



Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Triennio 2025-2027

AGGIORNAMENTO 31 GENNAIO 2025

PREMESSA

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

- 2.1 Valore Pubblico
 - 2.1.1 Programmazione efficientamento energetico
 - 2.1.2 Performance – Misurazione Outcome
- 2.2 Obiettivi di Budget
 - 2.2.1 Obiettivi di Budget
- 2.3 Rischi corruttivi e trasparenza Funzionali agli obiettivi ed alle strategie di protezione del Valore Pubblico
 - 2.3.1 Contesto Esterno ed Interno
 - 2.3.2 Mappatura dei processi
 - 2.3.3 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi
 - 2.3.4 Progettazione di misure per il trattamento del rischio
 - 2.3.5 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure
 - 2.3.6 Programmazione dell'attuazione della trasparenza
 - 2.3.7 Il monitoraggio e il riesame

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- 3.1 Organizzazione Lavoro Agile
- 3.2 Formazione

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

- Allegato 1 PERFORMANCE
- Allegato 2 PERFORMANCE OUTCOME–OBIETTIVI2025
- Allegato 3 PIANO DELLA COMUNICAZIONE 2025
- Allegato 4 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

4.1 APPENDICE DESCRITTIVA NORMATIVA

4.2 MAPPATURA DEI PROCESSI

4.3 REGISTRO RISCHI E SCHEDE MISURE DI PREVENZIONE

4.3.1 APPENDICE DESCRITTIVA MISURE GENERALI

4.3.2 MISURE IN TEMA DI CONTRATTI PUBBLICI

4.4 CODICE ETICO DI COMPORTAMENTO E CODICE DISCIPLINARE

4.5 MODELLO DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSI

4.6 MODELLO OPERATIVO PANTOUFLAGE

4.7 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

4.7.1 QUADRO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE PER I CONTRATTI PUBBLICI A PARTIRE DAL 1 GENNAIO 2025

4.7.2 QUADRO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

-)
- Allegato 5 FABBISOGNO DEL PERSONALE
-

PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (di seguito PIAO) è il documento di programmazione previsto dall'art. 6 del D.L. N. 80/2021 convertito e modificato dalla L.113 del 6 agosto 2021; esso costituisce lo “strumento unitario ed omnicomprensivo nel quale confluiranno i vari documenti di programmazione precedentemente previsti, tra i quali anche il Piano della Performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa e di consentire un'analisi completa dell'amministrazione e di tutti i suoi obiettivi da pianificare”.

Il PIAO è stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, recante “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”, il cosiddetto “Decreto Reclutamento” convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Le amministrazioni con più di 50 dipendenti (ad eccezione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative) sono tenute a riunire all'interno del PIAO tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, e relativa a:

- Gestione delle risorse umane
- Organizzazione dei dipendenti nei vari uffici
- Formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

Il PIAO, che ha durata triennale, ma è soggetto ad aggiornamenti con cadenza annuale, definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile;
- gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale e allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità nonché le modalità e le azioni

finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi. Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

A questa fase si è pervenuti dopo un percorso che, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, ha visto le Pubbliche Amministrazioni europee protagoniste di cambiamenti epocali tendenti alla semplificazione e razionalizzazione delle attività, comprendenti tre principali obiettivi:

- eliminazione di regole inutili, procedure obsolete e processi inefficaci, con l'obiettivo di promuovere una maggiore engagement nei rapporti con i cittadini, una maggiore trasparenza, la tempestività delle azioni, con contestuale razionalizzazione dei costi;
- miglioramento dei servizi offerti, dell'organizzazione interna, aggiornamento delle tecnologie, accrescimento della motivazione dei collaboratori per raggiungere più elevati livelli al fine di coniugare efficienza e efficacia;
- costruzione di una nuova identità positiva del "Civil Service" da parte dei dipendenti pubblici, orientati sull'etica, sulla terzietà.

Il nostro paese rientra tra quelli interessati da questo processo evolutivo, pur persistendo criticità. Fondamentale è stato l'impulso dato dalla Legge 124/2015 (cd. Legge Madia) di Riforma della PA, che integra le previsioni dei punti sopra elencati, seguite, successivamente, da ulteriori disposizioni, come ad esempio in materia di Performance con il d.lgs. 74/2017. In generale, una sequela di normative rilevanti in termini sia di cambiamento nei rapporti con cittadini e imprese, ma anche di logiche di funzionamento interno delle amministrazioni, diretti al perseguimento un'unica finalità: la creazione di "valore pubblico", riferibili principalmente al Ciclo della Performance, alla normativa in materia di Prevenzione della corruzione, agli obblighi di Trasparenza, come traguardo finale dell'azione amministrativa. Tali novellati ambiti normativi presentano inoltre una serie di "connessioni" reciproche che li rendono sinergici e finalizzati al perseguimento del potenziamento del risultato complessivo dell'amministrazione pubblica.

Le modalità organizzative del passato delle PA, autoreferenziali e non trasparenti, non risultano più funzionali alla generazione di Valore Pubblico. Sia la nuova cultura manageriale, che l'evoluzione del quadro normativo, hanno orientato il cambiamento in termini di organizzazione per "processi", tant'è che oramai da diversi anni la mappatura dei processi delle amministrazioni, come indicato dalle indicazioni dell'ANAC, è risultata fondamentale per la definizione delle misure di contrasto alla corruzione, utilizzata anche ai fini del Piano della Performance, anche per rappresentare all'esterno e all'interno, in termini di accountability, il complesso delle attività svolte.

SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Amministrazione pubblica	Azienda Ospedaliera Universitaria A.O.U. "G. Martino"
Indirizzo	Via Consolare Valeria n.1 - 98125 MESSINA
PEC	protocollo@pec.polime.it
P.IVA/C.F.	03051890832
Sito web	www.polime.it

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" di Messina è strutturata ed organizzata facendo riferimento ai collegamenti con il livello regionale del Servizio Sanitario e con l'Università, allo scopo di sottolineare la necessità che l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, e quindi le sottostanti attribuzioni di responsabilità e predisposizione di strumenti, tengano nel dovuto conto il complesso sistema di relazioni che legano in diverso modo l'Azienda all'Università ed ai vari livelli del sistema sanitario ed economico-sociale della Regione.

Nell'ambito delle relazioni con il Sistema Sanitario Regionale l'Azienda:

- tiene conto degli obiettivi di salute e della politica dei servizi sanitari individuati dal Piano Sanitario Regionale e si impegna nell'attivazione dei processi necessari all'elaborazione degli strumenti di programmazione attuativa previsti dalla programmazione sanitaria regionale e dalla normativa vigente;
- tiene conto, altresì, delle preferenze espresse dai propri utenti perché questo costituisce elemento qualificante anche per il S.S.R. nel suo insieme;
- garantisce l'affidabilità clinica, assistenziale, economica e finanziaria, anche tramite lo sviluppo dei propri sistemi informativi e la soddisfazione del relativo bisogno economico nei confronti della Regione, in quanto è chiamata a contribuire all'affidabilità dell'intero S.S.R.;
- attua le politiche regionali in tema di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione dell'accesso ai servizi, di strumenti per il governo clinico.

L'Azienda fornisce il supporto tecnico ed organizzativo a tutti i Corsi di Studio presenti all'interno dell'Azienda stessa, favorendo le attività formative e di ricerca coerenti con i fini istituzionali universitari e, soprattutto, l'integrazione fra programmazione universitaria e programmazione sanitaria.

L'Azienda cura l'integrazione e le sinergie, che vanno in particolare cercate anche nei confronti dei produttori privati accreditati di servizi sanitari, che devono far parte della rete dei servizi insistenti sullo stesso territorio in un quadro di alleanza strategica disciplinata da omogeneità di regole.

L'Azienda adotta l'Atto Aziendale quale strumento concepito come risorsa che può orientare e sostenere le relazioni sociali, istituzionali e professionali che stanno alla base dell'azione organizzativa.

L'Atto Aziendale, redatto secondo le linee guida regionali, rappresenta l'indispensabile strumento che disciplina il sistema Azienda in relazione al funzionamento ed alla organizzazione e dà significato all'idea d'Azienda consapevole della sua natura pubblica in cui sono esplicitati:

- la collaborazione con l'Università, nel percorso formativo e nella definizione del modello organizzativo diretto ad armonizzare l'attività assistenziale con l'attività di didattica e di ricerca;
- l'orientamento al cittadino ed alla comunità cui sono rivolti i servizi e da cui nasce la legittimazione;
- il principio della buona amministrazione come condizione primaria dell'organizzazione e del funzionamento;
- i criteri e le ragioni per la continua ricerca dell'innovazione e del miglioramento continuo delle performance tecniche e organizzative;
- la dichiarazione della partnership strategica con i professionisti.

Per tutto quello che non è espressamente previsto dallo stesso, si rinvia a quanto disciplinato dai Protocolli di Intesa fra la Regione Siciliana e l'Università degli Studi di Messina.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1. VALORE PUBBLICO

In anni più recenti, si è fatto strada un nuovo modello di performance vista come “creazione di valore pubblico”, secondo il noto “triangolo strategico” di Moore che dimostra come il successo dell’azione pubblica dipende dalla capacità di un’organizzazione di realizzare simultaneamente tre condizioni:

- a) essere legittimata dai clienti/cittadini/utenti e dalle diverse tipologie di stakeholder interni ed esterni, che mettono a disposizione risorse finanziarie e sostegno (authorizing environment);
- b) intraprendere iniziative sostenibili dal punto di vista organizzativo: le risorse da destinare alle politiche pubbliche devono essere adeguate agli obiettivi istituzionali (operational capacity);
- c) produrre risultati oggettivamente validi per i soggetti pubblici, per i cittadini e per gli stakeholder (public value).

Nel solco di queste coordinate, l’adozione di un sistema di governance orientato alla creazione di valore pubblico consente di arrivare a definire un modello multidimensionale e integrato di misurazione e valutazione delle performance, fondato su

- la sostenibilità istituzionale, sociale ed ambientale;
- la qualità dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni;
- la competitività territoriale e le dimensioni dell’etica e della responsabilità sociale;
- la trasparenza, come capacità di render conto ai diversi portatori e gruppi di interesse, interni ed esterni all’organizzazione (accountability);
- l’equità nei confronti di gruppi di utenti e di stakeholder esterni a debole capacità contrattuale;
- l’efficienza tecnica ed economica che garantisce la produttività;
- l’efficacia (come rapporto tra risultati ed obiettivi) e l’economicità (come capacità, nel lungo periodo, di soddisfare in modo adeguato i bisogni della comunità di riferimento).

Nato in seno alla riforma della PA perseguita dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il PIAO intende rispondere alla finalizzazione programmatica, intesa quale convergenza sinergica delle diverse prospettive: dalla performance, all’anticorruzione e trasparenza, alle politiche del personale, ecc. verso l’orizzonte comune della generazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del benessere di cittadini, imprese e stakeholders vari) (Enrico Deidda Gagliardo – forumpa.it).

Si è chiamati, pertanto, a redigere ed aggiornare periodicamente uno strumento per programmare in modo semplificato, qualificato e integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, impiegando strumenti per la “cura” della salute organizzativa e professionale dell’ente, con l’obiettivo “funzionale” di generare e proteggere il Valore Pubblico.

La creazione di un modello integrato va in questa direzione, cercando di porre attenzione alle varie dimensioni delle organizzazioni: i processi, il coinvolgimento dei professionisti, il Collegamento con le strutture di responsabilità, l’attenzione nella ricerca della massimizzazione del valore generato, e misurabile in diversi modi.

Quanto sopra declinato, rappresenta di fatto la sfida che si trovano ad affrontare coloro i quali si apprestano alla redazione del PIAO nelle Aziende Sanitarie: la difficoltà di trovare misure standardizzate in grado di valutare il rapporto tra salute tutelata/prodotta e costi sostenuti, il tasso di sviluppo professionale, la qualità ed appropriatezza degli outcome di salute, la soddisfazione delle aspettative dei portatori di interessi, la collaborazione con gli altri attori del sistema ed il rispetto delle linee istituzionali di governo.

Il presente documento viene pertanto redatto sia quale necessario adempimento del dettato della norma che impone l'aggiornamento periodico del PIAO, sia con l'intento di iniziare il percorso di coinvolgimento attivo nella sfida di cogliere il senso del performance management, un sistema di gestione che ha la funzione di connettere le prestazioni individuali e di gruppo con la strategia, orientando i comportamenti delle persone sugli obiettivi attesi dall'organizzazione (La performance strategica in sanità: verso un modello integrato – L. Ridolfi – 2016).

L'obiettivo di valore aggiunto «... è dato dall'impegno a supporto della presa di decisioni con lo scopo di misurare per imparare, migliorare e governare. Esso orienta a rafforzare le capacità di diagnosi e di ragionamento strategico, stimola l'apprendimento organizzativo, motiva e incentiva il miglioramento, attribuendo senso e fondatezza alle diagnosi, sviluppando la trasparenza sui risultati e quindi la partecipazione». (Giolitti, 2006, p. 156).

2.1.1 PROGRAMMAZIONE EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" di Messina ha in programma l'esecuzione di alcuni importanti investimenti, riguardanti sia l'efficientamento energetico di alcuni padiglioni, sia la costruzione di due parcheggi multipiano ad uso dei dipendenti e degli utenti.

Nello specifico, per quanto riguarda l'efficientamento energetico, i lavori riguarderanno l'installazione in alcuni padiglioni di impianti fotovoltaici e colonnine di ricarica per autoveicoli elettrici. Gli interventi verranno effettuati nei padiglioni B, C, E, F, G, H, L, NI, i quali possiedono aree esterne adatte a tale scopo.

Questo tipo di investimento avrà sia benefici energetici sia ricadute positive non energetiche (NEBS, non energy benefits).

Al riguardo, i benefici energetici sono gli effetti immediati e diretti dell'investimento, che si realizzano nel breve o medio periodo e hanno un riscontro oggettivo e misurabile. Essi consentono di recuperare il capitale investito attraverso il risparmio di energia tradotto in tagli in bolletta, l'eliminazione degli sprechi, l'ottimizzazione degli impianti e, in estrema sintesi la diminuzione dei costi di gestione e quindi maggiore potere di investimento per offrire un servizio sanitario migliore.

Tra le ricadute positive non energetiche, invece, l'Agenzia Internazionale dell'Energia (IEA) ha evidenziato che gli interventi di efficienza energetica come quello in programma, comportano almeno altre 14 conseguenze positive, di cui ne riportiamo alcune di seguito:

- Riduzione delle emissioni climalteranti: meno emissioni di CO₂ in atmosfera;
- Inquinamento locale: miglioramento della qualità dell'aria e un benessere diffuso per il personale dipendente e per la comunità locale;
- Sicurezza degli approvvigionamenti: riduzione del rischio di un'eventuale limitazione o indisponibilità di fornitura;
- Fornitura di energia: meno carichi sulla rete, più qualità e continuità della trasmissione;
- Prezzo dell'energia: ottimizzare i consumi mette al riparo l'azienda da eventuali variazioni di prezzo delle materie prime energetiche, rappresentando un'assicurazione sullo sviluppo dell'attività;
- Produzione: Riduzione dei costi di produzione dei servizi;
- Risorse disponibili: il risparmio economico generato dall'efficienza e la maggiore stabilità derivata da una crescente indipendenza energetica, libera risorse per altre attività aziendali connesse al core business;
- Valore delle attività: l'efficienza genera valore, sia in termini di valorizzazione del patrimonio immobiliare, sia in termini di offerta di servizi in linea con una nuova sensibilità votata alla green economy. Investire in efficienza energetica e sostenibilità incrementa il valore di un'azienda in misura superiore alle altre;
- Salute: ridurre le emissioni e di conseguenza l'inquinamento atmosferico e termico consentirà un miglioramento globale delle condizioni di salute, con una diminuzione
- dell'insorgenza di malattie e della spesa sanitaria;
- Spesa pubblica: l'efficienza consente la riduzione dell'indebitamento pubblico.

Relativamente ai due parcheggi multipiano, il primo sarà realizzato nei pressi dell'entrata principale di questa Azienda, e permetterà l'accesso diretto agli utenti senza dover passare dalle attuali barriere automatiche. Comprenderà in parte anche l'area attualmente occupata dai parcheggi del padiglione E, e sarà collegato ad essa al P.T. dall'attuale sottopassaggio esistente, e nei piani superiori da collegamenti sospesi.

Inoltre, sarà realizzato tra il padiglione F e il padiglione C un secondo parcheggio multipiano ad uso

esclusivo dei dipendenti.

Tali investimenti saranno in grado di decongestionare il traffico all'interno dell'Azienda Ospedaliera con notevoli vantaggi quali:

- Miglioramento della viabilità interna programmazione dei nuovi parcheggi;
- Risparmio di emissioni di CO2 e quindi riduzione Dell'inquinamento;
- Diminuzione del consumo di carburante a vantaggio degli utenti e dei dipendenti;
- Diminuzione dell'inquinamento acustico;
- Riduzione dello stress;
- Incentivi per una maggiore attività motoria per i piccoli tratti da fare a piedi;
- Benefici per l'equilibrio psicofisico;
- Riduzione degli incidenti.

Inoltre, sarà data priorità alla realizzazione di stalli per disabili e stalli rosa in corrispondenza dei padiglioni. Questi ultimi saranno dotati di fermate per gli autobus ATM e per le navette e saranno collegati ai parcheggi multipiano tramite apposito servizio.

2.1.2 PERFORMANCE – MISURAZIONE OUTCOME*

Il Piano della Performance (art.10 c.1 lett.a D.Lgs 27 ottobre 2009 n.150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda.

Il Piano della performance si configura come strumento di medio-lungo periodo, focalizzato sulla performance complessiva aziendale, mentre è il Budget a declinare annualmente gli specifici obiettivi in capo alle singole unità operative.

Le Fasi del ciclo delle performance sono di seguito definite:

- definizione del budget per singola struttura;
- descrizione ed assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato (target) e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso d'esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- rendicontazione dei risultati ai vertici dell'amministrazione;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito.

CONTENUTI GENERALI DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Ciclo della performance quale atto di programmazione delle attività aziendali, non trova più allocazione all'interno del Piano della performance come previsto dal decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2017 n. 74, di seguito "decreto", altresì viene integrato all'interno del PIAO, come previsto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, definendo un documento unico con lo scopo di semplificare la programmazione e al contempo divulgarla a tutti gli stakeholder attraverso pubblicazione sul sito aziendale, per cui dovranno essere rappresentati:

- Gli obiettivi che si intendono raggiungere, i valori di risultato attesi e i rispettivi indicatori;
- Il collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- Il monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- La misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale;
- L'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- La rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

L'intervento del legislatore in merito alla integrazione della programmazione delle Aziende Sanitarie, attraverso lo strumento del PIAO, ha focalizzato l'attenzione sul concetto di valore pubblico; pertanto, è stato ritenuto necessario dotarsi di strumenti che consentano, anche, una misurazione oggettiva del valore pubblico. Lo sforzo da compiere riguarda l'implementazione delle tecniche di valutazione partecipata attraverso il coinvolgimento di stakeholder istituzionali quali i Comitati Consultivi Aziendali della provincia messinese, ai quali sono stati richiesti i feedback in termini di individuazione di obiettivi mirati ed in particolare:

- tempestività alla risposta ai bisogni di salute
- facilità di accesso ai luoghi di cura
- miglioramento della interfaccia con i parenti sul percorso di cura intraospedaliero del paziente.

Nella pianificazione del Ciclo della performance, l'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" di Messina (nel seguito denominata anche "Azienda") si attiene ai principi individuati dalla deliberazione n.112/2010 della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza, e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, ovvero: Trasparenza, Immediata intelligibilità, Veridicità e verificabilità, Partecipazione, Coerenza interna ed esterna e Orizzonte pluriennale.

Il Ciclo della performance è un modello programmatico, con orizzonte temporale annuale, anche se, in funzione del PIAO gli obiettivi vengono considerati come raggiungibili nel triennio con traguardi attesi

diversi per singolo esercizio. Gli obiettivi definiti in sede di programmazione regionale sono i primi ad essere assegnati, poi trovano posto anche quelli selezionati dalla Direzione Strategica che si integrano con quelli sopracitati e completano l'orientamento aziendale verso le attività individuate come focus.

L'implementazione presso l'A.O.U. "G. Martino" di Messina, oltre a consentire l'adempimento degli obblighi previsti dal decreto 150/09, offre l'opportunità di definire la programmazione sia in termini di obiettivi strategici che operativi. Questi ultimi trovano assegnazione durante la contrattazione di budget in forma completa e raggiungono tutti gli attori coinvolti nelle attività ordinarie dell'Azienda.

Il ciclo di gestione della performance nella normativa risulta delineato dall'art. l'articolo 4 c. 2 lettere a), b), c), d), e) ed f) del decreto 150/09, si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori - lettera a);
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse – lettera b);
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi – lettera c);
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale – lettera d);
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito – lettera e);
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi – lettera f).

In particolare, la sua integrazione con il PIAO contiene gli indirizzi della pianificazione strategica e rappresenta l'elaborazione dei contenuti della strategia e della programmazione dell'Azienda, mediante la selezione di obiettivi e di collegamento a questi di indicatori, al fine di favorire una rappresentazione complessiva ed una comunicazione logica ed efficace, nonché una strategia di programmi e obiettivi strategici coerenti con la mission aziendale ed il relativo contesto di riferimento.

ALLEGATO 1

Con la definizione del Ciclo della Performance, si intende l'identificazione da parte degli organi di indirizzo della performance complessiva dell'Azienda fornendo il quadro generale nell'ambito del quale si sviluppa l'intero Ciclo di Gestione della Performance. Va messo, inoltre, in evidenza che il presente documento abbraccia anche l'area dell'efficientamento energetico; difatti, viene inserito quanto già in programma in questa Azienda.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Dal punto di vista normativo i riferimenti alla redazione del PIAO sono presenti all'interno del D.Lgs 80 09.06.2021. Ciò non esclude quanto individuato dalla precedente normativa ancora in vigore.

Andranno sempre considerati gli aspetti sanciti dal D.Lgs. 74/17 quali:

- individuazione degli indirizzi e degli obiettivi strategici ed operativi con definizione, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- responsabilità dell'organo di indirizzo politico amministrativo nella emanazione di "direttive generali contenenti gli indirizzi strategici" e nella definizione, in collaborazione con i vertici dell'amministrazione, della programmazione;
- impiego di obiettivi generali, che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali nel quadro del programma di Governo e con gli eventuali indirizzi adottati dal Presidente del Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, le priorità strategiche delle
 - pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati, anche tenendo conto del comparto di contrattazione di appartenenza e in relazione anche al livello e alla qualità dei servizi da garantire ai cittadini;
 - impiego di obiettivi specifici individuati, in coerenza con la direttiva annuale adottata ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n.286;
 - impiego di obiettivi coerenti con le attività da incrementare o mantenere in base alle scelte di programmazione effettuate in favore della quantità/qualità delle prestazioni erogate.

Gli obiettivi sono definiti in coerenza con quelli di bilancio indicati nei documenti programmatici e da quanto normato dal D.Lgs. 150/09, e il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa.

Gli indicatori impiegati nella valutazione delle performance sono contenuti all'interno delle schede di budget

che annualmente vengono redatte e pubblicate nella loro interezza ed integrano quelli relativi alla quantizzazione del salario di risultato che sono esplicitati all'interno del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (SMVP) sia in riferimento alla performance organizzativa sia in riferimento alla performance individuale, secondo gli ambiti individuati dagli articoli 8 e 9 del decreto e s.m.i. e che devono dare contezza in riferimento a:

Performance organizzativa

- attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei
 - costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Performance individuale del personale dirigente

- indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

Performance individuale del personale non dirigente

- raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Quanto sopra va integrato con la valutazione della performance intesa come raggiungimento degli obiettivi legati alla contrattazione di budget e alla misurazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati in riferimento ai target/traguardi contrattati dalla équipe con i vertici aziendali. Gli indirizzi, gli obiettivi e gli indicatori vengono elaborati in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione economica patrimoniale, al fine di instaurare il necessario collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse.

Eventuali interventi correttivi, riferiti agli obiettivi per sfera di competenza, sono definiti dalla Direzione Strategica e possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata anche con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto) o delle eventuali verifiche effettuate dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

LA VISIONE

L'A.O.U. "G. Martino" vuole essere un'organizzazione che promuove la salute dei pazienti e dei loro familiari ma anche del personale e della comunità con interventi mirati al miglioramento continuo della qualità dei servizi, perseguendo l'eccellenza nell'assistenza, nella didattica e nella ricerca.

Tale visione sviluppa i concetti di un nuovo movimento di Sanità Pubblica che immagina i cittadini effettivamente artefici delle decisioni che li riguardano e li metta in grado di soddisfare a pieno i loro bisogni di salute anche attraverso la sensibilità ai bisogni del personale sanitario mediante un'opera di valorizzazione delle risorse umane attraverso:

- la creazione di un ambiente di lavoro sano, sereno e stimolante, capace di esaltare le potenzialità esistenti e di attrarre professionisti di eccellenza;
- l'attuazione di programmi aziendali per la promozione della salute del personale;
- la responsabilizzazione dei professionisti, facilitando e premiando la ricerca dell'eccellenza anche attraverso la formazione continua;
- la valutazione delle performance dei singoli, dei team e dell'Azienda nel suo complesso;
- la partecipazione alla definizione delle linee strategiche nel rispetto dei ruoli che la legislazione oggi attribuisce alle diverse figure.

la promozione dell'innovazione e della qualità clinico-assistenziali, tecnologica ed organizzativa, puntando su:

- il miglioramento continuo della qualità, adottando le tecniche più appropriate al contesto, quali l'adesione a sistemi di accreditamento all'eccellenza;
- lo sviluppo delle tematiche della sicurezza (per pazienti, visitatori, operatori e studenti), con
 - particolare attenzione alla prevenzione e al controllo del rischio infettivo;
- le procedure per la valutazione del bisogno di promozione della salute;
- la gestione per processi, che si focalizza su risultati;
- l'informazione ai pazienti sui fattori che influenzano la loro malattia e sugli interventi per promuovere la salute;
- lo sviluppo, di concerto con l'Università, della ricerca traslazionale e di base in campo biomedico e sanitario;
- la costante ricerca dell'allineamento tra gli assetti organizzativi aziendali e l'evoluzione delle conoscenze e degli attori interni ed esterni, anche attraverso la valutazione sistematica delle esperienze;
- la ricerca degli strumenti più appropriati ed efficaci per facilitare la comunicazione all'interno e all'esterno dell'Azienda;
- la programmazione e la partecipazione a programmi e progetti in ambito nazionale ed internazionale, coerenti con la mission, inerenti alla ricerca, alla innovazione assistenziale ed alla comunicazione.

la qualificazione dell'attività di didattica, attraverso:

- l'identificazione e lo sviluppo, in accordo con tutti i Corsi di Studio presenti all'interno dell'Azienda, di ambienti di apprendimento in grado di promuovere la migliore formazione degli studenti dei Corsi di Studio, di specializzazione e dei corsi post-laurea;
- la promozione di una offerta formativa, in accordo con l'Università e la Regione, capace di qualificare i propri professionisti, ma anche di valorizzare in campo regionale, nazionale ed internazionale le competenze esistenti;
- l'identificazione e lo sviluppo di modelli didattici in linea con i bisogni e le domande di formazione di base e specialistica espresse dal Servizio Sanitario Regionale e dell'Università;

- la programmazione e l'organizzazione di tutte le competenze disponibili per la diagnosi e la terapia delle principali patologie.
In particolare, oltre ai professori universitari preposti, il personale universitario ed aziendale dell'AOU potrà svolgere l'attività didattica con incarichi di docenza, tutoraggio e altre attività formative, identificate, disciplinate e coordinate dai Corsi di Studio presenti all'interno dell'Azienda.

Lo sviluppo delle relazioni con l'ambiente esterno mediante:

- la ricerca delle sinergie, attraverso diverse forme di aggregazione
- interazione con le varie istituzioni locali e regionali
- interazione con gli attori sociali ed economici
- interazione con i cittadini

LA PROMOZIONE DI INTEGRAZIONI SECONDO LOGICHE DI RETE

per l'assistenza, rispetto ai percorsi del paziente interaziendali, regionali, nazionali ed internazionali;

per la didattica e la ricerca, in accordo con l'Università degli Studi di Messina nelle sue istituzioni accademiche e con gli enti nazionali ed internazionali preposti alla promozione della ricerca;

per la collaborazione con i principali erogatori per ottimizzare l'integrazione delle attività di promozione della salute nei percorsi dei pazienti;

per l'attenzione agli investimenti nelle varie forme consentite, volti a migliorare le performance dell'Azienda e a valorizzare nuove forme di partecipazione organizzativa e finanziaria.

INDICATORI

Gli indicatori hanno trovato nel tempo diverse definizioni, chiaramente essendo utilizzati per svariate tipologie di organizzazioni, questo ha fatto sì che la loro diffusione avvenisse in maniera rapida e capillare, in tutte quelle Aziende dove svolge un ruolo preponderante la Programmazione delle attività. In campo sanitario pubblico diventa necessario questo tipo di approccio, in quanto la gestione delle risorse deve fare i conti con i fondi che vengono liberati e resi disponibili, dando altrettanto conto di come se ne sia fatto uso in coerenza con la mission aziendale. Inoltre, il soggetto erogatore (Regione Siciliana) è coinvolto nell'assegnazione degli obiettivi (budget) per cui, essendo la lettura degli esiti legata, anche, alla tipologia di indicatore scelto, sarà proprio quest'ultimo a ricoprire un ruolo fondamentale per l'amministrazione.

In questo contesto la definizione che verrà impiegata è quella data dal Ministero della Salute di Concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze nel D.M. del 12.12.2001, che all'art. 3 lettera a), in riferimento agli indicatori li definisce come:

“informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali”

Tali strumenti devono avere alcune caratteristiche che ne evidenzino la forza del loro impiego, infatti devono rispondere ad alcuni requisiti di attendibilità quali:

- validità
- controllabilità
- comprensibilità
- unicità
- tempestività
- comparabilità
- economicità

MISURE DI COSTO

Una prima e fondamentale indicazione sull'efficienza dei processi si può ottenere misurando i costi necessari allo svolgimento delle singole attività e dei processi nel loro complesso. Ciò coinvolge le modalità di acquisizione e impiego di beni e servizi.

All'interno dell'organizzazione ritroviamo un considerevole numero di tipologie di costo, e tutte con significato preciso nelle scelte della gestione per orientare il management verso una programmazione attenta all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili. Ne individuiamo quelli maggiormente rappresentati

L'attenzione ai costi sostenuti, e alla loro ottimizzazione in ambito produttivo, deve essere letta anche attraverso il "Margine di contribuzione", che è il valore economico capace di dare contezza se il prodotto (prestazione) è remunerativa oppure no. In altre parole ci informa su quanto rimane di utile sul singolo prodotto, una volta sottratte dal prezzo tutte le tipologie di costo sostenute.

MISURE DI TEMPO

Il fattore tempo ha assunto una straordinaria importanza come fattore di competizione essendo una grandezza misurabile e diretta (non come i costi che possono avere delle attribuzioni arbitrarie), c'è una grande diffusione delle misure di tempo nella gestione aziendale.

Le misure principali delle performance di tempo sono i "lead time" (tempo di attraversamento), cioè i tempi effettivi di esecuzione del processo e possono essere attribuiti agli indicatori come variabile comune.

Alcune misure di tempo sono: time to access; time to order; time to market che all'interno della nostra organizzazione leggiamo come: tempi di attesa, approvvigionamento beni (e gestione scorte), offerta nuovi prodotti (linee di attività), ecc.

MISURE DI QUALITÀ

Le misure della qualità di esecuzione del processo sono le più variegata e complesse da analizzare. Per un'interpretazione corretta del sistema di misure è utile distinguere: la qualità prodotta o dei processi (come il complesso delle caratteristiche che rendono un oggetto adatto all'uso o alla funzione cui è destinato) dalla qualità percepita (come valutazione da parte dei clienti circa il grado di soddisfazione di un bene o servizio).

Chiaramente, essendo nel nostro caso il protagonista dell'osservazione il cittadino utente, diventano elementi importanti tutti gli aspetti che fanno qualità del servizio, non si resta ancorati al solo aspetto medico, ma il concetto viene esteso anche ad altri aspetti sia di tipo sociale che di tipo legale, conservando sempre l'obiettivo principale che è rappresentato dall'efficacia della cura.

È proprio questa attenzione all'outcome che realizza quanto richiesto dal PIAO in termini di valore pubblico.

A seguire alcune dimensioni che ricorrono in maniera preponderante all'interno dell'organizzazione, e che rappresentano, per l'Azienda, quelle di principale interesse in relazione alla qualità prodotta:

- accesso alle prestazioni sanitarie
- tutela dei diritti
- comfort negli ospedali e negli ambulatori
- informazioni sulla salute, sulle terapie e sui percorsi assistenziali
- umanizzazione del rapporto con gli operatori sanitari
- assistenza in termini di appropriatezza ed efficacia clinica delle cure ricevute

A seguire alcune condizioni che possono ricorrere anche in maniera preponderante, e che rappresentano, per l'Azienda, quelle di principale interesse in relazione alla qualità percepita:

- degrado esterno del complesso nosocomiale (intonaci, ferri esposti, umidità, ecc.)
- degrado interno del complesso nosocomiale (intonaci, umidità, ecc.)
- scarsa pulizia degli ambienti comuni (scale, corridoi, pianerottoli, bagni, ecc.)

- scarsa pulizia degli ambienti dedicati al ricovero e cura (corridoi di reparto, stanze, ambulatori, ecc.)
- cattivi odori (qualsiasi tipo di spazio interno)
- funzionalità bagni (acqua, salviettine, sapone, ecc.)
- funzionalità ascensori

In ottemperanza a quanto premesso in termini implementazione del valore pubblico, si intende procedere attraverso il coinvolgimento dei Comitati Consultivi Aziendali, mediante una strutturata collaborazione, prevedendo di realizzare una attività di interfaccia fra l'utente e l'Azienda, con l'utilizzo di un apposito strumento informatico che consenta lo scambio di report sulle attività di monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utente

SPECIFICITÀ DEGLI INDICATORI DI QUALITÀ

Si individuano diverse categorie di indicatori ognuna mirata ad uno specifico interesse di conoscenza e di orientamento al miglioramento dei servizi attraverso efficienza ed efficacia:

1. ATTIVITÀ restituiscono informazioni sulla tipologia di prestazione effettuata in termini di complessità e/o di specificità organizzativa es.: peso medio DRG, ICM (indice di case mix), indice chirurgico, ecc.
2. RISORSA restituiscono informazioni sulle modalità di impiego del fattore produttivo come ottimizzazione della produttività del bene es.: iopl (indice di occupazione posto letto), degenza media, turn-over, consumo farmaci (spesa farmaci/gg. deg.), consumo dispositivi medici (spesa disp. med./gg. deg.), ecc.
3. RISULTATO restituiscono informazioni sui risultati operativi con prevalenza della componente economica es.: valore di produzione da Ricovero Ordinario, valore di produzione da Day Hospital, valore di produzione da attività ambulatoriale, ecc.
4. DOMANDA E ACCESSIBILITÀ restituiscono informazioni sulle capacità di attrarre utenza sia in termini di facilità di accesso che qualificazione delle professionalità ed efficacia delle cure es.: abbattimento liste di attesa, numero accessi, mobilità attiva e ancora definizione report, stesura PDTA, allineamento cartella ambulatoriale, cartella pre-ospedalizzazione e registro Ormaweb, consegna relazioni, definizione manuale qualità, definizione procedure, ecc. (sempre time-related).

Al fine di conoscere in termini quali/quantitativi l'insieme degli indicatori che vengono usati nella contrattazione di budget, è prevista, ad integrazione del Piano, la pubblicazione delle schede con obiettivi e valori target contrattati con le UU.OO. **ALLEGATO 2.**

Questa attività consente la lettura dettagliata degli strumenti che vengono utilizzati per la misurazione degli esiti e, allo stesso tempo, offre la massima trasparenza su come è organizzata la programmazione aziendale, considerato, anche, che il cittadino ha il diritto di avere accesso a queste informazioni che, anche in virtù di ciò, vengono riportate all'interno della Relazione sulla Performance (D.Lgs. 150/09 art. 10 c. 1 lettera b) “ omissis ... le amministrazioni pubbliche ... omissis ... redigono annualmente: b) un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato: «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.”

Tale documento, proprio in virtù della sua alta valenza nel raccontare l'orientamento operativo dell'Azienda, è soggetto a pubblicazione sul sito web aziendale, come da compiti di verifica assegnati all'Organismo Indipendente di Valutazione D.Lgs. 150/09 art. 14 c. 4 “L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance: ... omissis ... lettera c) “valida la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10 e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione.

PROPOSTA DI PROGETTO PER MISURAZIONE OUTCOME*

Premessa

Disciplinato dall'art. 6 del D.Lgs. n. 80 del 2021, il PIAO (Piano Integrato dell'Attività e dell'Organizzazione) è il documento unico di programmazione e di governance per le Pubbliche Amministrazioni.

Il PIAO consente alla Pubblica Amministrazione un'analisi completa della propria amministrazione e degli obiettivi da raggiungere.

Con una durata triennale, ma soggetto ad aggiornamenti con cadenza annuale, il PIAO stabilisce, tra gli altri, gli obiettivi in termini di performance.

La performance, all'interno della Pubblica Amministrazione, si riferisce alla capacità di un ente di gestire le richieste dell'utenza e di soddisfare i bisogni espressi di un determinato target. Il suo inserimento all'interno del PIAO favorisce lo sviluppo di strategie e programmi connessi alla mission aziendale: garantire un'attività assistenziale adeguata e funzionale alle esigenze espresse dell'utenza.

Inoltre, con la valutazione della performance, ogni Pubblica Amministrazione può misurare il proprio valore pubblico e, sulla base dei risultati ottenuti, verificare la qualità dei servizi offerti.

Questa proposta intende suggerire l'attivazione di un percorso di valutazione della performance:

le modalità consisteranno nel coinvolgere l'utenza, quale strumento di rilevazione circa la qualità delle prestazioni offerte, con l'obiettivo, sulla scorta del feedback ottenuto, di verificare l'efficacia circa gli obiettivi prefissati e di pianificare delle strategie funzionali al miglioramento della performance.

La performance nel settore pubblico

Il Decreto Legislativo n. 150/2009, noto anche come Legge Brunetta, disciplina le Pubbliche Amministrazioni in riferimento alla performance e le stesse sono chiamate a valutarsi in termini di produttività, efficienza e trasparenza.

Il Decreto prevede l'attivazione di un percorso di valutazione della performance al fine di consentire alle Pubbliche Amministrazioni di migliorare e di ottimizzare la propria produttività.

“Ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti”.

Successivamente, con il Decreto Legislativo n. 74/2017 si rinnova il succitato processo di misurazione della performance attribuendo agli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) maggiore capacità di iniziativa e introducendo altresì meccanismi di riconoscimento del merito e di premialità in materia di valutazione e di controllo.

Nell'ambito della performance organizzativa, le Pubbliche Amministrazioni valutano una serie di fattori:

- Input – s'intende l'insieme delle risorse utilizzate per la gestione di un servizio;
- Processo – s'intendono l'organizzazione delle risorse e la pianificazione delle attività;
- Output – s'intende l'insieme delle attività e delle prestazioni erogate;
- Outcome – s'intendono in genere i risultati ottenuti e, nello specifico, gli effetti prodotti da un servizio erogato su un particolare target di riferimento.

La presente proposta intende soffermarsi sull'outcome e intende individuare, come strumento di indagine, il questionario strutturato da sottoporre all'utenza.

Il questionario sottoporrà dei quesiti inerenti i punti indicati in macroaree:

La compilazione del questionario potrà essere effettuata dagli utenti attraverso l'utilizzo di diversi strumenti, digitali e non. Di seguito le proposte:

- Totem di valutazione: posizionato all'ingresso di ciascun padiglione, il totem permetterà a tutti gli utenti di compilare digitalmente il questionario strutturato.
- Codice QR: appositamente riportato nel modulo della dimissione, attraverso la scansione del codice indicato, tutti gli utenti potranno accedere direttamente al questionario strutturato e compilarlo.
- Intervista: il questionario strutturato sarà sottoposto in modalità cartacea all'utenza dal personale addetto.

Le fasi conclusive di un processo di ricerca consistono nell'elaborazione e nell'analisi dei dati raccolti. Nel nostro caso, il progetto di indagine proposto si potrà concludere con una rappresentazione descrittiva dei dati raccolti, mediante l'utilizzo di tabelle e/o grafici.

Le risposte degli utenti, alle domande poste nel questionario, potranno essere rese in percentuale al fine di chiarire quali sono i giudizi che prevalgono sui vari punti d'interesse.

Attraverso le risposte degli utenti, rese mediante il questionario, e con la conseguente disamina dei giudizi espressi, sarà possibile pianificare delle azioni mirate al miglioramento dei servizi offerti.

Inoltre, rafforzando l'accountability e mirando allo sviluppo di nuovi punti di forza e al perfezionamento di quelli già esistenti, si potrà innovare la struttura organizzativa e rendere l'azienda ancora più efficiente e solida, con il coinvolgimento di tutti. [Allegata Presentazione](#)

*Elaborazione progettuale a cura della dr.ssa Claudia Trimarchi – Obiettivo Progetto Formativo e di Orientamento Dipartimento Scienze Cognitive, Psicologiche, Pedagogiche e degli studi culturali – COSPECS - UNIME- Tutor AOU G. Martino Prof. Antonino Cancellieri

GLI OBIETTIVI E LORO ASSEGNAZIONE

Nella programmazione delle attività vanno distinte due dimensioni temporali dominanti: dove una è rappresentata dal Piano aziendale delle performance, e l'altra è rappresentata dal budget. La differenza è in relazione al periodo al quale la pianificazione si riferisce; infatti nel caso del Piano l'orizzonte temporale è di tre anni (nei piani aziendali i tempi mediamente vanno dai 3 a 5 anni) e rappresenta la programmazione nel medio periodo; invece nel caso del budget, siamo di fronte alla programmazione nel breve periodo, stante che l'orizzonte temporale si riduce a 1 anno e ciò al fine di fare coincidere tale periodo con l'esercizio (dal 1 gennaio al 31 dicembre), per cui gli obiettivi assegnati vanno raggiunti entro l'anno al quale fanno riferimento in termini di contrattazione di budget.

Gli obiettivi devono rispondere ad alcune specifiche che ne caratterizzano la natura e la loro spendibilità all'interno della programmazione. La principale è quella se sono riferiti al piano oppure al budget, infatti, nella struttura degli obiettivi relativi al piano, vengono delineati due approcci al risultato che si differenziano per il tempo assegnato per il loro raggiungimento; di fatto cambia anche la definizione degli obiettivi stessi, in quanto quelli che si riferiscono al piano con orizzonte temporale di tre anni, vengono definiti "strategici" ed hanno bisogno di essere declinati in obiettivi riferiti a periodi più brevi della vita aziendale.

Tali obiettivi sono definiti "operativi" e il loro raggiungimento deve essere misurato in riferimento all'esercizio, in quanto espressione della programmazione del breve periodo.

Le caratteristiche proprie degli obiettivi, vale a dire le qualità che devono possedere affinché il loro utilizzo risulti efficace, sono ben note e riportate in letteratura (P. Drucker), per cui il management per obiettivi deve definire:

- la procedura in sequenza degli obiettivi e dei goal organizzativi
- gli obiettivi specifici per ogni membro
- il processo decisionale partecipativo
- il periodo di tempo esplicito
- la valutazione delle performance e feedback

L'assegnazione degli obiettivi è legata alla tipologia di metodo impiegato, infatti gli stessi possono essere assegnati attraverso due tipologie di approccio

Top Down

Bottom up

- gli obiettivi vengono assegnati a cascata a partire dall'Assessorato della Salute
 - poi assegnati ai Dipartimenti
 - poi assegnati alle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD.
 - fino alle singole unità di personale che vengono qualificate all'interno del budget attraverso l'assegnazione operativa degli obiettivi identificati ed inseriti nel processo di budget
- gli obiettivi vengono individuati dalla base della piramide gerarchica
 - suggeriti e condivisi fino al Direzionale

CARATTERISTICHE DEGLI OBIETTIVI

A sua volta l'obiettivo in sé deve rispondere, per essere impiegabile, all'acronimo S.M.A.R.T., come appresso riportato, ed avere le caratteristiche idonee al suo impiego anche in termini di affidabilità e completezza descrittiva:

- Specific (specifico) cioè che non lascia spazio ad ambiguità;
- Measurable (misurabile) senza equivoci e verificabile in fase di controllo;
- Achievable (raggiungibile) poiché un obiettivo non raggiungibile demotiva all'azione allo stesso modo di un'obiettivo non raggiungibile;
- Realistic (realistico) da un punto di vista organizzativo, cioè coerente con la mission aziendale;
- Time Related (relazionato al tempo) definito nel tempo

Il legislatore, nell'occuparsi della definizione della programmazione delle attività della Pubblica Amministrazione, ha preso in esame la qualità degli obiettivi da impiegare, e al fine di fornire informazioni importanti sulla natura, e sulle caratteristiche degli obiettivi, nel D.Lgs. 150/09 all'art. 5 c. 2, come rappresentato di seguito, ne riporta le qualità per cui gli obiettivi devono essere:

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

In pratica, il legislatore riporta le condizioni di utilità così come esistenti nella letteratura dell'Organizzazione Aziendale, le fa proprie ed aggiunge altre due dimensioni che fanno riferimento a:

- il miglioramento della qualità dei servizi erogati ☐
- alle tendenze create nel tempo in azienda in riferimento alla produttività ☐

MODALITÀ D'IMPLEMENTAZIONE

In sostituzione di quanto delineato nelle Linee Guida del Ciclo di Gestione della Performance in riferimento al Piano della Performance, il PIAO rappresenta il fulcro della fase di programmazione degli obiettivi e dei risultati da conseguire, nella parte in cui interviene nella definizione e assegnazione degli obiettivi. Nelle Linee Guida, infatti, è specificato chiaramente che i contenuti dei documenti di programmazione derivano in modo coerente dai contenuti del Piano della Performance adesso PIAO, il cui processo di elaborazione si conclude con l'approvazione formale entro il mese di gennaio.

Tale innovazione non altera l'architettura concettuale che guida tutti i passi di programmazione in una logica di coerenza e di integrazione, consentendo di definire gli ambiti strategici ed operativi all'interno dei quali redigere ed approvare i documenti di programmazione pluriennale (PIAO) e annuale (budget). L'attività di programmazione prosegue attraverso la definizione di obiettivi operativi e l'assegnazione di risorse per la loro realizzazione, sulla base dei quali sarà possibile definire il budget Direzionale.

PRINCIPI DI STRUTTURA E DI CONTENUTO

Secondo i principi generali di struttura e di contenuto, il PIAO nella sezione Performance mantiene le caratteristiche che hanno contraddistinto la programmazione fin qui come definito dalla normativa vigente per cui rimangono inalterate alcune caratteristiche quali:

- bilanciamento - i contenuti sono definiti e trattati con ragionevole approfondimento anche sulla base della rilevanza strategica ed economica delle diverse attività dell'Azienda;
- chiarezza - facile lettura poiché diversi sono i destinatari delle informazioni;
- coerenza - i contenuti sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto del principio della coerenza rende il Ciclo della performance attuabile.

L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani d'azione alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili;

- veridicità - i contenuti corrispondono alla realtà prevedibile sulla base degli elementi in possesso all'atto della sua approvazione e per ogni indicatore è riportata la fonte di provenienza dei dati che saranno utilizzati per la sua valutazione;
- trasparenza - diffusione tra gli utilizzatori, resa disponibile e di facile accesso mediante la pubblicazione nell'area dedicata del sito web istituzionale;
- intellegibilità - facile comprensibilità anche per gli stakeholder esterni. A tal fine, l'Azienda ha definito una struttura multi-livello (parte principale del Piano e schede di budget) facendo in modo che nella parte principale siano inseriti contenuti facilmente accessibili e comprensibili, anche in termini di linguaggio utilizzato, dagli stakeholder esterni come valenza informativa;
- integrazione con l'aspetto finanziario - si crea raccordo con i documenti contabili e di programmazione in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico-patrimoniale. L'integrazione e il collegamento logico con queste fasi di programmazione economico-finanziaria e di bilancio sono garantiti da:

1. coerenza dei contenuti;
 2. coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
 3. coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
 4. integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi ICT a supporto dei processi.
- ✓ supporto da soggetti qualificati - il gruppo di lavoro che coordina le fasi del processo di predisposizione del PIAO ed elabora il documento ha competenze di pianificazione e controllo ed ha una opportuna collocazione organizzativa, Staff DSA/Pianificazione Strategica/STP, CdG;
 - ✓ formalizzazione - il PIAO va formalizzato (supporto cartaceo e informatico) al fine di essere approvato con atto formale di cui deve essere data evidenza anche al fine di assolvere alla funzione di comunicazione, esterna ed interna, propria del documento;
 - ✓ confrontabilità e flessibilità - deve potersi realizzare il confronto negli anni del documento e il confronto con la Relazione sulla performance.;
 - ✓ dimensione pluriennale e annuale - l'arco temporale di riferimento PIAO è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento.

PRINCIPI DI PROCESSO

I principi di processo sono generali e relativi al processo di definizione ed elaborazione del Piano.

Lo stesso rispetterà i principi di processo per cui dovrà essere:

- 1) predefinito - sono predefiniti le fasi, i tempi e le modalità del processo per la predisposizione del Piano e per la sua eventuale revisione infra-annuale nel caso in cui intervenissero situazioni straordinarie;
- 2) specifico nei ruoli - sono individuati gli attori coinvolti (organi di indirizzo gestionale, dirigenti e strutture) e loro ruoli;
- 3) coerente - al fine di aumentare la probabilità di successo nell'attuazione, ciascuna fase del Piano è coerente e collegata con le altre. La fase di definizione della missione e della visione è coerente con il mandato istituzionale, con i valori e la cultura. Vi è coerenza tra la fase di definizione degli obiettivi e la fase di individuazione dell'oggetto di analisi; nonché tra la fase di definizione degli indicatori di misura e la fase di individuazione del soggetto responsabile del raggiungimento degli obiettivi;
- 4) partecipato - il Piano è definito attraverso una partecipazione attiva del personale dirigente che, a sua volta, deve favorire il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Inoltre è favorita ogni forma di interazione con gli stakeholder esterni (utenti, cittadinanza, associazioni di categoria, etc.) per individuarne e considerarne le aspettative e le attese. Il processo di sviluppo del Piano è, pertanto, frutto di un preciso e strutturato percorso di coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (mappatura, analisi e coinvolgimento degli stakeholder);

- 5) integrato al processo di programmazione economico-finanziaria - gli obiettivi sono coerenti con le risorse finanziarie ed economiche, garantendo il raccordo con i processi di programmazione e con il budget economico-finanziario. Un processo integrato ha, infatti, il vantaggio di creare sinergie ed evitare sovrapposizioni di strumenti.

CICLO DELLA PERFORMANCE

Gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance, intesa come il contributo che ciascun soggetto (direzione aziendale, responsabile di articolazione organizzativa, dirigente, dipendente) fornisce attraverso la propria azione tesa al raggiungimento delle finalità ed alla soddisfazione dei bisogni dell'organizzazione.

La sua presentazione rappresenta una dichiarazione politica in materia di performance che fornisce il quadro di riferimento per la programmazione triennale degli obiettivi.

In esso vengono richiamati gli elementi di natura valoriale che guidano il miglioramento della performance organizzativa e individuale dell'Azienda e l'azione di rafforzamento della propria capacità competitiva, di sviluppo socio-economico del territorio, di promozione degli interessi generali e promozione della salute, della didattica, della ricerca e dell'internazionalizzazione.

Attraverso la presentazione vengono riepilogate ed attualizzate le priorità di intervento, gli ambiti strategici su cui l'Amministrazione intende focalizzare l'azione strategica durante il proprio mandato.

A tale fine si richiama il concetto di albero della performance che rappresenta una mappatura, di matrice logica, con espresse le coerenze tra mandato istituzionale, missione, visione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani d'azione.

Fornisce inoltre una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'organizzazione. Ha come attributi qualificanti quello di trasparenza rivolto agli stakeholder (D.lgs. 33/2013 art. 10 c. 8 lettera b), e quello a valenza tecnica che rappresenta la messa a sistema dell'architettura relativa alla individuazione dei ruoli e delle dimensioni rappresentate all'interno della catena gerarchica in riferimento alla selezione degli obiettivi propri della programmazione delle attività aziendali.

In coerenza con le funzionalità dello strumento di programmazione delle attività aziendali denominato Balanced Scorecard (Robert Kaplan, David Norton, The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance, Harvard Business Review, 1992), vengono selezionate le 4 prospettive di miglioramento proprie dello strumento utilizzato come riportate in letteratura, e adattate al contesto organizzativo/operativo tipico di una Azienda Sanitaria pubblica con obiettivi legati, alla cura della salute attraverso l'impiego di un sistema sanitario basato su un modello universalistico.

Va ribadito che tali priorità possono avere una valenza sia di innovazione che di miglioramento dei servizi (e-government, automazione servizi, semplificazione delle procedure e accessibilità, avvio nuovi servizi, etc.), sia di promozione e sviluppo della salute (internazionalizzazione, innovazione, didattica, ricerca, investimenti in infrastrutture, etc.) il tutto al fine della implementazione del Valore Pubblico mediante lo strumento operativo dell'assegnazione degli Obiettivi di Budget individuati seguendo le prospettive:

1. “governo clinico e crescita”
2. “governo dei processi interni”
3. “governo economico finanziario”
4. “utenti”

2.2.1 OBIETTIVI DI BUDGET

- Obiettivi operativi specifici e trasversali (semplificazione, digitalizzazione, piena accessibilità, pari opportunità)
- Indicatori di performance Organizzativa (Efficacia ed Efficienza)
- Prevenzione dei Fenomeni Corruttivi e Trasparenza.

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO 2024-2026						
DESCRIZIONE OBIETTIVO		INDICATORE	2024 (II° semestre)	2025	2026	2027 (I° semestre)
1. Liste di attesa - monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa		Sub-obiettivo 1. Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accredita negli ambiti terriotirali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie	100%	100%	100%	100%
		Indicatore 2.1 : Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali >10	>10	>10	>10	>10
		Indicatore 2.2 : Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente	>10% rispetto all'anno precedente
		Indicatore 2.3: Numero di prestazioni di controllo prescritte da MMG/PLS	<20%rispetto all'anno precedente	<20%rispetto all'anno precedente	<20%rispetto all'anno precedente	<20%rispetto all'anno precedente
2. Esiti	· Frattura del femore	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente: 96%	96%	96%	96%	96%
	· Parti cesarei	Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con 500 <= vol. < 1000 parti anno = massimo 10% Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con <= 1000 parti	<20%	<20%	<20%	<20%

		anno = massimo 20%				
	· Tempestività P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente: 82%	82%	82%	82%	82%
	· Colecistectomia laparoscopica	L'indicatore è definito in termini di tasso "aggiustato", ovvero tenendo conto della tipologia e delle condizioni del paziente: 96%	96%	96%	96%	96%
3. Rispetto degli standard di sicurezza dei punti nascita		Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100%. Soddisfacimento del 100% dei requisiti previsti dalla Checklist nella totalità dei punti nascita dell'Azienda	100%	100%	100%	100%
4. Pronto Soccorso - gestione del sovraffollamento		1) TMP: < = 85%	≤ 85%	≤ 85%	≤ 85%	≤ 85%
		2) Boarding: < = 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%	≤ 2%
5. Screening oncologici	· Tumore della cervice uterina	Gli indicatori esprimono la collaborazione con le ASP per il raggiungimento del risultato: Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP (SI/NO) si=1, no=0	Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP SI	Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP SI	Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP SI	Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP SI
		Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening si=1, no=0	Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening SI	Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening SI	Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening SI	Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening SI

	· Tumore della mammella	Esecuzione delle prestazioni di approfondiment o richieste dalla ASP 100% = 1, <100% =0	Esecuzione delle prestazioni di approfondime nto richieste dalla ASP 100%	Esecuzione delle prestazioni di approfondime nto richieste dalla ASP 100%	Esecuzione delle prestazioni di approfondime nto richieste dalla ASP 100%	Esecuzione delle prestazioni di approfondime nto richieste dalla ASP 100%
	· Tumore del colon retto	Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondiment o o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening (SI/NO) si=1, no=0	Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondime nto o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening SI	Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondime nto o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening SI	Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondime nto o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening SI	Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondime nto o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening SI
6. Donazione organi e raccolta sangue		1) Istituzione del Coordinamento Locale Aziendale per il Procurement Organi e Tessuti con assegnazione dell'incarico di altissima specialità per il Coordinatore locale Aziendale e l'individuazione di un infermiere dedicato al procurement (ASR Programma nazionale donazioni 2018-2020) (PESO 10%)	SI	SI	SI	SI
		2) Numero di accertamenti di morte con criterio neurologico/nu mero di decessi aziendali per grave neurolesione (PESO 30%) >5%	5%	15%	25%	30%
		3) Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)	<38%	<38%	<38%	<38%
		4) Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)	≥ 10% rispetto all'anno 2023	≥ 20% rispetto all'anno 2023	≥ 30% rispetto all'anno 2023	≥ 30% rispetto all'anno 2023
		5) Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di	≥ 2	≥ 2	≥ 2	≥ 2

	formazione e/o sensibilizzazione (PESO 10%)				
7. Fascicolo Sanitario Elettronico	INDICATORE 1 numeratore: documenti indicizzati denominatore: n. di prestazioni erogate	Indicatore 1: 40%	Indicatore 1: 65%	Indicatore 1: 90%	Indicatore 1: 90%
	INDICATORE 3 numeratore: n. documenti in CDA2 denominatore: n. documenti indicizzati fattore di scala: (x100)	Indicatore 3: 80%	Indicatore 3: 90%	Indicatore 3: 90%	Indicatore 3: 90%
	INDICATORE 4 numeratore: n. documenti firmati in PaDES denominatore: n. documenti indicizzati fattore di scala: (x100)	Indicatore 4: 80%	Indicatore 4: 90%	Indicatore 4: 90%	Indicatore 4: 90%
8. Percorso di Certificabilità	Indicatore al 31/12/2024 Istituzione di una funzione di Internal Audit esclusiva, indipendente, strutturata ed obiettiva finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativa contabile aziendale. (SI/NO)	Aggiornamento delle procedure PAC AL 31/12/2024	Conseguimento della Certificabilità dei dati e dei bilanci al 30/06/2025 quale conseguenza del raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dal D.M. 1 marzo 2013	Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento al 31/12/2026	
	Indicatore al 30/06/2025 Piena attuazione delle procedure aziendali adottate e adeguatamente aggiornate dagli Enti del SSR per il raggiungimento degli obiettivi e delle azioni PAC relativi a ciascuno dei cicli e delle Aree di Bilancio (SI/NO)				

	Indicatore al 31/12/2026 Certificazione dei Bilanci Aziendali (SI/NO)				
	Obiettivo al 30/06/2025 Conseguimento della Certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti del SSR, quale conseguenza del raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dal D.M. 1 marzo 2013				
	Obiettivo al 31/12/2026 Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento				
9. Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo terapia	Obiettivo 1. Garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla Centrale Unica di Committenza della Regione Siciliana entro 10 giorni dalla data di trasmissione del decreto di aggiudicazione procedure adottate dall'Azienda Sanitaria/procedure aggiudicate dalla CUC/ $\geq 0,95$	procedure adottate dall'Azienda / procedure aggiudicate CUC: $\geq 95\%$	procedure adottate dall'Azienda / procedure aggiudicate CUC: $\geq 95\%$	procedure adottate dall'Azienda / procedure aggiudicate CUC: $\geq 95\%$	procedure adottate dall'Azienda / procedure aggiudicate CUC: $\geq 95\%$
	Obiettivo 2. Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario. Indicatore 2: N. prestazioni I ciclo/N. dimessi sia DH che in regime ordinario $\geq 0,8$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$

10. Area della performance	· Ospedaliera	AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA - PUNTEGGIO 8 ASP. 18 AO E AOU1. Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui - codice H02Z - Punteggio 2 ASP. 4 AO e AOU	0	135	135	70
		2. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - codice H04Z - Punteggio 2 ASP, 4 AO E AOU	% 2024 < % 2023	% 2025 < % 2024	% 2026 < % 2025	% 2027 < % 2026
		3. Frequenza di infezioni post-chirurgiche - codice H16S - Puntegio 4 ASP. 10 AO e AOU	% 2024 < % 2023	% 2025 < % 2024	% 2026 < % 2025	% 2027 < % 2026
OBIETTIVI CONTRATTUALI						
11. Raggiungimento dell'equilibrio economico di Bilancio			SI	SI	SI	SI
12. Adempimenti previsti dal Piano P.R.G.L.A.	Categoria di prestazioni da recuperare	Indicatore di performance	70% dei ricoveri chirurgici e 80% delle prestazioni ambulatoriali	70% dei ricoveri chirurgici e 80% delle prestazioni ambulatoriali	70% dei ricoveri chirurgici e 80% delle prestazioni ambulatoriali	70% dei ricoveri chirurgici e 80% delle prestazioni ambulatoriali
	Ricoveri chirurgici da PNGLA	>70% dei ricoveri rilevati alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento	>70%	>70%	>70%	>70%
	Prestazioni Ambulatoriali da PNGLA	>80% delle prestazioni ambulatoriali rilevate alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento	>80%	>80%	>80%	>80%

13. Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa con particolare riguardo al tetto di spesa per il personale assegnato all'Azienda		SI	SI	SI	SI
14. Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa con particolare riguardo al programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato		SI	SI	SI	SI
15. Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa con particolare riguardo all'acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente, di cui al Codice dei Contratti		SI	SI	SI	SI
16. Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa con particolare riguardo all'assistenza farmaceutica territoriale / ospedaliera che sarà valutata in ciascuno dei tre anni		concordato annualmente	concordato annualmente	concordato annualmente	concordato annualmente
17. Missione 6 - Salute del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	Raggiungimento del 100% delle azioni previste dal Piano rispetto al cronoprogramma	100%	100%	100%	100%
	Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero della salute in qualità di Amministrazione centrale titolare dell'intervento	100%	100%	100%	100%
18. Delibera della Giunta di Governo relativamente alle attività di realizzazione del Piano di Potenziamento della Retet Ospedaliera della Regione Siciliana		SI	SI	SI	SI
19. Osservanza degli obblighi in materia di "Flussi informativi"		SI	SI	SI	SI
20. Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione con specifico riferimento ai rischi corruttivi in sanità nonché degli obblighi di trasparenza		SI	SI	SI	SI

21. Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia di libera professione intramuraria		SI	SI	SI	SI
22. Rispetto dei termini di pagamento previsti dal vigente ordinamento		SI	SI	SI	SI

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

Ogni obiettivo strategico stabilito nella fase precedente, è articolato in obiettivi operativi e per ciascuno dei quali sono definite:

- ✚ l'obiettivo operativo, a cui si associano, rispettivamente, uno o più indicatori;
- ✚ ad ogni indicatore è attribuito un target (valore programmato o atteso);
- ✚ le azioni da porre in essere con la relativa tempistica;
- ✚ la quantificazione delle risorse economiche, umane e strumentali;
- ✚ le responsabilità organizzative, identificando un solo responsabile per ciascun obiettivo operativo.

Gli obiettivi strategici, declinati in operativi, vengono inseriti in schede di programmazione che, elaborate per U.O.C. o U.O.S.D., prevedono un'integrazione dei contenuti relativi alla programmazione operativa con i contenuti della programmazione strategica e della programmazione di bilancio.

All'interno delle schede sono riportati gli indicatori che saranno monitorati per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi.

A differenza della sezione precedente, proprio perché rappresenta l'integrazione tra programmazione strategica, programmazione operativa e programmazione di bilancio, questa sezione è elaborata con specifico riferimento al primo esercizio del triennio di programmazione.

Come da consolidata prassi organizzativa gli obiettivi che vengono assegnati in via prioritaria alle UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD. dell'Azienda sono quelli contenuti nei documenti dell'Assessorato della Salute, che vengono inviati, generalmente ad inizio esercizio, ed inseriti nella programmazione aziendale. Nel caso in cui la Regione non dovesse inviare gli obiettivi relativi al budget in tempi brevi, l'Azienda considera confermati quelli dell'anno precedente in attesa di rimodulare la contrattazione inserendo anche quelli definiti dalla Direzione Strategica.

In riferimento agli obiettivi relativi al presente Piano, questi vengono riportati a seguire in forma completa di indicatori, valori attesi e pesatura, in modo da offrire la massima trasparenza attraverso la conoscenza della programmazione strategica.

OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE

Fermo restando il rispetto delle disposizioni del decreto D.lgs. 150/2009 ed s.m.i., delle linee guida della Funzione Pubblica e sulla base del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance in uso in Azienda, in questa sezione del documento viene data evidenza alle risultanze del processo di assegnazione degli obiettivi ai dirigenti e al personale responsabile di unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità.

Ad ogni dirigente o responsabile di unità organizzativa possono essere assegnati uno o più obiettivi, come si evince dalla scheda di budget. Questi danno contezza della programmazione individuata per singola U.O. e i cui risultati operativi (obiettivi), dovranno essere raggiunti dal direttore della U.O. stessa anche attraverso la loro assegnazione totale o parcellizzata al personale assegnato.

Tali obiettivi vengono comunicati attraverso invio della scheda che li comprende, e come detto, completi di indicatori, valori target, peso, ecc. Ciò avviene nella contrattazione di budget che vede l'incontro tra la Direzione Strategica Aziendale e tutti i direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC. e UU.OO.SS.DD.

COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

Si evidenzia che le scelte operate dall'amministrazione, con riguardo alle modalità adottate per garantire l'effettivo collegamento ed integrazione tra la pianificazione della performance e la programmazione economico-finanziaria e di bilancio, derivano dal contesto normativo e gestionale nel quale l'Azienda opera, Piano Sanitario Regionale e Protocollo di intesa Regione Siciliana-Università degli Studi di Messina. Per gli obiettivi a valenza economica, i valori rilevati sono presenti nelle schede di budget dove risultano impiegati nell'indicatore che, una volta quantizzato, restituirà i valori reali presenti in Azienda.

SEZIONE 2.3 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La legge n. 190/2012, contenente “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*”, all'art. 1, comma 8, prevede l'adozione da parte dell'organo di indirizzo del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è confluito, ai sensi dell'art. 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, nella sottosezione di programmazione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il PIAO è il documento unico di programmazione e governance che dal 30 giugno 2022 assorbe molti dei Piani che le Amministrazioni Pubbliche erano tenute a predisporre annualmente (performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione) in un'ottica di concreta semplificazione della burocrazia. Esso rappresenta il fulcro della programmazione annuale e triennale dell'Ente, concepito dal legislatore secondo una logica di integrazione multidisciplinare, con la finalità di creare valore pubblico. L'AOU “G. Martino”, sin dall'anno 2022, ha approvato il PIAO, che deve essere adottato, per espressa disposizione di legge, entro il 31 gennaio di ogni anno e ha durata triennale.

La normativa in materia di prevenzione della corruzione, insieme a quella disciplinante gli obblighi di Trasparenza e il ciclo della Performance, può essere considerata come uno dei principali strumenti utili al perseguimento e alla realizzazione del “*Valore pubblico*”, inteso quale traguardo finale dell'azione amministrativa.

Come evidenziato nel PNA 2022, occorre privilegiare una nozione ampia di valore pubblico intesa “*come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio*”.

L'azione amministrativa, dunque, deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili e deve prefiggersi la realizzazione di valore pubblico attraverso il miglioramento degli impatti esterni ed interni delle diverse categorie di utenti e stakeholders.

Lo scopo della Sezione “*Rischi corruttivi e Trasparenza*” “è quello di delineare il corretto percorso per l'individuazione dei potenziali rischi di corruzione, di cattiva amministrazione o di conflitto di interessi e, conseguentemente, di prevedere le misure di prevenzione, organizzative e procedurali, al fine di ridurre l'insorgere di fenomeni corruttivi e, più in generale, di c.d. *maladministration*”.

Il presente documento consente agli utenti di leggere e analizzare l'organizzazione dell'amministrazione in termini di processi e di attività, nonché di conoscere i potenziali eventi ad essi connessi e le misure individuate dall'Amministrazione per prevenire il verificarsi dell'evento rischioso.

La trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni ha assunto nel corso degli anni un ruolo centrale non soltanto nell'ambito delle politiche contro la corruzione, ma anche nella prospettiva dell'instaurazione di un nuovo rapporto con il cittadino, con particolare riguardo alla creazione di Valore Pubblico.

All'interno della Sezione “*Rischi corruttivi e Trasparenza*”, è contenuta, pertanto, una sezione dedicata alle misure organizzative per l'adempimento degli obblighi di trasparenza amministrativa di cui al D.lgs. n. 33/2013 e ss. mm. ii., intesa quale misura di prevenzione della corruzione e di promozione dell'integrità e della cultura della legalità. Essa, prevedendo l'accessibilità totale ai dati e ai documenti in possesso della pubblica amministrazione assicura la “*buona e imparziale*” amministrazione nonché l'*accountability* dell'attività e dei procedimenti amministrativi, principi che contribuiscono a rendere migliori i risultati dell'amministrazione. L'accesso ai dati pubblici da parte di soggetti esterni incrementa le condizioni per valutare l'azione amministrativa e ciò presuppone che le pubbliche amministrazioni pubblicino i dati, le informazioni sui loro obiettivi, processi, e risultati in maniera completa e facilmente fruibile e interpretabile da parte di soggetti diversi.

Così come raccomandato dall'ANAC, al fine di sollecitare gli utenti e i soggetti portatori di interessi a formulare proposte da valutare in sede di elaborazione del presente documento, l'Azienda ha avviato un'attività di consultazione pubblica finalizzata ad acquisire dagli stakeholders proposte e/o osservazioni da inoltrare alla casella di posta elettronica dedicata, al fine di dare la possibilità al Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza di recepire, nel redigendo Piano, i suggerimenti pervenuti. Nei termini prescritti non sono pervenuti suggerimenti o indicazioni specifiche.

L'art. 1, comma 2-bis, della citata legge n. 190/2012 stabilisce che “*Il Piano Nazionale anticorruzione [...], anche in relazione alla dimensione e ai diversi settori di attività degli enti, individua i principali rischi di corruzione e i relativi rimedi e contiene l'indicazione di obiettivi, tempi e modalità di adozione e attuazione delle misure di contrasto alla corruzione*”.

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) costituisce un atto di indirizzo per le amministrazioni. Esso si propone di assicurare

un'azione coordinata tra strategia nazionale e strategia interna a ciascuna amministrazione in sede di adozione del proprio PTPCT.

Dal 2013 al 2018 l'Autorità ha adottato due PNA e tre aggiornamenti ai PNA. Con il PNA 2019-2021, approvato con delibera n. 1064/ 2019, il Consiglio dell'ANAC ha dato indicazioni di carattere generale, allo scopo di fornire alle pubbliche amministrazioni uno strumento di lavoro utile per lo sviluppo e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Da ultimo, con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, l'Autorità ha approvato l'aggiornamento alle sezioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2022, con particolare attenzione all'area dei contratti pubblici, al fine di adeguare i contenuti dei rischi e delle misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza ad alcune disposizioni del nuovo Codice degli appalti, D.lgs n. 36/2023.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino", ha formulato la presente sottosezione della sezione del PIAO "Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione", di cui all'art. 3 c. 1 del DPR n. 132/2022, lett. c) "Rischi corruttivi e trasparenza", in continuità con le indicazioni operative contenute nell'aggiornamento 2023 al PNA 2022, in assenza, in atto, di ulteriore aggiornamento da parte dell'ANAC, tenendo conto, inoltre, delle recenti Linee Guida emanate dall'Autorità in materia di obblighi di pubblicazione e di whistleblowing.

La sottosezione, in continuità a quella relativa al triennio 2024-2026 di cui costituisce aggiornamento, è stata predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'Organo di indirizzo. La programmazione delle misure di prevenzione della corruzione è integrata con la programmazione relativa alla performance, alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti nei vari uffici ed alla loro formazione, attraverso la collaborazione tra il RPCT e gli Organi di indirizzo dell'Azienda, i Responsabili delle strutture coinvolte nel processo di gestione del rischio ed una stretta attività sinergica con il Referente Aziendale per gli adempimenti previsti dal "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) dell'A.O.U. di Messina, nominato con atto deliberativo del C.S. n. 2014 del 20/10/2022, Prof. A. Cancellieri e dei componenti del Gruppo di lavoro così composto: ING. FRANCO TRIFIRÒ - U.O.C. TECNICO, ING. ROSANNA INTELISANO – UOC CONTROLLO DI GESTIONE E SIA - DOTT.SSA MELANIA PROITI - U.O.C. RISORSE UMANE, DOTT. DOMENICO FIORITO – STRUTTURA TECNICA PERMANENTE U.O.C. STAFF.

Tutti i componenti del Gruppo, al fine di realizzare un vero Piano integrato, in base alle singole sezioni ed alle professionalità direttamente coinvolte, hanno collaborato, al fine di predisporre il documento di programmazione. Le oggettive difficoltà proprie sia dell'attività prevista in capo al RPCT, al Referente del PIAO, che ai Referenti per la prevenzione della corruzione, dovranno essere ridotte, per il futuro, con una rideterminazione delle risorse disponibili secondo strumenti complessivi di riorganizzazione, di specifico coinvolgimento, di programmazione e di adeguata formazione del personale.

SOGGETTI COINVOLTI

Il Direttore Generale, dott. Giorgio Giulio Santonocito, in qualità di organo di indirizzo, definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, in coerenza con gli obiettivi di performance. Lo stesso dispone di rilevanti competenze nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione:

-nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione (art. 1, c. 7, L. n.190/2012) e dispone che tutti i Dirigenti Responsabili di UU.OO.CC., sia amministrative che sanitarie, assicurino allo stesso la necessaria collaborazione;

-definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;

-riceve in bozza il Piano Programmatico, completo della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" predisposta dal RPCT, per una prima valutazione delle misure in esso contenute;

-adotta il Piano, completo della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" ed i suoi aggiornamenti;

-adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;

-assicura che il RPCT disponga di poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività, anche introducendo modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;

-riceve la relazione annuale del RPCT, chiama quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso Responsabile segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate, inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;

-è responsabile, unitamente al RPCT, della mancata adozione della sezione del PIAO e/o dell'assenza di elementi minimi dello stesso (A.N.AC. sull'art. 19, c. 5, lett. b) del d.l. 90/2014);

-sovrintende anche che i Responsabili di struttura attuino le disposizioni contenute nel presente Piano e relazionino annualmente sulle attività svolte.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T) è stato nominato con delibera del Commissario Straordinario n. 666 del 30/04/2024 nella persona della Dott.ssa Agata Di Pietro, dirigente amministrativo di ruolo in servizio presso questa A.O.U., soggetto dotato della necessaria autonomia valutativa e in assenza di profili di conflitto di interessi. L'art. 1, comma 8 della L. 190/2012 dispone, infatti, che l'attività di elaborazione del PTPCT non può essere affidata a soggetti estranei all'amministrazione. Il suo nominativo è stato comunicato all'ANAC, utilizzando il modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Autorità.

Il R.P.C.T. svolge le funzioni in condizioni di indipendenza e di garanzia ed il relativo incarico, non di natura fiduciaria, ha durata non correlata a quella del contratto del Direttore Generale. Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza competono le seguenti attività e funzioni:

- elaborare, predisporre e/o aggiornare la proposta della sezione del PIAO "Rischi Corruttivi e Trasparenza", da sottoporre al Direttore Generale per l'approvazione entro il 31 gennaio di ogni anno;
- definire, con la collaborazione dell'Ufficio Formazione, procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8 L. 190/2012);
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lettera a L. 190/2012);
- proporre modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10 lettera a);
- verificare, d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lettera b L. 190/2012);
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lettera c L. 190/2012);
- pubblicare, entro il 15 dicembre di ogni anno ovvero entro il termine indicato dall'ANAC, sul sito web aziendale, una relazione recante i risultati dell'attività (art.1, comma 14 L. 190/2012), curandone la trasmissione all'organo di indirizzo e all'OIV;
- riferire, su richiesta, all'organo di indirizzo politico, ovvero ogni qualvolta ritenuto necessario;
- segnalare all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (D.L.gs n. 97/16);
- segnalare all'Organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- esaminare in secondo grado le richieste di accesso civico generalizzato di cui all'art 5 c.2 del D.Lgs n. 33/13 e ss.mm.ii., in caso di diniego pronunciato in prima istanza dal soggetto detentore del dato;
- richiedere tutte le informazioni e gli atti ritenuti necessari allo svolgimento della propria funzione, senza avere l'obbligo di fornire particolari motivazioni.

Seguendo le indicazioni dell'ANAC, con deliberazione n. 865 del 31/10/2024 è stata adottata dalla Direzione Strategica Aziendale, su proposta del RPCT, apposita procedura organizzativa interna, che disciplina i criteri e le modalità di nomina automatica del sostituto del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'AOU, nelle ipotesi di una temporanea ed improvvisa assenza dello stesso di durata superiore a 15 giorni lavorativi consecutivi, ovvero ove si

verifichi in capo all'RPCT in carica una situazione di conflitto di interessi, con obbligo di astensione. Al verificarsi delle suddette condizioni il predetto Responsabile verrà sostituito automaticamente, senza necessità di previa deliberazione, dal Direttore della UOC Affari Generali, in quanto soggetto dotato della necessaria autonomia valutativa, competenze qualificate e adeguata conoscenza dell'Amministrazione. Il Sostituto R.P.C.T. eserciterà funzioni e compiti del R.P.C.T in carica fino al rientro dello stesso.

Il coordinamento funzionale tra l'organo di indirizzo ed il RPCT deve essere continuo e riguardare l'intera attività di predisposizione e attuazione della strategia di prevenzione. Il PNA 2022, tra l'altro, ha specificato come deve essere realizzata l'interazione tra la sezione "Gestione rischi corruttivi" e la sezione "Performance". In particolare, il RPCT dovrà tener conto dei risultati emersi nella Relazione sulla performance al fine di:

- effettuare un'analisi per comprendere le ragioni/cause che hanno determinato scostamenti rispetto agli obiettivi strategici programmati in materia di prevenzione della corruzione;
- individuare le misure correttive - in coordinamento con i Dirigenti - in base alle funzioni loro attribuite nella materia della prevenzione della corruzione dal Testo unico del pubblico impiego, con i referenti del RPCT e in generale con tutti i soggetti che partecipano alla gestione del rischio, al fine di utilizzarle per implementare/migliorare la strategia di prevenzione della corruzione.

Inoltre, il RPCT:

- a. acquisisce direttamente, in caso di segnalazioni di natura corruttiva, documenti o svolge audizioni di dipendenti al fine di ricostruire la dinamica dei fatti segnalati;
- b. non effettua accertamenti in merito a responsabilità né svolge direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile;
- c. non può ricoprire il ruolo di componente o presidente dell'OIV nella stessa azienda di appartenenza;
- d. a seguito di avvio da parte di ANAC del procedimento di vigilanza di cui all' art. 1 c. 2, lett. f) della L. 190/2012, fornisce, su richiesta, informazioni ed esibisce eventuali documenti, utili per l'avvio del procedimento, assicurando piena collaborazione;
- e. ai fini della predisposizione della relazione di cui all' art. 1 comma 14 della L.190/2012, esercita poteri di vigilanza e controllo e acquisisce dati e informazioni;
- f. esercita l'attività di controllo di cui all' art 43 co. 1 D.L.gs n. 33/13.

L'ANAC, nell'Allegato n. 3 al PNA 2022, intitolato "Il R.P.C.T e la struttura di supporto" ha evidenziato l'opportunità che *"l'organo di indirizzo doti il RPCT di un ufficio appositamente dedicato al supporto del RPCT, con adeguato personale, risorse strumentali e finanziarie"* ed ha auspicato che tale Ufficio, la cui titolarità deve essere posta in capo al RPCT, debba essere dotato di adeguate risorse umane con competenze multidisciplinari e multisettoriali. Pertanto, anche alla luce dei mutamenti organizzativi aziendali avvenuto nel tempo, con deliberazione n. 522 del 12/09/2024, su proposta del RPCT, è stata aggiornata la composizione del preesistente Gruppo di lavoro aziendale in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, e la Direzione Aziendale ha provveduto ad inserire nel Gruppo di supporto, nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Autorità nel citato Allegato al PNA 2022, anche dipendenti appartenenti ad ulteriori Uffici, con funzioni di raccordo, propulsive e di verifica, in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il Gruppo di supporto all'RPCT risulta composto dai seguenti professionisti:

- ING. ROSANNA INTELISANO – U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ICT – DIRETTORE AD INTERIM UOC STAFF;
- DOTT.SSA ANTONIETTA SANTORO – UOC PROVVEDITORATO;
- DOTT. GIUSEPPE BONFIGLIO – UOC RISORSE UMANE;
- DOTT. PANTALEONE PLACANICA – DIREZIONE AZIENDALE;
- DOTT.SSA DOMENICA COSTA – INTERNAL AUDITOR;

- DOTT.SSA VENERITA MIRABILE – UOC AFFARI GENERALI;
- DOTT. SSA ANNA IRRERA – UOC ECONOMICO – FINANZIARIO;
- DOTT. NICOLA FORNITTO – UOC TECNICO E PATRIMONIALE

Ai Componenti del gruppo sono affidati compiti di:

- Elaborazione di proposte sull'adozione del PTPCT e sui documenti ad esso correlati;
- Garanzia e vigilanza sull'attuazione di tutti gli adempimenti introdotti in materia di anticorruzione, ferma restando la responsabilità primaria di controllo attribuita ex lege ai Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura organizzativa aziendale;
- Collaborazione per lo svolgimento di tutte le attività del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT);
- Monitoraggio del flusso dei dati per l'adempimento degli obblighi di trasparenza;
- Attività di studio e di approfondimento di Normative, Regolamenti, Linee di indirizzo e ogni altro documento prodotto dall'ANAC o da altre fonti amministrative;
- Collegamento con i Referenti aziendali.

Ciascuno dei componenti del gruppo dovrà coadiuvare il Responsabile nelle attività di studio e di ricerca, nonché nella redazione degli atti aziendali che si rendano necessari per la diffusione della cultura aziendale della integrità e nella elaborazione della bozza di Piano. Essi fungono da supporto nelle attività di monitoraggio e di verifica degli adempimenti, sia in materia di anticorruzione che di trasparenza, e sono tenuti ad osservare le indicazioni del Responsabile e a segnalare ogni elemento utile di cui vengano a conoscenza, ai fini del miglioramento della qualità degli adempimenti.

Il Gruppo di lavoro dovrà riunirsi con cadenza almeno settimanale, previo accordo con il RPCT, concordando di volta in volta il giorno utile, tenuto conto anche degli adempimenti istituzionali a carico di ciascun componente.

All'Ufficio del Responsabile RPCT non risulta in atto assegnata, con carattere esclusivo, alcuna unità di personale. Si auspica che ciò possa avvenire nel prossimo futuro, a seguito di un'attività di programmazione e riorganizzazione aziendale.

Con la medesima deliberazione n. 522 del 12/09/2024, sopra richiamata, contestualmente alla rideterminazione della composizione del Gruppo di supporto, la Direzione Aziendale, su proposta del RPCT, ha provveduto a confermare la nomina di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, dei Direttori DAI, del Direttore del Dipartimento Amministrativo, dei Direttori delle UU.OO.CC. aziendali e dei Responsabili delle UU.OO.SS.DD. aziendali.

Il RPCT nella fase di predisposizione ed aggiornamento del Piano interloquisce con i Referenti designati, che coincidono, per espressa previsione normativa, con i Responsabili di struttura, allo scopo di definire, aggiornare, integrare la mappatura dei processi e l'analisi del rischio, di rispettiva afferenza, anche al fine di creare un confronto sullo svolgimento delle attività previste dal Piano e per eventuali iniziative rivolte a rafforzare i processi organizzativi di prevenzione del rischio di corruzione.

I Referenti sono tenuti a rispettare e verificare l'efficace attuazione delle prescrizioni contenute nella presente sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO, e la sua funzionalità, suggerendo eventuali modifiche quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o vengano accertate rilevanti violazioni delle prescrizioni. Essi concorrono con il RPCT alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e della illegalità.

Di ausilio sono, altresì, le relazioni che ciascuno dei Referenti dovrà redigere al RPCT entro il 30 novembre di ogni anno, che dovranno contenere circostanziata relazione illustrativa delle attività realizzate nell'esercizio delle proprie funzioni, con analitica descrizione dei processi e dei relativi rischi ad essi connessi, evidenziando gli interventi organizzativi realizzati, al fine di assicurare il rigoroso rispetto della legge e delle disposizioni della presente sezione. Nelle relazioni anzidette i Referenti dovranno evidenziare le criticità rilevate nel periodo e suggerire eventuali modifiche da apportare al PTPCT ed alle misure di prevenzione applicate, nonché proporre ulteriori, al fine di realizzare una più efficace azione di prevenzione della corruzione. Pertanto, tutto ciò impone a ciascun dirigente e dipendente la massima collaborazione e disponibilità con l'R.P.C.T., nell'ambito delle rispettive aree di competenza, anche nel puntuale riscontro delle richieste formulate dal Responsabile medesimo.

I Referenti dovranno, inoltre, relazionare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione ogni volta in cui se ne ravvisi la necessità, offrendo la massima informazione su atti e procedure che possano avere rilievo negli ambiti di specifico riferimento e che possano richiedere azioni ed iniziative di contrasto di fenomeni corruttivi. I Referenti dovranno compiere attività di monitoraggio periodico delle misure proposte e previste nelle mappature delle aree di rischio, nonché effettuare controlli periodici sui dati pubblicati da ciascuno all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale, del cui esito verrà fornito resoconto al RPCT, suggerendo eventuali dati ulteriori, rispetto a quelli obbligatori che si ritenga utile diffondere. L'assenza di collaborazione dei singoli Referenti, sia sotto il profilo della fornitura di dati, documenti, notizie che della disponibilità ad agevolare monitoraggi e verifiche, sarà segnalata alla Direzione Strategica aziendale.

In sintesi, i compiti dei Referenti, che costituiscono specifiche misure programmate anche per l'anno 2025 sono:

- Procedere, compatibilmente alle esigenze organizzative e alle risorse disponibili, previa attivazione di percorsi per l'acquisizione di specifiche competenze, alla rotazione dei dipendenti che operano negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività, nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, ovvero mettere in atto scelte organizzative volte ad una maggiore condivisione delle attività tra gli operatori, al fine di evitare l'isolamento di mansioni e assicurare il reciproco controllo.

La rotazione, se non si tratta di ambiti di infungibilità, dovrà comunque obbligatoriamente essere realizzata laddove si siano verificati episodi corruttivi che coinvolgono il personale.

- Vigilare sulla tempestiva e idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di pantouflage di cui all'art.53, c. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001.

- Individuare i dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio, da avviare a specifici percorsi formativi.

- Verificare, almeno una volta l'anno, lo svolgimento di attività finalizzate alla informazione e sensibilizzazione del personale circa i doveri giuridici ed i principi etici cui si deve costantemente ispirare il loro operato.

- Monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, nonché 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 o di altro genere, verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti ed il personale della propria struttura, provvedendo annualmente a raccogliere ed a far aggiornare eventuali dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e, nel caso di fattispecie dichiarate, a valutarne l'eventuale sussistenza segnalandola alla Direzione Generale e al RPCT.

- Vigilare in merito alla corretta costituzione delle commissioni e all'assegnazione agli uffici, stante i divieti previsti dall'art. 1 comma 46 della Legge 190/2012 per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale.

- Segnalare al Responsabile casi di fenomeni corruttivi emersi, con relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare.

- Report semestrali al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate, nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare.

In materia di trasparenza, i suddetti Referenti hanno compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati ed il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura. In particolare, devono effettuare le dovute pubblicazioni, nonché compiere controlli periodici sui dati di competenza pubblicati all'interno del link "Amministrazione Trasparente", di cui verrà fornito resoconto al RPCT, con cadenza semestrale, suggerendo eventuali DATI ULTERIORI, rispetto a quelli obbligatori che si ritenga utile diffondere.

Tutti i Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza, svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti, dell'Autorità Giudiziaria e dell'UPD, partecipano al processo di gestione del rischio, assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, adottano le misure gestionali di competenza previste dall'art.16 e dall'art.55 bis del D.Lgs. n.165/2001, osservano le misure contenute nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO, trasmettono, entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione al Referente/Direttore di Dipartimento di competenza, indicando le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del Codice di Comportamento, i bisogni formativi

e le azioni di miglioramento individuate, garantendo il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, ai sensi della vigente normativa in materia di obblighi di pubblicazione.

In sede di monitoraggio annuale per il 2024, il RPCT ha richiesto ai Dirigenti coinvolti nell'attuazione delle misure di prevenzione, sia generali che specifiche, del precedente Piano, di voler indicare e formulare le misure che ritenevano opportune inserire e prevedere nel redigendo Piano.

Tutti i dipendenti dell'Azienda sono tenuti all'osservanza delle disposizioni anticorruzione, pena le sanzioni di cui all' art.1, comma 14, della legge 190/2012. Pertanto, tutti i dipendenti sono tenuti a:

- partecipare al processo di gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (art. 8 Codice di comportamento DPR n. 62/13);
- osservare le misure contenute nella sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO;
- segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o all'UPD le situazioni di illecito di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro (art. 54 bis d.lgs. 165/2001), nonché i casi di conflitto di interesse (art. 6 bis legge 241/1990 e artt. 6 e 7 Codice di comportamento generale D.P.R. n. 62 del 2013), anche in relazione a prossimi congiunti;
- effettuare apposita comunicazione alle Risorse Umane di assenza di carichi pendenti per fatti connessi all'attività svolta e comunque per reati contro la Pubblica Amministrazione;
- segnalare eventuali condanne, anche non definitive, per i reati di cui al Libro II Titolo II del Codice penale;
- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato;

Il contenuto della presente Sezione è applicabile anche nei confronti di tutti i collaboratori che operano, a vario titolo, all'interno delle strutture aziendali. Gli obblighi di osservanza, per quanto compatibili, si estendono anche agli specializzandi, nonché ai soggetti autorizzati alla frequenza volontaria o ad attività svolta a titolo gratuito. A tal fine, i Responsabili degli ambiti presso i quali essi svolgono la loro attività, cureranno la massima diffusione agli stessi dei contenuti del Piano, nonché l'attivazione delle conseguenziali iniziative, in caso di violazione delle disposizioni contenute nello stesso. Le violazioni delle regole di cui alla presente Sezione e del Codice di Comportamento aziendale, applicabili ai dipendenti, ai collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda e ai collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) riceve da parte del RPCT segnalazioni circa le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, e può, per converso, richiedere al RPCT informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza ed anche, qualora ritenuto utile e/o necessario, effettuare audizioni con i dipendenti. Rappresenta il primo interlocutore esterno al sistema per il RPCT, il quale è tenuto ad attivarne il coinvolgimento tutte le volte che i Dirigenti/Referenti omettano adempimenti e attività cui sono tenuti per legge, regolamenti, direttive, linee guida ANAC o atti interni aziendali.

Inoltre, la relazione annuale del RPCT, ex art. 1 c. 14 della Legge n. 190/2012, recante i risultati dell'attività svolta, da pubblicare nel sito web dell'amministrazione, è trasmessa, oltre che al Direttore Generale, anche all'OIV, il quale ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti e può anche effettuare audizioni di dipendenti. L'Organismo garantisce all'ANAC, su esplicita richiesta, le informazioni ed i documenti necessari per lo svolgimento del controllo. Esso riferisce all'Autorità Nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Il citato Organismo svolge i seguenti compiti:

- offrire un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;

- attestare annualmente la corretta pubblicazione dei dati, documenti e informazioni individuati dall'ANAC (articolo 14, c. 4, lett. g, d.lgs. n. 150/2009);
- esprimere parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda.

Il PNA 2022 ha evidenziato la necessità di valorizzare nel PIAO la collaborazione tra RPCT e OIV per la migliore integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del PIAO.

A tal fine, l'OIV è chiamato a verificare:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- nell'ambito di tale attività l'OIV si confronta sia con il RPCT, cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari, che con i componenti del Gruppo della struttura multidisciplinare del PIAO.

Il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni fornite annualmente dall'ANAC, contribuisce alla creazione di valore pubblico ed alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione. Infatti, l'Organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione Trasparente» ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato, se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile.

Gli esiti delle verifiche dell'OIV vengono trasmessi all'organo di indirizzo affinché ne tenga conto al fine dell'aggiornamento degli indirizzi strategici.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis, D. Lgs. n. 165/2001), provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria e propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento. Per consentire una valutazione complessiva dei dipendenti, anche sotto il profilo comportamentale, e fornire elementi utili ad una riduzione delle patologie del sistema attraverso una verifica delle misure previste ed attuate e della loro persistente valenza, stabilisce un costante flusso informativo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. L'UPD è chiamato, inoltre, in relazione ai procedimenti avviati che facciano riferimento ad ipotesi corruttive, a fornire apposita relazione semestrale alla Direzione Generale e al RPCT, allo scopo di individuare aree critiche caratterizzate da patologie e deviazioni dai corretti percorsi aziendali, che possano consentire la mappatura dei processi e la conseguente individuazione delle misure di contrasto.

Il Dirigente Responsabile dell'U.O. Formazione collabora in tema di anticorruzione con il RPCT per l'indicazione del collegamento tra formazione e programma annuale della formazione, l'individuazione dei soggetti cui viene erogata e che erogano la formazione, l'indicazione dei contenuti della formazione e di canali e strumenti di erogazione della formazione, nonché la quantificazione di ore/giornate dedicate alla formazione.

Il RPCT, sin dal suo recente insediamento, ha rappresentato al Responsabile Aziendale della UOS Formazione la necessità di attivare in maniera massiva attività formativa in favore di tutti i dipendenti dell'Azienda, con riferimento a tutte le categorie di personale di cui la stessa si compone, in materia di etica, comportamento, integrità, legalità, prevenzione della corruzione, trasparenza, Codice di comportamento del dipendente pubblico e whistleblowing. È necessario che vengano previsti per l'anno 2025, in aggiunta all'attività formativa di tipo generale sino ad oggi erogata dall'Azienda, anche livelli formativi differenziati, con riguardo ai dipendenti destinati ad operare nei settori in cui è presente un rischio più elevato di eventi corruttivi, con una durata e intensità proporzionata al grado di responsabilità di ciascun dipendente e ai diversi ruoli svolti nelle singole strutture aziendali.

L'attività formativa costituisce, infatti, una tra le principali misure strategiche per la prevenzione della corruzione, anche ai fini della promozione del valore pubblico, come confermato nel PNA 2022 e più volte evidenziato anche dall'ANAC. Tale strumento è stato ulteriormente valorizzato nell'ambito del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a seguito delle modifiche apportate al D.P.R. n. 62/2013 dal D.P.R. 81/2023, che ha disposto che l'attività formativa include “*..anche cicli formativi sui temi di etica pubblica e di comportamento etico, da svolgersi obbligatoriamente, sia a seguito di assunzione,*

sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché nei casi di trasferimento del personale..”. L’A.O.U. si impegna ad assicurare per l’anno 2025, nonché per le annualità 2026 -2027, che il proprio personale venga adeguatamente formato e sensibilizzato sui temi contenuti nel PTPCT e sul rispetto delle indicazioni in esso contenute, sulle diverse fattispecie di reati di corruzione e le connesse responsabilità penali e personali, nonché sui risvolti sul piano disciplinare in caso di violazione degli obblighi ricompresi. La predetta formazione obbligatoria rientra nell’attività di programmazione dell’Azienda e verrà inserita nel Piano Formativo aziendale da predisporre entro il 28 febbraio 2025.

In relazione all’obbligo previsto dall’art. 33-ter del D.L. n. 179/2012, convertito con la L. n. 221/2012, questa Azienda ha provveduto ad individuare il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante “RASA”, il cui profilo deve essere registrato ed attivato nella specifica sezione del sito dell’A.N.AC., anche come misura organizzativa di trasparenza volta a garantire la prevenzione di fenomeni corruttivi. Il RASA è l’unico soggetto responsabile per l’inserimento e per l’aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi concernenti la stazione appaltante presenti nell’Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), da effettuarsi conformemente a quanto previsto dalla legge, entro il 31 dicembre di ogni anno. Il Responsabile dell’Anagrafe unica della Stazione appaltante (RASA) di questa AOU “G. Martino” è la Dott.ssa Veronica Nicosia, Dirigente Amministrativo con incarico di titolare di U.O.S., nominata con deliberazione del Commissario Straordinario n° 60 del 25.1.2017.

Il RPCT è tenuto ad indicare il nome del RASA all’interno della presente Sezione del PIAO.

Con delibera del Direttore Generale n°764 del 15.11.2019 il dott. Matteo Mirone è stato individuato, ai sensi e per gli effetti del D.M. del Ministero dell’Interno del 25 settembre 2015, quale soggetto denominato “gestore” delegato agli adempimenti in materia di antiriciclaggio, cui compete la redazione della procedura interna di valutazione idonea a garantire l’applicazione normativa e l’omogeneità dei comportamenti aziendali, con il compito di comunicare all’UIF dati e informazioni riguardanti operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo di cui viene a conoscenza nell’esercizio della propria attività istituzionale. La funzione che esercita è quella di prevenire e contrastare tutte quelle attività di riciclaggio provenienti da azioni illegali che consistono in conversione o trasferimento di beni, occultamento o dissimulazione della reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sui beni, acquisto, detenzione o utilizzazione dei beni di cui si conosce la provenienza criminosa. Tra le novità previste nel P.N.A. 2022, considerato il legame tra battaglia antiriciclaggio e lotta anticorruzione, è stato previsto un rafforzamento dell’antiriciclaggio, impegnando i Responsabili della prevenzione della corruzione a comunicare ogni tipo di segnalazione sospetta in cui potessero incorrere all’interno della P.A., e delle stazioni appaltanti. Pertanto, il RPCT deve ricevere dal soggetto “gestore” delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio che, appunto, ha il compito di mettere in atto strumenti e azioni di monitoraggio per l’individuazione di situazioni sospette e per la loro prevenzione. Per l’anno 2024 non risultano essere state trasmesse alla UIF segnalazioni di anomalie. La prevenzione della corruzione e quella antiriciclaggio rappresentano le due dimensioni, l’una interna e l’altra esterna, della tutela dell’integrità, che richiedono un’attuazione organica e unitaria.

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il Responsabile (RPD/DPO) nominato dall’AOU costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT. A tal riguardo, si consideri, ad esempio, il caso delle istanze di riesame di decisioni sull’accesso civico generalizzato che, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali. In questi casi, il RPCT si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del RPD nell’ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali, anche se il RPD sia stato eventualmente già consultato, in prima istanza, dall’ufficio che ha riscontrato l’accesso civico oggetto del riesame.

Il RPCT può avvalersi di strutture di audit interno per attuare il sistema di monitoraggio della sezione anticorruzione, richiedendo all’organo di indirizzo politico il supporto dell’Internal Auditing per realizzare le attività di verifica (audit) sull’attuazione e l’idoneità delle misure di trattamento del rischio e svolgere l’esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio. Questa Azienda ha istituito, la funzione di internal auditing e con delibera n. 2369 del 07.10.2022 è stata nominata la Dott.ssa Domenica Costa. La funzione Internal Audit svolge un’attività di verifica indipendente, operante all’interno dell’Azienda ed al suo servizio, con la finalità di esaminare e valutarne i processi amministrativo-contabili e gestionali. Tale funzione di controllo indipendente, in quanto preposta alla verifica dell’adeguatezza dei sistemi di controllo aziendali, dà attuazione a quanto già previsto dal PNA 2022-2024, per il quale *“Il successo del contrasto alla corruzione è quella del reale coinvolgimento e del raccordo del RPCT con gli altri attori preposti nella stessa P.A. al controllo interno”.* Punto di forza è anche rappresentato dal coordinamento tra il monitoraggio sull’attuazione delle misure di prevenzione svolto

dal RPCT ed i sistemi di controllo interno. Ciò può consentire di individuare meglio le problematiche emerse nel corso dello svolgimento delle verifiche e di valutare l'adeguatezza delle misure adottate nonché le eventuali azioni di miglioramento che possono essere intraprese. Grazie alle attività di analisi organizzativa atte alla conoscenza sistematica dei processi organizzativi aziendali nell'ambito dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C), l'Azienda ritiene di avere ben integrato e coordinato il sistema di gestione del rischio corruttivo con l'attività di verifica, vigilanza e monitoraggio svolta da parte della struttura di internal audit.

Le finalità del P.T.P.C.T. e quindi anche della presente sezione del PIAO sono:

- a) fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità ed indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lett.a), procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;
- c) indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo eventuale necessaria rotazione dei dirigenti e funzionari;
- d) indicare gli strumenti di monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- e) indicare gli strumenti di monitoraggio dei rapporti tra l'azienda ed i soggetti che con essa 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 dei concessionari con i dirigenti dell'azienda;
- f) indicare gli obblighi di tutto il personale, Dirigenziale o meno, e le modalità di informazione nei confronti del R.P.C.T, in particolare sulle attività a rischio corruzione, così come disposto dall'art. 1, c. 9, lett. "c" della L. n. 190/2012, che ritiene la conseguenziale violazione fonte di responsabilità disciplinare particolarmente grave in capo ai trasgressori;
- g) indicare gli strumenti di rilevazione, in rapporto al grado di rischio, nonché le misure di contrasto alla corruzione da adottare;
- i) specificare l'adozione delle integrazioni al codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

La mappatura dei processi e l'analisi del rischio sono quelli già definiti nei precedenti PIAO adottati, secondo la metodologia prevista nel PNA 2019 e negli aggiornamenti effettuati in base alle disposizioni contenute nel PNA 2022. Nel corso del 2025 si potrà procedere all'eventuale aggiornamento della mappatura dei processi contenuti nel Piano, interagendo anche con la funzione aziendale di Internal Auditing. L'analisi sarà eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, per condividere l'identificazione, la descrizione e la valutazione dei processi di rispettiva pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da attuare ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

Le consultazioni con i Responsabili di struttura nonché Referenti designati, allo scopo di definire e precisare le misure di prevenzione previste nel presente aggiornamento ma anche relativamente al flusso dei dati da fornire, per realizzare un confronto sullo svolgimento delle attività previste e per eventuali iniziative rivolte a rafforzare i processi organizzativi di prevenzione del rischio di corruzione, è stata la base per la predisposizione della presente sezione. Allo stesso modo, le consultazioni con i medesimi soggetti risulteranno utili nella successiva fase di predisposizione e aggiornamento annuale del Piano per il successivo triennio.

La sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA 2022 e di quelle contenute nel successivo aggiornamento 2023, contiene:

- 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;

- 3) la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance, volti a incrementare il valore pubblico;
- 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

La sezione assume importante valore programmatico in quanto attuando il diretto coinvolgimento della Direzione Aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, sono stati individuati gli obiettivi contenuti nei documenti di programmazione strategico- gestionale, al fine di perseguire i seguenti obiettivi strategici:

1. riduzione della possibilità che possano verificarsi casi di corruzione e di illegalità all'interno dell'Amministrazione, mediante l'inserimento di effettive, concrete, efficaci e adeguate misure di prevenzione riguardanti l'intera struttura organizzativa;
2. aumento della capacità di far emergere e di individuare eventuali casi di corruzione o di illegalità all'Amministrazione e di riconoscere fenomeni di cattiva gestione, attraverso una corretta analisi del rischio;
3. individuazione di adeguate misure di prevenzione e periodico monitoraggio della loro applicazione, dell'utilizzo degli strumenti e delle misure di contrasto;
4. creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione e al perdurare di situazioni di opacità gestionale e amministrativa, attraverso la sistematica applicazione del Codice di Comportamento;
5. promozione ed individuazione di maggiori livelli di trasparenza e di integrità, da garantire sotto l'aspetto quantitativo, con la pubblicazione di "dati ulteriori" e sotto l'aspetto qualitativo, mediante l'attenzione agli aspetti relativi all'aggiornamento, alla tempestività, alla completezza, alla semplicità di consultazione e alla comprensibilità.

A questi obiettivi di prevenzione della corruzione, si aggiungono alcuni obiettivi strategici, propedeutici alla creazione di Valore Pubblico:

- promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica;
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- promozione del pieno assolvimento degli obblighi di trasparenza, attraverso l'aggiornamento continuo dei contenuti di "Amministrazione Trasparente e, da ultimo, con l'adeguamento ai nuovi schemi approvati dall'Autorità in materia di obblighi di pubblicazione (Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024);
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- presidio dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): monitoraggio della tempistica di utilizzo delle risorse, individuazione dei soggetti attuatori tramite gara, realizzazione effettiva delle opere finanziate da risorse del PNRR;
- aggiornamento della regolamentazione interna;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente;

- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- integrazione tra sistema di monitoraggio della presente Sezione e quello connesso ai sistemi di controllo interni;
- promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione, con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;
- coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo;
- miglioramento dell'accessibilità digitale attraverso il nuovo sito web aziendale, che è in corso di realizzazione da parte dell'Azienda, ai fini dell'adeguamento alla normativa AGID, tramite l'utilizzo di Fondi PNNR;
- digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente.

Ciascuna U.O.C., nell'ambito della performance organizzativa, dovrà:

- essere investita dell'osservanza della presente sezione (la cui disapplicazione rappresenta un illecito disciplinare), dell'applicazione completa delle misure di prevenzione della corruzione, come previste anche in relazione alle mappature del rischio;
- provvedere a identificare e declinare tutti i processi di afferenza, curando la mappatura delle aree di rischio, con conseguente individuazione di efficaci misure correttive;
- verificare e relazionare sui risultati dell'applicazione delle misure programmate e determinare il rischio residuo;
- provvedere, con tempestività e completezza, per area di competenza ad alimentare il flusso dati verso il link amministrazione trasparente, anche tenendo conto delle regole in materia di tutela della privacy;
- provvedere alla compilazione annuale delle dichiarazioni di conflitto di interesse, nonché al periodico aggiornamento delle informazioni in caso di eventuali variazioni;
- assicurare la piena disponibilità alla partecipazione alle attività formative predisposte a livello aziendale;
- fornire al RPCT tutto il supporto richiesto per l'espletamento delle diverse attività previste dalla normativa di settore;
- redigere la redazione di apposita Relazione annuale da trasmettere al RPCT, sullo stato dei rispettivi adempimenti e sulle procedure di controllo e monitoraggio.

Con riferimento all'area sanitaria, ciascun professionista, nell'espletamento di attività inerenti alla propria funzione che implicino responsabilità nella gestione di risorse e di processi decisionali, in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione, è tenuto a rendere conoscibili le relazioni e/o interessi che possano coinvolgerlo, riferibili anche ai propri parenti e affini entro il secondo grado, presentando apposite dichiarazioni e se, di ruolo apicale, provvedendo anche a valutare eventuali conflitti emersi dalle dichiarazioni dei propri collaboratori. Nell'ambito dello svolgimento di attività di ricerca, insegnamento, produzione scientifica tutti i dirigenti sono altresì tenuti a rendere evidente l'assenza di situazioni di conflitto di interessi o la sussistenza di eventuali contributi economici esterni, con tempestività e completezza.

In conclusione, il PIAO non è stato realizzato come un mero adempimento, ma al fine di realizzare la propria finalità di progressiva integrazione con gli altri strumenti della programmazione aziendale attraverso un documento unico, responsabilizzando i dirigenti verso standard di attività e performance che, consolidando i livelli già raggiunti, possano elevare la qualità dei processi aziendali, secondo una metodologia di coinvolgimento partecipativo degli utenti per la concreta realizzazione di valore pubblico.

2.3.1 CONTESTO ESTERNO E INTERNO

Attraverso l'analisi del contesto vengono acquisite le informazioni necessarie a identificare e calibrare i rischi corruttivi che lo caratterizzano, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui si opera (contesto esterno), sia alla organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo dell'Azienda (contesto interno). Nell'ottica del legislatore del PIAO, l'analisi del contesto esterno ed interno diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione, per guidare sia nella scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico, sia nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO.

L'analisi del contesto, di seguito riportata è finalizzata alle esigenze della gestione del rischio corruttivo.

CONTESTO ESTERNO

Premesso il contesto normativo di riferimento (All. 4.1), l'analisi del contesto esterno, finalizzata alla valutazione di impatto in termini di esposizione al rischio corruttivo, ha l'obiettivo di illustrare le caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio in cui opera l'Azienda e di individuare la misura in cui le stesse possano condizionare impropriamente l'attività della struttura.

Per quanto riguarda gli aspetti sociali e demografici del territorio locale, l'A.O.U. "G. Martino" fa parte della rete sanitaria pubblica che serve la città di Messina, l'area metropolitana con i comuni limitrofi e l'intera provincia di Messina.

La relativa analisi serve ad evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale opera l'Azienda può favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi. La Città metropolitana di Messina è situata all'estremità nord-orientale dell'isola ed è affacciata, a nord sul mar Tirreno, ad est sullo Stretto di Messina, che la separa dalla Calabria di 3 km, nella zona in cui le sponde sono più vicine, e sul mar Ionio confina ad est con la provincia di Reggio Calabria, ad ovest con la città metropolitana di Palermo, a sud con la provincia di Enna e la provincia di Catania. Il territorio è particolarmente ampio ed amministrativamente complesso, includendo ben 108 Comuni. L'intero territorio metropolitano messinese è pari a 3266,12 Km² con una popolazione residente pari a n. 598.071 individui, di cui n. 217.959 solo per il Comune di Messina (ultimo dato ISTAT al 31/12/2023). La struttura demografica ha subito profondi cambiamenti (moltissimi cittadini messinesi, soprattutto giovani, sono andati via, chi per studio, chi per lavoro), per cui la popolazione residente è notevolmente diminuita. Da quest'ultimo punto di vista va considerato che, mentre l'aspettativa di vita è aumentata negli ultimi anni, il tasso di natalità è diminuito. Ciò ha comportato una crescente domanda di cura della propria salute che ha condizionato l'intera programmazione sanitaria, vincolando la stessa ad orientare l'offerta verso il contesto reale di riferimento.

Per avere una idea compiuta sul significato che può ricoprire all'interno di un territorio, come quello messinese, una struttura come l'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino", bisogna tenere in considerazione diversi fattori. Principalmente, in base alla propria mission, l'A.O.U. rappresenta un luogo di prevenzione e cura della salute oltre che di didattica e di ricerca, per cui, in questo contesto, va messa in evidenza la priorità di legare le attività svolte alla domanda presente. Infatti, la massimizzazione dell'offerta, oltre a diventare un'opportunità per l'utenza, si caratterizza anche come fonte di attrazione per l'intera regione e non solo. Un altro importante indicatore di analisi del contesto esterno è "l'indice di migrazione"; tale grandezza evidenzia un'altissima percentuale di utenza proveniente da fuori provincia, particolarmente dalla Calabria, evidenziando come la prossimità territoriale abbia creato un flusso di utenza numeroso e continuo.

Si conferma quanto già evidenziato nel precedente Piano, che è assolutamente necessario assicurare la massima trasparenza, affinché sia evidente che l'Azienda assicura parità di cure nell'assoluto rispetto dei tempi di attesa, sia che l'utente acceda alla struttura pubblica in regime istituzionale, con pagamento al SSR, che a "pagamento" in favore dei singoli professionisti che eseguono le prestazioni sanitarie in regime libero professionale intramuraria.

È evidente che un'Azienda di tali dimensioni, con notevoli disponibilità di denaro per l'approvvigionamento delle risorse e la capacità di dispensare opportunità di lavoro, diventa bersaglio anche per azioni intimidatorie, finalizzate alla corruzione in diversi ambiti, sanitario e non.

L'alto tasso di criminalità di un territorio è indicatore di un'alta propensione a delinquere da parte dei cittadini che può portare ad una generalizzata accettazione di comportamenti devianti o non conformi alle norme. Diversi indicatori di corruzione si basano sul numero dei procedimenti, denunce e condanne per delitti di corruzione commessi da pubblici ufficiali identificati

nell'ordinamento giuridico. Tali delitti, contestualizzati nel territorio della provincia di Messina, potrebbero costituire un contesto deviante per l'Azienda.

Nella presente sezione l'analisi si è concentrata su quei fattori, esterni all'Azienda, che hanno avuto e continuano ad avere un impatto sull'attività tecnico - amministrativa e sanitaria dell'Azienda e che necessitano di maggiore attenzione, al fine di prevenire il rischio di maladministration o di corruzione. Le criticità nel settore della sanità pubblica sono derivate anche dall'aumentata capacità di spesa, in considerazione delle risorse finanziarie stanziare per l'attuazione delle misure contenute nel P.N.N.R.

Come evidenziato dalla Corte dei Conti, l'ANAC è il principale soggetto competente per la prevenzione della corruzione all'interno della pubblica amministrazione, per il coordinamento dei piani nazionali e per la vigilanza sull'adozione dei Piani Triennali anticorruzione locali. Il Nucleo anticorruzione della Guardia di Finanza indaga sulla corruzione e agisce per prevenirla, in qualità di autorità di contrasto specializzata. Il D.L. 2 marzo 2024, n. 19, convertito con modificazioni dalla L. 29 aprile 2024, n. 56, avente ad oggetto "*Ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*", all'art. 3, c. 1, rubricato "*Misure per la prevenzione e il contrasto delle frodi nell'utilizzazione delle risorse relative al PNRR e alle politiche di coesione*", ha previsto che, per rafforzare la strategia unitaria delle attività di prevenzione e contrasto alle frodi e agli altri illeciti sui finanziamenti connessi al PNRR., sono estese anche al PNRR le funzioni previste dall'art. 3, c.1 del D.P.R. 91/2007, in capo al COLAF (Comitato per la lotta contro le frodi nei confronti dell'Unione Europea).

Al riguardo, al fine di rafforzare il sistema di prevenzione e di contrasto delle condotte lesive degli interessi economici e finanziari pubblici, connessi alle procedure in materia di appalti e con particolare riferimento alle risorse correlate al PNRR, nonché di possibili illeciti in materia di corruzione e illegalità nella P.A., l'AOU. ha sottoscritto in data 25 settembre 2024 un Protocollo d'Intesa con il Comando della Guardia Provinciale di Finanza di Messina, approvato con deliberazione n. 618 del 27 settembre 2024.

Compiti consultivi e di controllo sono stati attribuiti anche alla Corte dei Conti per prevenire e combattere la corruzione nel processo di assegnazione ed esecuzione delle risorse ricevute nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza. La Corte dei Conti ha preso atto dell'approvazione da parte dell'ANAC del Piano nazionale anticorruzione triennale 2023 – 2025, quale strategia generale dell'Italia per la prevenzione della corruzione che raccomanda – tra l'altro - alle pubbliche amministrazioni di adottare misure adeguate per attenuare il fenomeno delle "porte girevoli" ed in previsione dell'assegnazione e dell'uso dei fondi del Piano per la Ripresa e la Resilienza, si è concentrata sui contratti pubblici, aiutando le stazioni appaltanti a individuare e istituire misure di prevenzione della corruzione per evitare la cattiva amministrazione e regolamentare i conflitti di interessi.

Il suddetto Piano riconosce il nesso tra le misure anticorruzione e antiriciclaggio riguardanti l'obbligo per gli enti pubblici di individuare i titolari effettivi delle società che partecipano a gare d'appalto pubbliche, utilizzando il registro ufficiale dei titolari effettivi, e di presentare una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. L'ANAC gestisce la Banca Dati Nazionale dei contratti pubblici che raccoglie e mantiene aggiornate le informazioni sui titolari effettivi per gli operatori economici, al fine di garantire la trasparenza una volta che il registro dei titolari effettivi sarà operativo e che i due sistemi saranno interconnessi.

Si evidenzia, pertanto, l'indispensabilità che l'Azienda innalzi ancor di più la soglia di attenzione sul controllo della regolarità delle procedure e delle spese mediante l'adozione di misure atte a garantire che l'impiego delle risorse avvenga nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, di assenza di conflitti di interessi, di frodi e corruzione, nella consapevolezza dei rischi insiti in ambito sanitario.

Come per l'anno precedente gli ambiti relativi al reclutamento del personale e all'affidamento degli incarichi, saranno oggetto di analisi più approfondita, al fine di promuovere il rispetto delle norme in materia di conflitto di interesse, pantoflaage, inconfiribilità/incompatibilità degli incarichi, rotazione del personale, anche con riferimento a quanto previsto nel Codice di comportamento aziendale, approvato con deliberazione n. 707 del 10/10/2024. Analoga attenzione verrà rivolta al settore dei contratti pubblici, in continuità al precedente Piano, che è stato oggetto di accurato esame da parte dell'ANAC con l'aggiornamento 2023 al PNA 2022, a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice, di cui al D.lgs 36/2023, che ha comportato l'integrale sostituzione delle indicazioni riguardanti le criticità, gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione contenute nel PNA 2022, con la precisazione delle parti superate ovvero non più in vigore dopo la data di efficacia del citato D.lgs 36/2023.

Con il D.lgs. 31 dicembre 2024, n. 209, è stato approvato il correttivo al nuovo Codice dei contratti pubblici. Il nuovo intervento legislativo mira a promuovere una ulteriore razionalizzazione e semplificazione della disciplina dettata dal vigente Codice dei contratti pubblici. Tenuto conto della recente approvazione del suddetto correttivo, nelle more dell'emanazione di apposite indicazioni da parte di Anac, si programma per l'anno 2025 l'approfondimento del suddetto intervento legislativo, al fine di identificare, in stretta sinergia con i Referenti delle strutture aziendali interessate, eventuali ulteriori misure di prevenzione di fenomeni corruttivi negli appalti pubblici.

CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che influenzano la sensibilità dell'amministrazione al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità ed il riparto di competenze e funzioni, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'AOU "G. Martino" si rinvia alla scheda anagrafica dell'Amministrazione (sez. 1 del PIAO).

L'aspetto fondamentale di questa sottofase è la "mappatura dei processi" di seguito riportata.

Occorrerà, inoltre, in fase di riorganizzazione dell'intera Azienda e nell'arco del prossimo triennio di vigenza del Piano, proseguire nell'esame di tutte le attività, anche sanitarie, svolte dall'AOU, in modo da pervenire ad una più accurata mappatura delle aree di rischio ad esse connesse.

2.3.2 MAPPATURA DEI PROCESSI

Nessuna individuazione del rischio può prescindere dalla valutazione dell'intero processo di gestione dello stesso, che prevede quattro fasi fondamentali:

- Mappatura dei processi aziendali
- Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi
- Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio
- Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

La mappatura dei processi consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi propri dell'Azienda, con l'obiettivo di esaminare gradualmente l'intera attività svolta per l'identificazione di aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente critiche e sensibili, quindi più esposte a rischi corruttivi.

La metodologia utilizzata per mappare i processi, valutarne il rischio corruttivo e individuare il conseguente trattamento, sono gli stessi determinati nei precedenti Piani Triennali, ove si è tenuto conto dei principi definiti dal PNA 2019.

Come già espresso nel precedente Piano, i processi mappati sono stati revisionati dall'internal auditor. (All. 4.2).

I processi sono stati individuati ed inseriti nelle schede relative alle misure di prevenzione seguendo i seguenti principi:

Principio di prevalenza della sostanza sulla forma: I processi non sono stati mappati sulla base di criteri meramente formali ma secondo una logica di trattamento sostanziale del rischio corruttivo; in particolare, rispetto ad un'analisi di tipo quantitativo, è stata privilegiata la parte descrittiva al fine di consentire agli attori direttamente coinvolti nel processo l'effettiva comprensione dei rischi e l'acquisizione, da parte degli stessi, della capacità di individuare e proporre autonomamente gli ulteriori rischi e le relative misure.

Principio di gradualità: La mappatura viene sviluppata con gradualità, tenendo conto dell'attuale organizzazione dell'AOU, con un approccio che consente di migliorare progressivamente e continuativamente l'analisi dei processi, nonché la valutazione e il trattamento dei rischi.

Principio di selettività: La scarsità delle risorse al momento disponibili comporta il rischio di un trattamento generico e difficilmente recuperabile in termini di efficacia. I processi trattati sono stati pertanto selezionati secondo il criterio della priorità di intervento in funzione del rischio.

Principio di non esaustività: La mappatura del rischio non esonera i dirigenti e i dipendenti aziendali dal dovere di individuare, proporre ed adottare tutte le misure organizzative ritenute utili alla prevenzione del rischio corruttivo e, più in generale, ad una buona amministrazione. Il prossimo triennio di vigenza del Piano vedrà impegnati i diversi referenti per la prevenzione della corruzione in una attività di declinazione completa di tutti i processi attuati. Inoltre, grazie alla collaborazione sinergica con l'Internal Audit aziendale, sarà possibile un monitoraggio più efficace e costante dei processi aziendali mappati dalle singole Unità Operative, relativamente a tutte le linee di attività dalle stesse gestite. L'istituzione di un apposito Ufficio di Supporto al RPTC, con personale dedicato, che si auspica possa essere specificamente istituito, anche modificando l'attuale Atto aziendale, potrebbe rappresentare l'elemento innovativo e determinante per l'attuazione della misura relativa alla mappatura e monitoraggio dei processi e per predisporre un nuovo modello di misurazione del livello di esposizione del rischio di tipo qualitativo, partendo dalla individuazione degli indicatori di rischio e della misura degli stessi per arrivare alla valutazione complessiva del rischio.

2.3.3 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

L'identificazione del rischio è finalizzata ad individuare comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ad un processo tramite i quali si concretizza il rischio corruttivo. Per l'identificazione del rischio ogni processo è stato esaminato rispetto ai possibili eventi rischiosi, individuati per ogni area di rischio e sotto area di rischio. L'art. 1 c. 16 della L. n. 190/12 contiene una indicazione precisa di aree a rischio che possono definirsi comuni a tutte le PP.AA. e che, come tali, devono trovare considerazione e disciplina nella sezione dedicata del PIAO alla prevenzione della corruzione. Il processo della gestione del rischio corruttivo nelle pubbliche amministrazioni è stato radicalmente rivisto nel PNA 2019 che contiene indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, precisando che *“con riferimento alla misurazione e alla valutazione del livello di esposizione del rischio, si ritiene opportuno privilegiare un'analisi di tipo qualitativo, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi”*.

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 organizzative correttive/preventive (trattamento del rischio) e si articola in tre fasi:

1. **l'identificazione del rischio**, con l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo; tale fase deve portare con gradualità alla creazione di un **“Registro degli eventi rischiosi”** nel quale sono riportati tutti gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione;
2. **l'analisi del rischio**, con il duplice obiettivo, da un lato, di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, e, dall'altro lato, di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio;
3. **la ponderazione del rischio**, con lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (key risk indicators), in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività.

L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi deve essere eseguita in funzione della programmazione delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati.

In continuità del lavoro svolto sino al PTPCT 2024-2026, la stima del rischio è stata effettuata utilizzando principalmente un criterio misto quantitativo e qualitativo.

Al fine di definire le priorità e le modalità di intervento relative alle attività con elevato rischio di corruzione, sono stati individuati, in continuità con la precedente sottosezione, i seguenti criteri di riferimento nella determinazione del grado di rischio delle attività:

- ✓ livello di discrezionalità del decisore interno all'Azienda (elevata, media, bassa): un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- ✓ valore economico dell'atto (rilevante, medio, basso): la presenza di interessi, in particolare economici, rilevanti per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- ✓ ampiezza del controllo (ampio, medio, basso): l'attuazione di misure di trattamento si associa ad un minore rischio corruttivo;
- ✓ entità del danno potenziale scaturente dall'attività (significativo, medio, basso);
- ✓ concentrazione del potere decisionale (unico soggetto, pochi soggetti, molteplici soggetti): l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale riduce il rischio;
- ✓ frequenza della rotazione dei funzionari dedicati (irrilevante, media, elevata);
- ✓ casistica relativa a episodi corruttivi verificatisi (molteplici, pochi, nessuno): il rischio aumenta se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi.

Si è inoltre tenuto conto dell'elemento della probabilità di verifica e di quello del danno prodotto all'Azienda, quale "indicatore di sintesi", caratterizzato da flessibilità e pluralità delle fonti informative di supporto. Il suo calcolo, infatti, tiene conto di elementi oggettivi che supportano le valutazioni: eventi di corruzione specifici già occorsi in passato, segnalazioni esterne, notizie di stampa, contesto ambientale, potenziali motivazioni dei soggetti che potrebbero attuare azioni corruttive, strumenti in loro possesso, livello di discrezionalità connesso all'esercizio dell'attività, efficacia degli atti organizzativi, efficacia dei controlli, ecc., salvo la assoluta mancanza di essi.

Sulla base della mappatura dei processi, sono identificati e valutati i rischi corruttivi potenziali e concreti come individuate nel precedente Piano, quali aree a rischio corruttivo quelle relative:

- Autorizzazione/Concessione
- Contratti pubblici
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni e/o contributi
- Concorsi e prove selettive

Sulla base della mappatura dei processi ritenuti di maggior rilievo per il raggiungimento degli obiettivi di performance e protezione del valore pubblico, sono state confermate le seguenti aree:

- Incarichi e nomine
- Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Questa A.O.U., nella quale alla mission di diagnosi e cura si accompagna quella della ricerca e della didattica, ha già provveduto, nel corso dei precedenti Piani, a individuare aree di rischio specifiche, che sono le seguenti:

- ALPI
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Nella parte generale del PNA 2022, l'Anac ha fornito le indicazioni metodologiche sulla gestione del rischio corruttivo in quei settori in cui vengono gestiti fondi strutturali e del PNRR ed in cui è necessario mettere a sistema le risorse disponibili (umane, finanziarie e strumentali) per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti alla creazione di valore pubblico. L'Aggiornamento 2023 al PNA 2022 ha riguardato solo l'area dei contratti pubblici, con misure di prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza adeguate rispetto ai rischi corruttivi rilevabili in tale settore, tenendo conto della disciplina in materia innovata dal d.lgs. 31 marzo 2023 n. 36. Nell'aggiornamento del presente PTPCT, con riferimento alla valutazione del rischio, è stata mantenuta la schematizzazione dei rischi di corruzione e di maladministration e delle

relative misure di contenimento, di cui alla tabella 1 § 4 dell’aggiornamento al PNA per quanto riguarda esclusivamente i contratti pubblici. Come sopra già rappresentato, tenuto conto della recente emanazione del Correttivo al Codice degli Appalti (D.lgs 209/2024), lo stesso sarà oggetto di studio da parte delle UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico, in sinergia con l’RPCT, per l’eventuale individuazione di diverse/ulteriori misure, anche in attesa di specifiche indicazioni da parte dell’Autorità.

Per la misurazione è stato impiegato il sistema basato sul prodotto di due fattori (probabilità ed impatto) declinati in una scala semplice con 5 livelli di rischio, scaturenti dalla matrice 5 x 5 riportata di seguito, dove è stata incrociata la Probabilità (Molto bassa – Basso – Medio – Alto – Altissima) con l’Impatto (“Molto Basso – Basso – Medio – Alto – Altissimo), pervenendo al valore attribuito rischio connesso ai macro processi/processi/procedimenti analizzati (Molto basso – Basso – Medio – Alto – Altissimo).

Alla luce del lavoro di misurazione del livello di esposizione al rischio corruttivo, svolto nel periodo di vigenza dei precedenti PTPCT, si è giunti alla ponderazione del rischio nei termini indicati da ANAC, individuando le azioni da svolgere e la priorità di trattamento dei rischi a seconda del livello di esposizione per la riduzione dello stesso, procedendo in ordine via via decrescente.

Nell’ambito della nostra realtà aziendale sono stati coinvolti, nell’intero iter valutativo, i dirigenti apicali dei diversi ambiti di attività, attraverso la richiesta di contributi, muovendo da una mappatura che è stata avviata sulla base del lavoro precedentemente svolto e delle indicazioni degli aggiornamenti del PNA e secondo quanto indicato nelle schede sul processo di gestione del rischio, a cui si rinvia.

La prima grande differenziazione effettuata distingue fra ciò che attiene l’ambito sanitario e ciò che attiene l’ambito amministrativo, in quanto risultano operatività molto diverse per funzioni e finalità.

Per la parte sanitaria vengono prese in esame tutte le UU.OO., considerando possibili aree di corruzione, mettendo sotto controllo alcune delle dimensioni tipiche di tale tipologia di strutture che hanno finalità di soddisfacimento della domanda attraverso l’imparzialità dell’offerta; in questo contesto vengono attenzionate le modalità di accesso alla struttura attraverso il monitoraggio dei tempi di attesa ambulatoriali e chirurgici e le modalità proposte per la massimizzazione dell’offerta stessa. Si configura come altrettanto rilevante, anche l’attività ALPI effettuata dagli operatori dell’Azienda in favore di utenza esterna, poiché potenzialmente capace di orientare l’utenza verso l’attività privata e non verso le attività dell’Azienda.

In riferimento all’ambito amministrativo, vengono messi in evidenza alcuni dei fattori ritenuti a maggiore rischio di corruzione che riguardano, anche in questo caso, alla diretta ed attenta osservazione di pluralità di dimensioni, quali la tempistica dei pagamenti, il corretto utilizzo delle risorse, l’imparzialità, la pluralità dell’offerta, ecc.

Sulla base dell’esemplificazione proposta da ANAC e tenuto conto delle peculiarità dell’AOU, sono stati definiti gli indicatori del livello di esposizione al rischio. Per ciascun indicatore sono state individuate misurazioni predefinite, tra le quali scegliere, sulla base dei dati e delle informazioni in possesso. Di seguito sono elencati i nove indicatori scelti, le corrispondenti misurazioni, con una descrizione esemplificativa dei possibili elementi rilevanti ai fini della misurazione stessa.

INDICATORE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO	POSSIBILI MISURAZIONI	ESEMPLIFICAZIONE DI ELEMENTI RILEVANTI PER LA MISURAZIONE
1 – GRADO DI DISCREZIONALITÀ DELLA FASE/ATTIVITÀ	ALTO	La fase/attività è caratterizzata da ampia discrezionalità sia nella definizione delle finalità sia nella individuazione delle soluzioni organizzative sia nella gestione operativa
	MEDIO	La fase è caratterizzata da una discrezionalità apprezzabile nella definizione degli obiettivi e/o da una discrezionalità circoscritta nell’individuazione delle soluzioni organizzative ovvero la fase risulta sufficientemente proceduralizzata

	BASSO	La fase/attività è predeterminata nelle finalità ovvero presenta un livello modesto di discrezionalità ovvero ad ogni obiettivo corrisponde una soluzione organizzativa e/o un modello di gestione predefinito
2 – LIVELLO DI INTERESSE DEL DESTINATARIO DEL PROCESSO	ALTO	L'attività può concludersi con un beneficio (di carattere economico o di altra natura) molto rilevante
	MEDIO	L'attività può concludersi con un beneficio (di carattere economico o di altra natura) non particolarmente rilevante
	BASSO	Non sussistono interessi tali da generare possibili influenze sull'attività/fase
3 - PRESENZA DI ATTI CORRUTTIVI IN AZIENDA (LEGATI AL PROCESSO/FASE/ATTIVITÀ)	SI	Il concetto di corruzione da prendere in considerazione è quello proprio della prevenzione (e, quindi, di "cattiva amministrazione") e non solo quello delle fattispecie a rilevanza penalistica
	NO	
4 – PRESENZA DI EVENTI CORRUTTIVI NELLA P.A. IN GENERALE	SI	Il concetto di corruzione da prendere in considerazione è quello proprio della prevenzione (e, quindi, di "cattiva amministrazione") e non solo quello delle fattispecie a rilevanza penalistica
	NO	
5 - OPACITÀ DEL PROCESSO DECISIONALE: PER TUTTE LE FASI DEL PROCESSO L'AZIENDA HA ADOTTATO STRUMENTI DI TRASPARENZA	SI	Sono state già introdotte in Azienda misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle obbligatorie
	NO	Non sono state introdotte in Azienda misure di trasparenza ulteriori rispetto a quelle obbligatorie
6 – SONO STATE INTRODOTTE IN AZIENDA MISURE DI PREVENZIONE PER RISCHI ASSOCIATI AL PROCESSO/ATTIVITÀ/FASE?	SI	I precedenti PTPCT hanno introdotto misure di prevenzione per la fase/attività
	NO	NON è presente alcuna misura di prevenzione della corruzione
7- LE MISURE DI PREVENZIONE ESISTENTI SONO STATE APPLICATE CORRETTAMENTE (IN BASE AL MONITORAGGIO DEGLI ULTIMI DUE ANNI)?	SI	Il monitoraggio ha dato esito favorevole: le misure introdotte vengono correttamente applicate
	NO	Il monitoraggio ha dato esito non favorevole: le misure introdotte non risultano correttamente applicate
	MISURE DI PREVENZIONE NON PREVISTE	Misure di prevenzione non previste
8 – È NECESSARIO INTRODURRE NUOVE MISURE PER ACCRESCERE IL LIVELLO DI PREVENZIONE DEL RISCHIO?	SI	Il valutatore indica, anche sulla base degli esiti dei monitoraggi, se le misure già applicate possano considerarsi efficaci ovvero se ritenga necessario introdurre nuove e/o diverse misure
	NO	
9 – LIVELLO DI ROTAZIONE DEL PERSONALE NELLA	ALTO	Il valutare indica il livello di rotazione del personale nella
	BASSO	
	MEDIO	

GESTIONE DELLE ATTIVITA' DEL PROCESSO?	NON ATTUABILE	gestione dei processi afferenti alla struttura
---	---------------	---

Per il 2024 ed in continuità anche per l'anno in corso, valutata la necessaria attualità e coerenza della mappatura, le strutture sono state orientate, partendo dal lavoro fatto, ad avviare un processo di riesame al fine di rendere la gestione dell'intero processo di rischio sempre più coerente e completo.

2.3.4 PROGETTAZIONE DI MISURE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio consiste nell'individuazione, la progettazione e la programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato mediante le attività propedeutiche sopra descritte.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo.

Le misure specifiche, che si affiancano ed aggiungono sia alle misure generali, sia alla trasparenza, agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano per l'incidenza su rischi specifici, non neutralizzabili con il ricorso a misure generali.

Si confermano le modalità di esecuzione del trattamento del rischio, già riportate nella precedente sezione, che di seguito si elencano:

a) l'individuazione delle misure generali e specifiche, verificando:

1) la presenza e l'adequatezza di misure generali e/o di controlli specifici preesistenti, per valutarne il livello di attuazione e l'adequatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti e la capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;

2) l'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;

3) la gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo;

b) la programmazione delle misure, sia generali che specifiche, in cui devono essere individuate le fasi e/o modalità di attuazione della misura, le tempistiche di attuazione della misura e/o delle sue fasi, le responsabilità connesse all'attuazione della misura e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola, gli indicatori di monitoraggio.

Nella progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio sono state privilegiate l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa. Sono state quindi assegnate le misure ai vari processi.

Le misure sono state programmate per ciascun processo in base al valore di rischio, tenendo conto che le misure generali vengono applicate in maniera trasversale su tutta l'organizzazione aziendale e agiscono a livello di "sistema" complessivo.

Ciò che invece va definito in relazione ai rischi individuati, sono le misure specifiche che agiscono in maniera puntuale sul singolo rischio. Il criterio utilizzato è stato quello di contemperare le esigenze di prevenzione della corruzione con il carico di lavoro delle strutture, cercando di non aggravare inutilmente queste ultime e privilegiando misure coerenti con le modalità operative delle stesse. Sostanzialmente sono state confermate le misure già assegnate nei precedenti anni, puntando l'attenzione sul concreto funzionamento del sistema di monitoraggio, anche con il maggior coinvolgimento dell'internal auditor.

Se la misura individuata necessita di più azioni, sono state individuate eventuali diverse fasi, indicando la tempistica, la responsabilità (es. se coinvolga anche altre UU.OO.) ed infine, sono stati specificati indicatori di monitoraggio e valori attesi.

Una volta individuate le misure di prevenzione/mitigazione del rischio, è necessario definire le tempistiche di realizzazione delle stesse, i soggetti Responsabili dell'attuazione e gli indicatori misurabili di monitoraggio. L'esito delle valutazioni operate è riassunto nelle schede, predisposte per le strutture e contenenti i processi, i sottoprocessi, i rischi con le relative misure generali e specifiche che si intendono adottare, corredate dei relativi tempi di realizzazione, responsabilità ed indicatori di monitoraggio.

Nella parte generale del PNA 2022, come ribadito anche nell'aggiornamento 2023, l'Anac ha evidenziato l'importanza del monitoraggio sull'attuazione di quanto programmato per contenere i rischi corruttivi e per il successo del sistema di prevenzione della corruzione, in quanto rappresenta il punto di partenza per la progettazione di nuove misure, permettendo di valutare se una misura già programmata sia adeguata in termini di effettività, sostenibilità e adeguatezza.

Per quanto le misure generali e specifiche siano riportate nelle schede di rischio allegate al Piano, al fine di dare maggiore trasparenza, conoscenza e comprensione delle stesse, per quanto possa apparire in contraddizione con lo spirito del PIAO, si è ritenuto dettagliare alcune misure sia per i soggetti che operano in Azienda che per gli utenti e gli stakeholders (All. 4.3.1).

❖ MISURE GENERALI E MISURE SPECIFICHE

La prima prevenzione dal rischio di corruzione nei confronti di tutti gli atti adottati in forma di delibera è costituita dal controllo preventivo di regolarità amministrativa esercitato dalla struttura proponente l'atto, dal controllo di regolarità contabile esercitato dall'apposita struttura Economico Finanziario e dal controllo della Direzione, attraverso la procedura di gestione informatica degli atti firmati digitalmente da quest'ultima, archiviati e conservati in forma dematerializzata. In atto, non sono state delegate ai Dirigenti, quindi, gli atti pubblici sono le delibere e non anche le determine.

La verifica della corretta applicazione delle norme in materia di trattamento e protezione dei dati personali ex Reg. UE 2016/679, in bilanciamento con gli obblighi di pubblicità e trasparenza di cui al D.lgs. 33/2013 e successive modifiche e integrazioni, è in capo ai Dirigenti proponenti l'atto.

Altra misura generale è relativa al monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti in capo ai Referenti, individuati nei Dirigenti delle UU.OO.CC. dell'area amministrativa, tecnica e professionale, che devono darne comunicazione tempestiva al Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Infatti, i Referenti riferiscono, nella relazione annuale, al RPCT su:

- a. dati relativi al numero dei procedimenti adottati;
- b. numero dei procedimenti conclusi;
- c. numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso.

L'attività di realizzazione di un adeguato sistema di monitoraggio del rispetto dei termini di legge o regolamentari, dettati per la conclusione dei procedimenti amministrativi, è analogicamente applicato, d'intesa con le strutture aziendali interessate, in primis al risk-manager, al fine di monitorare anche il rispetto delle procedure e dei protocolli clinici, con particolare rilievo alla corretta erogazione del consenso informato. Da tale ultima iniziativa ci si aspetta una importante risposta ai fini del contrasto dei fenomeni corruttivi collegati alle possibili speculazioni legate alle procedure dei rimborsi assicurativi ed ai relativi contenziosi giudiziari, generati dalle numerose denunce di sinistri.

Il RPCT è tenuto ad accertarsi del corretto svolgimento del monitoraggio e del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, così come indicati dai Responsabili delle UU.OO.

Ove ricorrano i presupposti, la presente sottosezione potrà essere adeguatamente aggiornata e completata con l'individuazione di ulteriori misure atte alla prevenzione dei fenomeni corruttivi.

La Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio è riportata nelle singole schede allegate al presente Piano, nelle quali sono state programmate le misure organizzative per il trattamento del rischio sia generali, previste dalla L. 190/2012, che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati.

Le misure specifiche sono state progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi – benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Sono state privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità.

Le misure generali e specifiche sono riportate nelle singole schede allegate ove sono specificatamente descritti non solo i processi, i sottoprocessi, i rischi ma le relative misure che si intendono adottare, corredate dei relativi tempi di realizzazione e degli indicatori di monitoraggio e dell'Ufficio responsabile. (All.4.4).

Nell'ottica di semplificazione, di reingegnerizzazione dei processi e di transizione digitale, finalizzati alla realizzazione di valore pubblico (benessere complessivo di cittadini, imprese e territorio), attorno al quale ruota il PIAO, l'Azienda, tramite la struttura competente e la collaborazione di tutte le UUOO aziendali coinvolte, ha programmato per l'anno 2025 l'aggiornamento del sito istituzionale, ai fini dell'adeguamento alla normativa AGID, tramite l'utilizzo di Fondi PNNR.

IL RUOLO DEL RUP

Il RUP è il principale soggetto coinvolto nei processi delle singole fasi dell'appalto, nelle quali possono presentarsi situazioni di rischio corruttivo, a danno del corretto e imparziale svolgimento dell'azione amministrativa.

Il nuovo Codice dei Contratti (D.lgs. 36/2023), all'articolo 15, disciplina la figura del RUP che, da responsabile unico del procedimento, diviene responsabile unico del progetto, prevedendo, tra l'altro, presupposti e requisiti differenti rispetto a quelli stabiliti dalle Linee Guida ANAC n. 3 per l'individuazione del soggetto che può rivestire tale incarico, nonché l'introduzione dei c.d. Responsabili di fase, ossia di RUP competenti e responsabili per una specifica fase dell'intervento da realizzarsi mediante contratto pubblico (programmazione, progettazione ed esecuzione, affidamento), ferme restando le funzioni di supervisione, indirizzo e coordinamento del Responsabile Unico del Progetto. Il Responsabile unico di progetto non si considera più responsabile di un solo procedimento, ma di una molteplicità di procedimenti, ovvero della complessa attività attraverso la quale si svolgono le fasi di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione, sia rientranti nel campo del diritto pubblico, come gli atti amministrativi, sia rientranti nel campo del diritto privato.

Con specifico riferimento al ruolo del RUP, ANAC ha fornito indicazioni che trovano applicazione per l'Azienda, ribadendo in particolare tre aspetti:

- a) la necessaria corretta gestione del conflitto di interesse;
- b) la rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP;
- c) l'individuazione di idonei percorsi di formazione specifica per i dipendenti in possesso dei requisiti idonei allo svolgimento dell'incarico di RUP, affiancata a percorsi formativi in materia di prevenzione della corruzione;

Al RUP è infatti demandato il compito di individuare le procedure semplificate più idonee ad accelerare l'avvio e l'esecuzione degli appalti e, nel tempo stesso, contemperare il necessario rispetto della correttezza dell'azione amministrativa.

Ai sensi del citato art. 15, infatti, il RUP diviene il garante della realizzazione del progetto e viene nominato per le fasi di programmazione, progettazione, affidamento e per l'esecuzione di ciascuna procedura soggetta al codice ed è investito di una competenza generale ed *"assicura il completamento dell'intervento pubblico nei termini previsti"*.

Nell'aggiornamento 2023 al PNA 2022, è stata ribadita la centralità della misura della corretta gestione del conflitto di interesse in tutte le fasi dei processi di gestione degli appalti pubblici e rispetto alle principali figure che partecipano, con differenti gradi di responsabilità e competenza, nel ciclo degli appalti, ossia RUP, DEC e DL.

Aspetto strettamente correlato alla corretta gestione del conflitto di interesse cui l'Autorità ha dedicato particolare rilievo è rappresentato dal principio di rotazione negli affidamenti degli incarichi.

La rilevanza dei compiti posti in capo al RUP comporta che lo stesso debba essere in possesso di adeguata competenza professionale in relazione all'incarico. Al fine di garantire un'adeguata professionalità e di consentire l'attuazione della rotazione, assume una particolare importanza la formazione del personale. Lo stesso Codice dei contratti ha contemplato espressamente l'obbligo per la stazione appaltante di organizzare una formazione specifica per i dipendenti in possesso dei requisiti idonei allo svolgimento dell'incarico di RUP (art. 31, co. 9), così come le LL.GG. ANAC n. 3 hanno previsto che il RUP debba essere in possesso di specifica formazione professionale, soggetta a costante aggiornamento. Alla formazione specifica in materia di appalti va poi affiancata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, ai sensi della l. n. 190/2012, per la particolare esposizione al rischio corruttivo che denota l'attività connessa all'espletamento dell'incarico di RUP.

Tra l'altro anche il D.L. n. 77/2021 ha inciso sulle funzioni del RUP, in materia di affidamento dei contratti pubblici PNRR, introducendo una serie di nuove attività che questa figura è chiamata a svolgere.

La rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP e, altresì, nell'individuazione delle previste figure di supporto al RUP, anche per il 2025, rappresenta per l'Azienda misura fondamentale di prevenzione del fenomeno corruttivo.

DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi.

Il conflitto di interessi è una condizione in cui il dipendente è portatore di interessi della propria sfera privata che, anche solo potenzialmente, possono influenzare negativamente e compromettere l'imparzialità e l'indipendenza richieste nelle attività svolte per conto dell'Azienda. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali e si estende a tutti i casi in cui sussiste il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione all'interno dell'Azienda per favorire se medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato, oppure nei casi in cui possa essere comunque messa in dubbio la sua imparzialità nell'assumere decisioni verso soggetti esterni che hanno con l'Azienda rapporti contrattuali o di fornitura di beni e/o servizi.

L'istituto dell'astensione in caso di conflitto d'interesse è disciplinato da un complesso di disposizioni normative (art. 6 bis della L. 241/1990, artt. 6 e 7 del d.P.R. 62/2013 e Codice di comportamento aziendale), ai sensi delle quali tutti i dipendenti sono tenuti ad astenersi dallo svolgimento delle attività inerenti alle proprie mansioni nel caso in cui ricorra una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale.

La norma va letta in maniera coordinata con la disposizione inserita nel Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, il quale prevede che *“Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o a attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza”*.

Il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il proprio Responsabile e l'UOC Risorse Umane di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni.

In presenza di situazioni di conflitto di interessi, il Dirigente Responsabile dell'Unità operativa invita il dipendente ad astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti e, in caso di incompatibilità di fatto tra le funzioni svolte dal dipendente e i rapporti di collaborazione dichiarati, il Dirigente richiede l'assegnazione dello stesso ad altro ufficio.

A completamento della disciplina generale, il legislatore - prima con l'art.42 del d.lgs. n.50/2016 e successivamente con l'art. 16 del d.lgs. n.36/2023 - ha dettato disposizioni specifiche volte a trattare l'ipotesi in cui il conflitto di interessi insorga nell'ambito delle procedure di appalto. Il PNA 2022, confermato nell'aggiornamento 2023, ha dedicato nella parte speciale un intero paragrafo al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, attribuendo rilievo a posizioni che potenzialmente possono minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, il comportamento imparziale del dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale ed in generale della propria attività.

In tale settore, il conflitto di interessi, secondo la nuova formulazione dell'art. 16 del d.lgs. n.36/2023, si verifica quando un soggetto, che a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti e ne può influenzare il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale, che può essere percepito come una minaccia (concreta ed effettiva) alla sua imparzialità e indipendenza nell'ambito della procedura di appalto, compresa la fase di esecuzione.

Il rimedio da adottare nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi, consiste:

- 1- nell'obbligo di comunicazione alla stazione appaltante;
- 2- nell'obbligo di astensione dal partecipare alla procedura di aggiudicazione e all'esecuzione.

La sussistenza del conflitto di interesse comporta, altresì, l'impossibilità per l'amministrazione di conferire l'incarico al soggetto interessato.

Se il conflitto di interesse si manifesta, invece, successivamente al conferimento dell'incarico, il rimedio andrà individuato nella revoca dello stesso e nella nomina di un sostituto.

Rispetto alla formulazione previgente, importante novità introdotta dal nuovo codice riguarda l'onere della prova del conflitto di interessi. In particolare, in coerenza con il principio della fiducia e al fine di preservare la funzionalità dell'azione amministrativa, spetta a colui che invoca il conflitto di interessi provare la sussistenza della minaccia all'imparzialità e indipendenza, la quale:

- 1) deve fondarsi su presupposti specifici e documentati;
- 2) deve riferirsi a interessi effettivi la cui soddisfazione sia conseguibile solo subordinando un interesse all'altro.

ANAC individua, quale principale misura per la gestione del conflitto di interessi, il sistema delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse, che vengono rese dai dipendenti e da tutti i soggetti coinvolti nella procedura di assegnazione di un contratto pubblico, anche in affidamento diretto, e del loro tempestivo aggiornamento nel caso di sopravvenuta variazione dei fatti originariamente dichiarati. La dichiarazione deve essere conservata e protocollata nel fascicolo relativo alla singola procedura, pena, nel caso di omissione, la violazione delle linee guida n.15.

Il PNA 2022 distingue poi tra procedure di gara che:

- 1) utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali: in un'ottica di rafforzamento dei presidi di corruzione, i dipendenti, per ciascuna procedura di gara in cui siano coinvolti, devono fornire un aggiornamento della dichiarazione, da integrare nel caso in cui emergano successivamente, nel corso delle varie fasi dell'affidamento, ipotesi di conflitto di interessi non precedentemente dichiarate;
- 2) non utilizzano fondi PNRR e fondi strutturali: i dipendenti rendono una sola dichiarazione al momento dell'assegnazione all'ufficio o dell'attribuzione dell'incarico. In questo caso, restano comunque fermi:
 - a) l'obbligo di rendere la dichiarazione ove i soggetti tenuti ritengano di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara.
 - b) l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP e dei commissari di gara.

Alle situazioni tipizzate di conflitto di interessi individuate dalle norme e, in particolare, dagli artt. 7 e 14 del Codice di comportamento di cui al d.P.R. n. 62/2013 e ss.mm.ii., si aggiungono quelle fattispecie - identificabili con le "gravi ragioni di convenienza", cui pure fa riferimento lo stesso citato art. 7, ovvero con "altro interesse personale" introdotto dall'art. 42 del Codice dei contratti - che potrebbero interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici. Si tratta di ipotesi che, per la loro prossimità alle situazioni tipizzate, a parere di ANAC sono comunque idonee a determinare il pericolo di inquinare l'imparzialità o l'immagine imparziale dell'amministrazione.

Appare evidente che la gestione del conflitto di interessi assume uno speciale rilievo nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e delle concessioni, in quanto settori a maggior rischio corruttivo.

Si allega il modello di autodichiarazione di assenza o eventuale conflitto di interessi, costituente parte integrante della sottosezione anticorruzione del PIAO dell'AOU (All. 4.5).

DIVIETO DI INCARICHI DI STUDIO, DI CONSULENZA E DIRIGENZIALI A SOGGETTI IN QUIESCENZA - (PANTOUFLAGE)

La normativa in materia di Pantouflage (art. 53, co. 16-ter, del d.lgs n. 165/2001 e ss.mm.ii.) prevede che i pubblici dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per le pubbliche amministrazioni, non possano svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. L'art. 21 del d. lgs n. 39/2013, ha inoltre precisato che *"Ai fini dell'applicazione del divieto di pantouflage, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo"*. Lo scopo della norma è evidentemente quello di evitare la possibilità, per il dipendente, durante il periodo di servizio, di precostituire situazioni lavorative

vantaggiose e così sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere successivamente un lavoro attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

ANAC, con delibera n. 493 del 25 settembre 2024, ha adottato le "Linee Guida n.1 in tema di c.d. divieto di pantouflage – art.53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001" con l'intento di fornire indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori attinenti al predetto divieto, non esaminati nel citato PNA 2022, evidenziando la necessità di un intervento del Legislatore che, alla luce della sussistenza di un vuoto normativo con riferimento all'autorità competente ad irrogare sanzioni, definisca chiaramente i margini di intervento dell'Autorità in materia di pantouflage.

Inoltre, con delibera n. 493 bis del 25 settembre 2024 ANAC, ha emanato il "Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001", al fine di disciplinare i procedimenti di esercizio dell'attività di vigilanza spettante all'Autorità.

Si rinvia all'appendice descrittiva ove è stato dedicato ampio spazio, tra le altre misure, al divieto di pantouflage. Si conferma il modello operativo per la verifica, già allegato al precedente Piano, elaborato secondo le indicazioni contenute nel PNA 2022. (All. 4.6).

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA LA ILLECITI (WHISTLEBLOWING)

L'istituto del whistleblowing è stato novellato, nel corso del 2023, con l'adozione del D.Lgs. 10 marzo 2023 n. 24, recante *"Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante " disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali"*, nonché dalle linee guida di ANAC, adottate con delibera n. 311 del 12 luglio 2023, relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne.

L'AOU, con deliberazione n. 1472 del 27/07/2023, ha approvato il Regolamento aziendale in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali (illeciti amministrativi, contabili, civili e penali) e del diritto dell'Unione Europea, consistenti in comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica.

Il whistleblower è la persona che segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), divulga o denuncia all'autorità giudiziaria comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo. La recente normativa ha ampliato sia il novero dei soggetti che possono effettuare segnalazioni, sia le condotte che possono essere segnalate, perché lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica.

I soggetti che possono segnalare, divulgare o denunciare all'autorità giudiziaria sono tutti i dipendenti dell'Azienda e tutti coloro che con l'Azienda operano (lavoratori subordinati e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi, liberi professionisti e consulenti, volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, persone con funzione di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza).

Le segnalazioni devono essere trasmesse attraverso i seguenti canali:

1) Canale interno, mediante l'apposito sistema informatico per le segnalazioni di Whistleblowing attivato dall'Azienda, servizio postale o posta interna (cartacea) indirizzata al RPCT, segnalazione telefonica o di persona al RPCT; 2) Canale esterno (gestito da ANAC), utilizzabile nei casi specificatamente previsti dalla normativa; 3) Divulgazione pubblica tramite stampa o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone, nei casi specificatamente previsti dalla normativa; 4) Denuncia all'autorità giudiziaria o contabile.

La gestione della segnalazione è a carico del RPCT il quale, una volta ricevuta, avvisa il segnalante dell'avvenuto ricevimento entro 7 giorni ed è tenuto ad avviare l'istruttoria e a fornire riscontro alla segnalazione entro 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento. L'identità della persona segnalante e qualsiasi altra informazione da cui potrebbe evincersi non possono essere rivelate a persone diverse da quelle competenti. La persona segnalante non può subire alcuna ritorsione, intesa come qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione e che provochi o possa provocare alla persona segnalante, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto. La comunicazione dell'eventuale ritorsione subita va inoltrata esclusivamente all'ANAC. La protezione dalle ritorsioni viene estesa anche ad altri soggetti: al facilitatore, alle persone del medesimo contesto lavorativo della persona segnalante e che sono legate ad essi da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado, ai colleghi di lavoro della persona segnalante, agli enti di proprietà della persona segnalante o per i quali le stesse persone lavorano nonché agli enti che operano nel medesimo contesto

lavorativo delle predette persone. Il Regolamento è pubblicato nel sito aziendale alla sezione Home > Amministrazione trasparente > Altri contenuti > Prevenzione della corruzione > Whistleblowing-Segnalazione di illeciti.

CONTRATTI PUBBLICI E TRASPARENZA

L'ambito dove il rischio corruttivo si manifesta con maggiore facilità è, sicuramente, l'area dei contratti pubblici e proprio in quest'area ANAC, come più volte evidenziato, ha concentrato esclusivamente la sua attenzione nell'aggiornamento 2023 del PNA 2022, adottato con la delibera n. 605/2023, a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Codice dei contratti.

Con il citato aggiornamento 2023 l'Autorità ha sostituito integralmente le indicazioni riguardanti le criticità, gli eventi rischiosi e le misure di prevenzione contenute nel PNA 2022. L'Azienda, conseguentemente, ha adeguato il Registro dei Rischi, con l'indicazione delle relative misure, alle disposizioni del dettato normativo, seguendo le indicazioni dell'Autorità.

Tra le diverse misure indicate, ANAC ha puntato particolare attenzione alle attività di verifica e di monitoraggio sulla corretta attuazione delle misure programmate, anche a campione, tramite sistemi di auditing interno. Inoltre, l'Autorità ha riservato particolare attenzione e centralità all'attività di sensibilizzazione dei soggetti preposti, con ruoli e competenze differenti, alla gestione delle procedure dei pubblici appalti. Anche per il 2025 il ricorso alle Centrali uniche di committenza si considera un'importante misura di prevenzione del rischio corruttivo, nonché uno strumento per migliorare l'efficienza, l'efficacia e l'economicità degli appalti.

Ulteriori elementi di novità introdotti dal d.lgs. 36/2023, rispetto alla normativa precedente, si riscontrano nelle disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, in vigore dal 1° gennaio 2024, come fattore, tra l'altro, di standardizzazione, di semplificazione, di riduzione degli oneri amministrativi in capo agli operatori economici, nonché di trasparenza delle procedure, e nelle norme in materia di qualificazione delle stazioni appaltanti, di cui agli artt. 62 e 63, d.lgs. 36/2023.

Come disposto dal d.lgs. 36/2023, dal 1° gennaio 2024 vige l'obbligo per le stazioni appaltanti della pubblicità legale, per ogni genere di appalto e contratto pubblico, attraverso la Piattaforma Anac per la pubblicità legale.

La piattaforma garantisce la pubblicità legale degli atti, anche mediante trasmissione dei dati all'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, come stabilito dall'articolo 84 del nuovo Codice, per bandi e avvisi di appalti di importo pari o superiore alle soglie di rilevanza europea. La Banca dati Anac prende in carico ogni giorno le richieste di pubblicazione trasmesse attraverso le piattaforme digitali da parte delle stazioni appaltanti, trasmettendole all'Ufficio europeo. La pubblicità a livello nazionale di bandi e avvisi relativi ad affidamenti inferiori alla soglia di rilevanza europea viene garantita direttamente dalla Banca dati Anac, che li pubblica sulla piattaforma per la pubblicità legale degli atti. Dalla data di pubblicazione degli atti nella Banca Dati Anac, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti dovranno rendere accessibili i documenti di gara, garantendone l'accesso e la disponibilità fino al completamento della procedura e all'esecuzione del contratto. Le stazioni appaltanti sono responsabili della correttezza e della veridicità dei dati e delle informazioni contenuti negli atti trasmessi alla Banca Dati Anac per la pubblicazione.

L'Autorità ha fornito puntuali indicazioni sui diversi regimi di trasparenza da attuare in materia di appalti pubblici, in base alla data di pubblicazione del bando/avviso e dello stato dell'esecuzione del contratto alla data del 31.12.2023. Conseguentemente, come riportato nella sottosezione del precedente PIAO, è stata delineata la disciplina applicabile in materia di trasparenza amministrativa, alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall'Autorità, di cui alle delibere ANAC nn. 261 e 264 del 2023.

GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA E ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

L'A.O.U. considera di particolare importanza il rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale, tenuto conto che i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell'utente finale.

Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di trasparenza, rispettando l'ordine cronologico di prenotazione e i criteri di priorità fissati per l'accesso alle prestazioni.

Con delibera del Direttore Generale n. 629 del 27 del 27 settembre 2024 l'Azienda ha adottato l'aggiornamento del Piano Aziendale di recupero delle liste di attesa per prestazioni soggette al monitoraggio secondo P.N.G.L.A., prenotate ma non erogate entro il 04/07/2024.

L'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria deve essere autorizzato dall'Azienda e svolto nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia. Inoltre, non deve essere in contrasto con le finalità aziendali e deve essere organizzato in modo tale da garantire il prioritario svolgimento ed il rispetto dei volumi dell'attività istituzionale, nonché la funzionalità dei servizi. Il dipendente mantiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia; nel suo svolgimento non deve ritardare, intralciare o condizionare l'attività istituzionale, con particolare attenzione al fenomeno dello sviamento dei pazienti verso l'attività libero professionale, propria o altrui, a discapito e/o in sostituzione dello svolgimento dell'attività istituzionale. Il dipendente non deve inoltre favorire, nel percorso istituzionale, pazienti da lui seguiti in regime di libera professione.

Con delibera del Direttore Generale n. 371 del 06/08/2024 è stato adottato il nuovo Regolamento aziendale per l'esercizio della libera professione intramuraria. Lo stesso è entrato in vigore dal 01 gennaio 2025.

2.3.5 MONITORAGGIO SULL'IDONEITA' E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

Il monitoraggio delle misure di prevenzione individuate evidenzia lo stato di attuazione delle misure stesse e la loro idoneità ai fini di una loro eventuale revisione. Per quanto riguarda il monitoraggio dell'attuazione delle misure, essendo l'Azienda un'organizzazione complessa, in cui, peraltro, le strutture risultano essere numerose ed eterogenee, a seconda delle misure individuate il monitoraggio è strutturato in due livelli: un primo livello di competenza del Responsabile del procedimento, che dovrà

fornire le risultanze del monitoraggio al RPCT ai fini di una verifica di secondo livello; in altri casi il monitoraggio potrà avvenire in forma di internal audit.

La valutazione dell'idoneità delle misure, intesa come effettiva capacità delle stesse di ridurre il rischio, è eseguita dal RPCT unitamente ai responsabili dei processi/procedimenti, tenendo in considerazione anche le risultanze dell'attività di valutazione della performance aziendale.

All'inizio del processo vengono inoltrate ai Dirigenti di struttura e da questi compilate e trasmesse al RPCT, apposite schede relative all'attuazione delle misure. In occasione dell'invio delle schede viene chiesto altresì alle strutture di indicare eventuali nuovi processi su cui effettuare la valutazione del rischio ed eventuali processi da eliminare o aggiornare.

Non tutte le misure previste per l'anno 2024 sono state pienamente attuate; le principali criticità riscontrate hanno riguardato il maggior carico di lavoro che le misure e il loro monitoraggio comportano, soprattutto per i processi ad alto rischio corruttivo, anche se complessivamente l'andamento è positivo.

Nella pianificazione delle misure è stata utilizzata la soluzione informatica della Piattaforma di acquisizione dei PTPCT messa a disposizione da ANAC, quale valido strumento per facilitare l'attività di monitoraggio. Infatti, la compilazione della sezione dedicata al monitoraggio ha consentito di schematizzare le informazioni relative allo stato di attuazione delle misure (generali e specifiche) e di scaricare il documento di sintesi per la redazione della relazione annuale del RPCT dell'anno 2024.

L'idoneità e l'attuazione delle misure programmate sarà verificata con i Responsabili di I livello, con specifico controllo del RPCT, in sede di monitoraggio, mediante l'analisi dei seguenti documenti:

- rendicontazione annuale degli obiettivi di performance correlati alla prevenzione del rischio corruttivo;
- contenuti delle istanze di accesso documentale e civico;
- reclami e segnalazioni trasmesse dalle competenti strutture;
- sentenze di condanna trasmesse dalla UOC Affari Generali e UOC Risorse Umane;
- contestazioni disciplinari anonimizzate, comunicate dall'UPD;
- segnalazioni whistleblowing.

Fermo restando, le attività di monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione decritta nelle singole misure programmate, si declinano di seguito i compiti dei Dirigenti, dei responsabili di posizione organizzativa e di funzioni specialistiche.

I Dirigenti incaricati di responsabilità di unità operative, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge, dai contratti e dai regolamenti vigenti, attestano di essere a conoscenza del Piano di prevenzione della corruzione. Essi devono astenersi da assumere decisioni, ai sensi dell'art. 6 bis legge 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

I Dirigenti provvedono mensilmente al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio e delle azioni espletate devono essere consultabili nel sito web istituzionale dell'AOU. I dirigenti attestano il monitoraggio trimestrale del rispetto dei tempi procedurali; l'attestazione contiene i seguenti elementi di approfondimento e di verifica degli adempimenti realizzati:

1) attestazione omogeneità dei controlli da parte dei dirigenti, volti a evitare ritardi, attestazione dell'avvenuta applicazione del sistema delle sanzioni, sempre in relazione al mancato rispetto dei termini, con applicazione dei criteri inerenti all'omogeneità, la certezza e cogenza del sistema;

2) i dirigenti, con particolare riguardo alle attività a rischio di corruzione, informano tempestivamente e senza soluzione di continuità il RPCT in merito al mancato rispetto dei tempi procedurali, costituente fondamentale elemento del corretto funzionamento e rispetto del piano di prevenzione della corruzione, e di qualsiasi altra anomalia accertata costituente la mancata attuazione del presente Piano, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, le azioni sopra citate ove non rientrino nella competenza normativa, esclusiva e tassativa dirigenziale;

3) i dipendenti (selezionati dai dirigenti), nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge 7 agosto 1990, n.241 e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo, rendono accessibili in ogni momento agli interessati, tramite strumenti di identificazione informatica di cui all'articolo 65, comma 1, del codice di cui al d.lgs .82/2005 e ss.mm.ii, le informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase;

4) i dirigenti attestano il monitoraggio mensile del rispetto del sopra citato criterio di accesso agli interessati delle informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase;

5) i dirigenti hanno l'obbligo di inserire nei bandi di gara le regole di legalità o integrità della presente sezione anticorruzione, prevedendo la sanzione della esclusione.

6) i dirigenti procedono almeno sei mesi prima della scadenza dei contratti aventi per oggetto la fornitura dei beni e servizi e lavori, alla indizione delle procedure di selezione, secondo le modalità indicate dalla normativa vigente;

7) il dirigente delle risorse umane ha l'obbligo di contenere, ai sensi di legge, gli incarichi dirigenziali a contratto nella misura massima di percentuale dei posti effettivamente coperti della dotazione organica della qualifica dirigenziale. Indica al RPCT gli scostamenti e le azioni correttive anche mediante strumenti in autotutela;

8) ciascun dirigente propone al RPCT ed alla U.O. Formazione il Piano annuale di formazione della propria struttura, con esclusivo riferimento alle materie inerenti alle attività a rischio di corruzione individuate nella presente sezione;

9) il dirigente presenta entro il 30 novembre di ogni anno all'RPCT, una relazione dettagliata sulle attività poste in merito alla attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nella presente sezione, nonché i rendiconti sui risultati realizzati;

10) i dirigenti monitorano, anche con controlli sorteggiati a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio di corruzione disciplinate nel presente Piano, i rapporti aventi maggior valore economico (almeno il 10%) 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.

Nel monitoraggio di secondo livello, l'attuazione spetta al RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto e con il coinvolgimento degli altri organi con funzioni di controllo interno (internal audit). Diversamente dal monitoraggio di primo

livello, quello di secondo livello tende a garantire un giudizio tendenzialmente più neutrale ed oggettivo. Il monitoraggio di secondo livello deve essere effettuato attraverso un campionamento delle misure da sottoporre a verifica ed unitamente all'internal auditor potranno svolgersi degli audit specifici, con verifiche sul campo per il più agevole reperimento di informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello.

L'attività di monitoraggio del RPCT può avere, tuttavia, ad oggetto anche le attività non pianificate di cui si è venuto a conoscenza, ad esempio, a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità.

La pubblicazione delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, nel sito internet dell'Azienda, costituisce il metodo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e/o utente, delle decisioni nelle materie a rischio di corruzione disciplinate dal presente Piano.

In tema di verifica e controllo sull'esistenza di procedimenti penali potenzialmente incompatibili con l'assegnazione di specifici incarichi dirigenziali, si evidenzia che nella medesima sezione del PIAO 2024-2026 era stata proposta una verifica straordinaria su tutto il personale dirigenziale, della Dirigenza medica, Sanitaria ed Amministrativa, tramite il Casellario Giudiziario della Procura della Repubblica di Messina. La stessa, come comunicato dal Direttore della UOC Risorse Umane, è stata effettuata solo per il personale aziendale neoassunto. Si ritiene di dover riprogrammare una verifica massiva per l'anno 2025.

È intendimento dell'AOU realizzare in modo progressivo e graduale il raccordo degli strumenti del controllo di gestione con quelli del monitoraggio delle misure del Piano.

2.3.6 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

La trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, introdotta dalla legge 190/2012 e, successivamente approfondita, e meglio definita dal d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii, secondo il quale essa è intesa come *“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”* (art. 1, comma 1 D.Lgs. n. 33/2013).

L'applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza amministrativa da parte delle pubbliche amministrazioni garantisce il livello essenziale delle prestazioni erogate, ai fini del contrasto alla corruzione e alla cattiva amministrazione. Analogamente, la corretta attuazione dei principi che ispirano la trasparenza dell'azione amministrativa è condizione di garanzia dei criteri di qualità delle informazioni da pubblicare, espressamente indicati dal legislatore all'art. 6 del d.lgs. 33/2013, ovvero: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

La promozione di sempre maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione. L'Azienda persegue, inoltre, i seguenti obiettivi strategici riguardanti la trasparenza:

- garantire flussi informativi aggiornati e completi;
- assicurare livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni, assicurando un flusso informativo costante e completo dei dati e delle informazioni aziendali nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- pubblicare documenti, dati e informazioni in modo chiaro e comprensibile a chiunque;
- indicare gli incaricati all'individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati e iniziative in materia di trasparenza e di integrità, anche ai fini dell'applicazione della responsabilità prevista dal d.lgs. 33/2013;
- implementare e attuare i sistemi di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR.

L'orientamento strategico in materia di trasparenza, espresso anche all'interno dell'atto aziendale, poggia sui seguenti principi:

- trasparenza e comunicazione figurano tra le scelte strategiche della mission favorendo *“un rapporto improntato alla trasparenza con i cittadini, diffondendo tra i propri utenti l’informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l’autonomia decisionale”*;
- trasparenza delle azioni e delle attività dell’Azienda sono tra i principi ispiratori della gestione; infatti, l’atto aziendale nella sezione ove sono espressi i principi ispiratori del servizio ai cittadini, si impegna in azioni di *“Trasparenza nei processi decisionali, garantendo la circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate, sulle modalità di erogazione e sui risultati ottenuti, nonché la diffusione dei criteri su cui si basano le scelte di gestione e di governo clinico”*;
- accessibilità e trasparenza degli atti mirate al coinvolgimento dei cittadini costituiscono i principi ispiratori del servizio al cittadino.

GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

L’AOU ha individuato le misure e gli strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, i principali flussi informativi, le tempistiche di pubblicazione, nonché le Unità operative responsabili della pubblicazione dei dati. L’Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale, assicurandone l’integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l’omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali e l’indicazione della loro provenienza. La pubblicazione on-line delle informazioni e dei dati viene effettuata in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa comunitaria e nazionale e dalle *“Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”* del Garante della Privacy.

La pubblicazione sul sito istituzionale delle informazioni relative agli aspetti organizzativi e gestionali, a procedure e provvedimenti, agli indicatori concernenti l’utilizzo delle risorse, e ai diritti dei cittadini, nella sezione *“Amministrazione Trasparente”*, costituisce l’elemento centrale della trasparenza. Pertanto, la pubblicazione on line dei dati e delle informazioni indicate dal D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. consente a tutti i cittadini una effettiva conoscenza dell’azione amministrativa, con il fine di sollecitare e agevolare le modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività, offrendo agli stakeholder la possibilità di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati.

L’Azienda, nel pubblicare notizie, dati, informazioni e quant’altro sul proprio sito istituzionale, pone particolare attenzione nel selezionare ed escludere i dati personali la cui conoscenza non garantisca il *“principio di pertinenza e non eccedenza”*.

L’RPCT svolge una costante attività di monitoraggio sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei soggetti coinvolti e, in caso di pubblicazione inesatta o incompleta, invia comunicazione all’Ufficio interessato per richiedere l’aggiornamento tempestivo della relativa sezione di Amministrazione Trasparente.

I dati e le informazioni da pubblicare sul sito istituzionale sono:

- il tipo di documento;
- il riferimento normativo che ne prevede la pubblicazione;
- il contenuto del singolo obbligo;
- il Responsabile della Struttura competente alla sua predisposizione e pubblicazione;
- la tempistica di pubblicazione indicata dall’ANAC.

Tutte le strutture aziendali ed i soggetti coinvolti collaborano attivamente, in base ai rispettivi ruoli, con il RPCT nel processo di pubblicazione dei dati e informazioni richieste dalla normativa e si impegnano affinché il flusso di informazioni e di dati da pubblicare corrisponda totalmente a quanto richiesto dall’articolo 6 del d.lgs. 33/2013 (qualità delle informazioni), ovvero che i dati siano integri, aggiornati, completi, tempestivi e di facile consultazione. Spetta infatti ai Responsabili delle strutture partecipare all’individuazione, all’elaborazione e alla pubblicazione delle informazioni nonché all’attuazione delle iniziative di loro competenza previste dal presente Piano. Ciascun Dirigente Responsabile delle strutture aziendali, relativamente ai dati di propria pertinenza, è tenuto a curare:

- la formazione del dato della cui veridicità, correttezza e completezza assume la responsabilità;
- l'aggiornamento, secondo la tempistica di legge, che verrà attestato nel documento contenente i dati medesimi;
- la pubblicazione in formato aperto e adeguato.

Già nei precedenti Piani è stata conferita diretta competenza e responsabilità degli obblighi di pubblicazione ai Direttori delle Unità operative interessate. Ciò ha garantito un rilevante miglioramento nella qualità delle informazioni, anche se permangono a volte la criticità dell'uso di formati non adeguati e la mancata realizzazione dell'informatizzazione del flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

Al Responsabile della produzione, trasmissione e aggiornamento dei dati spettano i seguenti compiti:

-predisporre i files necessari per la pubblicazione in formato accessibile e aperto, garantendone la completezza e la conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda, l'indicazione della loro provenienza, ed oscurando, laddove necessario, i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza e pubblicazione;

-trasmettere i dati entro i termini previsti alla UOS ICT, che dovrà provvedere tempestivamente alla pubblicazione nella sotto-sezione indicata dal responsabile del link di "Amministrazione Trasparente". L'ICT, ad avvenuta pubblicazione, invierà apposita comunicazione di posta elettronica con il corrispondente link, allo scopo di consentire al Responsabile della produzione, trasmissione e aggiornamento dei dati, la verifica della corretta pubblicazione del documento;

-qualora alcuni degli obblighi non sussistessero per una determinata struttura, o non ci fossero documenti da trasmettere, comunque il dirigente responsabile della trasmissione e aggiornamento dei dati, invia formale comunicazione in cui precisa la sezione/sotto-sezione di riferimento, il contenuto dell'obbligo, il periodo di riferimento e la relativa assenza di documenti e dati da comunicare;

-individuare all'interno della propria struttura il personale che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni;

-verificare la corretta pubblicazione dei dati e/o aggiornamenti trasmessi, nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale.

Il ruolo di Responsabile tecnico dei sistemi informativi gestionali che supportano la pubblicazione del sito web è affidata al Dirigente della UOS ICT. In tale ambito al suddetto Responsabile sono affidati i compiti di garanzia del corretto funzionamento dell'applicazione informatica e della sua sicurezza. Il RPCT verifica la coerenza tra i contenuti pubblicati e l'oggetto indicato e, qualora risultino difformità, richiede la relativa rettifica. La sezione Amministrazione Trasparente è aggiornata durante l'anno in base alle scadenze dei singoli obblighi, ai sensi del d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii. Pertanto, l'aggiornamento delle informazioni avviene con cadenza diversa a seconda della natura dell'obbligo di pubblicazione. Periodicamente vengono verificate ed aggiornate le informazioni presenti sul sito web istituzionale, per adeguare ed integrare, ove necessario, i dati, i documenti e la struttura di presentazione delle stesse, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Le tipologie di dati, compresi quelli c.d. "ulteriori", di cui l'Amministrazione ha inteso dare evidenza, sono pubblicati direttamente dalle UU.OO. competenti, per il tramite dei Direttori delle strutture aziendali o dei soggetti da essi individuati, secondo la tempistica di legge, su formato elettronico aperto. Il sistema rileverà il soggetto che ha effettuato la pubblicazione, la data di produzione, nonché eventuale aggiornamento alle scadenze periodiche. Il RPCT provvederà, con le modalità ritenute opportune, con cadenza periodica o tempestivamente, secondo necessità, ad effettuare un monitoraggio a campione.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione si caratterizza per essere:

1. un controllo successivo. Il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi agli organi/soggetti competenti;
2. relativo a tutti gli atti pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente (il monitoraggio, può infatti riguardare anche la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ("dati ulteriori"), soprattutto ove concernano i processi interessati dalle ingenti risorse finanziate con il PNRR e i fondi strutturali, nonché quelli che presentano rischi corruttivi significativi.
3. totale e non parziale;

4. programmato su più livelli, di cui: un primo livello ai referenti del RPCT o, in autovalutazione, ai responsabili delle strutture delle misure; un secondo livello, di competenza del RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto e dagli altri organi con funzioni di controllo interno, quale l'internal auditor.

L'attuazione del monitoraggio può altresì riguardare la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria ("dati ulteriori", ex art. 7-bis, co. 3 del d.lgs. n. 33/2013) soprattutto ove concernano i processi interessati dalle ingenti risorse finanziate con il PNRR e i fondi strutturali e quelli che presentano rischi corruttivi significativi.

L'Azienda ha scelto di attribuire il monitoraggio di I livello ai referenti ed ai Dirigenti delle singole strutture, seppure il RPCT svolga comunque un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, per la tipologia di informazioni, per le dimensioni dell'Azienda ed il numero di strutture coinvolte, sia dell'area tecnica – professionale amministrativa che sanitaria.

Nell'ottica di partecipare alla creazione di valore pubblico ed alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione, l'OIV ha il potere di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell'attestazione OIV ed all'invio ad ANAC, assume le iniziative – implementa le misure di trasparenza già adottate e ne individua e adotta di ulteriori – utili a superare le criticità segnalate dall'OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili.

È previsto il monitoraggio sistematico degli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale di questa azienda. Tale attività è effettuata dall'ICT, anche se occorre evidenziare che il sito istituzionale relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", traccia il numero delle visite, dalla data di messa on-line della pagina (anno 2019) e non è possibile estrarre statistiche per singolo anno. Per quanto sia stata programmata specifica misura per riuscire a tracciare il numero di visite per un periodo temporale o quantomeno per anno e per singola sezione, per problemi organizzativi della struttura a ciò deputata, non è stato possibile attuare la misura nel corso dell'anno 2024, che pertanto deve essere riproposta per l'anno 2025.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA), approvato con deliberazione n. 7 del 17.01.2023 dall'ANAC, per quanto riguarda la trasparenza dei contratti pubblici, aveva rivisto le modalità di pubblicazione; infatti, non era più previsto che avvenisse sui siti delle amministrazioni in ordine temporale di emanazione degli atti, ma ordinando le pubblicazioni per appalto. Nel Piano precedente, come indicato dall'ANAC, è stato condiviso un progetto di adeguamento alle indicazioni del PNA 2022 e delle nuove disposizioni del codice che, per quanto riguarda la trasparenza, ha portato alla reingegnerizzazione dei contenuti pubblicati nella sezione dedicata ai bandi di gara e contratti. Tale sezione ha subito una ulteriore profonda revisione a decorrere dal 1° gennaio 2024, data di entrata in vigore della nuova disciplina prevista dal nuovo codice dei contratti. A decorrere da tale momento, la pubblicazione dei contenuti relativi alla tabella dei bandi di gara e contratti avviene per il tramite della Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso ANAC, la quale "assicura la tempestiva pubblicazione sul proprio portale dei dati ricevuti anche attraverso la piattaforma unica della trasparenza e la periodica pubblicazione degli stessi in formato aperto". Infatti la banca dati presso ANAC funge da Piattaforma unica della trasparenza, ai fini dell'assolvimento da parte delle amministrazioni pubbliche degli obblighi di trasparenza proattiva di cui al d.lgs. n.33/2013, in quanto le singole stazioni appaltanti devono procedere alla pubblicazione dei dati e informazioni nella sotto-sezione "Bandi di gara e contratti" di Amministrazione trasparente tramite collegamento ipertestuale proprio alla BDNCP, ai sensi dell'art. 9-bis del citato decreto n.33/2013.

L'Azienda, inoltre, pubblica all'interno della relativa sezione del sito web aziendale i dati che non vengono trasmessi alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, ma che sono comunque oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'allegato 1 alla delibera ANAC n. 264/2023, modificata ed integrata con delibera n. 601/2023.

L'Azienda, nel corso dell'anno 2023, sulla base dell'allegato 9 al PNA 2022, ha provveduto all'integrale revisione dell'architettura della sezione "Bandi di gara e contratti", del sito istituzionale Amministrazione Trasparente.

Nel 2024 l'esito dell'attività di monitoraggio compiuta dal RPCT ha avuto un risultato complessivamente positivo, denotandosi un notevole sforzo da parte delle strutture aziendali coinvolte nell'adeguamento agli obblighi di pubblicazione, seppur con alcune criticità che continuano a persistere, motivate anche dalla carenza di personale in tutti gli Uffici aziendali. Recentemente l'ANAC, ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo n. 33/2013, con la delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha approvato i tre nuovi schemi di pubblicazione riguardanti l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti agli articoli: art. 4-bis "Utilizzo delle risorse pubbliche", art. 13 "Organizzazione" e art. 31 "Controlli su attività e organizzazione". Inoltre, l'Autorità ha approvato un documento contenente le Istruzioni operative per la corretta attuazione

degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013, che fornisce indicazioni utili per la pubblicazione relativamente a requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse.

Per procedere all'aggiornamento delle sezioni di Amministrazione Trasparente nel rispetto dei predetti schemi relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31, ANAC concede alle amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi. Inoltre, ha reso disponibili anche ulteriori schemi, non ancora approvati, relativi ad altri obblighi di pubblicazione previsti in altri articoli del medesimo decreto. Nel corso del 2025 l'Azienda, contestualmente alla riorganizzazione del sito web aziendale, che risulta in fase di programmazione, come già sopra evidenziato, esaminerà le sezioni di Amministrazione Trasparente interessate dal Provvedimento Anac, per adeguarne il relativo contenuto alle previsioni dei nuovi schemi approvati.

ACCESSO CIVICO

Il processo legislativo in materia di accessibilità ha continuato ad evolversi rispondendo alle esigenze, sempre più estese, di trasparenza dell'azione pubblica e configurando diverse forme di accesso. Infatti, è stato previsto e disciplinato un nuovo diritto, diverso e ulteriore, rispetto al diritto di accesso agli atti e ai documenti, disposto dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241.

L'art. 5, co. 1, del D.lgs. n. 33/2013 disciplina "l'accesso civico c.d. semplice", inteso quale diritto di chiunque, anche non portatore di un interesse qualificato, di richiedere i documenti, le informazioni o i dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria secondo le vigenti disposizioni normative, qualora le pubbliche amministrazioni ne abbiano omesso parzialmente o totalmente la pubblicazione.

L'accesso civico "generalizzato" a dati, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria è il diritto riconosciuto a chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, tassativamente indicati dalla legge, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

In particolare, con riferimento all'accesso civico "semplice", il RPCT è destinatario delle istanze ed è tenuto a concludere il procedimento con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni, avendo cura di pubblicare sul sito i dati, le informazioni o i documenti richiesti e di comunicare al richiedente l'avvenuta pubblicazione.

Riguardo all'accesso civico generalizzato, al RPCT compete la ricezione delle richieste di riesame, in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta e dovrà provvedere, entro il termine di venti giorni, con provvedimento motivato.

Al fine di assicurare l'efficacia dell'istituto dell'Accesso Civico, semplice e generalizzato, l'Azienda ha attuato misure specifiche, ed ha aggiornato nel corso dell'anno 2023 l'apposita sottosezione sul sito istituzionale, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente" e della sottosezione "Altri contenuti", denominata "Accesso Civico".

In tema di appalti, il diritto di accesso civico generalizzato è stato ritenuto applicabile dall'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n.10/2020 agli atti della procedura di gara, anche con riferimento alla fase esecutiva del contratto. Sempre con riferimento ai contratti pubblici, ANAC, con delibera n.264/2023, ha indicato le modalità di esercizio del diritto di accesso civico tenuto conto del novellato regime di pubblicazione dei contenuti relativi agli appalti.

Al fine di consentire l'adeguato monitoraggio delle richieste di accesso civico semplice e generalizzato pervenute, conformemente a quanto indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309/2016 e nella Circolare n. 2/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, è stato istituito dalla UOC Affari Generali uno specifico "Registro degli accessi" contenente l'elenco di tutte le richieste di accesso pervenute con l'indicazione dell'oggetto e della data dell'istanza, con distinzione per tipologia (accesso documentale, accesso civico o accesso civico generalizzato), dell'esito della stessa e, in caso di rigetto e di instaurazione del contenzioso, del relativo esito, comprensivo della data della decisione. Il registro degli accessi è pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, sottosezione Altri contenuti - Accesso civico e deve essere aggiornato con periodicità semestrale. Qualsiasi istanza di accesso dovrà essere, pertanto trasmessa, a cura dell'UO competente e completa delle indicazioni necessarie, all'UOC Affari Generali, la quale provvederà all'annotazione nel registro. Analoga comunicazione dovrà essere trasmessa all'esito del procedimento all'UOC Affari Generali, deputata ad aggiornare il registro pubblicato.

Resta ferma, in ogni caso, la possibilità, in un'ottica di rafforzamento della trasparenza, di pubblicare, nella sezione "Amministrazione Trasparente", dati, informazioni, documenti come "dati ulteriori" rispetto a quelli obbligatori, procedendo, ai sensi dell'art. 7-bis, co. 3, del d.lgs. n. 33/2013, a oscurare i dati personali presenti e nel rispetto degli stessi limiti indicati per l'accesso civico generalizzato.

2.3.7. IL MONITORAGGIO E IL RIESAME

Il monitoraggio è un'attività fondamentale e continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame – con frequenza almeno annuale – è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Come precisato nel PNA 2022, il monitoraggio sulla sezione anticorruzione del PIAO riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio. L'obiettivo è considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e, se necessario, procedere a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati, potenziando e rafforzando gli strumenti in atto, eventualmente promuovendone di nuovi.

Per la progettazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO occorre ripartire dalle risultanze del ciclo precedente utilizzando l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione.

È prevista un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte dei soggetti interni all'Azienda, che da parte di soggetti esterni, in quanto attività necessaria a verificare la progressiva esecuzione delle attività programmate e la conseguente verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Come disposto dalla vigente normativa in materia, l'attività di monitoraggio periodico, verrà effettuata sia dal RPCT che dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.). Si auspica che l'RPCT possa avere una maggiore e più proficua collaborazione da parte del Gruppo di supporto, come peraltro già disposto dalla Direzione Aziendale, in considerazione che il predetto Responsabile non dispone di alcuna unità di personale in via esclusiva.

Si ribadisce che tutti gli uffici dell'Amministrazione ed i relativi Dirigenti sono coinvolti nella realizzazione del Piano nei tempi e nei modi stabiliti dalla normativa di riferimento, concorrendo in base ai rispettivi ruoli. In questa prospettiva, il RPCT si avvale, in primis, degli esiti del monitoraggio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO per la definizione della programmazione per il triennio successivo. Gli esiti del monitoraggio consentono di identificare l'elemento organizzativo di base (processo) dell'attività dell'Azienda da sottoporre a maggiore attenzione.

Nuova forma di monitoraggio introdotta dal legislatore è il monitoraggio integrato e permanente delle sezioni che costituiscono il PIAO. Il d.l. 80/2021, all'art. 6, co. 3, nonché l'art. 5 del D.M. 132/2022 dispongono che il PIAO definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi. Il monitoraggio integrato prevede una apposita sezione "Monitoraggio" ove vanno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, di tutte le sezioni ed i soggetti responsabili. Tale monitoraggio pone le condizioni per verificare la sostenibilità degli obiettivi organizzativi e delle scelte di pianificazione fatte nel PIAO, volti al raggiungimento del valore pubblico. Da qui l'importanza di utilizzare le modalità di coordinamento fra il monitoraggio della sezione del PIAO dedicata alla prevenzione della corruzione e trasparenza e quello delle altre sezioni, ognuna delle quali ha un proprio responsabile.

Secondo le indicazioni date dall'Anac, questa AOU in modalità graduale, ha già avviato e tenderà a quanto di seguito specificato:

a) realizzare una programmazione il più possibile coordinata. Il RPCT avrà cura di raccordare la sezione anticorruzione e trasparenza alle altre sezioni del PIAO; vanno allineate, per quanto possibile, le mappature dei processi in vista di mappature uniche, ove non ancora realizzate

b) prevedere nel PIAO un coordinamento tra il RPCT e i Responsabili delle altre sezioni del PIAO. Tutti i soggetti coinvolti sono in una condizione di parità tra loro. Ognuno dei Responsabili, per la propria parte, verifica quanto degli obiettivi programmati, per la sezione che segue, sia stato realizzato e l'adequazione della realizzazione degli obiettivi medesimi e condivide gli esiti delle verifiche con gli altri responsabili

c) I Responsabili delle singole sezioni del PIAO non devono limitarsi alla parte di propria competenza del PIAO, ma ognuno deve aiutare e coadiuvare l'altro per la realizzazione di una effettiva ed efficace sinergia di lavoro e raccordo costruttivo, fatta di continui confronti, aggiornamenti, scambi di buone pratiche e risoluzione delle criticità.

Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è poi l'attività di riesame periodico, volta a valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una prospettiva più ampia. Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione. Il riesame periodico viene eseguito ad esito del monitoraggio annuale. Il riesame 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. Tale attività è coordinata dal RPCT, con il contributo metodologico dell'OIV, deputato all'attività di valutazione delle performance, e dell'audit interno.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il tema della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti si è affacciato nell'ordinamento italiano con la legge del 07/08/2015 n. 124 che ha richiamato le amministrazioni pubbliche “...nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, ad adottare misure organizzative... per la sperimentazione di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa...”.

Si deve alla legge 22 maggio 2017 n. 81 (cd. jobs act) la prima organica disciplina, all'interno del panorama normativo nazionale, del c.d. lavoro agile.

L'art. 18 della norma richiamata, infatti, approfondisce la nozione di lavoro agile quale “...modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.”

Il successivo art. 19 della legge in discorso detta, poi, precisi requisiti di forma ai fini della regolarità amministrativa e della prova, stabilendo che “...l'accordo relativo alla modalità di lavoro agile è stipulato per iscritto e disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore. L'accordo individua altresì i tempi di riposo del lavoratore nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro”. Con tale normativa il legislatore ha previsto una modalità di svolgimento del lavoro subordinato da remoto conferendogli, da un lato, autonoma disciplina e cercando, dall'altro, di differenziare tale nuova modalità dal telelavoro, che già riscontrava una normativa di riferimento sia nel settore pubblico (a partire dalla legge 16 giugno 1998, n. 191, e poi con d.P.R. 8 marzo 1999, n. 70) sia nel settore privato (grazie all'accordo interconfederale del 9 giugno 2004, di recepimento dell'accordo quadro europeo del 16 luglio 2002, e alla contrattazione collettiva che vi aveva dato esecuzione).

In virtù di quanto sopra, è, quindi, evidente che ciò che caratterizza il lavoro agile è l'assenza di precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro e che le finalità dichiarate di tale istituto sono quelle dell'introduzione delle più innovative modalità di organizzazione del lavoro, basate sull'utilizzo della flessibilità e sulla valutazione per obiettivi, in funzione dei bisogni di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

L'evolversi dell'emergenza crisi epidemiologica da Covid-19 ha fatto registrare il susseguirsi di numerosi interventi normativi, sia di rango primario che secondario, in forza dei quali il lavoro agile “semplificato” ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

Più precisamente, con il dichiarato scopo di garantire la continuità dell'azione amministrativa bilanciandola con la tutela della salute del personale delle PP.AA., lo “smart working” assurge a misura di prevenzione del rischio da contagio, perché funzionale alla diminuzione delle presenze e al distanziamento sociale nei luoghi di lavoro.

Si deve al D.L. n. 18 del 17/03/2020, cd. Cura Italia, l'aver introdotto all'art. 87 talune “Misure straordinarie in materia di lavoro agile”. Il disposto normativo da ultimo citato, nel configurare il lavoro agile quale “modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19” ha, per l'effetto, invitato queste ultime a limitare la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività indifferibili che richiedessero necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell'emergenza.

Introducendo il ricorso al cd. smart working “semplificato”, la norma in commento ha contestualmente dato facoltà applicativa alle stesse amministrazioni pubbliche, a prescindere dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017 n. 81.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica, al fine di fornire alcune indicazioni metodologiche per supportare le amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella Ordinaria, con Direttiva 9 dicembre 2020, ha fornito specifiche linee guida per agevolare la stesura del Piano Organizzativo Lavoro Agile, strumento di pianificazione e programmazione del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni.

Procedendo in tale rapido excursus, finalizzato a tratteggiare la recente evoluzione normativa dell'istituto, non può non richiamarsi il DPCM 23 settembre 2021, con il quale il governo ha stabilito che, a decorrere dal 15 ottobre 2021, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella PA sarebbe tornata a essere quella in presenza.

Per effetto di tale decreto, si è fatto ritorno, pertanto, al regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, recante “Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato” (la legge Madia), così come modificata dai successivi provvedimenti normativi.

Con Decreto dell'8 ottobre 2021, avente a oggetto “Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle

pubbliche amministrazioni” (pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 13 ottobre 2021), il Ministro della Pubblica Amministrazione, nel precisare che “il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa”, dando, pertanto, seguito all’art. 1, comma 1, del D.P.C.M. del 23 settembre, ha disposto, “nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva e della definizione delle modalità e degli obiettivi del lavoro agile da definirsi (...) nell’ambito del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)”, che l’accesso al lavoro agile possa essere comunque autorizzato nel rispetto di alcune condizionalità.

Se, infatti, durante le fasi più acute dell’emergenza pandemica il lavoro agile ha rappresentato la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, in virtù dell’articolo 87, comma 1, del decreto- legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27, sicuramente consentendo di garantire la continuità del lavoro in sicurezza per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e, di conseguenza e per quanto possibile, la continuità dei servizi erogati dalle amministrazioni, tuttavia, in ragione della nuova positiva fase dell’esperienza pandemica, risulta necessario porsi nell’ottica del superamento della gestione emergenziale, individuando quale strumento per lo sviluppo del lavoro agile nella pubblica amministrazione quella della contrattazione collettiva e quella della disciplina da prevedersi nell’ambito del Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

CONDIZIONI ACCESSO ALLA PRESTAZIONE LAVORATIVA IN FORMA AGILE

L’articolo 1, comma 3, del decreto 8 ottobre 2021 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, ha stabilito delle condizionalità per il ricorso al lavoro agile.

Ai sensi del medesimo decreto, nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva, il lavoro agile non è più una modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa; l’accesso a tale modalità, ove consentito a legislazione vigente, potrà essere autorizzato esclusivamente nel rispetto delle seguenti CONDIZIONALITÀ:

- 1) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- 2) l’amministrazione deve garantire un’adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l’esecuzione della prestazione in presenza;
- 3) l’amministrazione deve mettere in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
- 4) l’amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
- 5) l’amministrazione, inoltre, deve mettere in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
- 6) l’accordo individuale di cui all’art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire, almeno:
 - gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 - le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di reperibilità;
 - le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del prosieguo della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile.
- 7) le amministrazioni devono assicurare il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
- 8) le amministrazioni devono prevedere, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza, nel rispetto di quanto stabilito dal presente articolo.

Il 30 novembre 2021, dopo il confronto con le OO.SS., il Ministro per la Pubblica amministrazione ha pubblicato lo Schema di “Linee guida per lo smart working nella Pubblica Amministrazione”. Le stesse anticipano in parte quello che sarà previsto nei CCNL per tutti i comparti e sono rivolte alle pubbliche amministrazioni e agli altri enti ad esse assimilati tenuti a prevedere misure in materia di lavoro agile, ed hanno l’obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l’orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell’equilibrio fra vita professionale e vita privata. In tal senso, l’intervento si propone di delineare la modalità di svolgimento della prestazione lavorativa c.d. agile avendo riguardo al diritto alla disconnessione, al diritto alla formazione specifica, al diritto alla protezione dei dati personali, al regime dei permessi e delle assenze ed alla compatibilità con ogni altro istituto del rapporto di lavoro e previsione contrattuale.

In coerenza con le misure nazionali di contenimento dell'infezione da Covid-19, ed in particolare in conformità all'art. 87, co. 1, Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020, l'Azienda ha avviato il ricorso al lavoro agile ritenendolo un'importante misura di prevenzione del rischio da contagio, perché funzionale alla rarefazione delle presenze e al distanziamento sociale nei luoghi di lavoro.

L'AOU "G. Martino", come le altre Pubbliche Amministrazioni, ha adottato il lavoro agile "semplificato" come "modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa".

Con tutta una serie di disposizioni circolari è stato rimesso ai Responsabili delle unità operative, nell'esercizio della propria autonomia organizzativa, l'apprezzamento in concreto delle possibilità di coniugare al meglio la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori con il soddisfacimento della continuità dell'azione amministrativa e delle esigenze dell'utenza.

Successivamente, a seguito dell'emanazione del Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021, l'organizzazione lavorativa è stata impostata sulla prevalenza del lavoro in presenza, seppur nell'ottica flessibile prevista dalla circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Ministro della Pubblica Amministrazione del 5 gennaio 2022. Il lavoro agile sollecita il passaggio da modelli organizzativi improntati sulla presenza fisica, a sistemi di lavoro che privilegino il raggiungimento dei risultati, l'autonomia lavorativa e la diffusione di rapporti di fiducia. Gli ultimi CC.CC.NN.L. riguardanti la dirigenza presente nelle aziende sanitarie pubbliche si occupano del lavoro agile soltanto incidentalmente, a proposito dei compiti affidati all'Organismo paritetico (art. 6 C.C.N.L. Area Finzioni Locali 17/12/2020 e art. 6 bis C.C.N.L. Area sanità 19/12/2019). I

più recente C.C.N.L. del comparto (2/11/2022), invece, dedica un intero titolo al lavoro a distanza, distinguendo il lavoro agile (artt. 76-80) dal lavoro da remoto (artt. 81). Le norme pattizie del C.C.N.L. relativo al personale del comparto ed i principi cardine che esse esprimono costituiscono la base su cui costruire e sviluppare, dal punto di vista giuridico, organizzativo e funzionale, il sistema del lavoro agile nel triennio 2023/2025, seguendo il seguente iter logico:

- individuazione, attraverso il confronto con i soggetti sindacali, delle attività che possono essere svolte in regime di lavoro agile (art. 77, comma 2);
- realizzare e/o integrare i requisiti organizzativi e tecnologici necessari al fine di consentire la resa della prestazione lavorativa a distanza (art. 76, comma 1);
- definizione degli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico (impatto) e di coerenti indicatori di performance (art. 77, comma 3);
- stesura degli schemi di accordo individuale che tengano conto delle peculiarità delle attività svolte dalle diverse/i categorie e ruoli dei lavoratori (art. 76, comma 2 e art. 78);
- prevedere modalità di eventuale selezione tali da facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in particolari condizioni di necessità (art. 77, comma 3);
- programmare ed erogare specifiche azioni formative per i lavoratori al fine di accompagnare il percorso di introduzione, sviluppo e consolidamento del lavoro agile (art. 80)

ORGANIZZAZIONE E PERFORMANCE DEL "LAVORO AGILE"

Partendo dalla rilevazione dello stato attuale di attuazione e sviluppo del lavoro agile, (baseline) e dalla sua analisi/valutazione, al fine di delineare la condizione operativa ottimale (fase di sviluppo avanzato), ossia le più mature modalità attuative del lavoro agile, in relazione alle specifiche caratteristiche funzionali di un'azienda sanitaria territoriale, un ruolo fondamentale in un contesto lavorativo diffusamente "agile" si deve riconoscere al Sistema della misurazione e valutazione della performance, sia organizzativa che individuale.

Transitando da un contesto operativo caratterizzato dalla presenza fisica del lavoratore (che ancora oggi rappresenta elemento fondamentale del sinallagma contrattuale che obbliga l'amministrazione al pagamento della retribuzione) ad una organizzazione del lavoro in cui tale presenza viene meno, il Sistema di misurazione e valutazione della performance è il principale strumento a disposizione dell'amministrazione (e dei cittadini) per riscontrare la prestazione lavorativa, in una prospettiva caratterizzata dalla definizione di precisi obiettivi di miglioramento del servizio pubblico. Istituzionalizzando l'assenza di precisi vincoli di orario e di luogo di lavoro, al fine della verifica dell'integrità del sinallagma contrattuale, la presenza fisica deve essere sostituita da una puntuale e precisa assegnazione a ciascun dipendente agilmente impegnato di chiari, adeguati, stringenti, verificabili e misurabili obiettivi prestazionali. La relativa misurazione (e valutazione) costituirà non solo la via per l'accesso al sistema premiante ma, prima ancora, lo strumento per verificare se il rapporto contrattuale (lavoro/retribuzione) è in equilibrio e se gli interessi pubblici specificamente affidati alle cure sono effettivamente e adeguatamente soddisfatti. L'organizzazione dello smart working dovrà essere supportata da un'adeguata strumentazione tecnica (PC, tablet, notebook, etc.), nonché dall'infrastruttura digitale (ambienti condivisi, accesso da remoto, gruppi digitali/virtuali). Osservando la strumentazione utilizzata durante il lavoro agile emergenziale non può non evidenziarsi che, nonostante gli sforzi compiuti dall'Amministrazione per fornire tempestivamente condizioni e strumenti per favorire lo svolgimento delle attività da remoto, la quasi totalità dei dipendenti ha utilizzato in modo esclusivo la propria strumentazione per svolgere l'attività lavorativa. Come evidenziato dalla distribuzione per settore dei

dipendenti autorizzati al lavoro agile in contesto emergenziale, potenzialmente tutti dipendenti dei ruoli amministrativo, professionale e tecnico svolgono attività che, anche a rotazione, possono essere svolte in modalità agile. Fatta salva la teorica possibilità di consentire di accedere al lavoro agile anche ai medici e, in genere, al personale del ruolo sanitario, molte attività di competenza di tale personale non potrà essere svolta a distanza, neppure a rotazione.

CONTROLLO E POTERE DISCIPLINARE

Lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità "agile" non modifica il potere direttivo e di controllo del Datore di lavoro, che sarà esercitato con modalità analoghe a quelle applicate con riferimento alla prestazione resa presso i locali aziendali. Il potere di controllo sulla prestazione resa al di fuori dei locali aziendali si espliciterà, di massima, attraverso la verifica dei risultati ottenuti.

Tra dipendente in lavoro agile e il diretto responsabile saranno condivisi obiettivi puntuali, chiari e misurabili, che possano consentire di monitorare i risultati dalla prestazione lavorativa in lavoro agile. Per assicurare il buon andamento delle attività e degli obiettivi, dipendente e responsabile si confronteranno almeno con cadenza mensile/bimensile sullo stato di avanzamento. Restano ferme le ordinarie modalità di valutazione delle prestazioni, secondo il sistema vigente per tutti i dipendenti. Nello svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile il comportamento del/della dipendente dovrà essere sempre improntato a principi di correttezza e buona fede e la prestazione dovrà essere svolta sulla base di quanto previsto dai CCNL vigenti e di quanto indicato nel Codice Etico e di comportamento. Le parti danno atto che, in funzione della loro gravità e nel rispetto della disciplina legale e contrattuale vigente, le condotte connesse all'esecuzione della prestazione lavorativa all'esterno dei locali aziendali danno seguito all'applicazione di sanzioni disciplinari, previo procedimento disciplinare avviato all'uopo, così come individuate nel regolamento disciplinare.

PRIVACY

Il dipendente autorizzato allo smart working, designato al trattamento dati personali, ai sensi dell'art. 2, quaterdecies del Codice in materia di protezione dei dati personali, durante le operazioni di trattamento dati ai quali abbia accesso in esecuzione della prestazione lavorativa in considerazione delle mansioni ricoperte e in relazione alla finalità legata all'espletamento della suddetta prestazione lavorativa, è tenuto alla più assoluta riservatezza sui dati e informazioni in suo possesso e ad osservare tutte le disposizioni previste dal Regolamento UE 679/2016, dal D. Lgs. n. 196/2003, come novellato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018 n. 10, dal Regolamento Aziendale pubblicato sul sito aziendale con riguardo al trattamento dei dati personali (giusta Deliberazione del Commissario n. 1822 del 19/07/2018) nonché le eventuali ulteriori direttive che verranno impartire dal Titolare del trattamento o dal Responsabile interno Privacy di riferimento.

Il dipendente è tenuto a porre in essere tutte misure di sicurezza per proteggere le informazioni trattate nell'ambito dello svolgimento della prestazione lavorativa da remoto nonché ad adottare le necessarie cautele per assicurare la segretezza delle credenziali di autenticazione e la diligente custodia degli eventuali dispositivi informatici forniti dall'amministrazione senza alterare le configurazioni di sistema o installare software in difetto di preventiva autorizzazione

DESTINATARI E SOGGETTI COINVOLTI

Il presente Piano è rivolto a tutto il personale dipendente in servizio presso l'AOU "G. Martino", sia a tempo determinato (con contratti di minimo 6 mesi) che indeterminato, a tempo pieno o parziale e nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna. Ai sensi del co.3 bis dell'art. 18 della L. 81/2017, è riconosciuta priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'articolo 16 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

Un ruolo fondamentale nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi è destinato ad essere svolto dai dirigenti quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi.

A tale proposito è utile sottolineare come alla dirigenza sia richiesto un importante cambiamento di stile manageriale e di leadership, caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati.

I dirigenti, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa recate dall'articolo 14 della legge n. 124/2015, sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex-post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza

dell'azione amministrativa.

Sono, inoltre, coinvolti nella mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile.

Resta ferma la loro autonomia, nell'ambito dei criteri fissati nell'atto organizzativo interno, nell'individuare le attività che possono essere svolte con la modalità del lavoro agile, definendo per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione. In conformità alle Linee Guida del DFP, le amministrazioni si possono avvalere anche della collaborazione dei Comitati unici di garanzia (CUG), degli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) e dei Responsabili della Transizione al Digitale (RTD).

SEZIONE 3.2 CAPITALE UMANO - PIANIFICAZIONE DEL FABBISOGNO E FORMAZIONE

L'Azienda non ha ancora provveduto all'aggiornamento definitivo del piano del fabbisogno -si allega versione provvisoria (**Allegati 5.1, 5.2, 5.3.**) - in vista della prossima definizione della rete ospedaliera regionale.

L'Azienda, pertanto provvederà alla redazione della nuova dotazione organica in funzione delle esigenze che emergeranno dall'adozione della nuova rete.

PIANO AZIENDALE DELLA FORMAZIONE PAF 2025

Il Piano Aziendale della Formazione prosegue il percorso intrapreso negli anni passati e ripreso con nuove energie e nuovi obiettivi nel triennio 2025-2027.

Il Piano della formazione viene elaborato in coerenza con quanto già raggiunto nel 2024 consolidando i risultati ottenuti in ambito di Sicurezza dei Lavoratori e degli Ambienti di Lavoro ed in osservanza delle necessità per il triennio 2025-2027 partendo dai seguenti Domini:

1. Aree prioritarie;
2. Metodologie;
3. Modelli organizzativi;
4. Sistemi di valutazione d'efficacia;
5. Politiche Regionali.

FINALITA' PAF 2025

Per quanto su esposto il PAF 2025 dell'AOU "G. Martino" di Messina si prefigge, secondo una logica continuità con il biennio precedente, di porre in atto azioni di:

- Facilitazione dello sviluppo di competenze utili per la programmazione, l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e potenziare le capacità di collaborazione e integrazione fra strutture, attività e professionisti;
- Potenziamento della cultura della centralità del cittadino-paziente attraverso l'inserimento, nel sistema di tutela della salute, nell'ottica della implementazione del valore pubblico;
- Sviluppo delle competenze e le conoscenze tecnico professionali individuali nella disciplina di appartenenza;
- Sviluppo delle competenze per favorire in tutte le professioni sanitarie la diffusione delle tematiche della prevenzione, dell'educazione e promozione della salute e dei corretti stili di vita;
- Sviluppo della cultura e della pratica di una costante e sistematica valutazione del rischio Corruzione con specifici Focus in ambito Sanitario;
- Sviluppo delle competenze nell'ambito delle tematiche legate al Benessere Organizzativo;
- Miglioramento della comunicazione interna ed esterna e la qualità delle relazioni;
- Sviluppo delle politiche di contrasto alla violenza di Genere;
- Umanizzazione delle cure
- Programmi formativi previsti dalle Misure adottate per il contrasto dei fenomeni corruttivi e per il miglioramento della Trasparenza della PA
- Antincendio aggiornamento dei dipendenti formati e nuovi corsi per dipendenti da formare
- Prevenzione fenomeni di Violenza agli Operatori Sanitari

OBIETTIVI PAF 2025

Gli obiettivi generali del PAF 2025, permangono così come già individuati nel biennio 2023- 2024, raggruppati nelle seguenti tre macro aree:

- Obiettivi formativi di processo Area 1: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze di attività e procedure idonee, che promuovano il miglioramento della qualità, e, quindi, l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dei processi specifici di produzione delle attività sanitarie.
- Obiettivi formativi di sistema Area 2: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e delle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari con particolare attenzione all'integrazione interaziendale. Questi obiettivi hanno carattere interprofessionale/interaziendale;
- Obiettivi formativi tecnico-professionali Area 3: finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali nel settore specifico di attività, con particolare attenzione alle misure di prevenzione dei fenomeni corruttivi e della trasparenza della PA.

METODOLOGIE OPERATIVE

Le metodologie didattiche programmate prevedono l'affiancamento della tradizionale formazione d'aula a forme innovative quali la formazione sul campo, con attività di miglioramento, audit clinico, partecipazione a studi e ricerche, sia di tipo osservazionale che analitico e sperimentale, nonché i project work, la partecipazione a commissioni di studio o comitati aziendali permanenti ed infine la formazione a distanza (Fad).

Occorre, tuttavia, evidenziare che dall'analisi dei flussi di presenza dei discenti operata dalla UOS Formazione negli anni 2023-2024, con lo studio della distribuzione per tipologie professionali e per disciplina, permane una discreta disomogeneità nella partecipazione alle attività formative: pertanto, nell'ottica di una coerente e corretta crescita professionale del personale è necessario individuare una nuova metodologia sia per la condivisione delle proposte formative che per il reclutamento dei discenti, anche alla luce delle attività specifiche legate alle misure di Anticorruzione e Trasparenza.

Emerge la necessità che, oltre ai descritti principi metodologici di natura generale e la prevista funzione di Guida ed Indirizzo del Fabbisogno Formativo che vedeva protagonisti i Direttori dei DAI quali parte attiva della progettualità formativa, vengano individuati e condivisi con la Direzione Aziendale nuovi strumenti che portino ad un coinvolgimento operativo di tutti gli stakeolder presenti nel processo di "Formazione Aziendale".

Dal punto di vista della partecipazione dei discenti si individuano, per ciascun corso, "aule" che consentano uno svolgimento didattico ottimale in relazione alla tipologia di argomento; per ciascun evento formativo sarà programmato, comunque, un numero di edizioni in relazione al valore

strategico attribuito dalla Direzione Aziendale.

Per quanto riguarda le attività in ambito di Sicurezza negli ambienti di Lavoro [D.Lgs. 81/08], previa rendicontazione del numero dei dipendenti formati nel 2024, si provvederà al completamento del percorso formativo con un numero di corsi tali da consentire entro il 2025 la copertura del 100% dei dipendenti.

Per quanto riguarda le attività in ambito di Prevenzione dei Fenomeni Corruttivi e della Trasparenza della PA si procederà con l'erogazione di attività formative strutturate secondo quanto previsto dalle Misure presenti nella specifica sottosezione 2.3 Rischi Corruttivi e Trasparenza.

Infine per quanto attiene al Piano formativo con Accreditamento AGENAS dell'AOU G. Martino nella Qualità di Provider ECM, si rimanda a quanto previsto nel relativo piano Formativo AGENAS ECM che viene annualmente deliberato entro il 28 febbraio dell'anno di riferimento.

Così come negli anni precedenti, la UOS Formazione Qualità ed Accreditamento collaborerà con l'Assessorato Regionale per la realizzazione degli eventi formativi organizzati dalla Regione.

RISORSE ECONOMICHE

Il budget per la formazione, verrà utilizzato secondo la seguente programmazione:

- Formazione strategica, all'interno della quale rientrano i programmi e i progetti individuati dalla Direzione Aziendale sulla base degli indirizzi nazionali, regionali e aziendali (pari al 35% del budget);
- Formazione di sistema, destinata alla realizzazione di progetti individuati dalla Direzione Aziendale in collaborazione con le strutture, rilevati attraverso un'analisi dei fabbisogni formativi (pari al 35% del budget);
- Formazione specifica nella quale rientreranno oltre alle attività di formazione, individuate dai singoli, a carattere residenziale e individuale. (pari al 10% del budget 2015), la specifica formazione in ambito di Sicurezza dei luoghi di Lavoro ed Antincendio prevista dal D.Lgs. 81/08 e di Prevenzione dei Fenomeni Corruttivi e della Trasparenza della PA (pari al 30% del budget).

PAF 2025

Titolo Evento	Partecipanti PER EDIZIONE	RESP. SCIENTIFICO	PERIODO DI SVOLGIMENTO
SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO D. LGS. 81/08 (per tutto il personale)	100	FENGA / GIORGIANNI	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE
SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO PER I DIRETTORI	25	CONCETTO GIORGIANNI	II TRIMESTRE - IV TRIMESTRE
ACLS	12	CONSOLATO MALARA	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE- 6 ED.
GESTIONE, MONITORAGGIO E COMUNICAZIONE DEL DATO DOSIMETRICO NELLE ESPOSIZIONI MEDICHE MEDIANTE UTILIZZO DI SOFTWARE DI DOSE TRACKING	30	BROGNA ANNA	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE- 2 ED.
Gestione dei trattamenti dialitici extracorporei continui	DA DEFINIRE	DI BELLA GIANLUCA	DA DEFINIRE
TECNICO	DA DEFINIRE	Ufficio Tecnico	DA DEFINIRE
INCONTRI MULTIDISCIPLINARI IN NEUROONCOLOGIA	35	MARIA CAFFO	II TRIMESTRE - IV TRIMESTRE
BLS	15	CONSOLATO MALARA	DAL I TRIMESTRE AL IV TRIMESTRE 14 ED.
BLS RETRAINING	15	CONSOLATO MALARA	DAL I TRIMESTRE AL IV TRIMESTRE 14 ED.
Il Benessere Organizzativo in ambiente ospedaliero: Dal Clima Aziendale alla Gestione dello Stress	da concordare	FENGA	II TRIMESTRE - IV TRIMESTRE 3 ed.
FORMAZIONE DEI LAVORATORI IN MATERIA DI RADIOPROTEZIONE " (ai sensi dell'Art.110 del D.Lgs. 101/2020).	50	ISIDORA IELO	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE- 2 ED.
FORMAZIONE DEI DIRIGENTI E DEI PREPOSTI IN MATERIA DI RADIOPROTEZIONE (ai sensi dell'Art.111 del D.Lgs. 101/2020)	50	ISIDORA IELO	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE- 2 ED.
SICUREZZA NELL'UTILIZZO DELLE APPARECCHIATURE LASER	40	BROGNA ANNA	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE- 2 ED.
STANDARD DI SICUREZZA E IMPIEGO PER LE ATTREZZATURE DI RISONANZA MAGNETICA(in applicazione di quanto previsto nel Decreto Ministero della Salute del 14/01/2021).	25 ECM	ISIDORA IELO	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE- 2 ED.
DISCUSSIONI MULTIDISCIPLINARI SUGLI ASPETTI FISICO-DOSIMETRICI ASSOCIATI AI TRATTAMENTI RADIOTERAPICI SU PAZIENTI ONCOLOGICI: CONFRONTO TRA IL FISICO MEDICO E IL RADIOONCOLOGO	25	STEFANO PERGOLIZZI, ANNA BROGNA	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE- 8 INCONTRI
ANESTESISTA E NURSE: IL BINOMIO SINERGICO IN SALA OPERATORIA	30	ANNA TERESA MAZZEO	I TRIMESTRE - II TRIMESTRE- 2 INCONTRI
Gestione delle emergenze Anestesiologiche in SO	da concordare	ANNA TERESA MAZZEO	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE-
L'USO DEGLI ALTI FLUSSI IN PEDIATRIA	50	ELOISA GITTO, SARA MANTI	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE

PALS - SUPPORTO VITALE AVANZATO PEDIATRICO	12	CONSOLATO MALARA	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE EDIZIONI 6
Buon uso del sangue e pratiche terapeutiche in Medicina Trasfusionale;	50	EUGENIA QUARTARONE	DA DEFINIRE
Immunoematologia eritrocitaria	50	EUGENIA QUARTARONE	DA DEFINIRE
I TRATTAMENTI DELLO STROKE ISCHEMICO IN FASE ACUTA	50	PAOLINO LA SPINA	OTTOBRE
LE EMERGENZE CARDIOLOGICHE IN STROKE UNIT	50	PAOLINO LA SPINA	GIUGNO
IL PERSONALE TSM E INFERMIERISTICO NELLE SALE ANGIOGRAFICHE: LIGHTS AND SHADOWS	30	AGOSTINO TESSITORE	I TRIMESTRE - III TRIMESTRE 8 incontri
GRUPPO MULTIDISCIPLINARE SULLE PATOLOGIE CEREBROVASCOLARI	25	SERGIO LUCIO VINCI	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE, 12 INCONTRI
GESTIONE ACCESSI VASCOLARI	50	GIARDINA MASSIMILIANO	II TRIMESTRE-IV TRIMESTRE
TRIAGE INTRAOSPEDALIERO ASPETTI GIURIDICI E LA RESPONSABILITA' DEGLI OPERATORI IN PSG	25	DI MAIO	IV TRIMESTRE
TRA VISIONE E PRATICA PROFESSIONALE. UN VIAGGIO ALLA SCOPERTA DEL LAVORO INTEGRATO INCLUSIVO NEI RAPPORTI PEDIATRICI.	25	ROMEO	DA DEFINIRE
Corso informativo sulla Camera Iperbarica	da concordare	ANNA TERESA MAZZEO	DA DEFINIRE
UPDATE sulla gestione delle vie aeree in Anestesia e Rianimazione	70/100	ANNA TERESA MAZZEO	II TRIMESTRE
Incontri sul linguaggio inclusivo e sull'approccio inclusivo con le persone LGBTQIA+	30/100	CANCELLIERI	DURATA 2 ANNI 2025/2027
Le strategie di comunicazione efficace in sanità quali strumenti di prevenzione del fenomeno aggressioni. La comunicazione difficile e la gestione dell'evento avverso	30	CANCELLIERI	DURATA 2 ANNI 2025/2027
Antincendio	50	RSPP	DURATA 2 ANNI 2025/2027
ANTICORRUZIONE - Formazione generale obbligatoria in materia di Prevenzione della Corruzione, Trasparenza e Whistleblowing	Tutti i dipendenti aziendali	RPCT	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE
ANTICORRUZIONE - Formazione generale obbligatoria in materia di Etica e Legalità, Codice di comportamento del Dipendente pubblico	Tutti i dipendenti aziendali	RPCT	I TRIMESTRE - IV TRIMESTRE
ANTICORRUZIONE -Formazione specifica differenziata in materia di prevenzione della corruzione, destinata ai dipendenti pubblici che operano negli Uffici a più alto rischio di corruzione	UOC Risorse Umane UUOCC Provveditorato e Tecnico	RPCT	Entro l'anno 2025
ANTICORRUZIONE - Approfondimento diverse fattispecie reati di corruzione e le connesse responsabilità penali e personali, nonché sui risvolti sul piano disciplinare.	Da definire	RPCT	Entro l'anno 2025
La protezione dei dati personali in ambito sanitario	Da definire	DPO	Entro l'anno 2025

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

In relazione ai processi di monitoraggio dei risultati ottenuti dall'A.O.U., considerati come una priorità assoluta per il miglioramento continuo dei livelli di qualità offerti dall'Azienda, nel dettaglio, il monitoraggio della sottosezione Valore pubblico e Performance del PIAO avverrà secondo le modalità stabilite dal decreto legislativo n. 150 del 2009 per il Piano della performance, mentre il monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza, che rappresenta una fase fondamentale del processo di gestione del rischio, avviene secondo le indicazioni di ANAC e per il Piano della Formazione anche da organismi esterni come l'Agenas, oltre che da unità operative interne come la U.O.C. Controllo di Gestione e SIA e la U.O.C. Staff della Direzione Strategica Aziendale.

In relazione alla Sezione Organizzazione e capitale umano, il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'OIV.

L'attività di monitoraggio finale riferito all'annualità si conclude con una relazione analitica descrittiva dell'andamento e degli esiti raggiunti in riferimento a ciascun obiettivo, nonché da una sintesi sui principali risultati scaturiti dall'attuazione delle linee strategiche.

IL DIRETTORE GENERALE

DR. GIORGIO GIULIO SANTONOCITO