	1	0	0	0
AREA GESTIONALE E MANAGERIALE	5	4	0	1	0
AREA SOCIO - SANITARIA	3	3	0	1	0
AREA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	16	8	0	8	0
AREA ATTIVITA'/INTERVENTI COMPLEMENTARI ALL'ASSISTENZA	1	0	0	1	0
AREA INTERDISCIPLINARE MEDICO-CHIRURGICA	5	0	4	1	0
AREA RIABILITAZIONE	2	2	0	0	0
AREA SALUTE E MEDICINA DI GENERE	1	0	0	1	0
<b>TOTALI</b>	<b>151</b>	<b>99</b>	<b>14</b>	<b>37</b>	<b>1</b>

I 151 corsi, declinati in 330 edizioni, hanno consentito circa 28.000 partecipazioni. I report di valutazione finale hanno registrato una buona riuscita dei percorsi proposti e il raggiungimento degli obiettivi fissati in sede di progettazione e, nei casi osservati, buoni esiti di risultato.

In particolare, per quanto riguarda l'offerta formativa strategica 2024 legata agli obiettivi di valore nelle tematiche specifiche previste dal PIAO e dal PNRR, sono stati svolti i corsi programmati, di cui si riportano nel seguito gli esiti:

LINEA PROGRAMMATI CA P.I.A.O	FINALITA'	TITOLO CORSO	N. DESTINATARI	N. FORMATI
Miglioramento di: • standard quali -	Migliorare conoscenze, attitudini	Corso di formazione sulle Infezioni	1899	1125

<p>quantitativi di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nei contesti ospedaliero e territoriale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>processi di prevenzione e promozione della salute</li> </ul>	e comportamenti per evitare errori e infezioni correlate all'assistenza	ospedaliera - PNRR		
	Strumenti per l'implementazione dei Piani regionali della cronicità (PRC) e aziendali (PAC).	Formazione dei PDTA -cronicità	100	78
	Sviluppo delle competenze per la presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria	La riorganizzazione delle cure primarie e domiciliari nel DM 77: le case di comunità, gli infermieri di famiglia e comunità, gli ambulatori infermieristici distrettuali	100	47
	Fornire ai servizi medico-competenti gli strumenti a supporto della motivazione al cambiamento per uno o più stili di vita	Corso regionale per professionisti della salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio.	400	331
	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting.	La prevenzione degli incidenti domestici con particolare riguardo alla popolazione anziana.	400	667
	Miglioramento delle conoscenze attraverso una formazione che evidenzia le principali differenze sulla Medicina di genere	Le differenze in Medicina di genere.	300	193
	Strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.	Piena conoscenza da parte della più ampia platea possibile di dipendenti, degli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità,	Le "regole di ingaggio" del dipendente pubblico: il codice di comportamento.	120

	che qualificano il corretto adempimento della prestazione lavorativa dei dipendenti pubblici.			
	Maggiore conoscenza degli argomenti delle norme sulle pari opportunità. Promozione di progetti aziendali sulle pari opportunità, sul benessere organizzativo in ambito lavorativo.	Comitato unico di garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni: questo sconosciuto.	500	214
	Acquisire tecniche di superamento degli stati di malessere negli ambienti di lavoro.	Approcci psicocorporei nella gestione dello stress: le pratiche di mindfulness come risorsa nelle relazioni d'aiuto.	45	55
	Prevenire e gestire le situazioni che possono generare stress da lavoro correlato	Prevenzione dello stress lavoro correlato (d. lgs. 81/08)	300	1392
	Fornire strumenti per la gestione degli eventi aggressivi	Gestione degli eventi aggressivi nei luoghi di lavoro	400	2287 (Fad) 106 (RES)
Innovazione tecnologica e miglioramento degli strumenti di accesso alla P.A.	Consolidamento delle competenze informatiche dei dipendenti della PA	Percorso "Sylabus" in materia di digitalizzazione della PA e Cybersecurity	700	1100
	Aggiornamento normativo nella materia specifica	Corso sulla progettazione europea	50	72

Il corso dal titolo "Le regole di ingaggio del dipendente pubblico: il codice di comportamento" non è stato realizzato nel corso dell'anno 2024 e si ripropone nel Piano 2025.

Per l'anno 2025, la SC Formazione, Obiettivi sanitari, Qualità, Accredimento e Rischio Clinico ha provveduto ad effettuare la rilevazione del fabbisogno formativo attraverso i promotori della formazione e ha sottoposto gli esiti della rilevazione delle proposte pervenute all'analisi dei Direttori e Coordinatori dei Dipartimenti.

Il Piano di formazione è in fase di adozione nel rispetto della normativa ECM regionale.

Le iniziative previste all'interno del Piano 2025, secondo gli obiettivi di valore nelle tematiche specifiche previste dal PIAO e dal PNRR, comprendono corsi a completamento della formazione precedentemente avviata e alcuni nuovi inserimenti, come di seguito dettagliato:

LINEA PROGRAMMATICA P.I.A.O	FINALITA'	TITOLO CORSO	N. DESTINATARI
<p>Miglioramento di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>standard qualitativi di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nei contesti ospedaliero e territoriale;</li> <li>processi di prevenzione e promozione della salute</li> </ul>	Migliorare conoscenze, attitudini e comportamenti per evitare errori e infezioni correlate all'assistenza	Corso di formazione sulle Infezioni ospedaliere - PNRR	774
	Strumenti per l'implementazione dei Piani regionali della cronicità (PRC) e aziendali (PAC).	Formazione dei PDTA - cronicità	100
	Sviluppo delle competenze per la presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria	La riorganizzazione delle cure primarie e domiciliari nel DM 77: le case di comunità, gli infermieri di famiglia e comunità, gli ambulatori infermieristici distrettuali	126
	Fornire ai servizi medico-competenti gli strumenti a supporto della motivazione al cambiamento per uno o più stili di vita	Corso regionale per professionisti della salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio.	400
	Sviluppare le conoscenze e le competenze degli operatori, in particolare a quelli dedicati all'età pediatrica e anziana, coinvolti nei diversi setting.	La prevenzione degli incidenti domestici con particolare riguardo alla popolazione anziana.	400
	Miglioramento delle conoscenze attraverso una formazione che evidenzia le principali differenze sulla Medicina di genere	Le differenze in Medicina di genere.	300
	Acquisire conoscenze in merito all'analisi del comportamento applicata nei contesti organizzativi al fine di contribuire al benessere biopsicosociale degli operatori sanitari	Nudging e architettura delle scelte: una spinta "gentile" al benessere biopsicosociale. livello base e avanzato	50
	Acquisire conoscenza di base sulla gestione del rischio clinico e dell'errore	Percorso sul Risk Management - primo e secondo livello	1500

	Acquisire conoscenze sul contenuto della legge e favorire la riflessività relativa a tematiche bioetiche in applicazione della l. 219/17 e normativa successiva.	Formazione specifica sulle tematiche della legge 219/17 e normativa successiva	1000
	Incentivare la donazione dei tessuti e degli organi, implementare la cultura e la sicurezza, aumentare la consapevolezza e il valore della donazione	Percorsi formativi sulla donazione di organi e tessuti.	600
	Sviluppare le competenze nella gestione del processo trasfusionale.	Dalla provetta alla trasfusione: un percorso ad ostacoli	500
Strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo.	Piena conoscenza da parte della più ampia platea possibile di dipendenti, degli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità, che qualificano il corretto adempimento della prestazione lavorativa dei dipendenti pubblici.	Il codice di comportamento.	120
	Maggiore conoscenza degli argomenti delle norme sulle pari opportunità. Promozione di progetti aziendali sulle pari opportunità, sul benessere organizzativo in ambito lavorativo.	Comitato unico di garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni: questo sconosciuto.	500
	Acquisire tecniche di superamento degli stati di malessere negli ambienti di lavoro.	Approcci psicocorporei nella gestione dello stress: le pratiche di mindfulness come risorsa nelle relazioni d'aiuto.	45
	Prevenire e gestire le situazioni che possono generare stress da lavoro correlato	Prevenzione dello stress lavoro correlato (d. lgs. 81/08)	1500
	Fornire strumenti per la gestione degli eventi aggressivi	Gestione degli eventi aggressivi nei luoghi di lavoro	1500

	Favorire consapevolezza delle modalità comunicative, delle dinamiche relazionali e/o del clima organizzativo all'interno delle équipes e dei gruppi di lavoro che presentano richiesta di supporto/supervisione alla luce di eventuali aspetti problematici e disfunzionali	Favorire il benessere psicologico degli operatori: incontri di supporto e supervisione rivolti alle équipe	150
Innovazione tecnologica e miglioramenti degli strumenti di accesso alla P.A.	Consolidamento delle competenze informatiche dei dipendenti della PA	Percorsi formativi in materia di digitalizzazione della PA e Cybersecurity	700
	Corretto utilizzo della nuova cartella clinica informatizzata	La nuova cartella clinica informatizzata per la documentazione sanitaria	300

### **3.5 IL PIANO DELLE AZIONI POSITIVE (PAP)**

Il Piano Azioni Positive (PAP) dell'Asl Città di Torino è rivolto a promuovere nell'ambito dell'Azienda stessa, l'attuazione di obiettivi di parità e di pari opportunità, a migliorare la conciliazione tra vita privata e lavoro ed a favorire condizioni di un maggior benessere lavorativo. Il PAP può essere visto come uno strumento volto a prevenire e rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo all'interno dell'Azienda.

Il Piano Azioni Positive viene adottato in virtù di quanto previsto dall'art.48 del Decreto Legislativo dell'11 aprile 2006, n.198 (codice delle Pari Opportunità tra uomo e donna) secondo cui le amministrazioni dello Stato "predispongono piani azioni positive tendenti ad assicurare nel loro ambito rispettivo, la rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne"

Il PAP ha durata triennale ed individua "azioni positive" definite ai sensi dell'art.42 del codice delle Pari Opportunità, come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile ed a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro" Gli obiettivi individuati dal Cug dell'Asl Città di Torino per il triennio del PAP 2025-2027 sono in continuità con il precedente e per rappresentarne meglio la loro funzione, sono state predisposte delle schede dove vengono evidenziate le aree d'intervento, le azioni, gli attori coinvolti, il monitoraggio/indicatori, i destinatari, i tempi di realizzazione ed i costi operativi.

Ambiti di riferimento:

1. raccolta, elaborazione statistica ed analisi dei dati relativi al personale dell'Asl Città di Torino in un'ottica di genere;
2. miglioramento del benessere organizzativo, prevenzione e contrasto alle discriminazioni, molestie e mobbing;

3. sensibilizzazione all'uso di un linguaggio inclusivo;
4. promozione della salute in ottica di genere;
5. formazione/sensibilizzazione su tematiche delle pari opportunità
6. implementazione e diffusione dell'attività CUG (comitato pari opportunità)

#### **4. MONITORAGGIO**

##### **Valore Pubblico e Performance**

Il monitoraggio delle Sottosezioni 2.1 e 2.2 (Valore pubblico e performance) avviene secondo le modalità stabilite dal D. Lgs. n. 150/2009 per il Piano della performance.

La valutazione della performance organizzativa implica l'adozione di idonei strumenti di misurazione quali-quantitativa, l'analisi degli scostamenti tra target e risultati raggiunti, la motivazione delle relative cause, e la disponibilità di una metodologia di sintesi

L'amministrazione deve prevedere almeno un monitoraggio intermedio da svolgersi non oltre la metà del periodo di esercizio o a scadenze regolari distribuite proporzionalmente nell'arco dell'anno, sul grado di attuazione degli obiettivi rispetto agli indicatori e ai target definiti in fase di programmazione al fine di intraprendere tempestivamente eventuali azioni correttive in corso d'opera.

Nei momenti previsti per il monitoraggio l'Azienda misura i valori degli indicatori individuati per ciascuna azione; la valutazione deve integrare dati quantitativi e aspetti qualitativi del lavoro svolto. L'obiettivo di performance organizzativa si intende raggiunto quando i risultati riscontrati per ogni singola azione collegata all'obiettivo collimano con il target, secondo il sistema di pesature individuato in fase di programmazione.

La fase di valutazione si conclude, quindi, con la formulazione di un giudizio o con l'assegnazione di un punteggio (sulla base di metriche predefinite), che potranno essere utilizzati per diverse finalità, fra le quali si ricordano, a titolo di esempio non esaustivo:

il miglioramento organizzativo;

la ridefinizione degli obiettivi dell'amministrazione;

la valorizzazione delle risorse umane, anche attraverso gli strumenti di riconoscimento del merito e i metodi di incentivazione della produttività e della qualità della prestazione lavorativa previsti dalla normativa vigente.

La rappresentazione della valutazione delle strutture è visibile sul "Portale della trasparenza" sezione "Performance" che evidenzia, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti per ogni singola struttura complessa e semplice.

##### **Anticorruzione e Trasparenza**

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

L'ASL Città di Torino è, come si è detto più volte all'interno del presente Piano, un ente di grandi dimensioni e con elevato livello di complessità: per questo il monitoraggio dei processi, delle attività e delle misure anticorruzione e di trasparenza deve essere organizzato per aree e livelli di responsabilità differenziati, tenuto conto anche della mancanza di risorse umane e organizzative a supporto del RPCT.

Secondo le indicazioni di ANAC contenute nel PNA 2022, Il monitoraggio avviene con frequenza di norma semestrale, o comunque con uno step di verifica intorno alla metà del periodo di validità del Piano ed uno finale.

Il monitoraggio di primo livello, relativo alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione e della loro adeguatezza rispetto ai processi mappati, è svolto con il contributo autovalutativo della rete dei referenti; ciò permette di monitorare la totalità delle misure adottate pur essendo la risposta articolata in maniera differenziata a seconda del grado di sensibilità e di autonomia dei singoli referenti.

Nei casi in cui l'RPCT voglia accertare che le misure di prevenzione siano state applicate correttamente e producano risultati efficaci, può procedere a un monitoraggio di secondo livello, convocando il Responsabile del processo interessato a un audit e, in tale sede, oltre alla verifica dell'attuazione delle misure preventive, viene svolta anche una analisi degli indicatori di performance legati alla trasparenza e all'anticorruzione e, eventualmente, identificati eventuali lacune o non conformità. Nel corso dell'anno 2024 è stato effettuato un audit prelativo al punto 4.2) progressioni di carriera: fasce retributive/incarichi sanitari di coordinamento/incarichi di funzione organizzativa dell'Allegato 3 Sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e Trasparenza" con la S.C. Politiche del Personale, Relazioni Sindacali e Gestione Strategica Risorse Umane.

Nel corso dell'anno 2025 sono stati programmati tre audit con date e contenuti in via di definizione.

Anche per il monitoraggio sugli adempimenti in tema di trasparenza vi è uno schema simile, ovvero il monitoraggio di primo livello è affidato ai Responsabili/Referenti, con un monitoraggio di supervisione del sistema complessivo della trasparenza operato dal RPCT.

Una attività di monitoraggio globale della sezione amministrazione trasparente è effettuata inoltre dal RPCT in occasione della compilazione da parte dell'OIV dell'attestazione su apposita griglia di rilevazione predisposta annualmente da ANAC, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dell'ente.

### **Organizzazione e Capitale Umano**

In generale, secondo le indicazioni del Dipartimento della Funzione Pubblica, per quanto riguarda organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza fra la programmazione delle risorse umane e gli obiettivi di performance finalizzati alla creazione di valore pubblico sarà effettuato su base triennale dall' Organismo Indipendente di Valutazione, secondo le modalità che saranno definite successivamente e di cui sarà dato conto nei successivi aggiornamenti del PIAO.

**La presente copia e' conforme all'originale depositato presso gli archivi dell'Azienda ASL Citta' di Torino**

**3F-D1-F8-C9-C1-B5-15-DF-D5-D7-D7-A2-91-4C-CB-29-AD-54-F1-A4**

**CAdES 1 di 5 del 28/01/2025 16:10:40**

Soggetto: Carlo Picco

S.N. Certificato: 1D2D993

Validità certificato dal 01/10/2024 08:26:33 al 01/10/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

-----  
**CAdES 2 di 5 del 28/01/2025 15:56:23**

Soggetto: Michele Morandi

S.N. Certificato: 171EE97

Validità certificato dal 26/05/2022 08:29:24 al 26/05/2025 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Firma Qualificata 2, INFOCERT SPA, IT

-----  
**CAdES 3 di 5 del 28/01/2025 13:54:00**

Soggetto: Stefano Visconi

S.N. Certificato: 192F5EC

Validità certificato dal 21/03/2024 07:57:30 al 21/03/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

-----  
**CAdES 4 di 5 del 28/01/2025 11:01:10**

Soggetto: Simonetta Pagano

S.N. Certificato: E5AF6D

Validità certificato dal 13/01/2023 09:43:42 al 18/03/2026 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

-----  
**CAdES 5 di 5 del 28/01/2025 10:27:58**

Soggetto: Paola Giunta

S.N. Certificato: 12E3700

Validità certificato dal 19/07/2023 08:44:35 al 19/07/2026 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

-----