



Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania



Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027



Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania

Indice

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	7
Chi siamo	7
Cosa facciamo	21
Come operiamo	24
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	31
Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico.....	31
Sottosezione di programmazione – Performance.....	38
Obiettivi Generali.....	41
Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi.....	43
Obiettivi di digitalizzazione: accessibilità digitale e procedure da reingegnerizzare..	49
L'accessibilità fisica.....	63
Gli stakeholders.....	64
Azioni intraprese ed impegni futuri da realizzare per concorrere al miglioramento delle relazioni tra l'Azienda ed i cittadini, utenti e destinatari dei servizi offerti.....	66
Sottosezione di programmazione –Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	68
Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.....	69
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione.....	70
Processo e modalità di predisposizione della Sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O.....	92
Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione.....	93
A - Analisi del contesto esterno.....	94



Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico “G. Rodolico – San Marco” di Catania

B - Analisi del contesto interno e mappatura dei processo.....	95
C - Valutazione e analisi del rischio.....	101
D - Trattamento dei rischi - misure di prevenzione della corruzione.....	105
E - Monitoraggio e riesame	136
La Trasparenza	138
L’istituto dell’accesso civico.....	146
Le sanzioni e disposizioni finali.....	149
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	151
Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa.....	151
Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile.....	154
Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	158
SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....	166
- Organigrammi aziendali.....	167
- Piano Triennale del Fabbisogno di Personale.....	167
- Regolamento aziendale e l’Accordo individuale di “lavoro agile” (deliberazione n. 1592 del 20/07/2023).....	167
- Mappature sul processo di gestione del rischio.....	167
- Elenco degli obblighi di pubblicazione.....	167
- Dichiarazione pubblica di interessi - Area Sanitaria.....	167
- Dichiarazione sul conflitto di interessi.....	167

PREMESSA

Nell'ottica di semplificazione dell'attività delle pubbliche amministrazioni, il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 113/2021, all'articolo 6 introduce lo strumento organizzativo e di programmazione triennale definito Piano integrato di attività e organizzazione – P.I.A.O., che rappresenta una importante innovazione organizzativa. Con l'introduzione del P.I.A.O. si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il P.I.A.O. ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e raccoglie le informazioni contenute nei seguenti documenti di pianificazione:

- Il Piano delle Performance (art. 10, comma 1 lett. a e comma 1-ter D.lgs n. 150 del 27 ottobre 2009).
- Il Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali (articolo 2, comma 594, lett.a della legge 24 dicembre 2007 n. 244).
- Il Piano delle azioni concrete (articolo 60-bis, comma 2, del D.lgs 30 marzo 2001 n. 165).
- Il Piano di azioni positive per la parità di genere (articolo 48, comma 1, d.l. n. 198 dell'11 aprile 2006).
- Il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (articolo 1, commi 5, lett. a e 60 lett. a l. n. 190 del 6 novembre 2012).
- Il Piano organizzativo del lavoro agile (articolo 14, comma 1 l. n. 124 del 7 agosto 2015).
- Il Piano triennale dei fabbisogni del personale (articolo 6, commi 1,4,6, e articolo 6 ter D.lgs n. 165 del 30 marzo 2001).

Il P.I.A.O. vuole rappresentare, quindi, una sorta di “testo unico” della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo dell'amministrazione. Nello specifico, il seguente documento di programmazione definisce:

- Gli obiettivi programmatici e strategici della performance (collegando performance individuale ai risultati della performance organizzativa).
- Strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo (includendo lavoro agile e obiettivi formativi).
- Gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne attraverso 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, 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.
- Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.
- Le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

Il P.I.A.O. dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania è adottato dalla Direzione Generale con il supporto e la collaborazione delle strutture di area sanitaria e amministrativa primariamente coinvolte nella redazione dei documenti di programmazione.

Il P.I.A.O. codifica le strategie, le azioni e le misure, in linea con il dettato normativo e con la missione istituzionale che prevede lo svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca, al fine di assicurare elevati standard di assistenza sanitaria nel Servizio Sanitario Regionale attraverso modelli organizzativi e di gestione che garantiscano l'utilizzo delle risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

Uno degli obiettivi dell'Azienda è conseguire la capacità di sviluppare e attuare processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto delle esigenze ed aspettative dei cittadini, attraverso l'adozione di specifici modelli di governance in attuazione dei

principi di appropriatezza e volti al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

La ricerca, l'innovazione, la condivisione delle best practices con gli altri centri di riferimento nazionali ed internazionali, l'investimento nelle cosiddette "best in class technologies" sono gli strumenti che l'Azienda intende utilizzare al fine di garantire la risposta sanitaria a bisogni sempre più complessi.

L'azione complessiva dell'Azienda è orientata a sostenere e sviluppare la promozione della salute mediante un'azione intersettoriale delle diverse componenti della società civile, la partecipazione ed il coinvolgimento delle persone e della comunità stessa. Quest'ultima non solo è destinataria dell'offerta sanitaria, ma è anche realtà capace di esprimere e sviluppare proposte, di proporre eventuali priorità di intervento e di partecipare al controllo dei risultati.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Chi siamo

L'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco" Catania è nata dall'integrazione fra l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Vittorio Emanuele, Ferrarotto, Santo Bambino" e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Rodolico", in seguito alla stipula del Protocollo d'intesa fra la Regione Siciliana e l'Università degli Studi di Catania, sottoscritto in data 12 agosto 2009 e approvato con Decreto dell'Assessore della Sanità n. 1759/09 del 31 agosto 2009.

L'A.O.U.P. ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Informazioni generali sull'Amministrazione

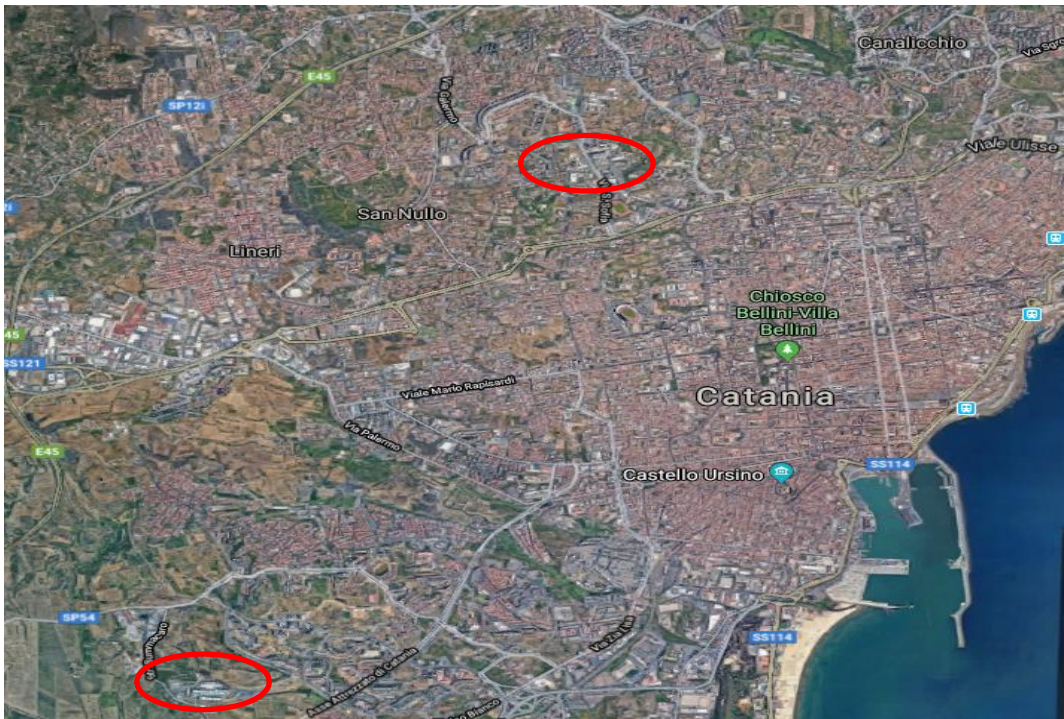
Denominazione Amministrazione	Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "Gaspere Rodolico – San Marco"
Sede Legale	Via Santa Sofia n. 78 - 95123 Catania
Codice Fiscale / Partita Iva	04721290874
Tipologia di Amministrazione	Azienda del Servizio Sanitario Nazionale
Sito Web Istituzionale	www.policlinicorodolicosanmarco.it
Riferimenti su Indice P.A.	https://indicepa.gov.it/ipa-portale/consultazione/indirizzo-sede/ricerca-ente/scheda-ente/478
Telefono	0953782898
Indirizzo PEC per le comunicazioni	protocollo@pec.policlinico.unict.it
URP	urp@pec.policlinico.unict.it

La struttura organizzativa dell'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico - San Marco" è in atto quella definita dal vigente Atto Aziendale, giusta deliberazione n. 1176 del 19/06/2020

e deliberazione n. 785 del 01/04/2022. L'Atto Aziendale individua il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario.

a) Il contesto interno

Ai sensi dell'art. 5 della L.R. 5/2009 l'Azienda ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale". L'Azienda è collocata nel contesto urbano della città di Catania con due presidi: il P.O. Gaspare Rodolico situato nella immediata periferia nord della città, proteso verso i comuni della cintura etnea e il nuovo P.O. San Marco nell'area di Librino alla periferia sud della città, ambedue facilmente raggiungibili, grazie alla prossimità a grandi assi viari rappresentati dalla circonvallazione e dalla tangenziale di Catania.



Gaspare Rodolico

La struttura si presenta a padiglioni separati e costituisce il Presidio di riferimento della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania. Deputata alla formazione degli studenti e degli specializzandi, in essa insistono le unità operative a

direzione universitaria e unità operative sede di scuole di specializzazione rientranti nella rete formativa regionale.

Il presidio Rodolico si caratterizza per la presenza di discipline di alta specialità chirurgica ed interventistica, nonché per specialità mediche afferenti le discipline di area oncologica ed ematologica e dei trapianti.

Il completamento dei processi di trasferimento delle unità operative dai presidi Vittorio Emanuele, Ferrarotto e Santo Bambino offre oggi opportunità di diagnosi e cura per i pazienti dell'area urbana ed extra urbana in grado di affrontare la complessità dell'emergenza urgenza (Pronto Soccorso che gestisce oltre 65.000 accessi anno) e la gestione di patologie croniche e complesse afferenti le discipline quali Cardiochirurgia, Cardiologia ed Emodinamica, Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare, Ortopedia, Ematologia, Neurologia, Pediatria, Ostetrica e Ginecologia, Neonatologia, Oculistica, Oncoematologia Pediatrica, Oncologia oltre a servizi sanitari di supporto quali Radiologia di PS, Radiologia Interventistica, Medicina Trasfusionale, Servizi di terapia intensiva anche post operatoria e Anatomia Patologica.

San Marco

La struttura, di nuova costruzione, si articola su 4 edifici tra loro collegati e accoglie la gran parte delle UU.OO. in passato ospitate presso l'ospedale Vittorio Emanuele, le Unità Operative del dismesso presidio ospedaliero Santo Bambino e di parte del presidio ospedaliero Ferrarotto, nonché le unità operative programmate nell'ambito dell'attuale rete ospedaliera della Regione Siciliana. In particolare:

- **l'edificio A** ospita le Unità Operative afferenti al Dipartimento Materno Infantile: Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia, UTIN, ed i servizi di Pronto soccorso Ostetrico e Pediatrico oltre alla Reumatologia e all'Ambulatorio di Cardiologia Pediatrica. Il Presidio San Marco assicura i Servizi di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e di Trasporto Assistito Materno (STAM) per la provincia di Catania e gran parte del bacino sudorientale della Regione. L'edificio A accoglie altresì le unità operative di Patologia Ostetrica e Broncopneumologia Pediatrica.

- **l'edificio B**, consta di sei livelli, ospita un'area destinata ad ambulatori ed aree di Day-hospital e Day Surgery (oculistica, ORL e dermatologia), accoglie le aree di degenza dei reparti di Neurochirurgia, Chirurgia Generale, Ortopedia, Urologia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Maxillo Facciale, Psichiatria (Tutela della Salute Mentale ASP CT), Angiologia, Medicina Generale, Cardiologia e UTIC, Malattie Infettive, Recupero e Riabilitazione Funzionale, Neurologia, Nefrologia e Dialisi e Anestesia e Rianimazione. L'edificio ospita inoltre il servizio di Terapia del dolore. Completa la risposta alla domanda sanitaria del bacino una struttura dedicata all'emergenza urgenza (MCAU) capace di assorbire oltre 45.000 accessi annui.

Il bacino della popolazione di riferimento dell'Azienda è quello della Sicilia Orientale (Province di Catania, Messina, Ragusa, Siracusa ed Enna) ed è pertanto pari a 2.539.516 abitanti (fonte dati ISTAT demo anno 2022), distribuiti su 13.085 mq di territorio, esclusa l'incidenza della mobilità sanitaria extra regionale e della popolazione temporaneamente residente presso la Regione.

Il contesto interno dell'Azienda è profondamente cambiato nel corso dell'ultimo triennio a seguito della definitiva attivazione del nuovo P.O. San Marco di Librino.

Sono stati completati i principali step legati alla disattivazione delle attività sanitarie insistenti presso i presidi storici in uno alla definitiva dismissione del P.O. S. Marta, ed al contestuale trasferimento delle stesse, senza interruzione di pubblico servizio e senza soluzione di continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, presso le nuove strutture sanitarie aziendali dei PP.OO. G. Rodolico e San Marco.

Di conseguenza, il trasferimento di tutte le attività sanitarie insistenti presso le strutture dei presidi storici S. Marta, Vittorio Emanuele – Ferrarotto e S. Bambino ha comportato la rimodulazione dei servizi appaltati e della logistica complessiva per il corretto funzionamento delle strutture organizzative aziendali, avviando in ottemperanza alle linee di indirizzo regionali tempo per tempo diramate, in modo sinergico con diverse amministrazioni pubbliche processi di razionalizzazione, ottimizzazione e valorizzazione del patrimonio pubblico di diretta afferenza.

In particolare, per quanto concerne il Complesso immobiliare del P.O. Vittorio Emanuele in data 16.11.2023 è stata perfezionata la consegna delle aree riconducibili

al predetto complesso immobiliare –fatta eccezione del padiglione c.d. “Costanza Gravina- oggetto del contratto di comodato d’uso gratuito sottoscritto in data 23.09.2019 in ottemperanza alla Deliberazione di G.R. n. 322 del 04.09.2019 con la Regione Siciliana Assessorato ai Beni culturali e dell’identità Siciliana.

Ed ancora per i rimanenti PP.OO. Aziendali nel corso del 2024, alla luce dei passaggi istruttori definiti dall’Assessorato Salute e propedeutici all’eventuale provvedimento regionale di variazione del regime giuridico degli immobili non più dedicati ad attività sanitaria, l’Azienda ha adottato specifici provvedimenti finalizzati alla ricognizione dell’attuale destinazione degli stessi, ed alla formale manifestazione di volontà circa la destinazione al pubblico servizio dei beni di proprietà aziendale riconducibili al patrimonio indisponibile aziendale e segnatamente:

- Complesso immobiliare P.O. Ferrarotto: con Deliberazione del D.G. n. 1681 del 17.06.2024 a fronte della cessazione delle attività sanitarie ivi insistenti veniva resa apposita dichiarazione di disponibilità dell’immobile per finalità di pubblico interesse e per l’esercizio di servizi pubblici erogati da altri enti afferenti l’Amministrazione dello Stato o della Regione;
- Complesso immobiliare ex P.O. S. Marta già oggetto di dismissione nell’esercizio 2020: con Deliberazione del D.G. n. 2745 del 09.12.2024 veniva resa apposita dichiarazione di disponibilità dell’area relativa all’immobile oggetto di demolizione selettiva per la costituzione del diritto reale di godimento in favore del Comune di Catania e per finalità di pubblico interesse in ottemperanza alla Deliberazione di G.R. n. 296 del 16.07.2020;
- Complesso immobiliare P.O. S. Bambino:
 1. In data 29.02.2024 è stata perfezionata la formale consegna dei locali afferenti il P.O. Santo Bambino c.d. padiglione ospedaliero, oggetto del contratto di comodato d’uso gratuito sottoscritto in data 21.07.2022 in ottemperanza alla Deliberazione di G.R. n. 179 del 06.04.2022 a favore dell’Ente Regionale per il Diritto allo Studio Universitario (E.R.S.U.) di Catania;
 2. con Deliberazione del D.G. n. 2744 del 09.12.2024 veniva resa apposita manifestazione di volontà di modificare la destinazione d’uso dell’immobile non più dedicato ad attività sanitaria ai fini della successiva costituzione del diritto reale di godimento in favore della Città Metropolitana di Catania sulla porzione di immobile

dell'ex ospedale "Santo Bambino" (c.d. Padiglione Universitario) per finalità di pubblico interesse segnatamente riferite alla ristrutturazione e/o ri-funzionalizzazione dei relativi locali da adibire ad uso didattico;

Le sopra indicate iniziative poste in essere in ottemperanza a specifiche disposizioni regionali, hanno riguardato l'avvio di programmi di concessione in utilizzo degli immobili non più destinati ad attività sanitarie con la finalità di ri-funzionalizzare le strutture ospedaliere storiche, garantire la razionalizzazione degli spazi o, ancora, assicurare la più idonea collocazione degli uffici periferici di diverse amministrazioni ed enti Pubblici, favorendo la riduzione dei costi per la gestione e conduzione del patrimonio indisponibile aziendale.

Le attività sanitarie aziendali sono concentrate nei due Presidi "G. Rodolico" e "San Marco" localizzati rispettivamente nella zona nord-ovest e sud della città, in applicazione delle previsioni di cui al Decreto dell'Assessore Regionale della Salute dell'11 gennaio 2019 di adeguamento della rete ospedaliera al Decreto Ministeriale n° 70 del 2 aprile 2015.

Il Presidio "Gaspere Rodolico" è proteso verso i comuni della cintura etnea e la parte nord della città di Catania, mentre l'ospedale "San Marco", situato in prossimità del popoloso quartiere di Librino offre i propri servizi ad un bacino di utenza che si estende dalla zona sud della città di Catania alla parte meridionale della provincia di Catania oltre a comuni della prossima provincia di Siracusa. Infatti, a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera, è stata ridefinita la dotazione di posti letto assegnati all'Azienda ed in particolare 474 posti letto sono stati attribuiti al Presidio Rodolico e 437 al Presidio San Marco con la redistribuzione delle Unità Operative complesse e semplici. La dotazione di posti letto, la numerosità e la tipologia delle Unità Operative consentono all'Azienda di offrire all'utenza un'offerta sanitaria completa e di elevato livello.

Nel Presidio "G. Rodolico", in gran parte dotato di edifici di nuova realizzazione e facilmente raggiungibile grazie alla prossimità a grandi assi viari, quali la tangenziale o il viale Andrea Doria, trovano collocazione alcune Unità Operative che costituiscono punto di riferimento per un bacino di utenza provinciale e sovra provinciale fra le quali la Cardiologia interventistica con UTIC, la Cardiochirurgia, l'Ematologia, la Chirurgia Vascolare e Centro Trapianti; a queste strutture si affiancano il Pronto Soccorso

Generale con la MCAU, l'Ortopedia, le chirurgie ed altre specialistiche dell'Area Medica che consentono alle strutture aziendali di affrontare al maggior parte delle condizioni di emergenza-urgenza. Anche l'ospedale "San Marco" costituisce, anche in ragione della presenza di Pronto Soccorso Ostetrico e Pediatrico, punto di riferimento per vaste aree della città di Catania, in alcune delle quali peraltro si concentrano fasce di popolazione che manifestano importanti sacche di disagio sociale.

L'Azienda, quale Policlinico Universitario è caratterizzata da attività di assistenza e cura, ma anche di didattica e ricerca. In ottemperanza alla mission aziendale è sede di attività di sperimentazione avente come scopo principale l'acquisizione, su specifici oggetti di indagine, di nuove conoscenze, generalizzabili, rivolte alla comunità scientifica e come finalità primaria l'acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto clinico scientifico e valutativo.

Ogni ricerca o sperimentazione è condotta sotto la responsabilità clinica e scientifica da personale aziendale che assume il ruolo di Sperimentatore, chiamato ad informare le relative attività alle specifiche previsioni contenute nelle norme di Buona Pratica Clinica (GCP), ai protocolli di studio, in ottemperanza alla vigente normativa europea, nazionale e regionale, oltre a quanto previsto dalle specifiche procedure e regolamenti aziendali.

Per l'effetto con Deliberazione n. 2693 del 18.12.2023 è stato approvato il nuovo Regolamento per la gestione delle Sperimentazioni all'interno dell'A.O.U.P. "G. Rodolico – San Marco" di Catania, abrogando i precedenti regolamenti aziendali in materia, disciplinante le procedure per l'avvio delle sperimentazioni, le modalità di costituzione dei fondi a gestione separata ed i criteri di ripartizione dei proventi derivanti da sperimentazione, improntato a principi di equità, efficacia efficienza ed economicità per la pubblica amministrazione, al fine di garantire la copertura dei costi diretti ed indiretti necessari alle conduzioni delle sperimentazioni ad invarianza degli oneri a carico delle finanze delle aziende sanitarie;

Le attività sperimentali hanno la finalità di:

- assicurare la coerenza dell'attività relativa alle sperimentazioni cliniche ai percorsi assistenziali ed organizzativi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G.

Rodolico — San Marco" di Catania, anche al fine di contribuire al miglioramento delle strategie assistenziali;

- garantire la massima tutela dei diritti dei pazienti e dei volontari sani coinvolti nelle sperimentazioni;
- assicurare ai professionisti una corretta conduzione della sperimentazione anche attraverso l'attività di monitoraggio e rendicontazione;
- definire modalità operative per la conduzione delle sperimentazioni, finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria;
- assicurare la congruità, la corretta attribuzione, la trasparenza in relazione ai ricavi derivanti dalle sperimentazioni nonché l'equa ripartizione dei correlati oneri finanziari conseguente alla gestione e conduzione di sperimentazioni;
- garantire che dalle attività di conduzione delle sperimentazioni non derivino oneri a carico del bilancio dell'Azienda.

In particolare e per quanto precede con Deliberazione del D.G. n. 1968 del 04.09.2024 l'Azienda ha altresì proceduto all'aggiornamento della disciplina procedurale delle attività amministrative e contabili correlate alla gestione e conduzione degli studi clinici e la fruizione dei proventi derivanti dalle sperimentazioni, svolte nell'ambito aziendale a seguito dei pareri espressi dai Comitati Etici competenti per materia e dell'approvazione delle relative convenzioni da parte dell'Azienda, mediante approvazione della relativa Procedura Operativa Standard (POS) chiamata a definire specifici procedimenti e modalità esecutive per lo svolgimento delle attività amministrative e contabili finalizzate alla liquidazione e ripartizione dei proventi derivanti dalla conduzione delle sperimentazioni cliniche svolte all'interno dell'Azienda.

L'azienda è sede del Comitato Etico Locale Catania 1, costituito a norma dell'art. 8 del D.A. 541/2023 e s.m.i., quale organismo indipendente cui sono attribuite le competenze di cui all' art. 1 commi 3 e 5 del Decreto Ministeriale del 30 gennaio 2023. Il CELCT1 ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone sottoposte a sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

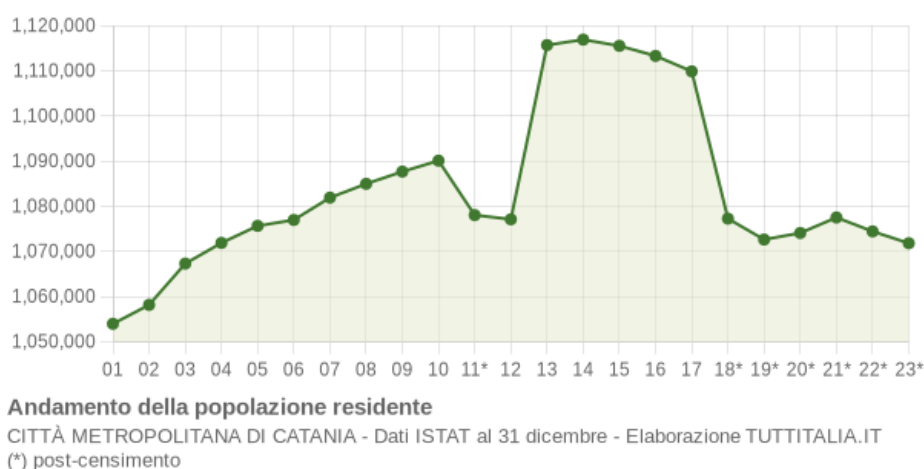
Il CEL svolge le attività non espressamente riservate alla competenza del Comitato Etico Territoriale Sicilia (CET) di cui all'art. 1 del citato Decreto Ministeriale, in

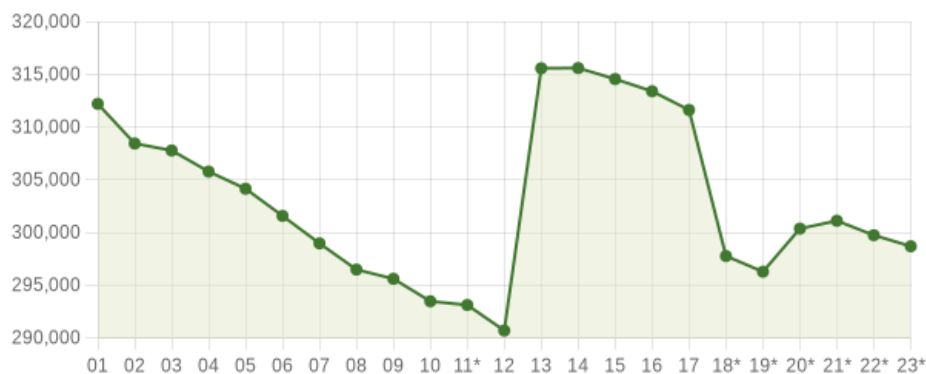
particolare concernente ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche, strumentali e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo e di qualsiasi altra tipologia di studio avente altro oggetto di indagine solitamente sottoposta al parere dei comitati etici territoriali. Inoltre, ha le funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività di ricerca clinica e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona, ove non già attribuite a specifici organismi regionali, nazionali o comunitari. Per quanto precede, nell'arco del triennio 2025-2027, le attività sperimentali si confermano quali azioni prioritarie nella scelta dei percorsi formativi e nell'approfondimento del processo di mappatura dei rischi corruttivi e di verifica di possibili situazioni di conflitto di interesse, così come in generale la considerazione delle attività sanitarie nel loro complesso.

b) Il contesto esterno

Sotto l'aspetto demografico è da rilevarsi come l'area catanese sia un'area fortemente urbanizzata, con una popolazione cittadina, al 1 gennaio 2024, di 298.680 abitanti ed una provinciale complessiva pari a 1.071.813 abitanti (tutti i dati di popolazioni sono dati ISTAT riferiti al 1 gennaio dell'anno 2024 – (fonte dati <http://demo.istat.it/>)).

Dai dati dei grafici sottostanti si può evincere sia un decremento della popolazione del Comune di Catania che della Provincia di Catania negli ultimi tre anni (fonte dati <http://demo.istat.it/>).





Andamento della popolazione residente

COMUNE DI CATANIA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

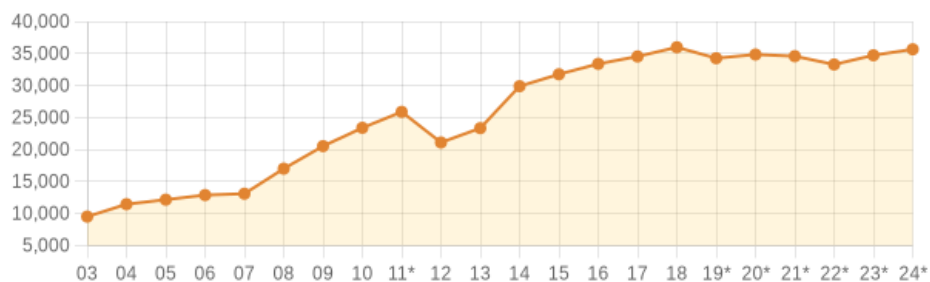
Per quanto riguarda invece la popolazione straniera, si può notare un incremento negli ultimi anni un incremento sia nel Comune di Catania che nella Provincia di Catania.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera

COMUNE DI CATANIA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



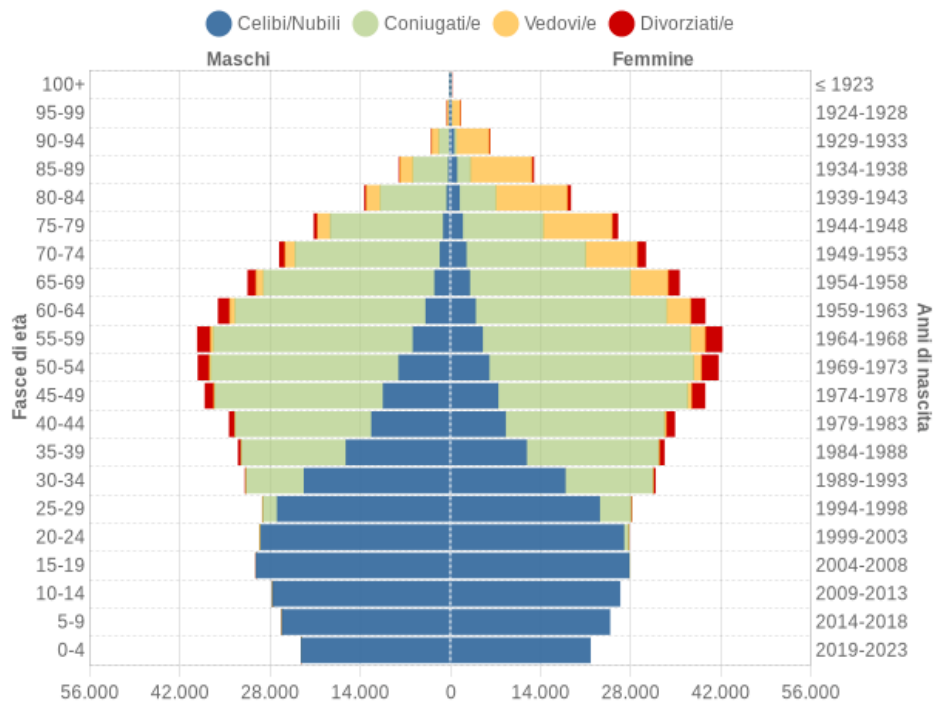
Andamento della popolazione con cittadinanza straniera

CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA - Dati ISTAT al 1° gennaio - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

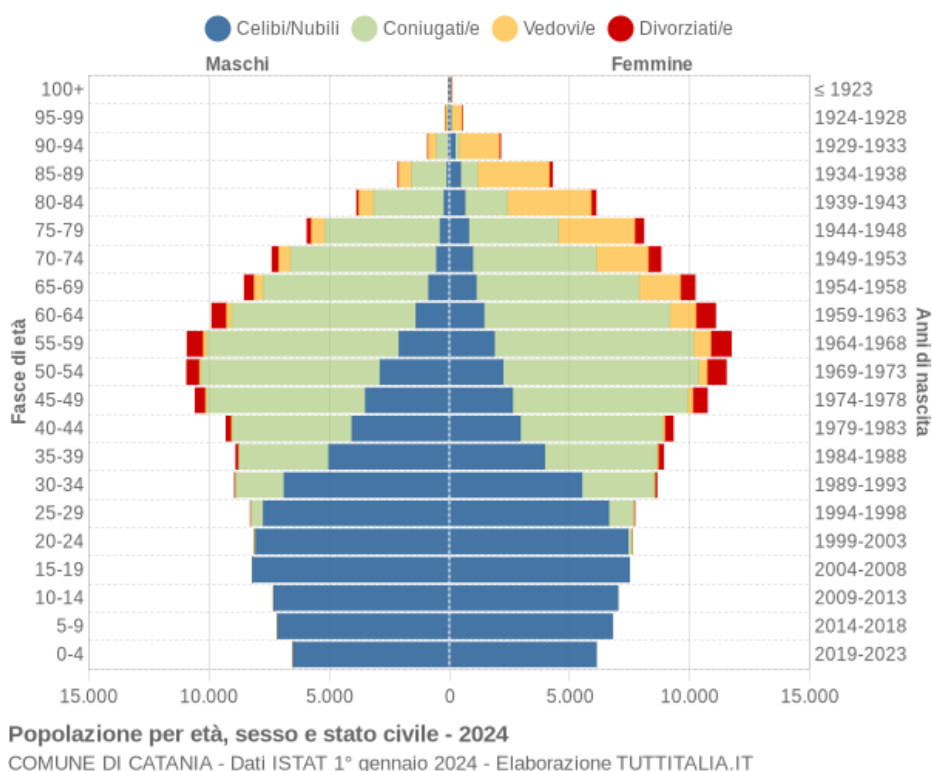
La rappresentazione della popolazione residente per sesso e fasce d'età sia nella provincia di Catania che nel comune di Catania conferma chiaramente, che le fasce di età più numerose si siano “spostate” verso l’alto – verso le età più avanzate - mentre le

nascite continuano a diminuire, con un progressivo invecchiamento della popolazione analogamente a quanto si riscontra a livello nazionale, pur se in maniera più contenuta. Così come a livello nazionale, anche per la regione Sicilia e la provincia di Catania nella rappresentazione grafica successiva si può notare la tendenza alla cosiddetta “piramide rovesciata” ovvero la tendenza ad una prevalenza di individui over 65, indice di possibile declino demografico.



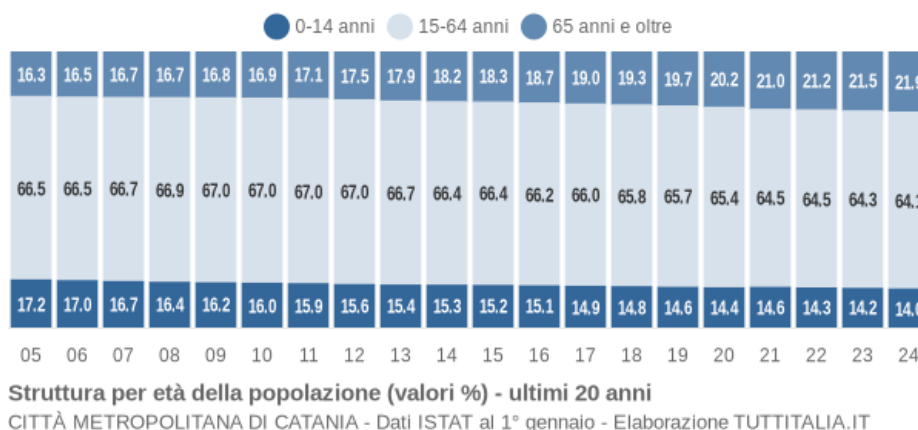
Popolazione per età, sesso e stato civile - 2024

CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2024 - Elaborazione TUTTITALIA.IT



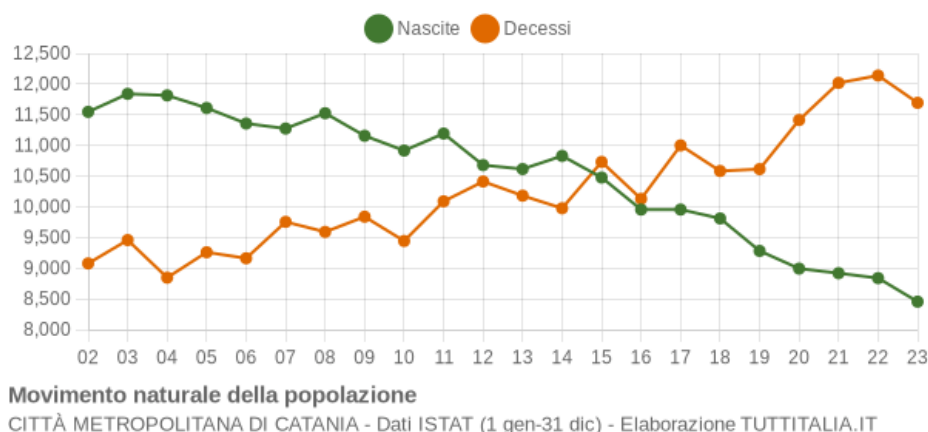
L'indice di vecchiaia, che rapporta il numero di abitanti con 65 anni e più alla popolazione giovane, al di sotto dei 15 anni, è passato dal 2003 al 2024 per il Comune di Catania da 111,3 a 169,2 mentre per la Provincia di Catania da 89,07 a 151,7. È da rilevarsi, peraltro, come tale tendenza all'invecchiamento della popolazione si sia registrato anche nel rapporto a breve termine 1° gennaio 2023 vs 1° gennaio 2024 con un incremento di 5,5 punti nella città metropolitana di Catania. Anche a livello nazionale gli indicatori demografici mostrano per l'indice di vecchiaia un incremento di 5 punti nel breve periodo (da 1° gennaio 2023 al 1° gennaio 2024).

A conferma di quanto sopra evidenziato, da un'analisi dei dati ISTAT si evince come, nel corso di un decennio (1° gennaio 2014 vs 1° gennaio 2024), la popolazione residente nella Città Metropolitana di Catania compresa nelle fasce di età 0-14 anni sia passata dal 15,3% al 14% (-1,3%), e come, di contro, i residenti compresi nelle fasce di età \geq a 65 anni siano passati dal 18,2% al 21,9% (+3,7%).



Tale condizione di progressivo invecchiamento della popolazione è ulteriormente dimostrato dall'indice di ricambio della popolazione attiva, cioè dal rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni) che nella città metropolitana di Catania era di 102,4 nel 2014 ed è di 119,5 nel 2024, con un peggioramento di 2,6 punti anche nel confronto a breve termine tra 1° gennaio 2023 rispetto al 1° gennaio 2024.

Analizzando l'indice di natalità e l'indice di mortalità si può riscontrare un decremento per il primo e un incremento per il secondo indicatore (vedi grafico sottostante).



L'invecchiamento della popolazione pertanto rappresenta una delle cause di maggiore ricorso ai servizi sanitari, in particolare a quelli offerti dagli ospedali. In ogni caso giova rappresentare che il tasso di ospedalizzazione provinciale è progressivamente diminuito passando da 203/1000 del 2009 a poco più del 131,39/1000 nell'ultimo biennio, ben al di sotto del valore di 160/1000 previsto dalle indicazioni nazionali (DL 6/7/2012, n. 95 e legge di conversione 135/2012, G.U.R.I. N. 189/2012). Il contesto demografico, con

un progressivo invecchiamento della popolazione, genera una maggiore domanda di servizi sanitari per le malattie cardiovascolari che in Sicilia rappresentano, unitamente alle malattie cronico degenerative, la grande maggioranza delle cause di morte:

Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2021				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	31,3	32,1	18,6	19,1
Tumori maligni dello stomaco	1,4	1,7	0,7	0,9
Tumori maligni colon, retto, ano	3,7	3,5	2,3	2,0
Tumori maligni trachea, bronchi, polmoni	7,5	7,4	2,1	2,6
Tumori maligni mammella della donna			3,2	3,2
Diabete mellito	5,1	3,3	4,2	2,4
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3,6	4,4	3,2	3,5
Malattie del sistema circolatorio	38,4	31,9	30,8	24,0
Disturbi circolatori dell'encefalo	10,0	7,3	9,1	6,4
Malattie ischemiche del cuore	11,2	10,7	6,0	5,7
Malattie dell'apparato respiratorio	10,5	9,3	5,1	5,0
Malattie dell'apparato digerente	3,9	3,7	2,5	2,5
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	4,5	4,5	2,4	2,2
Tutte le cause	110	100,2	79,2	69,1

Elaborazione DASOE su fonte ISTAT-HFA. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno di riferimento: 2021.

Tra le principali cause di morte vi sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori. Anche l'andamento dei ricoveri ospedalieri ed il consumo di farmaci sul territorio riflettono la rilevanza del ricorso alle cure per malattie dell'apparato circolatorio. La patologia tumorale, pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese, si avvicina o talvolta si sovrappone ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore della mammella e il tumore del colon retto). Una sfida alla salute viene dagli effetti dell'inquinamento ambientale, non sempre noti e facili da evidenziare specie nelle aree industriali a rischio. Persistono, ancora oggi, forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardio-vascolari, per quanto

riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia, diabete e fumo e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi anni.

La domanda di servizi collegata alle patologie sopra indicate, ed in particolare alla gestione della cronicità, se non adeguatamente governata a livello territoriale con la definizione di una rete socio-assistenziale che sia in grado di gestire le criticità collegate all'invecchiamento della popolazione (strutture per lungodegenti, RSA, assistenza domiciliare integrata, strutture per dimissioni protette, etc.), rischia di ingenerare prestazioni inappropriate a carico dei presidi ospedalieri ed in particolare dell'area di emergenza-urgenza che, pertanto, potrebbe risultare, entro il breve volgere di pochi anni, non in grado di fornire risposte adeguate e tempestive ai bisogni di salute della popolazione servita.

Cosa facciamo

L'Azienda, quale ente strumentale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e in coerenza agli indirizzi programmatori della Regione Siciliana, concorre a garantire l'assistenza sanitaria per il territorio regionale e garantisce l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico anche in ambito sovregionale in quanto *hub* e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

L'Azienda risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie che si caratterizzano anche per la loro connotazione in termini di alta specialità.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Catania è l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università.

Essa opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda e l'Università, per quanto di propria competenza, promuovono i fondamentali obiettivi, delineati nel Protocollo regionale, di assicurare la qualità e la

congruità della formazione del personale medico e sanitario, nonché lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria e garantire la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario. In questo ambito, entrambe le Istituzioni promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema assistenziale ed il sistema della formazione, accrescendo la qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell'efficienza del Servizio Sanitario pubblico.

L'Azienda eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, in *Day Hospital*, prestazioni ambulatoriali e di *Day Service*, oltre all'attività di didattica e ricerca proprie delle Aziende Ospedaliere Universitarie, integrate con la Scuola "Facoltà di Medicina e Chirurgia".

L'Azienda pertanto:

- Fornisce assistenza per le patologie in fase acuta che richiedono prestazioni di diagnosi e cura caratterizzate da un impegno assistenziale medio alto e da un elevato profilo qualitativo, in ragione della presenza e dell'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie diagnostiche e terapie innovative.
- Impronta la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità.
- Assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, il raccordo con gli enti locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie del territorio e con il volontariato Garantisce la dovuta attenzione ai pazienti attraverso il monitoraggio periodico del livello di soddisfazione e si impegna a fornire costantemente informazioni chiare, corrette e documentate sui servizi offerti.
- Contribuisce allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca svolte dalla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania promuovendo l'integrazione dell'assistenza con l'attività formativa e di ricerca.
- Sostiene e valorizza, in collaborazione con l'Università degli Studi di Catania l'attività di ricerca, promuovendo un contesto organizzativo favorevole alla conduzione delle sperimentazioni cliniche.

- Prosegue nello sviluppo di un sistema di gestione della qualità e del rischio clinico finalizzato a garantire la sicurezza nell'erogazione delle prestazioni.
- Garantisce l'integrazione con il territorio, in particolare nei seguenti ambiti: gestione del paziente con diabete mellito di tipo 2, gestione del paziente con scompenso cardiaco, percorso nascita, attivazione delle dimissioni facilitate e protette. Inoltre, dal 14/11/2024 è stato implementato, presso i locali del PO San Marco, un ambulatorio vaccinale, coordinato dall'ASP di Catania con il supporto di medici in formazione specialistica della scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva dell'Università di Catania. Il personale sanitario offre attivamente la vaccinazione, in prima istanza ai pazienti post dimissione provenienti dai reparti e ai pazienti ambulatoriali, Nel corso del 2025 verranno attivati percorsi vaccinali dedicati ai soggetti a rischio (trapiantati, immunodepressi, splenectomizzati, dializzati, ecc)

Nell'ambito dell'emergenza l'Azienda si avvale di due strutture di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.), di un Pronto Soccorso Pediatrico, di un Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico, dell'ambulatorio delle urgenze oculistiche. Inoltre, sono presenti in azienda n° 3 Unità Operative di Terapia Intensiva, n° 2 Terapia Intensiva Post-Operatorie (T.I.P.O.), un'Unità Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.) e n°2 Unità Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.).

Presso l'Azienda insistono i seguenti centri di riferimento regionale:

- Diagnosi e cura delle malattie genetiche;
- Disturbi dell'alimentazione;
- Controllo e cura delle malattie metaboliche congenite dell'infanzia;
- Ematologia ed Oncologia Pediatrica con trapianto;
- Trattamento dei Melanomi della Coroide;
- Prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi dell'apprendimento nell'età evolutiva;
- Diagnosi e Trattamento delle Uropatie congenite;
- Cardiologia Interventistica e Strutturale;
- Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'Osteoporosi e delle altre patologie del metabolismo osseo;
- Diagnosi e Terapia della Psicopatologia dei Post-partum;

- Chirurgia Maxillo-facciale e Microchirurgia ricostruttiva;
- Inquadramento clinico e trattamento ortopedico del Piede Torto congenito;
- Diabetologia pediatrica;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatologiche del bambino;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatologiche dell'adulto;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del polmone;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare di interesse dermatologico;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare organi di senso di interesse oculistico (cheratocono);
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare della coagulazione e delle anemie rare nel bambino e nell'adulto;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie delle ghiandole endocrine e disturbi immunitari (Angioedema ereditario);
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del metabolismo dell'infanzia;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie genetiche rare.

Come operiamo

L'Azienda concorre al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla programmazione nazionale e regionale in campo assistenziale, e dei compiti istituzionali dell'Università con particolare riferimento alle funzioni di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'Azienda, assume i seguenti valori di riferimento, che orientano la programmazione strategica e la gestione delle proprie attività:

Centralità della Persona, intesa quale capacità del “sistema azienda” di porre al centro delle sue azioni la persona, concepita sia quale come soggetto fruitore sia come erogatore di assistenza, realizzando una organizzazione di “Persone che si prendono cura di Persone”;

Equità, volta a rendere disponibili e facilmente accessibili le informazioni necessarie a consentire una fruibilità consapevole, corretta e tempestiva dei servizi e delle prestazioni offerte, garantendo in base al bisogno pari e tempestive opportunità di accesso alle prestazioni, e al contempo riducendo la variabilità dell'assistenza attraverso un allineamento delle competenze professionali richieste su dichiarati standard di eccellenza;

Qualità dell'attività assistenziale, mediante la promozione di percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata, fondata sulle migliori evidenze scientifiche e sul principio della sicurezza per i pazienti,

Qualità dell'attività amministrativa, promuovendo l'adozione di procedure amministrative volte a prevenire/mitigare i rischi amministrativi-contabili e a garantire la massima efficienza, sulla base dei principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità;

Didattica e formazione, assicurando lo svolgimento delle funzioni didattiche previste dai percorsi formativi dei corsi di laurea e di specializzazione attivati dalla Scuola di Medicina e Chirurgia, anche integrando e valorizzando il personale del SSN in possesso dei necessari requisiti di qualificazione scientifica e professionale, ed investendo nel sistema di formazione continua del personale, per garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi;

Ricerca e innovazione, mediante la promozione di processi di avanzamento diagnostico, terapeutico e tecnologico in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative, valorizzando il ruolo della ricerca clinica e gestionale; Eticità, riconoscere adeguata attenzione alle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi;

Trasparenza, assicurando visibilità e chiarezza nei rapporti sia interni che esterni, in una logica di responsabilità dei risultati così da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento degli obiettivi, e sviluppando un sistema di comunicazione che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione interna ed esterna;

Certificabilità: L'azienda nel corso del periodo 2021 – 2024 ha operato una ricognizione straordinaria e conseguente codifica ed aggiornamento mediante formale adozione e pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente delle procedure amministrative e contabili quali standard organizzativi e procedurali cui conformare le relative attività, in attuazione del Decreto interministeriale Ministero Salute e

dell'Economia e delle Finanze del 01.03.2013 recante “Definizione dei Percorsi attuativi di Certificabilità”.

Da ultimo, con D.A. 528 del 22.05.2024 avente ad oggetto: “Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A. C.) dei bilanci degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, della GSA e del bilancio consolidato- Definizione del Percorso di Consolidamento del PAC”- Modifica D.A. n. 14/2023”, l'Assessorato Salute ha individuato la data del 30.06.2025 quale termine per la definizione dell'avviato percorso di consolidamento P.A.C., nella prospettiva di raggiungere la certificazione del bilancio entro la data 31.12.2026.

Detto processo di codifica e costante aggiornamento trova il suo fondamento nell'esigenza di garantire la chiarezza, la veridicità e la correttezza dei bilanci oltre che nella necessità di ricondurre a sistema le previsioni normative nazionali e regionali in materia di certificabilità dei bilanci attraverso:

- aggiornamento della mappatura dell'assetto organizzativo e dei relativi processi aziendali alla luce delle previsioni contenute nell'atto aziendale vigente;
- Adeguamento e formalizzazione delle procedure amministrativo – contabili per cicli di attività, in conformità alle aree PAC;
- Verifica ed adeguamento dei manuali di controllo interno e definizione delle procedure minime di controllo;
- Verifica ed adeguamento dei sistemi informativi e della struttura dei principali flussi informativi;
- Ricognizione ed aggiornamento delle procedure informatiche a supporto delle attività amministrativo – contabili;

Al contempo la necessità di garantire l'effettiva implementazione, funzionalità ed affidabilità delle azioni PAC previste quali imprescindibili fasi del percorso di certificazione dei bilanci, ha imposto il contestuale avvio di specifiche attività di monitoraggio della corretta e completa applicazione degli standard organizzativi aziendali formalmente adottati di concerto con l'Assessorato salute, al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi PAC, indicando il perimetro delle azioni da sottoporre a periodico e costante controllo.

Vuole conclusivamente evidenziarsi che l'importanza strategica dei percorsi attuativi di certificabilità e della relativa tempistica di attuazione da ultimo declinata con il

richiamato DA 528/2024, è stata ribadita dall'amministrazione regionale con Deliberazione n. 195 del 17.06.2024 ritenendo necessario introdurre tra gli obiettivi di "Salute e Funzionamento" dei Direttori Generali degli enti del S.S.R. il "Conseguimento della certificabilità dei bilanci degli Enti del SSR quale conseguenza del raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali previsti dal DM 1 marzo 2013 alla data del 30.06.2025", individuando quale indicatore specifico per detto obiettivo l'"Istituzione di una funzione di Internal Audit, esclusiva, indipendente strutturata ed obiettiva finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo contabile aziendale" entro il termine del 31.12.2024. In tal senso con Deliberazione del D.G. n. 2969 del 30.12.2024 l'azienda ha provveduto a riassegnare la funzione di Internal Audit aziendale.

Sostenibilità, attraverso lo sviluppo di politiche gestionali attente ai problemi di sostenibilità ambientale, economica ed organizzativa.

L'A.O.U., al fine di raggiungere gli obiettivi sopra esposti, favorisce un approccio multidisciplinare nei confronti delle problematiche assistenziali e l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutico.

Le attività dell'AOU sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

Accreditamento istituzionale

Il processo di autorizzazione e accreditamento sanitario è mirato ad assicurare la qualità dei servizi e dell'assistenza. Riguarda le organizzazioni, le strutture sanitarie, e i professionisti.

L'autorizzazione risulta essere il provvedimento con cui viene consentito l'esercizio di attività sanitarie a soggetti pubblici e privati. Diverso discorso vale per l'accreditamento istituzionale, con cui mediante il provvedimento, si riconosce alle strutture pubbliche e private, che sono state precedentemente autorizzate, lo status di potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. Con l'accreditamento vengono stipulati gli accordi contrattuali, ai sensi dell'articolo 8 quinquies del D.lgs 502/92, nell'ambito della vigente normativa

e nel rispetto di alcuni principi fondamentali quali quelli di imparzialità, trasparenza, buon andamento e libera concorrenza tra pubblico e privato.

L'accreditamento viene concesso ai soggetti già in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, subordinatamente alla sussistenza delle seguenti condizioni:

- coerenza delle funzioni svolte con gli indirizzi della programmazione regionale;
- corrispondenza, oltre che ai requisiti richiesti ai fini dell'autorizzazione, di ulteriori requisiti specifici, entrambi individuati dal DA 20 del 02/12/2024 e pubblicato nella GURS del 26/01/2024: "Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture";
- verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati ottenuti.

Con il DA n. 724 del 09.08.2022 "Aggiornamento delle disposizioni in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche al decreto assessoriale 17 aprile 2003, n. 463", pubblicato nella GURS del 26.08.2022, l'Assessorato per la salute della Regione Siciliana ha aggiornato le modalità di concessione dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

Per le AA.OO. Siciliane entrambe le concessioni vengono rilasciate dall'Assessorato Regionale della Salute previa verifica dei requisiti da parte dei valutatori dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) in seguito ad una nuova istanza di richiesta di autorizzazione o accreditamento (da presentare oltre che per le strutture di nuova costruzione, in caso di realizzazione di opere di adattamento, ampliamento, trasformazione o cambio di destinazione d'uso di strutture esistenti) o in seguito alla verifica periodica del mantenimento dei requisiti richiesti.

L'Azienda è impegnata nella redazione di un manuale per l'autorizzazione e l'accreditamento, nel quale viene spiegato il rationale dei singoli criteri, i requisiti da soddisfare, i documenti richiesti e l'adeguamento o la redazione dei documenti aziendali richiesti come evidenze per soddisfare i requisiti previsti dalla normativa vigente.

È stato inoltre programmato un piano di revisione delle procedure attualmente in uso e di stesura delle nuove procedure richieste. L'azienda è inoltre impegnata nelle attività di formazione del personale dei settori amministrativi e delle diverse U.O. sui processi di autorizzazione ed accreditamento e sui contenuti da questi richiesti.

L'amministrazione in cifre

Di seguito si riportano i dati sull'attività sanitaria maggiormente significativi, riferiti al periodo 2020 – 2024

Indicatori	2020	2021	2022	2023	2024*
Posti letto ordinari attivi (dato medio)	694	705	745	750	760
Tasso di occupazione	78%	81%	84%	82%	84%
N° Ricoveri ordinari	24.189	26.531	28.708	28.677	29.409
Numero di GG di degenza ordinarie	196.861	207.764	228.203	225.571	231.720
Degenza Media solo ricoveri ordinari	8,14	7,83	7,11	7,87	7,88
Peso Medio complessivo (solo ricoveri ordinari)	1,27	1,32	1,21	1,34	1,36
N° Ricoveri DH	8.170	9.543	11.142	11.348	10.992
N° accessi in DH	40.596	48.613	55.039	56.517	54.889
N° Day Service	8.741	10.893	14.313	17.251	18.792
N° accessi Day Service	30.608	32.194	37.792	42.180	46.249
Mobilità sanitaria attiva extraregionale (n° casi)	748	1.068	1.067	834	839
Mobilità sanitaria attiva extraregionale (%)	1,93%	2,27%	2,67%	2,08%	2,08%
Mobilità sanitaria attiva extra provinciale (n° casi)	8.917	8.401	8.235	8.383	8.691
Mobilità sanitaria attiva extra provinciale (%)	23%	18%	20,66%	20,94%	21,51%

Fonte dati flusso SDO Aziendale

* Anno 2024 dati non definitivi

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico – Catania conferma un'offerta di servizi fra le più importanti e complete dell'intera regione è testimoniata dal numero totale di pazienti accettati nell'anno in corso che sono stati pari a 40.401, di cui 29.409 ordinari e 10.992 DH, oltre a 18.792 casi accettati di Day Service Assistenziale Ospedaliero (fonte dati flusso SDO aziendale).

Tale ruolo è confermato dai dati definitivi relativi all'anno 2023 (Fonte PROD) dai quali si evidenzia come l'AOU Policlinico – Catania abbia effettuato il 24,50% dei ricoveri ordinari registrati in provincia di Catania, come evidenziato dalla sottostante tabella:

	N. Ricoveri Ordinari	%
ASP Catania	16.313	13,94%
Casa di cura privata	32.830	28,06%
A.O. per Emergenza Cannizzaro	17.945	15,34%
ARNAS Garibaldi	21.256	18,16%
A.O. Universitaria Policlinico di Catania	28.673	24,50%
<i>Totale</i>	117.017	

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico

La *mission* dell'A.O.U. consiste nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca, al fine di assicurare elevati standard di assistenza sanitaria nel servizio sanitario regionale, di accrescere la qualità dei processi di formazione, di sviluppare le conoscenze in campo biomedico e tecnologico, valorizzando altresì in via paritaria le funzioni e le attività del personale ospedaliero e di quello universitario.

In particolare, la funzione di assistenza intende assicurare:

- l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente;
- la migliore accessibilità dei servizi all'utente;
- la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

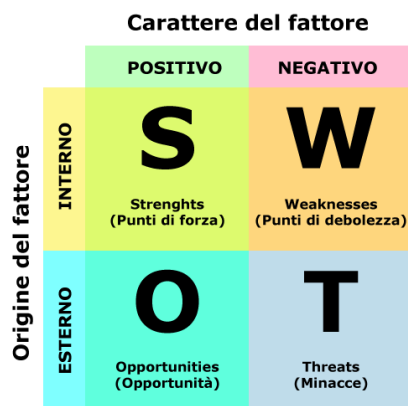
La funzione di ricerca si impegna a sviluppare le conoscenze scientifiche e le loro applicazioni nei vari campi di interesse (biomedico, tecnologico, organizzativo e assistenziale) ed a favorire la collaborazione con gruppi di ricerca nazionali ed internazionali. L'azienda, al fine di individuare nuove linee di ricerca e possibili fonti di finanziamento, ha istituito con apposita deliberazione il Servizio di Internazionalizzazione e ricerca sanitaria (SIRS).

L'Azienda, in ragione del suo ruolo nell'ambito del sistema formativo universitario, si impegna altresì:

- a garantire la massima integrazione tra il sistema della formazione universitaria e il sistema assistenziale, nel rispetto della pari dignità professionale delle componenti ospedaliera ed universitaria che vi operano;
- a promuovere un quadro di leale collaborazione tra personale ospedaliero e universitario, nel rispetto reciproco delle competenze, al fine di perseguire l'obiettivo aziendale di qualità e sviluppo dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca;
- a sviluppare un sistema formativo (di base, avanzata e continua) di eccellenza dei professionisti nell'assistenza e nella ricerca.

L'azienda pone al centro della sua attività il cittadino utente, sia nella veste di soggetto che necessita di cure, sia di studente con bisogni di istruzione e formazione qualificata, ispirandosi ai principi della cittadinanza attiva.

L'analisi SWOT fa emergere punti di forza (Strength), debolezza (Weakness), opportunità (Opportunities), minacce (Threats) dell'Azienda.



I punti di FORZA sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo, le cosiddette aree di eccellenza. Vengono messi in luce punti di primaria solidità e di imprescindibile importanza, ma anche caratteristiche meno appariscenti e non di primario impatto.

I **punti di forza** che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- multidisciplinarietà, con alcune specialità svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovra provinciale;
- presenza di professionalità di elevata competenza;
- presenza di centri di riferimento regionale per patologie rare e ad alta complessità;
- presenza della Scuola "Facoltà di Medicina e Chirurgia";
- ruolo peculiare nella formazione degli operatori sanitari;
- presenza di un elevato livello tecnologico;
- complessità della casistica trattata, in particolare nelle alte specialità;
- diffusa cultura della qualità e della minimizzazione del rischio clinico;
- consolidato rapporto instauratosi con le associazioni degli utenti;
- ruolo HUB di alcune discipline nelle reti assistenziali;
- propensione alla ricerca;

- collaborazione con gli organismi di partecipazione (Comitato Consultivo Aziendale);
- mantenimento di un adeguato supporto alle attività formative attraverso il centro aziendale di simulazione.

I punti di **DEBOLEZZA**, per contro, sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare; sono le aree ad alto margine di miglioramento. L'analisi dei punti di debolezza tende ad individuare le problematiche che possono destare preoccupazione verso cui è necessario indirizzare le azioni programmatiche al fine di non compromettere l'esito finale delle scelte strategiche.

I punti di debolezza che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- sistema dei trasporti sanitari interni ed esterni;
- vigilanza sulle strutture ed in particolare nelle aree deputate alla gestione emergenza;
- struttura a padiglioni dei siti;
- mancanza di aree progettate specificatamente per gli ambulatori ovvero per i professionisti che esercitano l'intramoenia all'interno;
- necessità di manutenzione delle strutture più datate;
- difficoltà nell'attuazione del modello dipartimentale;
- mancata integrazione dei sistemi informativi;
- modesta interazione e integrazione tra le varie articolazioni aziendali;
- scarso coinvolgimento del personale da parte dei dirigenti per il raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- resistenze interne all'integrazione fra componente universitaria e componente ospedaliera;
- generale resistenza a processi di cambiamento.

Dopo aver analizzato i due parametri precedenti, punti di forza e di debolezza, si individuano le loro possibili combinazioni sinergiche capaci di trasformarsi in opportunità: da un lato si considerano i vantaggi che derivano dalla combinazione tra punti di debolezza e punti di forza e dall'altro va stimato se e in che misura i punti di forza colmano quelli di debolezza.

Si individua così l'elenco delle opportunità.

Le **OPPORTUNITÀ** sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando in modo flessibile le risorse così da ottimizzare le performance della strategia, e sono così individuate:

- sistema regionale di valutazione della qualità percepita nelle UUOO e Pronto Soccorso;
- programmazione condivisa dei percorsi accademici e di specializzazione in ragione delle strategie dell'Azienda e dell'Università;
- integrazione Università/Azienda al fine di migliorare la capacità di accedere ai fondi per la ricerca biomedica nazionali ed internazionali;
- integrazione della attività con le altre aziende dell'area metropolitana attraverso lo sviluppo delle reti (IMA, Oncologica, Politrauma, Stroke);
- condivisione a livello interaziendale delle attività formative;
- ulteriore estensione dell'offerta sanitaria alla popolazione erogata dal nuovo Presidio San Marco;
- miglioramento dell'efficienza gestionale all'interno dei due grandi plessi ospedalieri (G. Rodolico e San Marco);
- fondi e opportunità finanziarie finalizzati all'attuazione di progetti specifici (PSN, Ricerca Finalizzata, progetti europei);
- Intervento di ammodernamento del parco tecnologico con fondi PNRR;
- Digitalizzazione processi clinici e assistenziale attraverso l'utilizzo delle risorse PNRR.

Le **MINACCE** sono quegli eventi o possibili mutamenti futuri che potrebbero avere un impatto sui risultati della strategia, fino a comprometterne l'esito, nei casi estremi:

- protrarsi dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19.
- vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e ai rapporti Stato-Regione.
- generale resistenza a processi di cambiamento.
- limitatezza delle risorse da destinare a procedure di diagnostica e cura a carattere innovativo.
- invecchiamento della popolazione e aumento delle patologie croniche.

- quadro normativo complesso e dinamico (privacy, trasparenza, anticorruzione, etc) e molteplicità di adempimenti richiesti spesso in assenza dei necessari adeguamenti / cambiamenti organizzativi e culturali.

L'Azienda, nel delineare i propri indirizzi strategici, ha prestato particolare attenzione a fissare i traguardi e le opportunità suggeriti dai punti di forza, e con essi congruenti, evitando di fissare traguardi sovradimensionati per i quali le risorse sono insufficienti a contrastare gli ostacoli.

In particolare, l'A.O.U. P. intende perseguire i seguenti obiettivi di Valore Pubblico generati dall'azione amministrativa e produttori di outcome che impattano positivamente sul benessere esterno, degli stakeholder e degli utenti, che orientano la performance organizzativa di efficacia e di efficienza verso il miglioramento, che impattano positivamente sulle risorse dell'ente contribuendo al miglioramento della salute istituzionale, orientando le performance individuali di dirigenti e dipendenti verso il miglioramento di quelle organizzative:

- 1) Assicurare i livelli essenziali di assistenza secondo i principi di qualità e sicurezza delle cure.
- 2) Ampliare la semplificazione e digitalizzazione dei processi.
- 3) Valorizzare le competenze dei dipendenti dell'Azienda generando processi di cambiamento organizzativo.
- 4) Sviluppare qualitativamente e quantitativamente 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.

Il miglioramento della qualità delle cure è senza dubbio il focus dell'Azienda, nella convinzione che fornire un servizio di qualità sia la missione che ogni professionista presente in Azienda debba fare propria nell'interesse del paziente che ha di fronte. La qualità in sanità è tracciata in particolare attraverso degli indicatori di esito che indagano se effettivamente è stato erogato il livello di performance che garantisce la massima efficacia delle cure. L'accessibilità ai servizi è importante affinché la "qualità" sulla quale l'Azienda lavora arrivi al maggior numero di individui che ne hanno bisogno. In taluni casi performance elevate per un ridotto numero di malati non rappresentano il bene per la collettività in senso ampio; è necessario favorire l'accesso ai servizi, tenendo in considerazione i principi di appropriatezza e rovesciando il

paradigma per il quale il paziente con necessità si reca nelle strutture sanitarie a favore di un servizio sanitario che cerca quanto più possibile di raggiungere il paziente al suo domicilio.

In riferimento alla semplificazione e digitalizzazione dei processi, l'Azienda revisiona continuamente i propri processi sia di erogazione delle cure e servizi, sia i processi amministrativi per migliorare l'azione amministrativa in un termini di efficacia e di efficienza, per affinarne le modalità e renderle quanto più possibile lineari e appunto semplici, tenendo conto comunque dell'importanza di garantire adeguati livelli di sicurezza sia rispetto al paziente, sia rispetto all'osservanza di trasparenza e riduzione del rischio di corruzione. La digitalizzazione, cioè riconsiderare e ridefinire procedure e servizi in chiave digitale nonché fornire ad altre amministrazioni ed ai cittadini accesso a dati e servizi cui sono interessati, consente nuove modalità di comunicazione e interazione con cittadini e azienda ospedaliera attraverso l'erogazione di servizi e la fruizione del sito aziendale.

Nell'ottica di un cambiamento organizzativo, riveste particolare attenzione la gestione delle risorse umane, nelle sue due dimensioni: la dimensione quantitativa, in relazione alle politiche che devono perseguire obiettivi di adeguatezza e di "corretto dimensionamento" in relazione alla domanda ed alle esigenze che l'amministrazione pubblica è chiamata a fronteggiare; la dimensione qualitativa in cui rilevano invece i contenuti professionali, le competenze ed abilità dei lavoratori. Valorizzare i dipendenti pubblici come motore del cambiamento organizzativo significa migliorare la coerenza tra le competenze possedute dai dipendenti dell'Azienda, i percorsi di carriera, i percorsi formativi, a partire dall'effettiva rilevazione dei *gap* di competenze. Per il perseguimento di questo obiettivo, l'azione strategica dell'Azienda è orientata verso una logica interfattoriale: un ruolo più pregnante della formazione aziendale per garantire a tutti i lavoratori la formazione continua, il cosiddetto *lifelong learning*, partendo dal fabbisogno digitale dei dipendenti; una mappatura dei profili professionali (*job description*) per una gestione per competenze delle risorse umane; un modello di misurazione e valutazione delle performance che misuri il raggiungimento di obiettivi legati a competenze specifiche e si traduca in premialità che riconoscano l'importanza di un percorso di crescita professionale.

Altro obiettivo di generazione di valore pubblico è il miglioramento delle relazioni con il cittadino. Si intende raggiungere questo obiettivo su più fronti. Trasversalmente, attraverso la digitalizzazione dell'Azienda che comporterà una fruizione più semplice dei servizi, operativamente rafforzando il ruolo dei cittadini e utenti nel ciclo di gestione della performance. Con la modifica del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, operata dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione è stata declinata secondo tre cardini fondamentali: sotto il profilo soggettivo, perché sono i cittadini/utenti dei servizi ad assumere un ruolo nei processi valutativi, a cui si aggiungono tutti i potenziali stakeholder interessati all'operato dell'amministrazione; sotto il profilo oggettivo, la valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni; sotto il profilo procedimentale, la partecipazione alla valutazione riguarda la performance organizzativa. Nell'articolo 8, in particolare, si prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (SMVP) la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive; lo 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. La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della performance in cui il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono dunque gli stessi cittadini a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati standard quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti.¹

¹ Cfr. Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche, Dipartimento della funzione pubblica n. 4, novembre 2019

Sottosezione di programmazione - Performance

Nel presente paragrafo, vengono definiti gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance aziendale, intesa come il contributo che ciascun soggetto che opera all'interno dell'Azienda fornisce attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità ed alla soddisfazione dei bisogni dell'organizzazione.

Le indicazioni regionali provenienti dalla L.R. 5/2009, dal Piano Sanitario Regionale e dagli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale, unitamente ai vincoli ed ai limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell'albero della performance. Le stesse vengono pertanto integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani ed obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

L'albero della performance risulta, quindi, articolato su due livelli:

1° Livello: Aree Strategiche e Obiettivi Strategici;

2° Livello: Obiettivi Operativi.

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda: ad esse sono associati gli outcome attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli stakeholder la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative.

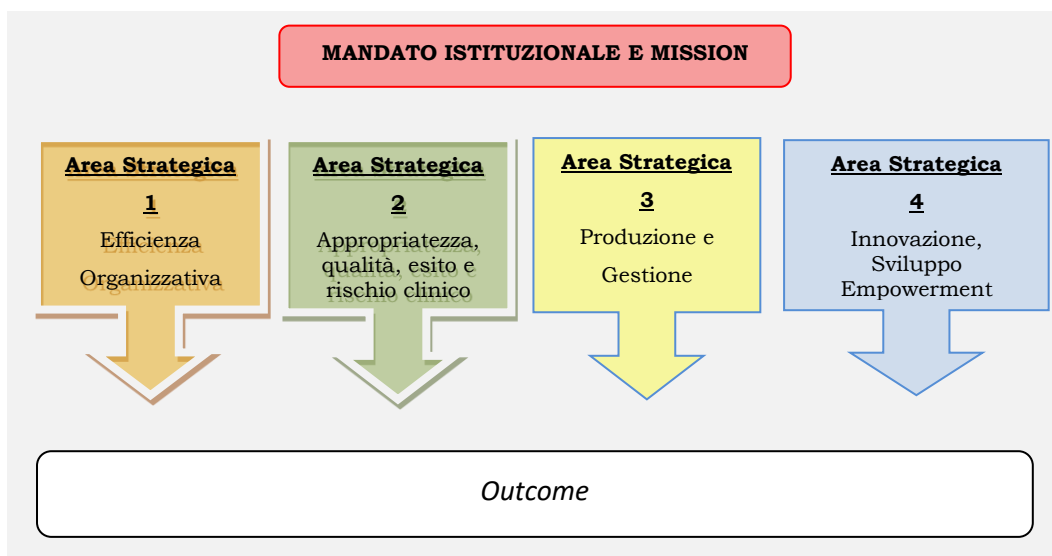
La definizione delle aree strategiche scaturisce da un'analisi congiunta dei fattori interni e dei fattori di contesto esterno ed assume, come riferimenti essenziali di base, la Legge Regionale 5/2009, il Piano Sanitario Regionale e gli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative. Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

1. Area dell'efficienza organizzativa e prestazionale;

2. Area dell'appropriatezza, qualità, esito e rischio clinico;
3. Area della produzione e della gestione;
4. Area dell'innovazione e dello sviluppo ed *empowerment*.

Il primo livello di costruzione dell'albero della performance comprende le aree strategiche ed il relativo *outcome*, ed è rappresentato nella seguente figura.



Le quattro aree strategiche richiamano le dimensioni tipiche della balance scorecard e sono riferibili a differenti stakeholder. Le quattro aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica.

Per ogni area strategica sono individuati gli Obiettivi Strategici e generali.

Il sistema diventa quindi "a cascata", integrando pianificazione, programmazione e controllo aziendali con gestione delle risorse e sistema premiante.

Il secondo livello di costruzione dell'albero della performance comprendente gli obiettivi operativi individuati dalla direzione strategica aziendale ed assegnati alle Strutture complesse aziendali coerentemente al sistema di budgeting annuale.

L'albero della performance aziendale, normalmente, è definito in relazione agli obiettivi triennali che la Regione – Assessorato della Salute assegnano al Direttore Generale dell'Azienda, nonché in funzione di obiettivi operativi individuati dalla Direzione strategica annualmente.

Nel vigente sistema regionale, gli obiettivi assegnati all'Azienda sono articolati in due categorie: a) contrattuali generali; b) di salute e di funzionamento dei servizi, che individuano gli obiettivi Strategici.

Il presente P.I.A.O., dunque, rappresenta lo strumento che dà avvio al "Ciclo di Gestione della Performance", così come previsto dal D. Lgs 150/2009, che si conclude al termine dell'annualità dopo la misurazione e valutazione dei risultati connessi agli obiettivi, con il riconoscimento degli incentivi economici e l'applicazione degli altri istituti premiali previsti dai cc.nn.ll. di categoria in favore del personale. Tali risultati sono oggetto di rendicontazioni nella prevista "Relazione sulla Performance" che costituisce il presupposto indefettibile ai fini della erogazione dei suddetti incentivi. L'attuale Piano Integrato, aggiornato annualmente, è formalmente adottato dalla Direzione Strategica e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda. Complessivamente, il Ciclo di Gestione rimane articolato nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- 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;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito

Obiettivi Generali

Gli obiettivi generali assegnati all’Azienda dalla Regione – Assessorato, fanno riferimento al contratto di mandato del Direttore Generale e comportano, in caso di mancato conseguimento, la decadenza automatica dello stesso, ai sensi della L.R. 5/2009

Obiettivo	Sub-obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso	Strutture coinvolte	Dimensione Analisi
Raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio rispetto alle risorse negoziate con l'Assessorato		Risultato di esercizio Valore voce CE ZZ9999	>0	UOC Economico - Finanziario e Patrimoniale	Produzione e Gestione
Osservanza delle politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa	A.1) Rispetto del Tetto di spesa	Valore complessivo Tabella D.1.2	€ /mgl. 175.615 D.A. 993/2021 Vedere se aggiornare	UOC Risorse Umane	Efficienza
	A.2) Riduzione della spesa del personale a tempo determinato	Valore Tempo determinato Tabella D.1.2	Rispetto al limite fissato dall'art. 9 comma 28 del D.L. 31/5/2010 n. 78, convertito nella Legge n. 122/2010, pari ad €/mgl 5.740	UOC Risorse Umane	Efficienza
	A.3) Rispetto della normativa di cui al codice dei Contratti Pubblici in materia di acquisto di beni e servizi	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali	100% di quanto programmato	UOC Acquisti e Logistica	Efficienza
	A.4) Assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera	Costo beni sanitari voce BA0020 B.1.A) Acquisti di beni sanitari In negoziazione viene assegnato un valore per i beni in generale	Valore definito in sede di negoziazione	UOC Economico - Finanziario e Patrimoniale UOC Acquisti e Logistica UOC Farmacia PO Rodolico UOC Farmacia PO San Marco	Efficienza
PNRR Missione 6	Conseguimento obiettivi previsti nel Piano Operativo Regionale (POR), allegato al CIS	Reggiungimento del 100% delle azioni previste nel cronoprogramma	100%	UOC Risorse Tecniche e tecnologiche UOC Acquisti e Logistica UO ICT	Produzione e Gestione
		Soddisfacimento debito informativo nei confronti del Ministero e dell'Assessorato	Soddisfacimento debito informativo nei confronti del Ministero e dell'Assessorato	UOC Risorse Tecniche e tecnologiche UOC Acquisti e Logistica UO ICT	Produzione e Gestione
Osservanza degli obblighi in materia di flussi informativi		Rispetto dei tempi di trasmissione, qualità del dato, coerenza con altri fonti informative	Invio flussi entro la corretta tempistica	UO Controllo di Gestione e flussi informativi UOC Economico - Finanziario e Patrimoniale UOC Acquisti e Logistica UOC Risorse Umane Tutti i reparti per i vari flussi	Efficienza
Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in materia di prevenzione della corruzione con particolare riferimento ai rischi corruttivi e obblighi in materia di trasparenza		Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in materia di prevenzione della corruzione con particolare riferimento ai rischi corruttivi	Adozione delle misure preventive relative all'area di rischio individuata e nel piano delle prevenzione e corruzione	RPTC UOC Affari generali UOC Economico - Finanziario e Patrimoniale UOC Acquisti e Logistica UOC Risorse Umane UOC Risorse Tecniche e tecnologiche UO Controllo di Gestione e flussi informativi UO ICT UOC Farmacia	Efficienza
		Adempimento agli obblighi di trasparenza con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e sui centri del personale sia in modo aggregato che in modo analitico	Pubblicazione atti	RPTC UOC Affari generali UOC Economico - Finanziario e Patrimoniale UOC Acquisti e Logistica UOC Risorse Umane UOC Risorse Tecniche e tecnologiche UO Controllo di Gestione e flussi informativi UO ICT	Efficienza

Obiettivo	Sub-obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso	Strutture coinvolte	Dimensione Analisi
Osservanza delle disposizioni impartite dalla regione in materia di attività libero professionale ai sensi dell'art. 1 co. 7 della legge 120 del 3 agosto 2007 e ss.mm.ii.	Comma 5 Adozione e rispetto Piano Aziendale volumi istituzionali e ALPI	Predisposizione Piano Aziendale volumi istituzionali e ALPI	Adozione Piano Aziendale volumi istituzionali e ALPI	UOS CUP, Gestione delle list e di attesa e Libera Professione Intramuraria.	Efficienza
	Comma 4 controllo volumi di attività delle prestazioni libero-professionale, che non devono superare, quelli istituzionale	Volumi ALPI / volumi istituzionali per singolo professionista	< 1	UO Controllo di Gestione e flussi informativi	Efficienza
	Comma 4 Contabilità separata ALPI - rispetto dell'equilibrio	Predisposizione report di contabilità separata e monitoraggio periodico equilibrio contabilità separata ALPI	Equilibrio Contabilità ALPI	UOC Economico - Finanziario e Patrimoniale	Efficienza
Rispetto dei tempi di pagamento	Riduzione dei tempi di pagamento	Differenza tra data arrivo fattura e data pagamento fattura	0% per ritardi superiori a 60 gg 50% per ritardi compresi tra 31 gg e 60 gg 75% per ritardi compresi tra 11 gg e 30 gg 90% per ritardi compresi tra 1 gg e 10 gg	UOC Affari generali UOC Economico - Finanziario e Patrimoniale UOC Acquisti e Logistica UOC Risorse Umane UOC Risorse Tecniche e tecnologiche UO Controllo di Gestione e flussi informativi UO ICT	Efficienza
	Riduzione di almeno il 10% dello Stock del debito	Valore fatture pagate su stock del debito	Obiettivo non raggiunto se il valore risulta inferiore al 10%, raggiunto al 100% se il valore risulta superiore al 10% (va comunque legato all'indicatore sui pagamenti)	UOC Affari generali UOC Economico - Finanziario e Patrimoniale UOC Acquisti e Logistica UOC Risorse Umane UOC Risorse Tecniche e tecnologiche UO Controllo di Gestione e flussi informativi UO ICT	Efficienza

Gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi è fissata al 60%. Il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza dell'incarico ai sensi dell'art. 20 comma 6 della legge regionale 5 del 2009.

Obiettivo	Sub-obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso	Strutture coinvolte	Dimensione Analisi
Riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie	Sub-obiettivo 1. Raggiungere la totalità dell'offerta pubblica e privata accreditata negli ambiti territoriali di garanzia tramite i CUP delle aziende sanitarie.	Num. Prestazioni Ambulatoriali di primo accesso pubbliche e private accreditate / Numero prestazioni ambulatoriali erogate	Raggiunto se pari a 1 La totalità delle prestazioni di primo accesso	Reparti e servizi che erogano prestazioni ambulatoriali	Efficienza organizzativa
	Sub-obiettivo 2. Favorire la presa in carico dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative e oncologiche (D.L. 73/2024)	Indicatore 2.1: Numero di agende dedicate ai PDTA aziendali	Raggiunto se pari >10	UOS CUP, Gestione delle liste di attesa e Libera Professione Intramuraria.	Efficienza organizzativa
		Indicatore 2.2: Numero di prestazioni di controllo prescritte direttamente e dallo specialista ambulatoriale	>10% rispetto all'anno precedente	Reparti e servizi che erogano prestazioni ambulatoriali	Efficienza organizzativa
Obiettivo	SUB-OBIETTIVO 2.1: Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti over 65	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65**	Lineare tra 60% e 96%	Ortopedia Rodolico Ortopedia San Marco Complesso operativo Rodolico	Appropriatezza. Qualità, esito e rischio clinico
	SUB-OBIETTIVO 2.2: Riduzione incidenza parti cesarei primari (cesarei in donne senza nessun pregresso cesareo)	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo	Lineare tra 20% (valore max) e 30% valore min)	Ostetricia e Ginec. Rodolico Ostetricia e Ginec. San Marco Ostetricia e Ginec. San Marco	Appropriatezza. Qualità, esito e rischio clinico
	2.3: Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 90 minuti dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati	Lineare tra 60% e 82%	Cardiologia con UTIC Rodolico	Appropriatezza. Qualità, esito e rischio clinico
	SUB-OBIETTIVO 2.4: Proporzioni di colecistectomia laparoscopica con degenza post operatoria inferiore a 3 giorni	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	Lineare tra 70% e 96%	Clinica Chirurgica Rodolico Chirurgia Generale 2 Rodolico Chirurgia Generale 3 Rodolico Chirurgia Generale S. Marco	Appropriatezza. Qualità, esito e rischio clinico
Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR		Numero requisiti garantiti/ Totale requisiti previsti dalla Checklist	100% dei requisiti = Raggiungimento 100% 95% dei requisiti = Raggiungimento 90% 85% dei requisiti = Raggiungimento 75%	Ostetricia e Ginec. Rodolico Ostetricia e Ginec. San Marco Ostetricia e Ginec. San Marco	Efficienza organizzativa
Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento	Il tempo Massimo di Permanenza (TMP): Tempo massimo dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso	Tempo massimo dalla presa in carico dal triage alla conclusione della prestazione di pronto soccorso <= 8h; Indicatore calcolato su pazienti su tutti gli esiti da flusso EMUR escluso esito 6 (abbandono PS prima della visita medica) e 7 (paziente abbandona il PS in corso di accertamenti)	TMP >= 85%: pieno raggiungimento dell'obiettivo TMP compreso tra 75% e < 85%: raggiungimento dell'obiettivo al 50% TMP < 75%: obiettivo non raggiunto	PS San Marco PS Rodolico	Efficienza organizzativa
	Boarding: Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore	Indicatore Boarding: Percentuale di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore;	Boarding <= 2%: pieno raggiungimento dell'obiettivo Boarding compreso tra 2% e 4%: raggiungimento dell'obiettivo al 50% Boarding > al 4%: obiettivo non raggiunto	PS San Marco PS Rodolico Reparti con posti letto	Efficienza organizzativa

Obiettivo	Sub-obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso	Strutture coinvolte	Dimensione Analisi
Screening		Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP dell'AO direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP	(SI/NO) si= 1, no=0		Efficienza organizzativa
		Partecipazione al PDTA screening e individuazione del referente clinico per ogni screening	(SI/NO) si= 1, no=0	Gastroenterologia Rodalico Clinica Chirurgica Rodalico Brest Unit Rodalico Radiodiagnostica San Marco Ostetricia e Ginec S Marco	Efficienza organizzativa
		Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dalla ASP	100%=1, <100%=0	Gastroenterologia Rodalico Clinica Chirurgica Rodalico Brest Unit Rodalico Radiodiagnostica San Marco Ostetricia e Ginec S Marco	Efficienza organizzativa
		Registrazione di tutti i dati dei casi inviati dalla ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening	(SI/NO) si= 2, no=0	Gastroenterologia Rodalico Clinica Chirurgica Rodalico Brest Unit Rodalico Radiodiagnostica San Marco Ostetricia e Ginec S Marco	Efficienza organizzativa
Donazione sangue, plasma, organi e tessuti		Istituzione del Coordinamento Locale Aziendale per il Procurement Organi e Tessuti con assegnazione dell'incarico di altissima specialità per il Coordinatore e l'individuazione di un infermiere dedicato	SI / NO	Dipartimento di emergenza	Efficienza organizzativa
		Numero di accertamenti di morte con criterio neurologico/numero di decessi aziendali per grave neurolesione (PESO 30%)	<p>Per anno 2025</p> 100% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 >= al 15% 80% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 compreso tra il 10% e il 15% 50% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 compreso tra il 7% e il 10% 0% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 < al 7% <p>Per anno 2026 e 2027</p> 100% se il valore 2025 o 2026 presenterà un incremento rispetto al 2024 >= al 25% 80% se il valore 2025 o 2026 presenterà un incremento rispetto al 2024 compreso tra il 15% e il 25% 50% se il valore 2025 o 2026 presenterà un incremento rispetto al 2024 compreso tra il 10% e il 15% 0% se il valore 2025 o 2026 presenterà un incremento rispetto al 2024 < al 10%	Dipartimento di emergenza	Efficienza organizzativa
		3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% (PESO 30%)	100% se tasso di opposizione <= 30% 80% se tasso di opposizione <= 41% 50% se tasso di opposizione <= 45% 0% se tasso di opposizione >45%	Dipartimento di emergenza	Efficienza organizzativa
		4. Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore barrente) non inferiore al 30% (PESO 20%)	<p>Per anno 2025</p> 100% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 >= al 20% 80% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 compreso tra il 15% e il 20% 50% se il valore 2024 presenterà un incremento rispetto al 2023 compreso tra il 10% e il 15% 0% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 < al 10% <p>Per anno 2026-2027</p> 100% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 >= al 30% 80% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 compreso tra il 25% e il 30% 50% se il valore 2024 presenterà un incremento rispetto al 2023 compreso tra il 20% e il 25% 0% se il valore 2025 presenterà un incremento rispetto al 2023 < al 15%	Dipartimento di emergenza	Efficienza organizzativa
		5. Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione. (PESO 10%)	SI / NO	Formazione	Efficienza organizzativa

Obiettivo	Sub-obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso	Strutture coinvolte	Dimensione Analisi
Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)		Indicatore 1 Numeratore: Documenti indicizzati Denominatore: n° di prestazioni erogate Fattore di scala: (x 100)	Anno 2025: 65% Anno 2026 e 2027: 90%	ICT	Innovazione, sviluppo ed empowerment
		Indicatore di alimentazione IA 1.2 Numeratore: n° di Verbal di Pronto Soccorso Indicizzati Denominatore: n° Accessi di Pronto Soccorso Fattore di scala: (x 100)	Anno 2025: 65% Anno 2026 e 2027: 90%	ICT PS Rodalico PS San Marco	Innovazione, sviluppo ed empowerment
		Indicatore di alimentazione IA 1.3 Numeratore: n° Referti di Laboratorio Indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Laboratorio Erogate Fattore di scala: (x 100)	Anno 2025: 65% Anno 2026 e 2027: 90%	ICT Laboratorio di Analisi San Marco Laboratorio di Analisi Rodalico	Innovazione, sviluppo ed empowerment
		Indicatore di alimentazione IA 1.4 Numeratore: n° Referti di Radiologia indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Radiologia Erogate Fattore di scala: (x 100)	Anno 2025: 65% Anno 2026 e 2027: 90%	ICT Radiologia San Marco Radiologia di Analisi Rodalico	Innovazione, sviluppo ed empowerment
		Indicatore di alimentazione IA 1.5 Numeratore: n° Referti di Specialistica Ambulatoriale Indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Erogate Fattore di scala: (x 100)	Anno 2025: 65% Anno 2026 e 2027: 90%	ICT Reperti e servizi che erogano prestazioni ambulatoriali	Innovazione, sviluppo ed empowerment
		Indicatore 3 Numeratore: n° documenti in CDA2 Denominatore: n° documenti indicizzati Fattore di scala: (x 100)	Anno 2024: 80% Anno 2025: 90% Anno 2026 e 2027: 90%	ICT Reperti e servizi che erogano prestazioni ambulatoriali	Innovazione, sviluppo ed empowerment
		Indicatore 4 Numeratore: n° documenti firmati in PaDES indicizzati Fattore di scala: (x 100) Indicatore di alimentazione IA 1.1 Numeratore: n° di Lettere di Dimissioni Ospedaliere Indicizzate Denominatore: n° ricoveri Fattore di scala: (x 100)	Anno 2024: 80% Anno 2025: 90% Anno 2026 e 2027: 90%	ICT Reperti e servizi che erogano prestazioni ambulatoriali	Innovazione, sviluppo ed empowerment
		Indicatore di alimentazione IA 1.6 Numeratore: n° Referti di Anatomia Patologica Indicizzati Denominatore: n° Prestazioni di Anatomia Patologica Indicizzati Fattore di scala: (x 100)	Anno 2024: 80% Anno 2025: 90% Anno 2026 e 2027: 90%	ICT Anatomia Patologica San Marco Anatomia Patologica Rodalico	Innovazione, sviluppo ed empowerment
PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (P.A.C.) – Certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti del SSR/ Certificazione dei Bilanci Aziendali	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)	(SI/NO) si= 1, no=0	Direzione Generale	Innovazione, sviluppo ed empowerment
	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) si= 1, no=0 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	Referente PAC - Internal Audit e strutture amministrative e sanitarie	Innovazione, sviluppo ed empowerment
	INDICATORE AL 31.12.2026	Certificazione dei Bilanci Aziendali	(SI/NO) si= 1, no=0 Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con le modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento.	Direzione Generale	Innovazione, sviluppo ed empowerment

Obiettivo	Sub-obiettivo	Indicatore	Risultato Atteso	Strutture coinvolte	Dimensione Analisi
Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di 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/ > 0,95	Indicatore 1: obiettivo raggiunto al 100% se il risultato è un rapporto pari o superiore a 95%.	UOC Acquisti e logistica e UOC Tecnico	Innovazione, sviluppo ed empowerment
	Obiettivo 2. Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario	N. prestazioni I ciclo / N. dimessi sia DH che in regime ordinario > 0,8	Indicatore 2: obiettivo raggiunto al 100% se il risultato è un rapporto pari o superiore a 80%.	Reparti e Farmacia	Efficienza organizzativa
OBIETTIVO 10: Area della Performance: garanzia dei LEA nell'Area della reversione, dell'Assistenza Territoriale e dell'Assistenza Ospedaliera secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)		Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco - codice NSG D03C - Punteggio 2	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento	Pneumologia	Efficienza organizzativa
		Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite - codice NSG D04C - Punteggio 2	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'anno di riferimento	Pediatria e chirurgie pediatriche San Marco e Rodalico	Efficienza organizzativa
		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	150 (con 10% tolleranza) (Intesa Stato-Regioni 18 dicembre 2014, D.M. 2 aprile 2015, n.70)	Chirurgie	Efficienza organizzativa
		2. Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario - codice H04Z	Per i punteggi di valutazione i riferimenti sono la mediana (valore normale) ed il terzo quartile (per l'area dello scostamento) della distribuzione regionale dell'ultimo anno disponibile.	Reparti	Efficienza organizzativa
		3. Frequenza di infezioni post-chirurgiche - codice H16S	Verso dell'indicatore: decrescente. Al diminuire del valore dell'indicatore aumenta la garanzia del LEA.	Reparti	Efficienza organizzativa

Oltre agli obiettivi strategici sopra elencati e distribuiti per aree specifiche di intervento, in considerazione della connotazione ospedaliero universitaria dell'Azienda e delle funzioni di Ricerca e Didattica ad essa attribuite, già ampiamente descritte ai punti 3.4 e 3.5 del presente documento, il Rettore ha assegnato al Direttore Generale alcuni obiettivi specifici per il triennio 2022-2024 suddivisi tra le seguenti Aree:

1. Area Didattica

- ⇒ Implementazione della funzionalità delle aule e delle attrezzature e completamento area didattica del Presidio san Marco;
- ⇒ Implementazione delle aule di simulazione;
- ⇒ Creazione di un team integrato tra Azienda e Università per la didattica;
- ⇒ Potenziamento Scuole di Specializzazione.

2. Area Ricerca

- ⇒ Implementazione di un Team per la promozione e facilitazione dei progetti di ricerca in area sanitaria;
- ⇒ Implementazione di un Team amministrativo per la collaborazione nelle ricerche e studi clinici;
- ⇒ Utilizzo della quota per l'Azienda relativa agli studi clinici per l'implementazione della ricerca;
- ⇒ Implementazione di percorsi dedicati alla realizzazione di Studi Clinici di fase II e III;
- ⇒ Implementazione nuove tecnologia;
- ⇒ Valorizzazione della Ricerca Universitaria in ambito Aziendale.

Performance organizzativa:

- 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 miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- 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.

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, per cui alla misurazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati in riferimento ai target contrattati.

Gli indirizzi, gli obiettivi e gli indicatori sono stati 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.

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

In caso di mancata adozione o di mancato aggiornamento annuale del Piano, l'articolo 10, comma 5 ed s.m.i., del decreto prevede il divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano aver concorso alla mancata adozione, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti, ed il divieto per l'Azienda di procedere all'assunzione di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati.

Correlato all'ambito della misurazione e valutazione della performance è il tema del *lavoro agile*, anche al fine di monitorare in modo più puntuale gli effetti dello svolgimento della prestazione lavorativa in tale modalità sulle performance dei singoli dipendenti.

E' indubbio che l'attuale stato di emergenza sanitaria ha posto alle Amministrazioni Pubbliche problematiche di gestione ed organizzazione dei rapporti di lavoro, inducendo altresì il Legislatore ad intervenire al fine di favorire la diffusione di un nuovo modello culturale della prestazione lavorativa, improntato a flessibilità organizzativa nell'ottica dei risultati e di una maggiore produttività.

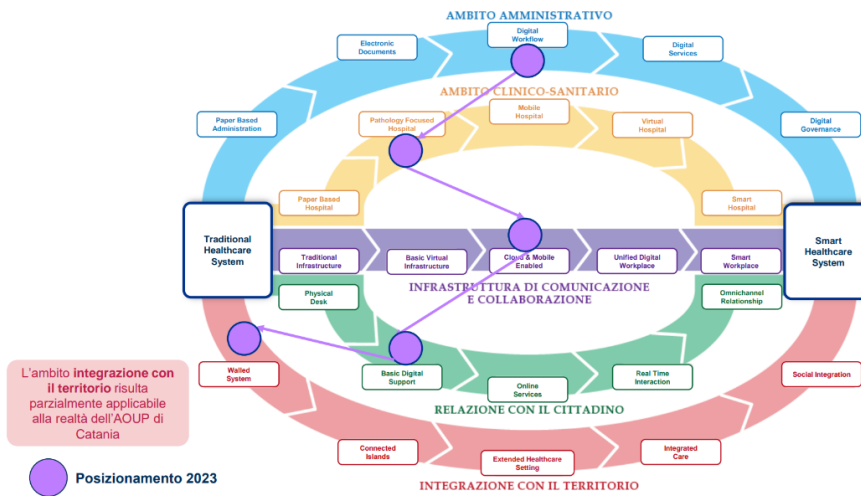
Obiettivi di digitalizzazione: accessibilità digitale e procedure da reingegnerizzare

L'attuale programmazione Regionale ed Aziendale degli interventi ricadenti in questo ambito ha lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione del PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

Il livello di digitalizzazione complessivo dell'Azienda è stato oggetto di specifico assessment nell'ambito del progetto regionale a supporto della realizzazione della strategia di trasformazione dei processi clinici e amministrativi finanziata con fondi PNRR.

Di seguito gli esiti dello stato dell'arte dell'AOU Policlinico di Catania

eHealth Journey: posizionamento complessivo dell'AOUP di Catania



Ambito amministrativo – Posizionamento dell'AOUP di Catania



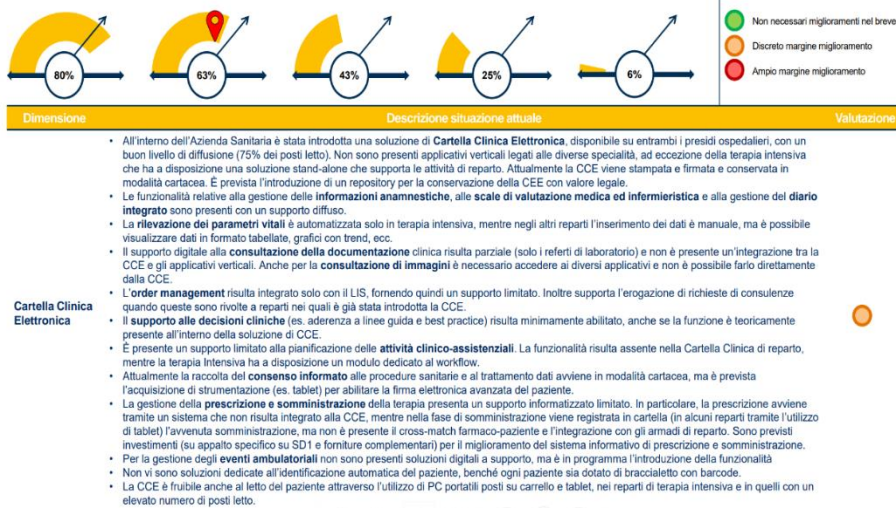
Ambito amministrativo – Posizionamento dell'AOUP di Catania



Ambito Clinico-Sanitario – Posizionamento dell'AOUP di Catania



Ambito Clinico-Sanitario - Posizionamento dell'AOUP di Catania



Ambito Clinico-Sanitario– Posizionamento dell'AOUP di Catania

Dimensione	Descrizione situazione attuale	Valutazione
Percorso chirurgico	<ul style="list-style-type: none"> È presente un supporto diffuso allo scheduling delle attività del blocco operatorio, nella gestione delle check-list a supporto del percorso chirurgico e nella stesura del verbale operatorio. La gestione liste d'attesa e classi di priorità del paziente chirurgico non è attualmente gestita tramite l'applicativo di sala operatoria, anche se la funzionalità risulta disponibile. Attualmente non sono presenti soluzioni per il tracking del paziente chirurgico e la rilevazione automatica dei consumi di sala operatoria. Supporto limitato alla gestione della strumentazione di sala operatoria. È presente una soluzione stand-alone che permette di monitorare il percorso dei ferri durante la fase di sterilizzazione e composizione dei kit. 	●
Logistica del farmaco	<ul style="list-style-type: none"> È presente una soluzione informatizzata a supporto della gestione del magazzino di farmacia centrale e degli armadi di reparto. Non sono presenti soluzioni dedicate al cross-match della terapia somministrata presso il letto del paziente. Non sono presenti carrelli informatizzati per la somministrazione della terapia al letto del paziente. 	●
Sistemi dipartimentali ed Enterprise Imaging	<ul style="list-style-type: none"> I sistemi dipartimentali RIS, LIS, PACS sono implementati in modo completo e diffuso. Il CIS non è presente; è in previsione l'introduzione di un sistema informativo dedicato. La totalità delle immagini radiologiche sono gestite (acquisite ed archiviate) digitalmente e risultano fruibili nella maggior parte dei reparti dell'Azienda. Le immagini di ecografia, così come quelle di endoscopia e i traccati ECG / EEG, presentano un buon livello di digitalizzazione nella fase di acquisizione ed archiviazione, mentre la fruizione nei vari reparti risulta assente, l'inserimento in cartella dei contenuti multimediali avviene in modalità cartacea. Le telecamere sono presenti solo in un numero limitato di sale operatorie. I video di sala operatoria acquisiti vengono conservati a scopo scientifico e didattico. È presente un supporto digitale diffuso alla gestione delle attività di anatomia patologica, ma non vi sono soluzioni dedicate alla digitalizzazione dell'immagine del vetrino (Digital Pathology). È in previsione un upgrade dell'attuale software. La gestione del Pronto Soccorso e la gestione delle attività di accettazione amministrativa, dimissione, trasferimento (ADT) presentano un supporto digitale diffuso. Il software utilizzato per l'ADT risulta centralizzato e permette anche la gestione dei posti letto. Il sistema trasfusionale è caratterizzato da un supporto diffuso. Non è presente un supporto digitale dedicato alla gestione della terapia anticoagulante orale (TAO). 	●

Ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione



Ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione – Posizionamento dell'AOUP di Catania



Ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione – Posizionamento dell'AOUP di Catania



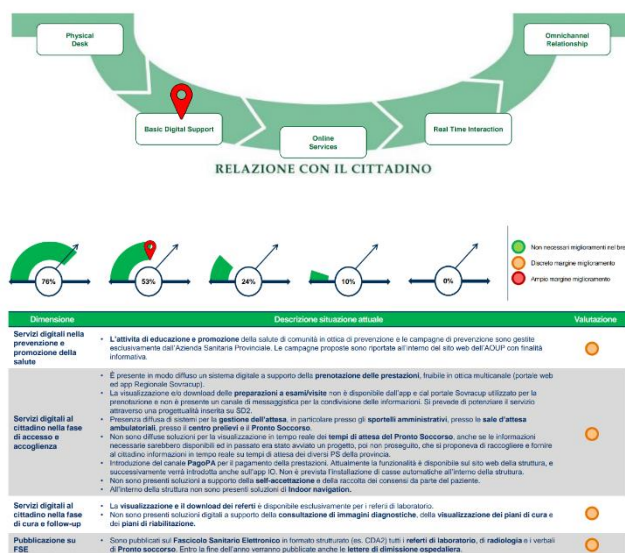
Dimensione	Descrizione situazione attuale	Valutazione
Connettività e Telecomunicazioni	<ul style="list-style-type: none"> La connessione Wi-Fi per dispositivi mobili per il personale ospedaliero è diffusa nella maggior parte delle aree ospedaliere. Sul presidio San Marco la copertura è totale, mentre nel presidio Rodolico alcuni edifici devono essere potenziati al fine di supportare la completa introduzione della CCE. La rete Wi-Fi per i pazienti e gli ospiti della struttura non è presente. Supporto esteso e diffuso della tecnologia VoIP su entrambi i Presidi. È presente una ridondanza della connettività di rete geografica (WAN). Sono presenti le connessioni a Fastweb tramite SPC Cloud e a GAR (rete di Ateneo-Ricerca). 	●
Architettura e sistemi di storage	<ul style="list-style-type: none"> Esistono procedure diffuse per la continuità operativa. Sono presenti due data center, uno per presidio, che svolgono la funzione di backup dei relativi database messi in cloud. 	●
Infrastruttura Cloud	<ul style="list-style-type: none"> Non sono presenti le modalità cloud applicative dell'ambito amministrativo, dell'ambito clinico-sanitario, della relazione con il cittadino e dell'integrazione socio-sanitaria con il territorio. Le applicazioni legate all'infrastruttura di comunicazione e collaborazione sono presenti in modalità cloud in modo limitato. È prevista una migrazione su PSN. 	●

Ambito infrastruttura di comunicazione e collaborazione – Posizionamento dell'AOUP di Catania

Dimensione	Descrizione situazione attuale	Valutazione
Infrastruttura applicativa di integrazione	<ul style="list-style-type: none"> Non sono presenti soluzioni di Enterprise Service Bus. Il Master Patient Index (anagrafica centralizzata) è caratterizzato da un supporto limitato. Infatti, attualmente non risulta effettivamente presente un sistema di MPI, ma viene utilizzata l'anagrafica disponibile sul sistema di ACT controllizzato tra gli applicativi. Il Order Entry centralizzato è presente con un supporto limitato. È esente di cartella clinica elettronica attualmente convergiva tutte le richieste di tipo sanitario relative al paziente. È in previsione l'integrazione per la componente di uso farmaci e dispositivi medici. 	●
Servizi di Cybersecurity	<ul style="list-style-type: none"> Sono attualmente presenti servizi di Cybersecurity di base (firewall, anti-virus, spam, phishing, etc). 	●
IoT, BYOD e ambiti di innovazione	<ul style="list-style-type: none"> Assenza di Soluzioni IoT per la localizzazione e il tracking dei pazienti e per la tracciabilità ed il monitoraggio degli asset (es. letti, carrelli, apparecchiature biomedicali, ecc.). Per i medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari è possibile utilizzare dispositivi personali per accedere ad alcune applicazioni applicative, ma non è consentito l'accesso ad applicazioni core (es. CCE). Presso il blocco operatorio sono presenti soluzioni di robot chirurgici. In particolare è presente un robot Da Vinci ed è in previsione l'acquisto di un secondo. Sono state avviate delle prime sperimentazioni di applicazione della stampa 3D nel campo della chirurgia maxillo-facciale. Non sono presenti soluzioni o sperimentazioni di realtà aumentata. 	●
Gestione dei servizi ICT e service management	<ul style="list-style-type: none"> La gestione dei servizi ICT viene effettuata facendo riferimento a best practice internazionali quali ITIL, V3/V4 per i processi di Operation Management. All'interno dell'Assemblea è presente un sistema di IT Service Management che utilizza sia circondanti esterni che strumenti di amministrazione (es. assistent center). Per la gestione del ticketing è presente un portale dove è possibile compilare un form con la richiesta. Successivamente a ciascuna richiesta viene assegnato un ID di competenza ed assegnato all'operatore dedicato. 	●



Ambito relazione con il cittadino – Posizionamento dell'AOUP di Catania



Con deliberazione n° 1207 del 01/06/2023 è stata approvata la rimodulazione del piano degli investimenti da realizzare con risorse PNRR secondo le previsioni e successive modifiche di cui alla tabella successiva.

Digitalizzazione dei DEA II Livello

TIPOLOGIA	IMPORTO PNRR	DESCRIZIONE SINTETICA PROGETTO DI DIGITALIZZAZIONE (come da aggiornata scheda Agenas)
Digitalizzazioni e DEA I e II livello	646.298,00 €	Aggiornamento dei data center aziendali in ottica di migliorare e potenziare le performance di funzionamento ed elaborazione degli applicativi di area sanitaria e amministrativa
Digitalizzazioni e DEA I e II livello	276.814,00 €	Aggiornamento ed adeguamento delle postazioni di lavoro
	59.658,00 €	Estensione del sistema cartella clinica aziendale a tutti i setting assistenziali, sviluppo dei sistemi di tracciabilità di

	2.515.629,00 €	farmaco e dispositivo medico da magazzino a cartella clinica, evoluzione dei sistemi di digital pathology, aggiornamento del sistema informativo a supporto dell'UFA aziendale, sviluppo del sistema di gestione delle Sale Operatorie, sviluppo di sistemi di reportistica e monitoraggio a supporto del modello di controllo di gestione aziendale e adeguamento del repository aziendale in ottica FHIR
Digitalizzazioni e DEA I e II livello	994.305,00 €	
	181.958,00 €	
	242.610,00 €	
	1.115.317,00 €	
Digitalizzazioni e DEA I e II livello	312.729,78 €	Evoluzione del sistema di accesso ai servizi dell'Azienda in ottica di multicanalità e semplificazione dei rapporti con il cittadino. Esposizione di servizi informativi, anche su app dedicata, sviluppo di modello di navigazione all'interno dei presidi per migliorare l'esperienza del cittadino e ridurre i tempi di attesa/soggiorno presso la struttura
Digitalizzazioni e DEA I e II livello	450.000,00 €	<i>Implementazione dei Data Center aziendali in ottica di innalzamento del livello di sicurezza fisica e logica secondo gli standard ACN e individuazione di soluzione di storage con migliori performance al fine di migliorare la produttività individuale di tutti i processi con accesso a risorse informatiche</i>
	181.958,00 €	
	198.861,00 €	
Digitalizzazioni e DEA I e II livello	399.989,00 €	Sviluppo dei processi di dematerializzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi con adeguamento degli standard di formazione e pubblicazione
Digitalizzazioni e DEA I e II livello	399.989,00 €	Potenziamento della dotazione di strumenti di on line collaboration e produttività individuale per il miglioramento nella gestione dei flussi di lavoro
Digitalizzazioni e DEA I e II livello	462.128,00 €	Sviluppo dei processi di dematerializzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi con adeguamento degli standard di formazione e pubblicazione del documento amministrativo in ottica di accessibilità e trasparenza dei servizi.

PA Digitale 2026		
TIPOLOGIA	IMPORTO FINANZIATO IVA COMPRESA	DESCRIZIONE SINTETICA PROGETTO DI DIGITALIZZAZIONE
Infrastrutture Digitali e abilitazione al cloud	1.083.480,00 €	Miglioramento dei processi e dell'organizzazione di gestione della cybersecurity, sviluppo di nuovi sistemi per la mitigazione del rischio cyber Sicilia Orientale
Servizi e cittadinanza digitale	100.368,00 €	Applicazione App Io su Territorio Nazionale - Attivazione Servizi
Servizi e cittadinanza digitale	354.264,00 €	Applicazione PagoPA su Territorio Nazionale - Attivazione Servizi

Servizi e cittadinanza digitale	14.000,00 €	Estensione dell'utilizzo delle piattaforme nazionali di identità digitale sul territorio Nazionale - integrazione SPID e integrazione CIE
---------------------------------	-------------	---

FSE		
TIPOLOGIA	IMPORTO FINANZIATO IVA COMPRESA	DESCRIZIONE SINTETICA PROGETTO
Adozione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario elettronico	1.173.462,00 €	Riversamento dei dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate dal SSN nei confronti dei pazienti residenti in Italia nel FSE ed in particolare: Cartella Clinica Elettronica, Ambulatoriale/soluzioni applicative (ad es, reti di patologia, riabilitazione, ecc.), (inclusa la cartella infermieristica)", Pronto Soccorso, Laboratorio di Analisi, Radiologia, CUP, Trasfusionale Anatomia Patologica

Con deliberazione n°1782 del 21/08/2023 è stata disposta l'adesione all'Accordo Quadro Sanità Digitale 2 prevedendo l'utilizzo dei fondi di cui al programma PA Digitale 2026 per lo sviluppo dei servizi digitali per i cittadini con l'avvio del progetto di realizzazione dell'integrazione e sviluppo dei sistemi di pagamento tramite PAGOPA, l'esposizione di servizi e utilità attraverso APP-IO e l'evoluzione dei sistemi di autenticazione degli utenti esterni tramite SPID/CIE.

Nel corso del periodo di vigenza del piano saranno resi disponibili:

	Servizi dedicati ai cittadini o al personale dipendente
1	Comunicazione disponibilità referti laboratorio analisi
2	Comunicazione disponibilità referti anatomia patologica
3	Comunicazione disponibilità referti radiodiagnostica
4	Reminder ricovero ordinario/DH/Day Service
5	Reminder appuntamento per prestazioni ambulatoriale
6	Servizio di gestione della prenotazione/Disdetta appuntamento
7	Disponibilità documentazione sanitaria (cartella clinica)
8	Disponibilità documentazione amministrativa (Accesso Atti)
9	Prenotazione mensa per dipendenti
10	Pagamento ticket mensa per dipendenti - Buono pasto digitale
11	Pagamento diritti accesso atti
12	Pagamento rilascio copia cartella clinica
13	Pagamento ticket prestazioni ambulatoriali
14	Pagamento prestazioni intramoenia

15	Richiesta rilascio copia badge identificativo (con pagamento)
16	Ritiro prescrizioni presso Farmacia Aziendale
17	Notifica date e orari concorsi pubblici

Con deliberazione n°1801 del 25/08/2023, a valere sui fondi PNRR relativi alla Missione 6 e dedicati alla Digitalizzazione dei DEA, è stato approvato il Piano dei Fabbisogni relativo all'intervento dedicato alla Cybersecurity aziendale ed in generale, all'innalzamento dei livelli di sicurezza della gestione dei dati amministrativi e sanitari sia all'interno del perimetro del sistema informativo aziendale sia verso eventuali accessi e intrusioni esterni.

Con deliberazione n°2075 del 04/10/2023 si è disposta l'indizione di appalto specifico per la realizzazione del progetto di evoluzione del sistema informativo sanitario. Unitamente alla necessità di rispettare le linee guida emanate dalla Regione Sicilia in merito alle progettualità PNRR delle singole aziende, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico – San Marco" intende consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione, fino al conseguimento del livello 4 di digitalizzazione, dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali. Pertanto, sono individuati come prioritari gli interventi mirati:

- All'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Alla più ampia diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei PDTA (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali), delle reti delle patologie e della presa in carico dei cronici;
- Alla capillare dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa;
- Alla realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di prevenzione;
- Alla diffusione dei sistemi di telemedicina in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
- All'empowerment del paziente, mediante sia l'evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) sia l'utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;

- Alla diffusione di strumenti di governance per finalità di ricerca, programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di data warehouse (viste di sintesi per area/ambito, viste di dettaglio, indicatori di appropriatezza e performance generali e specifici);
- Ad un maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema regionale di monitoraggio contabile delle Aziende sanitarie;
- Alla promozione di completa e nativa digitalizzazione dei processi ospedalieri con eliminazione del supporto cartaceo e produzione di dati e documenti digitali originali a pieno valore legale;
- Alla garanzia di multidimensionalità degli atti assistenziali e di cura in ogni singolo atto, per almeno tre distinte valenze: una clinica-documentale, una organizzativo-logistica e una di tipo economico (costi e ricavi/rimborsi). I sistemi, in linea con l'approccio ONCE ONLY, dovranno tracciare e gestire per ogni singolo evento/atto almeno tutte e tre queste valenze e dimensioni, tanto rispetto al paziente quanto rispetto alla struttura organizzativa.
- Alla disponibilità di strumenti di consuntivazione e di programmazione del percorso assistenziale del paziente, non solo in regime di ricovero "ordinario" ma anche in day hospital e/o day surgery, o in accessi di tipo ambulatoriale (chirurgia ambulatoriale, cicli terapeutici, day service, PDTA o anche semplice accesso ai servizi specialistici delle strutture);
- Al miglioramento della sicurezza del percorso del paziente monitorando tutte le fasi del processo stesso attraverso una rilevazione puntuale che riduca il più possibile il rischio per i pazienti in ambito ospedaliero;
- Allo sviluppo e promozione di ambienti di analisi strutturata dei dati raccolti durante i percorsi di cura dei pazienti ospedalieri capitalizzando il valore del dato clinico ai fini della ricerca;
- Al miglioramento dell'integrazione dei percorsi di cura e assistenza tra l'ambito ospedaliero e quello territoriale;
- A favorire l'interoperabilità tra i sistemi informativi.

Nell'ambito della strategia PA2026 nel corso dell'anno 2023 è stato completato

l'assessment utile alla definizione delle modalità di trasferimento degli applicativi on premise verso il cloud nazionale.

Con deliberazione n°96 del 16/01/2024 è stata disposta l'adesione alla convenzione PSN che garantirà entro un periodo di 6 mesi la migrazione degli applicativi asseverati nella logica del lift up/redesign sulla base del piano dei fabbisogni di servizi digitali e di sicurezza. Con la medesima deliberazione è stata definita l'attività di conduzione applicativa e l'utilizzo delle infrastrutture sul cloud nazionale per un periodo complessivo di 24 mesi in coerenza con gli obiettivi di trasformazione digitale e gestione in sicurezza dei dati critici assegnati al SSN

Nell'ottica dello sviluppo di ambienti di lavoro improntati alla gestione nativa digitale della documentazione amministrativa e in previsione del completamento del modello di gestione documentale digitale di cui si doterà l'Azienda con deliberazione n°97 del 16/01/2024 è stato autorizzato l'implementazione del numero di licenze M365 per lo sviluppo di account in ambiente totalmente collaborativo, organizzato secondo logiche di condivisione e sviluppo dei contenuti anche in modalità di coworking e con idoneo ambiente di storage caratterizzato da elevati livelli di sicurezza e resilienza.

Nell'ambito della M6.C2 – 1.1.1. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)) sono attualmente in corso tutte le linee di intervento atte a innalzare la soglia di maturità digitale, migliorare il livello di sicurezza informatica mediante interventi mirati e altre linee di seguito dettagliate:

- Upgrade di Hardware & Software Storage Aziendale;
- Upgrade servizi di Laboratorio Analisi;
- Potenziamento sistemi di produttività individuale e online collaboration;
- Upgrade Cartella Clinica informatizzata e integrazione FSE;
- Potenziamento servizi e sistemi di connettività aziendale;
- Upgrade e integrazione PDL e client di accesso LIS;
- Sistema di gestione in Cloud Diffuso e centralizzato;
- Sistemi di gestione integrata delle agende di prenotazione, delle poltrone infusionali e delle liste di governo dei processi assistenziali delle singole UU.OO.;
- Sistema integrato di conservazione;

- Sistema integrato di refertazione;
- Software e servizi di dematerializzazione e digitalizzazione delle procedure amministrative;
- Implementazione sistema di tracciabilità dei dispositivi medici e ottimizzazione dei processi di logistica di farmacia;
- Firewall centrale;
- Potenziamento connettività aziendale;
- Sviluppo servizi digitali per i cittadini.

Potenziali aree di miglioramento

Allineamento trasversale ai protocolli di interoperabilità

Attualmente il protocollo HL7 è ampiamente diffuso, ad eccezione del sistema di gestione dei Posti Letto.

È importante sottolineare che l'adozione dei protocolli CDA-2 con incapsulato un PDF/a e FHIR da parte dei sistemi responsabili della produzione dei referti è in una fase avanzata di realizzazione. L'adesione ai protocolli di interoperabilità, tra cui HL7, CDA-2 (PDF/A) e FHIR, assume un ruolo di estrema importanza nel contesto normativo della sanità attuale. L'implementazione e l'allineamento a tali protocolli costituiscono un passo fondamentale per affrontare le sfide legate all'interoperabilità dei dati sanitari, assicurando che le informazioni cruciali siano accessibili e comprensibili in modo uniforme attraverso tutti i sistemi informativi. Le Linee Guida del FSE 2.0 stabiliscono inoltre standard chiari per la formattazione dei documenti e dei dati da trasmettere a livello centrale, in conformità con le normative vigenti. L'Azienda procede regolarmente con il riversamento dei dati sanitari prodotti nell'ambito dei sottosistemi aziendali verso FSE avendo completato l'aggiornamento di:

- Sistema di gestione del laboratorio analisi (n° referti inviati);
- Sistema gestione della diagnostica per immagini;
- Sistema di gestione del pronto soccorso.

Adozione e formalizzazione procedure di cyber security

L'analisi dei sistemi informativi disponibili per la gestione dei dati sanitari e delle correlate

procedure di gestione della sicurezza attiva e passiva evidenziano la necessità di implementare e formalizzare la gestione del time-out ed un incremento del generale livello di formazione nella corretta applicazione delle procedure di tutela dei sistemi di autenticazione e di tutela della privacy in generale.

La formalizzazione di procedure specifiche per il time-out è essenziale per consentire la continuità e l'integrità dei dati dei pazienti. Le normative dell'Unione Europea, in particolare il Regolamento Network and Information Security (NIS), sottolineano l'obbligo di stabilire protocolli chiari e condivisi per il time-out al fine di proteggere le informazioni sanitarie sensibili. Inoltre, è fondamentale introdurre efficaci canali di comunicazione per segnalare i disservizi e le interruzioni, assicurando che tali informazioni siano tempestivamente condivise tra il personale e le autorità competenti per adottare misure correttive immediate. In questo contesto, la gestione del time-out non solo consente la sicurezza dei dati, ma anche la conformità normativa e una risposta rapida alle situazioni di emergenza.

Tra i possibili interventi programmati nel corso del triennio di vigenza del piano sono stati previsti l'implementazione di test di sicurezza (penetration test) e di valutazioni delle vulnerabilità (vulnerability assessment) da pianificare e condurre a livello di rete aziendale. Queste attività sono essenziali per identificare e correggere eventuali punti deboli nella sicurezza informatica e per garantire che la rete aziendale sia robusta e resiliente contro potenziali attacchi informatici.

Aggiornamento modello di autenticazione

Allo stato attuale i sistemi informativi dispongono di un sistema di autenticazione basato su username e password nominali, ad eccezione del RIS/PACS.

La strategia di implementazione del livello di sicurezza prevede adozione di sistema di autenticazione unico per tutti i sistemi, Single Sign-On Aziendale (SSO). Tale scelta rappresenta un ulteriore importante passo avanti verso l'integrazione, interoperabilità e la sicurezza dei sistemi informativi.

I principali benefici legati all'introduzione di un sistema di SSO sono da riscontrarsi in:

- Semplificazione del processo di accesso da parte di professionisti sanitari e personale autorizzato, con conseguente miglioramento dell'efficienza oltre che della user experience complessiva;

- Rafforzamento della sicurezza aziendale, grazie alla riduzione del rischio di password deboli e credential stuffing, oltre alla possibile introduzione di autenticazione a più fattori;
- Maggiore integrazione dei sistemi, con conseguente agevolazione della condivisione dei dati;
- Tracciamento accurato delle attività, profilazione delle utenze e possibilità di un più attento monitoraggio rispetto a potenziali comportamenti sospetti;
- Conformità normativa migliorata, grazie a un sistema di SSO ben implementato che possa contribuire a soddisfare i vincoli imposti dalle normative (es., NIS), garantendo un migliore controllo dell'accesso alle risorse sensibili. Come conseguenza vi sarà anche una semplificazione del processo di dimostrazione della conformità scongiurando multe e sanzioni per l'Azienda in caso di audit e di verifiche specifiche.

Sviluppo modello analytics e dashboard

Al momento dell'analisi presso il presidio ospedaliero solo una parte dei sistemi prevede la generazione di statistiche e reportistica limitata, finalizzata a supportare gli operatori di sistema. Lo sviluppo di moduli di analisi e di dashboard di monitoraggio riveste un ruolo fondamentale nell'ambito dei sistemi informativi sanitari: per garantire l'efficacia di tali strumenti è indispensabile definire una solida strategia di Governance dei Dati e un piano di implementazione.

Un intervento strategico programmato consiste nella creazione di un Data Lake a livello centrale in cui consolidare e archiviare i dati provenienti dai vari sistemi informativi interni all'Azienda. Il Data Lake sarà poi utilizzato come base per l'implementazione di moduli di Business Intelligence (BI) dedicati all'analisi dei dati raccolti. Un sistema centralizzato di analisi offre numerosi vantaggi, tra cui la possibilità di tracciare l'utilizzo effettivo del sistema informativo e di generare dati utili per la direzione medica o il comitato di governance al fine di ottimizzare i processi. Attraverso questi moduli è possibile creare dashboard di monitoraggio intuitive e personalizzabili che forniscono informazioni in tempo reale e reportistica dettagliata.

Inoltre, una strategia di Governance dei Dati correttamente sviluppata garantisce che i dati siano accurati, sicuri e conformi alle normative sulla privacy. Un piano di attuazione

opportunamente strutturato deve includere procedure per la raccolta, la pulizia, la gestione e la protezione dei dati, nonché la definizione di ruoli e responsabilità chiari

per tutti gli attori coinvolti.

Modello analisi soddisfazione utenti

Attualmente presso i presidi ospedalieri non sono disponibili moduli per la raccolta dei feedback degli utenti sull'usabilità dei sistemi informativi oggetto di assessment. Lo sviluppo di un modulo per valutare il livello di soddisfazione degli utenti nell'utilizzo dei sistemi informativi di un'Azienda Sanitaria è un processo essenziale per valutare l'efficacia e l'accettazione dei sistemi da parte del personale medico e degli operatori sanitari, promuovendo una cultura di miglioramento continuo nella fornitura di servizi informatici.

Tale modulo generalmente richiede agli utenti feedback sul livello di facilità d'uso del sistema, sulla sua efficienza, affidabilità, disponibilità delle informazioni e, in generale, sull'esperienza complessiva di utilizzo. È fondamentale che il modulo sia accessibile e user-friendly, per incentivare una partecipazione ampia e rappresentativa nella comunicazione del feedback. Le informazioni raccolte attraverso il modulo di valutazione della soddisfazione degli utenti dovrebbero essere utilizzate per identificare i punti di forza e le criticità dei sistemi informativi, e quindi definire le aree di miglioramento.

Velocità di connessione, numerosità di interazioni tra utenti e accessibilità di dati e informazioni online non sono parametri sufficienti a definire lo sviluppo digitale.

Se, da una parte, è l'incessante evoluzione delle moderne tecnologie a rendere più conveniente la "migrazione" verso il digitale, dall'altra solo la resilienza e la sicurezza delle reti e dei sistemi su cui tali servizi si basano possono garantire, nell'immediato, la sicurezza sia dei dati, sia dei pazienti.

Un'Azienda Ospedaliera dispone di un patrimonio informativo altamente critico, la cui tutela in termini di integrità, disponibilità e riservatezza rappresenta un obiettivo irrinunciabile nell'ambito delle strategie di digitalizzazione.

A tale realtà occorre far fronte, agendo secondo un approccio che includa l'adozione di misure di prevenzione e mitigazione del rischio volte a innalzare la resilienza delle infrastrutture digitali. Queste ultime non includono soltanto reti, sistemi e dati, ma anche, e soprattutto, utenti, la cui consapevolezza – siano essi attori istituzionali, imprese private o cittadini – va alimentata attraverso una diffusa cultura della cybersicurezza.

Rientra in questo ambito la partecipazione dell'Azienda in qualità di capofila per il bacino Sicilia Orientale "Cybervault per dati mission critical" finanziato a valere sul PNRR, Missione 1 – Componente 1 – Investimento 1.5 "Cybersecurity".

Con la suddetta nota, questa Azienda è individuata quale soggetto attuatore per la realizzazione dei seguenti interventi:

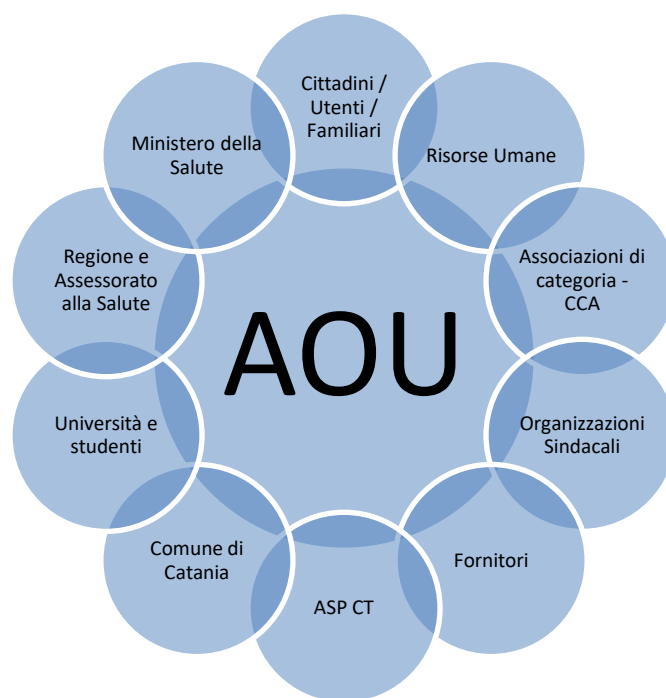
1. Miglioramento dei processi e dell'organizzazione della Cybersecurity;
2. Miglioramento della consapevolezza degli operatori del SSN nell'utilizzo delle tecnologie dedicate alla gestione di dati critici e/o sanitari;
3. Progettazione e sviluppo di idonei sistemi per la mitigazione dei rischi di violazione dovuti ad attacchi informatici.

L'accessibilità fisica

Nell'ambito dell'attività di gestione dei reclami sono state spesso trattate segnalazioni degli utenti che lamentano varie difficoltà di accesso alle strutture, sia per ubicazione, raggiungibilità ed orari di apertura, sia per la presenza di barriere architettoniche. In questi casi l'URP è tenuto a coinvolgere e sensibilizzare i responsabili interessati, al fine di individuare soluzioni operative per migliorare l'accessibilità. Si segnala, tra l'altro, che il sistema di classificazione regionale delle segnalazioni prevede alcune categorie che hanno attinenza con queste problematiche: oltre ai reclami sull'accessibilità ai servizi, che riguardano essenzialmente i tempi di attesa, è presente una ulteriore categoria relativa a "strutture e logistica" in cui vengono inseriti proprio i reclami sul tema dell'accessibilità fisica alle strutture.

Gli stakeholders

Gli obiettivi elencati nel presente Piano si rivolgono ai seguenti portatori di interessi.



1. I Cittadini / Utenti / Familiari

L'AOU riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale del processo di erogazione dei servizi, convenendo sulla necessità di orientare i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una più efficace risposta alle esigenze ed alle aspettative dell'utente.

L'Azienda è altresì impegnata a favorire il coinvolgimento dei familiari fornendo le necessarie informazioni circa le prestazioni sanitarie effettuate, accogliendone nel contempo i suggerimenti e le segnalazioni.

2. Le Risorse Umane

Il personale rappresenta la principale risorsa produttiva che condiziona la qualità delle prestazioni, influisce sulla soddisfazione del paziente-utente.

Le risorse umane e le dinamiche relazionali che si attivano nel contesto lavorativo rappresentano un importante strumento che concorre, quali/quantitativamente, al raggiungimento del risultato, migliorando il rendimento nelle performance.

3. Le Associazioni di categoria - Comitato Consultivo

Le diverse associazioni di categoria (Cittadinanza attiva, Tribunale diritti del malato, etc...), hanno il compito di tutelare e promuovere i diritti dei cittadini, specificamente nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e di contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del Sistema Sanitario.

4. Le Organizzazioni Sindacali

L'Azienda adotta politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti confrontandosi con le Organizzazioni Sindacali di categoria e con le Rappresentanze Sindacali Unitarie.

5. I Fornitori

L'attività contrattuale per la fornitura di beni e servizi dell'Azienda si ispira ai principi determinati dal D.Lgs. 50/2016 "Codice dei contratti pubblici" e s.m.i..

6. L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP)

L'Azienda partecipa e promuove l'organizzazione in rete dei servizi sanitari integrati con l'ASP di Catania, al fine di garantire l'unitarietà dei processi di assistenza, dalla prevenzione alla riabilitazione, e la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali attraverso la partecipazione al CUP provinciale.

7. Il Comune di Catania

L'Azienda mantiene e sviluppa stretti legami con il Comune di Catania quale attore della programmazione territoriale e referente della collettività nelle problematiche socio-sanitarie.

8. Gli Enti pubblici e privati

Fondamentale appare il rapporto avviato fra l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico - Catania, l'A.R.N.A.S. Garibaldi, l'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro e l'ASP di Catania attraverso la negoziazione dei volumi di attività, la condivisione degli obiettivi contenuti nel Piano attuativo.

9. L'Università degli Studi di Catania

I rapporti tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Catania sono regolati dal Protocollo d'Intesa vigente tra Regione Siciliana e l'Università, di cui all'art. 1 del D.Lgs. 517/99.

10. Gli studenti universitari

L'AOU, quale Azienda di riferimento dell'Università di Catania, pone lo studente con i suoi bisogni di apprendimento e le sue esigenze di addestramento, al centro

della funzione didattica promuovendo ed alimentando la passione per la ricerca e lo studio.

11. La Regione Sicilia - Assessorato

La Regione Siciliana esercita funzioni di programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle Aziende del Servizio sanitario regionale, degli enti del settore e di tutti i soggetti, pubblici e privati, che svolgono attività sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario ed a cui compete l'attuazione degli obiettivi definiti nella programmazione sanitaria regionale.

12. Il Ministero della Salute

Il Ministero della Salute è l'organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale.

Azioni intraprese ed impegni futuri da realizzare per concorrere al miglioramento delle relazioni tra l'Azienda ed i cittadini, utenti e destinatari dei servizi offerti.

Al fine di sviluppare qualitativamente e quantitativamente le relazioni con i cittadini, destinatari dei servizi offerti, l'Azienda intende intraprendere diverse azioni che saranno programmate per il triennio 2025-2027.

In primis, è stato rafforzato il monitoraggio della qualità percepita dell'assistenza erogata, rispetto alle diverse fasi del percorso assistenziale di ricovero e ambulatoriale, attraverso attività di rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini-utenti. Il monitoraggio della qualità percepita rappresenta, infatti, anche una condizione indispensabile per costruire indicatori di misurazione e verifica della qualità, come rapporto tra prestazioni erogate e bisogni soddisfatti, attivando un meccanismo virtuoso che collega la valutazione delle eventuali criticità emerse al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

Per perseguire questo scopo e per soddisfare, al contempo, il requisito 1A.05.03.05 di cui al D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 "Semplificazione del sistema dei requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture", nel corso del 2024 è stata esitata una procedura per la valutazione della Customer Satisfaction.

La suddetta procedura si applica alle UU.OO. dei due Presidi Ospedalieri, rappresentative sotto il profilo del maggior impatto assistenziale in ambito chirurgico-medico – sia adulto che pediatrico. Lo strumento di indagine previsto è un questionario strutturato con domande standardizzate a risposta chiusa predeterminata, uno incentrato sui servizi ambulatoriali, l'altro sull'esperienza di ricovero. La sequenza delle domande traccia il percorso del paziente rispetto ai servizi offerti ed al grado di compliance del personale ai bisogni del paziente, sulla base dei seguenti indicatori (Cfr. Agenas):

- processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- accessibilità fisica, vivibilità confort dei luoghi di cura;
- accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- cura della relazione con il paziente-cittadino.

Il questionario è predisposto dall'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione, con il confronto con il Comitato consultivo Aziendale (CCA), organismo interno di partecipazione civica, rappresentativo delle organizzazioni ed associazioni di volontariato e di tutela degli utenti del settore sanitario e delle organizzazioni maggiormente rappresentative degli operatori sanitari.

A conclusione della rilevazione, che ha durata semestrale, l'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione elabora ed interpreta i dati raccolti per valutare la soddisfazione dei cittadini e redige un Report conclusivo evidenziando la distribuzione degli utenti tra i diversi livelli di soddisfazione, la graduazione per importanza dei bisogni rilevati, le soglie minime e le soglie massime di attesa per la soddisfazione di ciascun bisogno.

Sulla base dei Report dei reclami e delle segnalazioni e del Report conclusivo sono individuate le aree di insoddisfazione o di gradimento, i punti di forza del servizio e le aree di debolezza e sono proposte azioni di miglioramento con il confronto fra la Direzione Strategica, le Direzioni Mediche di Presidio, l'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione, i Direttori delle unità operative coinvolte nell'indagine, il Comitato Consultivo Aziendale.

Altro impegno futuro che intende assumere l'Azienda è la promozione del benessere fisico, psicologico e sociale dei propri dipendenti e della stessa organizzazione. Oltre

alla recente costituzione, su proposta del Comitato Unico di Garanzia (CUG) aziendale, di uno Sportello di ascolto per prevenire o affrontare situazioni di malessere dei dipendenti, derivanti da stress occupazionale, saranno effettuate, a cura dell'U.O.S. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione, indagini periodiche di valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale.

Sarà, inoltre, implementato un sistema strutturato di raccolta di segnalazioni, di ascolto e di suggerimenti da parte del personale.

Continuerà, infine ad essere monitorata la soddisfazione degli utenti riguardo la qualità dei servizi in rete, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, attraverso un questionario pubblicato sulla home page aziendale e somministrato periodicamente nelle hall principali dei padiglioni dei presidi ospedalieri.

Sottosezione di programmazione – La Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

La prevenzione dei rischi corruttivi e la trasparenza sono obiettivo prioritario dell'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco", supportato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attraverso un'attenta programmazione delle misure necessarie al suo miglioramento e che vengono annualmente declinate come obiettivo di budget alle strutture del Dipartimento Amministrativo, di Direzione Sanitaria e di Staff, garantendo il necessario raccordo tra la prevenzione della corruzione e la trasparenza e la valutazione della performance. L'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco" riconosce un ruolo fondamentale alla programmazione delle misure, specifiche e generali, di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza nella protezione del valore pubblico generato attraverso la realizzazione delle proprie strategie. In tale sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, redatta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), secondo le indicazioni fornite da A.N.A.C. (Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2024), in conformità alla L. 190/2012 e ss.mm.ii. e con riferimento all'aggiornamento del Piano nazionale anticorruzione (delibera Anac n. 495/2024), nonché al D.Lgs. n.33/2013 e ss.mm.ii. in materia di trasparenza, di seguito si illustrano gli obiettivi per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza programmati dall'AOU Policlinico "G. Rodolico-San

Marco” e le misure per la gestione dei rischi corruttivi adottate, funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico.

Obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Come da indicazioni dell’ANAC, costituiscono contenuto necessario della presente sezione del PIAO gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e quelli di trasparenza, che tengano conto degli obiettivi di valore pubblico indicati nella sottosezione “Valore pubblico”.

L’individuazione degli obiettivi strategici è rimessa alla valutazione della Direzione Strategica dell’AOU Policlinico “G. Rodolico-San Marco”, che deve elaborarli tenendo conto della peculiarità dell’organizzazione.

Ai sensi delle disposizioni contenute nel d.lgs. n. 97/2016, che hanno modificato il d.lgs. n. 33/2013 e la legge n. 190/2012, la presente sezione del PIAO assume un ruolo programmatico ancora più incisivo, dovendo definire gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione e per la trasparenza dell’Azienda.

Nell’ottica del miglioramento continuo e del monitoraggio degli obiettivi che l’AOU Policlinico “G. Rodolico-San Marco” si è prefissata per rendere effettiva l’applicazione delle norme in materia di prevenzione della corruzione, l’Azienda si impegna a:

- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra obiettivi anticorruzione e la sezione delle performance, al fine di tradurre le misure di prevenzione della corruzione in obiettivi strategici, organizzativi ed individuali assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti. In tale ottica la sezione deve coordinarsi e collegarsi con quella delle performance, in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative dell’Azienda. Esso definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Nel presente documento sono resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il RPCT ha

individuato gli obiettivi, condivisi con i responsabili delle Strutture interessate, da assegnare ai singoli uffici;

- promuovere maggiori livelli di trasparenza, che devono tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. Il ruolo dell'O.I.V. - già coinvolto nella validazione del ciclo della performance – assume un ruolo importante anche in tema di trasparenza, in quanto verifica e attesta il rispetto degli obblighi di trasparenza dell'Azienda, nonché verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione;
- mantenere un'integrazione consolidata tra sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno, avvalendosi del supporto dell'U.O.S. Internal Auditing.
- incrementare la formazione dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione, con innalzamento del livello qualitativo della formazione erogata, consapevole dell'importanza della cultura della legalità ad ogni livello.;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei finanziamenti nell'ambito del PNRR;
- migliorare la digitalizzazione dei processi dell'amministrazione;
- promuovere maggiori livelli di trasparenza rispetto al set minimo di informazioni e dati identificati dalla norma in materia, che saranno pubblicati nell'apposita sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale www.policlinicorodolicosanmarco.it ;
- mantenere un percorso di coordinamento e collegamento tra obiettivi della trasparenza e Performance, al fine di tradurre la misura della trasparenza in obiettivi strategici assegnati alle Strutture organizzative e ai loro dirigenti.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) rappresenta uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. n. 97/2016 alla legge n. 190/2012. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

Il Responsabile viene, pertanto, identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Nell'ambito della propria attività, il RPCT riferisce al Direttore Generale. È il referente dell'intero processo che coinvolge tutte le iniziative finalizzate, nel loro complesso, a garantire un adeguato livello di trasparenza.

Tra i **compiti del RPCT** figurano:

- l'elaborazione della proposta della Sezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza del PIAO;
- la definizione di procedure appropriate per la selezione e formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- la verifica dell'efficace attuazione della presente sezione, nonché la proposta di modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- la verifica, d'intesa con il Dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli Uffici ove è più elevato il rischio di reati di corruzione;
- il coordinamento delle azioni per la prevenzione della corruzione integrato con il piano della trasparenza;
- l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione previsti dalla stessa legge;
- la pubblicazione annuale, entro le tempistiche previste da ANAC, sul sito web istituzionale, di una relazione recante i risultati dell'attività svolta e trasmissione della stessa relazione alla Direzione Strategica Aziendale ed

all'Organismo Indipendente di Valutazione, utilizzando il format predisposto dall'ANAC;

- l'aggiornamento sugli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nel caso in cui la Direzione Strategica Aziendale lo richieda, o qualora lo stesso RPCT lo ritenga opportuno.

Ai compiti sopraindicati si aggiungono quelli derivanti dall'incarico di Responsabile della Trasparenza ed in particolare:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando alla Direzione Strategica Aziendale, all'Organismo Indipendente di Valutazione e all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- provvedere all'aggiornamento del piano della trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:
 - all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
 - alla Direzione Strategica e all'Organismo Indipendente di Valutazione, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione di doveri di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie -quindi non più solo in caso di revoca- dirette o indirette nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni.

A maggiore tutela del RPCT, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPCT (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dall'apposita sezione del PIAO, qualora lo stesso possa provare "di avere comunicato

agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano”.

La performance individuale del RPCT è valutata in relazione alla specifica funzione affidata e connessa ai compiti afferenti all'attività nell'ambito della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ciò al fine di consentire un'adeguata remunerazione mediante trattamento accessorio della funzione svolta (PNA 2019).

Il ruolo di RPCT dell'AOU Policlinico “G. Rodolico-San Marco” è stato attribuito al Dott. Natale Maurizio Grasso, dirigente amministrativo di ruolo, nominato con deliberazione n. 469 del 28 febbraio 2023, che è affiancato nella sua attività dall'Ufficio di Supporto RPCT. Il suo nominativo è stato regolarmente comunicato all'ANAC secondo la procedura prevista sul sito istituzionale dell'Autorità.

Altri soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione, ruoli e responsabilità

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è affidato un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, nella fase di monitoraggio e riesame dell'attività svolta e dell'attuazione delle misure anticorruzione.

Questo ruolo di coordinamento non deve essere in alcun modo interpretato dagli altri attori organizzativi come un pretesto alla deresponsabilizzazione in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio. Al contrario, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

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

- la Direzione Strategica Aziendale;
- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- l'Ufficio di Supporto RPCT;
- il Responsabile dell'Internal Auditing;
- i Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura;
- i Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;

- l'Organismo Indipendente di Valutazione;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) e il Gestore Antiriciclaggio;
- i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda;
- gli stakeholders (tutti i portatori di interesse, a qualsiasi titolo).

La Direzione Strategica Aziendale

Il governo aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore generale, dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo.

La pianificazione strategica è la funzione con la quale la Direzione aziendale, con il supporto del Collegio di Direzione, nel rispetto dei principi e obiettivi del Piano sociosanitario Regionale e delle specifiche indicazioni regionali, definisce gli obiettivi generali dell'azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi ospedalieri, tecnici, amministrativi e di supporto.

La Direzione strategica rappresenta, pertanto, la sede ove si elaborano le azioni finalizzate alla realizzazione della "missione aziendale". In particolare spetta alla Direzione strategica:

- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionale ed universitarie;
- l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne e la comunicazione;
- la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- la linea di indirizzo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nonché le politiche aziendali per la predisposizione del PIAO;
- il controllo di gestione.

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, al quale sono riservati i poteri di gestione, è coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, da lui nominati. Essi concorrono al rafforzamento della cultura della legalità e dell'etica nella Azienda, anche attraverso la promozione di attività di formazione e, in particolare, all'attuazione delle misure di prevenzione individuate nell'apposita sezione del PIAO.

Il Direttore Generale dell'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco" è il Dott. Gaetano Sirna, nominato con D.P. n. 613 del 29 ottobre 2020. Già dalla delibera dell'ANAC relativa all'approvazione del PNA 2016, l'Autorità ha espressamente previsto un più ampio coinvolgimento degli organi di indirizzo nel processo di formazione e attuazione del PTPCT aziendale. In questo quadro il Direttore Generale ha compiti specifici nel processo di individuazione delle misure di prevenzione sia con la nomina del responsabile, sia con la individuazione degli obiettivi strategici in materia, che con l'adozione del Piano (art. 41 co1, lett. g) d.l.gs n. 97/16).

Il Direttore generale, inoltre, è tenuto, per assicurare al Responsabile designato poteri idonei allo svolgimento del suo ruolo, ad introdurre modifiche organizzative ritenute utili e necessarie, mantenendo costante l'interlocuzione con quest'ultimo.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda ai sensi dell'art 3 co. 1 quater del D.L.gs n. 502/1992. L'art 3 ter del medesimo decreto legislativo ne disciplina ruoli e funzioni. In virtù dei compiti legislativamente previsti esso intrattiene relazioni, all'interno dell'Azienda, con la Direzione strategica, l'OIV, le diverse strutture organizzative per le rispettive competenze e con l'RPCT, anche se non è previsto che possa svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile(PNA 2018 - § 4).

Il PNA 2016, ed i successivi piani, specificamente nella parte relativa agli acquisti in ambito sanitario e nell'indicare il set minimo di dati da riportare negli atti relativi alla procedura di acquisizione, prevede un duplice livello di controllo delle misure di prevenzione adottate, anche in capo al Collegio sindacale.

Con riferimento poi agli appalti, le UU.OO.CC. Settore Acquisti e Logistica e Risorse Tecniche e Tecnologiche, in relazione ad essi, assicurano apposito flusso informativo, oltre che verso l'RPCT anche verso il collegio sindacale.

L'Ufficio di Supporto RPCT

Già nel PNA 2016 è stato espressamente previsto un supporto conoscitivo e operativo all'RPCT, perché sia dotato di struttura organizzativa adeguata ai compiti da svolgere, per qualità del personale e per mezzi tecnici, in uno a poteri effettivi di efficace interlocuzione con tutta la struttura.

La molteplicità degli adempimenti e delle professionalità richiede che il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sia coadiuvato da uno stabile gruppo di supporto con funzioni, di raccordo, propositive e di verifica, secondo le specifiche disposizioni di legge e regolamentari, designato formalmente dal Direttore Generale e oggetto di eventuali variazioni nella composizione, qualora ritenute necessarie alla luce di mutamenti organizzativi, o a seguito di valutazione dei percorsi compiuti.

In considerazione di tanto l'Azienda, uniformandosi al D.A. n. 1675/2019 nonché alla circolare n. 25687/2019, ha previsto, nell'approvato Atto Aziendale, ed istituito un Ufficio di supporto.

Al personale assegnato sono attribuiti compiti di:

- 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 previste in capo al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT);
- Monitoraggio del flusso dei dati per l'adempimento degli obblighi di trasparenza, nonché verifiche a campione;
- 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 costante con i Referenti aziendali;

- Attività di supporto formativo agli altri dipendenti, ciascuno in relazione alle proprie competenze;
- Attività di supporto nella compilazione e aggiornamento della piattaforma predisposta dall' ANAC per l'acquisizione dei PTPCT;
- Attività di supporto all' RPCT nella redazione della relazione annuale di cui alla L. n. 190/12

Per le attività di gestione del rischio e con particolare riferimento ad alcuni processi riconducibili all'Area Clinica, nel periodo di vigenza del presente Piano dovrà essere realizzato, così come espressamente richiesto dall' RPCT, il coinvolgimento di alcuni operatori sanitari al fine di far emergere gli aspetti salienti del rischio e acquisire contributi per la definizione del trattamento dello stesso.

Il Responsabile dell'Internal Auditing

Già nel PNA 2019 è stato previsto che l' RPCT potesse avvalersi di strutture di audit interno per:

- attuare il sistema di monitoraggio del Piano, richiedendo alla Direzione Strategica il supporto dell'Internal Auditing per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;

• svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio. È, inoltre, indispensabile che la mappatura del rischio sia integrata con i sistemi di gestione spesso già presenti nelle amministrazioni (controllo di gestione, sistema di auditing e sistemi di gestione per la qualità, sistemi di performance management), secondo il principio guida della "integrazione", in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

Questa Azienda ha istituito, con deliberazione n.1356 del 2016, la funzione di internal auditing.

La funzione Internal Audit svolge un'attività di verifica indipendente, operante all'interno dell'Azienda e al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi amministrativo-contabili e gestionali. L'attività sinergica con l'RPCT favorisce un costante miglioramento di gestione, per tutti i componenti dell'organizzazione consentendo un corretto adempimento delle loro responsabilità, nonché incentivando l'importanza di un processo formale, documentato e

collaborativo nel quale i responsabili delle strutture interne siano direttamente coinvolti nella mappatura ed identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell'individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio.

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.

I Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura

Tutti i Direttori/Dirigenti Responsabili, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e del Direttore Generale;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio;
- assicurano al RPCT il libero accesso a tutti gli atti dei rispettivi uffici;
- inoltrano una tempestiva segnalazione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione. Le segnalazioni devono essere inoltrate esclusivamente tramite portale "Whistleblower"; i documenti allegati devono essere forniti in formato elettronico non modificabile (pdf o compatibile);
- rispondono al RPCT in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione; le comunicazioni di risposta devono essere fornite entro i termini richiesti dal RPCT;
- propongono le misure di prevenzione della corruzione mappando i processi di loro competenza;
- svolgono attività formativa e informativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza a favore del proprio personale;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento in vigore e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;

- si assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nella presente sezione del PIAO e operano in maniera tale che il proprio personale contribuisca e osservi le misure in essa contenute;
- adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., per quanto di propria competenza.

Le modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/2016 precisano che, in caso di ripetute violazioni della sezione anticorruzione e trasparenza contenuta nel PIAO, sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT provi di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza della sezione stessa. I Direttori/Dirigenti Responsabili, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di aver effettuato le dovute comunicazioni agli uffici ed aver vigilato sull'osservanza della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO. A norma dell'art. 1, co. 33, Legge n. 190/2012 - Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte - la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle informazioni di cui al co. 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del D. L.gs. n. 198/2009;
- deve essere valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D. L.gs. n. 165 del 2001 e s.m.i.;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sul sito web istituzionale sono sanzionati a carico dei responsabili della struttura.

Al fine di attuare la legge 190/2012, nonché per assicurare il necessario e costante flusso dati, risulta necessario individuare, quali Referenti del Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza, prioritariamente i Responsabili delle seguenti strutture organizzative in cui l'Azienda è articolata:

- a. Direttori Medici di Presidio
- b. Direttore del Settore Affari Generali
- c. Direttore del Settore Acquisti e Logistica
- d. Direttore del Settore Economico, Finanziario e Patrimoniale

- e. Direttore del Settore Risorse Umane
- f. Direttore del Settore Risorse Tecniche e Tecnologiche
- g. Direttore del Settore controllo di Gestione e Flussi Informativi Aziendali, Performance
- h. Responsabile del Servizio Legale
- i. Responsabile del Servizio Reclutamento
- j. Responsabile del Comitato Etico
- k. Responsabile del Servizio Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria
- l. Responsabile del Servizio Formazione e Aggiornamento
- m. Responsabile del Servizio Qualità e Rischio Clinico
- n. Responsabili UU.OO.CC. Farmacia
- o. Responsabili di tutte le U.U.O.O. di area Medica e Sanitaria
- p. Responsabili uffici di staff
- q. Responsabile del Servizio Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione

I Referenti, come sopra individuati, e salvo eventuali nuove in caso di variazione dell'Atto Aziendale, hanno l'obbligo di individuare tutte le attività di afferenza e di concorrere con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e della illegalità, oltre che di attuare tutti gli adempimenti previsti nei loro ambiti di competenza, nella normativa de qua.

Dovranno verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua funzionalità, suggerendo eventuali modifiche quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o vengano accertate rilevanti violazioni delle prescrizioni.

Dovranno fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione e Trasparenza, elementi utili all'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, fra le unità lavorative che operano nei settori a più elevato rischio di corruzione.

I Referenti potranno, inoltre, procedere, compatibilmente alle esigenze organizzative, tenendo conto delle risorse disponibili, e comunque attivando percorsi per l'acquisizione di 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

maggior condivisione delle attività tra gli operatori, al fine di evitare l'isolamento di mansioni e assicurare il reciproco controllo.

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

Dovranno, altresì, 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 e il personale dell'Amministrazione, provvedendo annualmente a raccogliere e 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 all' RPCT.

I Referenti dovranno altresì redigere, entro il 30 novembre di ogni anno, circostanziata relazione illustrativa delle attività poste in essere 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 del Piano, nonché le misure adottate per procedere alla rotazione del personale o comunque realizzarne gli scopi e dovranno dare riscontro dell'attività formativa realizzata all'interno delle articolazioni aziendali ai fini della massima diffusione dei contenuti anticorruzione e di quelli del Codice di comportamento, dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, così come delle segnalazioni ricevute relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza. Inoltre, dovranno specificare di avere vigilato 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.

Tale Relazione sarà trasmessa tempestivamente al Responsabile della prevenzione della corruzione, evidenziando altresì le criticità emerse nell'applicazione del Piano,

rappresentando le modifiche da apportare allo stesso e alle misure di prevenzione applicate, nonché proporre ulteriori, al fine di realizzare una migliore azione di prevenzione della corruzione. Tali osservazioni consentiranno al Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza, di apportare al Piano tutte le necessarie variazioni e adeguamenti nella fase di aggiornamento periodico dello stesso.

I Referenti dovranno comunque relazionare al Responsabile della prevenzione della corruzione ogni volta in cui se ne ravvisi la necessità, offrendo massima informazione su atti e procedure che possano avere rilievo negli ambiti di riferimento e che possano richiedere azioni ed iniziative di contrasto.

Dovranno altresì fornire le tempestive informazioni che siano previste da norme per assolvere adempimenti specifici ovvero sollecitate da richieste dell'RPCT che riguardino qualunque tematica relativa alla gestione dei loro ambiti di competenza.

Saranno compiute inoltre, a cura dei suddetti referenti attività di monitoraggio periodico delle misure proposte e previste nelle mappature delle aree di rischio di rispettiva pertinenza, effettuate le dovute pubblicazioni, nonché compiuti i controlli periodici sui dati pubblicati da ciascuno 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.

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, a fornire elementi utili al miglioramento complessivo del sistema nonché il mancato inoltro della relazione annuale, costituiranno elementi di responsabilità dirigenziale e valutabili nell'ambito della performance organizzativa come obiettivi inseriti nella scheda di budget.

I Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

La complessa organizzazione dell'A.O.U. Policlinico "G. Rodolico – San Marco", fa ritenere necessario, individuare, oltre ad un gruppo di supporto stabile, anche ulteriori Referenti del Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza, indicati dai Responsabili delle strutture organizzative aziendali.

Pertanto, all'interno delle Strutture a maggior rischio corruttivo e/o che sono tenute agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, i Direttori/Dirigenti Responsabili individuano dei Referenti con i seguenti compiti:

- Svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, affinché abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'Azienda;
- collaborare con il RPCT nell'attività di mappatura dei processi, nell'analisi e valutazione del rischio e nell'individuazione di misure di contrasto alla corruzione relative alla Struttura di appartenenza;
- concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- verificare il regolare assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.;
- collaborare all'attività di monitoraggio dell'attuazione delle misure di contrasto alla corruzione relative alla propria Struttura previste dalla presente sezione del PIAO per quanto di competenza, raccogliendo i dati richiesti dal RPCT e producendo la relativa reportistica.

L'azione dei Referenti è comunque subordinata alle indicazioni del proprio Direttore/Dirigente Responsabile, che rimane il riferimento del RPCT per l'implementazione delle politiche di prevenzione della corruzione e degli adempimenti che ne derivano.

L'Organismo Indipendente di Valutazione

L'ANAC ha previsto un maggior coinvolgimento degli organismi che rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D. L.gs. n. 150/2009.

Le modifiche normative intervenute a seguito del Decreto legislativo n. 97/16, nonché del D.lgs. n. 74/2017, hanno rafforzato il ruolo e le funzioni dell'Organismo indipendente di valutazione, il quale è chiamato a:

- partecipare al processo di gestione del rischio;
- verificare la congruità e la coerenza degli obiettivi di performance organizzativa e individuale attribuiti alle strutture con l'attuazione delle misure

di prevenzione della corruzione, essendo obiettivo strategico dell'Amministrazione il miglioramento dei livelli di trasparenza;

- promuovere l'assolvimento degli obblighi di trasparenza verificando le conformità tra quanto previsto e quanto pubblicato attraverso la compilazione della scheda standard predisposta annualmente dall' ANAC, per lo svolgimento del monitoraggio di primo livello;
- utilizzare le informazioni e i dati relativi all' attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione sia organizzativa che individuale dei dirigenti dei singoli uffici “ fonte del dato”.

I risultati dei controlli effettuati confluiscono nella Relazione annuale che l'OIV deve presentare all' organo politico-amministrativo dell'Amministrazione.

In applicazione della delibera ANAC n. 213 del 2024, l'OIV aziendale ha effettuato l'attestazione dell'adempimento degli obblighi di trasparenza, di cui al verbale in atti del 10.12.2024.

L'audit svolto è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dalle disposizioni del D.lgs n. 33/13 e all'applicazione delle relative sanzioni.

L' OIV è altresì chiamato a verificare la congruità degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza stabiliti nel Piano della Performance e ha avuto attribuiti strumenti incisivi con riferimento al potere ispettivo, al diritto di accesso al sistema informatico e agli atti e documenti degli uffici.

Il citato Organismo riceve poi, da parte dell'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 (art. 41, co. 1 lett. h), d.lgs. 97/2016) ed anche, qualora ritenuto utile e necessario, effettuare audizioni con i dipendenti.

L'O.I.V. rappresenta il primo interlocutore esterno al sistema per l'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 comma 14 della Legge n. 190/12, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'amministrazione, è trasmessa, oltre che al Direttore Generale, anche all'OIV (art. 41, co. 1, lett. l), d.lgs. 97/2016), il quale ha la possibilità di chiedere all' RPCT informazioni e documenti e può anche effettuare audizioni di dipendenti.

L' OIV rende parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda e ciò anche in caso di suoi aggiornamenti.

L' Organismo garantisce all'ANAC, su esplicita richiesta ai sensi dell'art.1 co 8 bis le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. Esso riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nella sezione della performance del PIAO, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione della performance. Inoltre, verifica che la presente sezione del PIAO sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che, nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L 'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

L' Azienda, ai fini del puntuale accertamento delle violazioni disciplinari, dovendo garantire la competenza tecnica e giuridica in relazione alle fattispecie oggetto di valutazione, ha scelto di costituire due distinti UPD (deliberazione n. 1308 del 06.06.2022 e n. 2196 del 07.10.2024), uno per l'area della Dirigenza e uno per l'area del Comparto, approvando altresì anche i rispettivi regolamenti di funzionamento degli stessi, al fine di fornire indicazioni pubbliche sulle procedure.

In tema di prevenzione della Corruzione, l'Ufficio Procedimenti disciplinari (UPD), svolge i seguenti compiti e funzioni:

- aggiornamento del Codice di comportamento aziendale e redazione della relativa bozza, anche in relazione a Linee guida ANAC;

- esame delle segnalazioni di violazione del citato codice, nonché raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- richiesta di parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento;
- attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della prevenzione e Trasparenza, di monitoraggio come previsto dall'art. 15 del DPR 62/2012;
- trasmissione report annuale, in formato tabellare, ai fini anche della pubblicazione, contenente la tipologia di infrazioni rilevate ed in particolare quelle ricadenti in ambito corruttivo
- attività di tempestivo supporto per la redazione della Relazione dell'RPCT di cui all' art 1 co. 14 della Legge n. 190/12, attraverso la trasmissione del flusso dati di pertinenza.

Infine, per consentire una valutazione complessiva dei dipendenti anche sotto il profilo comportamentale, stabilisce un costante flusso informativo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e trasparenza, al fine anche di fornire elementi utili ad una riduzione delle patologie del sistema attraverso una verifica delle misure previste ed attuate e della loro persistente valenza.

L' UPD è chiamato inoltre, in relazione ai procedimenti avviati che facciano riferimento ad ipotesi corruttive, a fornire apposita relazione alla Direzione Generale e all' 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.

Viene prevista come misura ulteriore, la pubblicazione annuale in forma di tabella del numero e della tipologia delle infrazioni, distinguendo tra le archiviazioni e i procedimenti esitati con applicazione di sanzione.

Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) e il Gestore dell'Antiriciclaggio (GA)

Come, peraltro, attenzionato dal PNA 2022, l'Azienda ha provveduto da individuare al proprio interno le figure del RASA e del GA.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), in relazione all'obbligo previsto dall'art. 33-ter del Decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", convertito con la Legge 17 dicembre 2012, n. 221, questa Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 2160/2019, ha provveduto ad individuare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante RASA, il cui profilo risulta correttamente registrato e attivato nella specifica sezione del sito 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.

Ai sensi della Delibera A.N.AC. n. 831/2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016", l'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione e tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo codice dei contratti pubblici.

Si è altresì provveduto, con atto del Direttore Generale n. 14 del 25 ottobre 2016, ad individuare, ai sensi e per gli effetti del D.M. del Ministero dell'Interno 25 settembre 2015, il soggetto denominato "gestore" delegato agli adempimenti ("Gestore" aziendale in materia di antiriciclaggio) di cui all'art. 10 del D.lgs n. 231/2007, così come modificato dal d.Lgs n. 90/17, cui compete la redazione della procedura interna di valutazione idonea a garantire l'applicazione normativa e l'omogeneità dei comportamenti aziendali: ha 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 (cfr. art. 2, comma 4, del D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231).

In particolare, al “Gestore dell’antiriciclaggio” spettano i seguenti compiti:

a) acquisire le segnalazioni di operazioni sospette dai Direttori/Dirigenti Responsabili di struttura, nonché valutarne la completezza e la correttezza con il supporto del Direttore del Settore E.F.P.;

b) informare la Direzione Strategica ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza circa le decisioni intraprese riguardo a transazioni sospette di cui sia stato reso edotto;

c) comunicare alla UIF (Unità di Informazione Finanziaria) ogni operazione ritenuta a rischio di riciclaggio e finanziamento del terrorismo sulla scorta delle linee guida di cui al D.M. Ministero dell’Interno 25 settembre 2015, previa concertazione con il Direttore del Settore E.F.P. e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e previa comunicazione alla Direzione Strategica;

d) interloquire con l’UIF per tutte le comunicazioni/segnalazioni di operazioni sospette e per i relativi conseguenti approfondimenti. Spetta al Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio adoperarsi per la formazione in materia di antiriciclaggio al personale dipendente dell’Azienda. Il rafforzamento delle competenze del personale in materia di contrasto al riciclaggio finanziario è uno strumento utile alla prevenzione della corruzione, all’uso di buone pratiche di clinica e di ricerca.

e) Il Gestore ha il compito di predisporre la mappatura e la valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo a cui le Strutture dell’Azienda sono esposte nell’esercizio della propria attività istituzionale. Sulla base della mappatura e dell’analisi dei rischi, propone in collaborazione con i Direttori/Dirigenti Responsabili di struttura coinvolti (Acquisti e Logistica, Settore E.F.P., Risorse Tecniche e Tecnologiche, Ingegneria Clinica, Liste d’Attesa, ALPI, Farmacia) procedure idonee a valutare il livello di esposizione degli uffici al rischio di riciclaggio, indicando le misure necessarie alla mitigazione del rischio.

Per il 2024 il Gestore Antiriciclaggio non ha comunicato trasmissioni di segnalazioni di anomalie inoltrate alla UIF.

I dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda:

- partecipano al processo di gestione del rischio (art. 8 Codice di comportamento di cui al DPR n. 62/13; PNA, All. 1, par. A.2 e par. B.1.2);
- rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nella presente sezione del PIAO e prestano la loro collaborazione al RPCT. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e contenute nel presente documento devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del Comparto che dalla Dirigenza.
- la violazione delle misure di prevenzione previste costituisce illecito disciplinare;
- segnalano tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o al Responsabile della prevenzione le situazioni di illecito (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), 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;
- segnalano le situazioni di illecito esclusivamente accedendo alla piattaforma web <https://aziendaospedalierrapoliclinicovittorioemanuele.whistleblowing.it/>, oppure direttamente al RPCT, mediante dichiarazione riservata e riportata a verbale, previo appuntamento con il RPCT.

Gli stakeholders

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli stakeholders partecipano al controllo della Pubblica Amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dagli stessi

attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, delle tipologie di accesso civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente documento.

Il sistema dei controlli interni

Nella pubblica amministrazione sono previsti controlli diversi, in base alle differenti finalità, in particolare il sistema di controlli interni prevede:

con riferimento agli istituti di cui al D. L.gs. n. 286 del 30 luglio 1999 e D. L.gs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i.:

- il controllo di regolarità amministrativa e contabile, diretto a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;
- il controllo di gestione, volto alla verifica dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare il rapporto tra costi e risultati, anche attraverso interventi di correzione;
- il controllo e la valutazione delle performance/prestazioni assolto dal Nucleo di valutazione delle Prestazioni. Si tratta di un controllo che racchiude la valutazione della performance organizzativa e individuale;

con riferimento ad altre norme:

- il controllo assolto dal Collegio Sindacale (art. 13, c. 14 della L.R. n. 33/2009 e s.m.i.) che riguarda la regolarità amministrativa contabile e la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- il Collegio di Direzione che ha la funzione di coadiuvare e supportare la Direzione Generale per l'esercizio della funzione di governo dell'Azienda con funzioni consultive e propositive;
- le funzioni di Internal Auditing (L.R. n. 17 del 4 giugno 2014), strumento per la valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo interni. E' una funzione indipendente, che risponde direttamente alla Direzione Generale, fornisce il supporto per implementare interventi rivolti alla risoluzione di anomalie e al miglioramento dei processi. Entro il 31 gennaio di ogni anno viene approvato un piano annuale;

- Il Percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC):
 - il percorso PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli enti del SSN;
 - le azioni si sviluppano nel rispetto dell'ordine di priorità assegnato dalla Regione Siciliana per ciascuna area tematica ed in coerenza con il modulo organizzativo adottato;
 - Le attività con finalità di antiriciclaggio (art. 10 del D. L.gs. n. 231/2007) affidate al gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio:
 - le Pubbliche Amministrazioni svolgono un ruolo di cooperazione nel sistema di contrasto al fenomeno di riciclaggio e finanziamento del terrorismo;
 - le pubbliche amministrazioni sono tenute a comunicare all'Unità di informazione Finanziaria, (UIF) istituita presso la Banca d'Italia, dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengono a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale.
- il Sistema di gestione per la qualità aziendale e rischio clinico:
 - entrambi, per le rispettive competenze, contribuiscono alla verifica dei processi e degli standard ottimali di esecuzione delle prestazioni;
 - attraverso la predisposizione di linee guida, protocolli, procedure, istruzioni operative e gestionali vengono descritte le modalità di governo ed esecuzione dei processi sia sociosanitari sia tecnico amministrativi;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- il Responsabile della protezione dei dati personali (RPD - DPO) (Regolamento Europeo n. 679 del 27 aprile 2016) quale supervisore indipendente cui compete:
 - informare e fornire consulenza a dipendenti degli obblighi derivanti dal regolamento europeo;
 - sorvegliare l'osservanza del regolamento;

- sorvegliare sulle attribuzioni delle responsabilità, sulle attività di sensibilizzazione, formazione e attività di controllo;
- fornire pareri e sorvegliare alla redazione della Data Protection Impact Assessment (DPIA);
- fungere da punto di contatto e collaborare con l’Autorità Garante per la protezione dei dati personali;
- controllare che le violazioni dei dati personali siano documentate, notificate e comunicate (Data Breach).
- Il Responsabile dell’I.C.T. deve garantire:
 - la definizione e il coordinamento di un piano operativo per garantire la sicurezza delle informazioni, congiuntamente ai singoli dipartimenti;
 - l’esecuzione e aggiornamento dell’analisi dei rischi di sicurezza;
 - il monitoraggio del corretto funzionamento delle misure di protezione adottate;
- Il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) (D. Lgs. n. 81 del 2008): è l’insieme dei soggetti, dei sistemi e mezzi esterni o interni all’Azienda finalizzati all’attività di prevenzione e protezione dei rischi professionali per i lavoratori. Il Responsabile (RSPP), designato dal Datore di Lavoro, ha la funzione di dare coordinamento e razionalità agli interventi del Servizio; collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, il Medico competente secondo quanto previsto dall’art. 29, comma 1, del DLGS n. 81/2008;

Processo e modalità di predisposizione della Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO

La presente sezione del PIAO 2025 – 2027 si pone in continuità con la precedente del PIAO 2024 – 2026 ed è l’esito del lavoro del RPCT con il coinvolgimento dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture individuate quali area a maggior rischio corruttivo.

Si indicano di seguito le principali fasi del processo di adozione:

- elaborazione della proposta relativa alla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO da parte del RPCT, sulla base dei risultati del monitoraggio espletato

e degli eventuali aggiornamenti intervenuti nella mappatura del rischio di corruzione in seguito all'attività di revisione annuale;

- invio da parte dei Direttori/Dirigenti Responsabili di Struttura della programmazione delle misure di prevenzione della corruzione in riferimento ai processi delle rispettive Aree/Strutture, nonché di eventuali osservazioni sui contenuti del documento;
- condivisione e integrazione della proposta con il gruppo di lavoro sul PIAO;
- consultazione pubblica rivolta sia agli stakeholder interni ed esterni, tramite pubblicazione della proposta di aggiornamento sul sito web istituzionale;
- invio della proposta alla Direzione Generale, per la condivisione degli obiettivi strategici;
- esame, validazione e approvazione da parte della Direzione Generale entro il 31 gennaio di ogni anno, salvo diverso termine fissato per legge;
- pubblicazione sul sito web istituzionale nella sezione amministrazione trasparente e trasmissione del PIAO al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Metodologia e strumenti per la prevenzione della corruzione

La legge n. 190/2012 e ss.mm.ii. prevede il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti così come individuati nei precedenti paragrafi; in particolare i responsabili a vario titolo dell'organizzazione dell'Azienda devono partecipare attivamente alla gestione del rischio corruttivo.

Il processo GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO richiede, infatti, sia una buona conoscenza dell'organizzazione interna, sia del dettato normativo, in continua evoluzione.

Le fasi dell'attività della gestione del rischio si articolano in:

- ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO
- ANALISI DEL CONTESTO INTERNO E MAPPATURA DEI PROCESSI
- VALUTAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO
- TRATTAMENTO DEL RISCHIO CON IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
- MONITORAGGIO E RIESAME.

A - Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco" si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Consiste nell'individuazione e descrizione delle caratteristiche del territorio o del settore specifico, nonché delle eventuali relazioni con gli stakeholders e di come possano influire sull'attività dell'Azienda.

Prendendo spunto dall'ultimo rapporto Anac disponibile, "Numeri, luoghi e contropartite del malaffare in Italia", è la Sicilia la regione che nel triennio 2016 -2019 ha registrato più episodi di corruzione: ben 28, una cifra pari al 18,4% del totale, quasi quanti gli episodi rilevati in tutte le regioni del Nord (29 nel loro insieme). Dal punto di vista quantitativo prevale con il 74%, l'ambito degli appalti pubblici, il resto riguarda procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari. Tra i settori, il più a rischio sono i lavori pubblici e il ciclo dei rifiuti, segue quello sanitario con il 13% dei casi, relativi a forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavanolo e pulizia. È emblematico, per quanto riguarda l'assegnazione di appalti, che solo il 18% dei casi riguarda l'affidamento diretto (cioè, con scelta discrezionale dall'amministrazione): il resto è relativo a procedure di gara per appalti di importo maggiore, emerge altresì che il tasso di corruzione maggiore affligge l'apparato burocratico, più che gli organi politici.

Il rapporto di Transparency International sull'indice di percezione della corruzione 2021, evidenzia come, nonostante le sfide ed i rischi corruttivi legati alla accresciuta spesa pubblica per il Covid, l'Italia ha scalato posizioni nell'indice di percezione della corruzione in termini di punteggio assoluto (56/100) raggiungendo il 42° posto nel mondo su 180 Paesi ed in Europa il 17° posto tra i 27 Paesi membri, anche grazie ad alcuni interventi normativi recenti e ad iniziative che hanno visto Anac protagonista.

In particolare, la criminalità organizzata ancora spadroneggia nel nostro Paese, preferendo spesso l'arma della corruzione che oggi ha assunto forme nuove, sempre più difficili da identificare e contrastare efficacemente. Occorre inoltre menzionare per

importanza anche il tema degli appalti pubblici, oggetto di attenzione di funzionari e imprenditori corrotti: un codice più efficace e un maggior coinvolgimento della società civile nelle attività di monitoraggio costituirebbero certamente un buon baluardo di protezione.

Circa i Settori maggiormente coinvolti, prioritariamente si colloca proprio quello sanitario, che in Sicilia non solo ha un'incidenza maggiore che su scala nazionale ma pone la nostra realtà al primo posto rispetto alle altre. La casistica include anche, ad esempio, la visita a pagamento nello studio privato di un medico, preliminarmente alla fruizione della stessa prestazione presso il servizio sanitario nazionale, e si tratta di una modalità che, sebbene non rappresenti nella definizione giuridica italiana una circostanza di vera e propria corruzione, è però indicativa di situazioni diffuse in cui si è indotti a sostenere un costo sicuramente superiore rispetto alle condizioni in cui viene offerto lo stesso servizio dalla struttura pubblica. Seguono i settori dell'Assistenza, con un valore in Sicilia del 5,2%, più elevato del dato nazionale (2,7%), e del Lavoro con un valore del 3,3%, in linea con il dato dell'Italia (3,2%) (fonte: notiziario di statistiche regionali a cura del servizio Statistica ed analisi economica della regione Sicilia 2017).

L'elevata appetibilità della sanità per gli interessi mafiosi può essere ricondotta solo parzialmente alle opportunità (economiche, sociali...) che essa è in grado di offrire in generale alle organizzazioni mafiose.

I fattori di rischio che espongono la sanità a episodi corruttivi e che riguardano, in sé, la struttura e l'organizzazione del settore sanitario come pure la sfera dei comportamenti soggettivi, ossia quelle disfunzionalità etico-deontologiche che ciclicamente trovano spazio nelle professioni mediche e che concorrono alla creazione di un sostrato di potenziale permeabilità a condizionamenti illegali, si possono distinguere in 5 livelli.

Il primo è di natura politica. Se da un lato è innegabile l'esistenza di un rapporto di necessità tra sanità e politica – e d'altronde non si avrebbe un sistema sanitario pubblico senza un intervento della politica – dall'altro il timore di un superamento dei corretti confini di indirizzo e controllo da parte della politica appare fondato in contesti che siano segnati da precarietà dello spirito pubblico.

Il secondo, di natura legislativa, comprende invece i fattori di rischio impliciti nelle normative, nazionali e regionali, che regolano il settore. Tra questi, il più evidente è rappresentato dalle nomine politiche regionali dei direttori generali delle Aziende Sanitarie introdotte dalla legge di riforma 229/99, le quali possono talora costituire il frutto di negoziazioni improprie tra interessi interni o esterni al sistema. Uno specifico fattore di rischio risiede nella normativa regolatrice degli appalti pubblici, attraverso cui politici e imprenditori di diversa natura - dagli addetti alla fornitura di strumentazioni mediche al servizio della mensa o della pulizia dei locali sanitari - possono intrattenere una relazione di scambio reciprocamente vantaggiosa.

Il terzo livello è di natura tecnico-scientifica. Condotte illegali all'interno del sistema sanitario possono essere favorite dalla complessità che notoriamente caratterizza il settore, da cui derivano relazioni e scambi fondati su una fisiologica asimmetria informativa che pongono alcuni interlocutori (medici, case farmaceutiche...) in condizione di conflitto di interessi. Ne sono esempi il rapporto che lega il paziente, debole e poco informato, al medico che agisce in sua vece determinando sia la domanda sia l'offerta sanitaria.

Il quarto livello pertiene invece alla specifica cultura ambientale che caratterizza il settore sanitario. Secondo alcune ricerche in materia di corruzione e malasanità, nel contesto italiano un atteggiamento di chiusura si è progressivamente esteso a tutti i livelli delle occupazioni medico-sanitarie, spesso restie a denunciare irregolarità procedurali e deontologiche verificatesi all'interno di strutture sanitarie pubbliche e private.

Infine, il quinto e ultimo livello individuato è di natura logistico-organizzativa e comprende le inefficienze amministrative che sono spesso attribuite ad alcuni sistemi sanitari regionali, le quali possono indirettamente agevolare condotte criminali interne ed esterne al settore. Ciò può essere in parte ricondotto all'eccesso di burocrazia che contraddistingue la sanità pubblica, riducendone la competitività rispetto al versante privato progressivamente in crescita.

Come previsto dal PNA 2022 si analizzano i dati relativi alle principali dinamiche territoriali e settoriali, alle influenze o pressioni di interessi esterni a cui l'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco" potrebbe essere sottoposta:

Criminalità e reati di corruzione, peculato e concussione:

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. I reati di associazione a delinquere, criminalità organizzata e riciclaggio di denaro sono strettamente connessi ai reati di corruzione.

Valutati sul territorio di Catania i tassi dei procedimenti penali per delitti di peculato concussione e corruzione, i procedimenti per riciclaggio di denaro, le denunce per associazione di tipo mafioso, i dati osservati potrebbero influenzare negativamente sulle condotte dei pubblici dipendenti dell'Azienda. Impatto elevato

Contesto economico sociale:

Un'economia più viva e più attiva è indice di benessere economico, istituzionale e di un basso livello di corruzione. Si ipotizza quindi che ad un aumento del PIL, della spesa socio-sanitaria e del tasso di imprese attive sia associata una diminuzione della corruzione. Contrariamente un alto tasso di disoccupazione e di mortalità aziendale dovrebbe aumentare il rischio di corruzione. Anche i pagamenti in contanti, non tracciati, è indice della presenza di transazioni sospette che potrebbero includere il pagamento di tangenti.

Valutata la situazione economico sociale del territorio dell'Azienda si nota un tasso di disoccupazione più medio rispetto al territorio regionale, un rilevante numero di imprese attive con un conseguente più alto prodotto interno lordo pro capite. Impatto medio

Criticità riscontrate da segnalazioni esterne:

Il numero di segnalazioni esterne, i risultati dell'attività di monitoraggio, nonché il buon rapporto con gli stakeholder di riferimento sono segnale del buon andamento ed efficienza della P.A.. L'indice sulla qualità delle prestazioni percepita dagli utenti può considerarsi direttamente correlato ad eventuali fenomeni corruttivi.

Ad una maggior soddisfazione dei soggetti esterni (utenti, fornitori, clienti...) che a vario titolo abbiano rapporti con la P.A. dovrebbero essere associate livelli di corruzione più bassa.

Valutato il grado di soddisfazione dei soggetti esterni aventi rapporti con l'Azienda in termini di fuga verso altra Regione e in termine di soddisfazione e qualità percepite, si può affermare che più che la qualità sanitaria, i soggetti esterni percepiscono una non adeguata organizzazione interna. Impatto elevato

B - Analisi del contesto interno e mappatura dei processi

L'analisi del contesto interno riguarda sia gli aspetti legati alla struttura organizzativa, nella sua articolazione, evidenziando la dimensione dell'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco", anche in termini di dotazione di personale, sia la gestione dei processi, attraverso l'individuazione e analisi dei processi organizzativi, volta a far emergere, da un lato, il sistema di responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione (mappatura dei processi).

Infatti, per una completa individuazione dei rischi, occorre conoscere approfonditamente l'attività nei suoi aspetti tecnici, amministrativi, commerciali e finanziari.

Un approccio corretto consiste nell'individuare i processi più a rischio di illegalità, nel determinare le cause e nel valutare i possibili effetti.

I dati raccolti, inseriti in una griglia di identificazione, permetteranno di rilevare, in modo veloce, i rischi a cui è soggetta la struttura/servizio e di offrire spunti interessanti per un'adeguata valutazione del rischio.

La mappatura dei processi relativi alle attività a rischio di corruzione avviene attraverso il coinvolgimento dei Responsabili delle competenti Strutture, sotto il coordinamento del RPCT.

Contesto interno organizzativo

Per la consultazione dei dati che riguardano il contesto organizzativo dell'Azienda si rimanda alle analisi esposte nella sezione specifica – Struttura organizzativa ed a quanto descritto in premessa.

Mappatura dei processi

I processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura, per i quali, attraverso il coinvolgimento diretto dei Direttori/Dirigenti Responsabili delle competenti Strutture, è stata aggiornata l'analisi del rischio, coinvolgono le seguenti aree di rischio e sono riportati Allegato "Mappature sul processo di gestione del rischio" al presente PIAO.

Le mappature in atto redatte sulla base di format aziendale somministrato ai responsabili e per il cui dettaglio si rinvia all' ALL. 1 al presente Piano, sono state predisposte conformemente alla riorganizzazione derivante dal nuovo Atto Aziendale. Ad ogni modo, le stesse potranno essere soggette a revisioni.

Pertanto, conformemente al dettato del PNA 2022 e dell'aggiornamento PNA 2024, viene:

- predisposto, a cura di ciascun Direttore di Dipartimento, Direttore di U.O.C, Responsabile di U.O., l'elenco complessivo dei processi di rispettiva afferenza, la cui somma dovrà coincidere con il complesso dei processi aziendali;
- predisposto, a cura dei Direttori di Dipartimento, del Direttore e/o del Responsabile di ciascuna U.O, rispetto ai diversi processi elencati e descritti, per quelli da considerarsi a rischio corruzione, le mappature delle aree di rischio, seguendo apposito format.

L'intera attività dell'Amministrazione dovrà essere gradualmente esaminata e dovranno essere individuati e analizzati i diversi processi organizzativi.

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

- a) Mappatura dei processi aziendali
- b) Valutazione del rischio per ogni processo
- c) Trattamento del rischio
- d) Attività di monitoraggio e revisione

Per processo si è inteso un insieme di attività interrelate che creano un risultato anche in termini valoriali, trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output) destinato sia a soggetti interni che a soggetti esterni all'amministrazione.

Anche alla luce dei precedenti Piani Trienali, si è avuto modo di verificare che l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio è fortemente connessa alla capacità dell'Amministrazione di effettuare una indicazione e rilevazione dettagliata e corretta dei processi che la caratterizzano, il che è reso possibile e facilitato anche da una progressiva implementazione delle esperienze e dalla casistica emersa, raccolte attraverso una corretta azione di monitoraggio.

La normativa specifica (art. 1 comma 16 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 inserimento e disciplina nella sezione Rischi corruttivi del PIAO. Inoltre, conformemente alla determinazione ANAC n. 12/15, sono state previste due parti speciali, l'una dedicata ai contratti pubblici ed applicabile ad ogni P.A., l'altra peculiarmente riferita al Settore della Sanità per le specificità e caratteristiche che lo contraddistinguono.

Sono state quindi individuate come aree di rischio generali quelle relative a:

- a) Contratti pubblici
- b) Incarichi e nomine
- c) Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio
- d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

Quest'Azienda nella quale, alla mission di diagnosi e cura si accompagna quella della ricerca e della didattica, ha, nel corso dei Piani precedenti, provveduto a mappare aree di rischio specifiche, che sono le seguenti:

- a) ALPI
- b) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni
- c) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- d) Processi in cui sono gestite risorse del PNRR e dei Fondi Strutturali

Non si è ancora pervenuti alla mappatura delle aree di rischio clinico - sanitarie ulteriori che, stante le difficoltà degli operatori nelle attività di rilevazione, richiederebbero la costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc e apposita formazione da effettuarsi nell'arco del triennio di vigenza del presente Piano.

Sono state redatte una serie di procedure interne volte a rendere ancor più tracciabili e controllabili le attività, con riferimento all'area nevralgica dell'acquisizione di beni e servizi, rafforzando la trasparenza dell'agire amministrativo, anche focalizzando

l'attenzione sulla fase della programmazione, sia per gli appalti di forniture che per quelli di servizi.

Inoltre nei processi di nomina e attribuzione degli incarichi, sin dalla fase di svolgimento delle diverse modalità di reclutamento, l'obiettivo perseguito è quello, muovendo da un'attenta pianificazione delle assunzioni, anche nella redazione del Piano Triennale dei fabbisogni di personale, di dare massima evidenza ai sistemi di individuazione e di valutazione dei soggetti destinatari dei provvedimenti, sia con riferimento ad assunzioni a tempo determinato che in ruolo, anche attraverso la prevista pubblicazione, in quest' ultimo caso, delle tracce delle prove d' esame nonché dei verbali contenenti i criteri di valutazione.

La risoluzione delle problematiche connesse alle sperimentazioni cliniche è rimessa anche all'applicazione dell'apposito Regolamento Aziendale.

Lo stesso accade per le procedure relative all' accettazione delle donazioni, già esplicitamente disciplinate da regolamento aziendale.

Relativamente alla gestione delle liste d'attesa è stata data ampia diffusione ai criteri fissati per la loro determinazione, attraverso la loro pubblicazione all' interno della sottosezione "Servizi erogati".

Sul sito web aziendale verrà riconfermata inoltre un sezione all' interno del link "amministrazione trasparente" dedicata ai reclami proposti dagli utenti che vengono sintetizzati in forma di report.

I dati, forniti dall' UPD, sui procedimenti disciplinari aventi ad oggetto comportamenti corruttivi, forniranno utili indicazioni per la predisposizione di mirate misure di prevenzione dei relativi rischi.

C - Valutazione e analisi del rischio

La valutazione e analisi del rischio corruttivo si articola in tre fasi:

- identificazione degli eventi rischiosi, che ha il compito di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione. L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "Registro degli eventi rischiosi", nel quale sono riportati i potenziali/reali eventi rischiosi relativi ai processi gestiti dall'amministrazione.

- analisi del rischio, che consiste nello stimare il livello di esposizione dei processi/attività al rischio corruttivo. Al fine di stimare il livello di rischio corruttivo di un dato processo, occorre valutare alcuni indicatori di stima del livello di rischio del processo, quali ad esempio: la presenza o meno di interessi economici o benefici diretti, la presenza o meno di discrezionalità di un processo, il livello di collaborazione del responsabile del processo alla costruzione del Piano, l'inadeguata diffusione della cultura della legalità, il numero di segnalazioni pervenute, i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari. Le informazioni sono ottenute attraverso la compilazione di una scheda di rilevazione compilata a cura dei responsabili delle strutture organizzative interessate, con il supporto del RPCT. Sulla base delle informazioni ottenute, si procede ad un'analisi di tipo qualitativo, attraverso la misurazione di ciascun indicatore di livello di rischio corruttivo del processo, mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. La misurazione dei singoli indicatori determina la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio corruttivo di un dato processo, sempre mediante una scala di misurazione ordinale del tipo: alto, medio, basso. Ogni misurazione deve essere accompagnata da dati ed evidenze.
- ponderazione del rischio, che prende in considerazione le risultanze dell'analisi del rischio, definendo le priorità di trattamento del rischio e le azioni da intraprendere.
- Trattamento del rischio e misure di prevenzione della corruzione

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi corruttivi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Il trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi del rischio. Le misure si distinguono in misure generali e misure specifiche.

Le misure generali intervengono in materia trasversale sull'intera organizzazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati e incidono su problemi specifici.

Per ogni evento rischioso rilevante e per ogni processo organizzativo esposto a rischio di corruzione deve essere prevista almeno una misura di prevenzione.

Le misure devono essere adeguatamente programmate e definiti tempi di attuazione, con indicazione del soggetto responsabile e con l'individuazione di indicatori di monitoraggio, al fine di poter verificare la corretta attuazione delle misure.

Monitoraggio e riesame

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati nel presente documento ed alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio avviene periodicamente durante l'anno, anche attraverso un'attività di audit con le singole Strutture coinvolte e con il supporto della Commissione Internal Auditing.

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

Con riferimento alla determinazione del grado di rischio, il PNA 2019 nell'allegato 1 (ribadito anche dal PNA 2022) suggerisce di utilizzare quale approccio valutativo quello qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

In tale contesto va posta attenzione all'aggiornamento PNA 2024, con particolare riferimento all'area "contratti Pubblici" innovata dal d.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, che apporta alcuni chiarimenti e modifiche rispetto al PNA 2022., con l'effetto di dare input a eventuali interventi qualora alcuni rischi e misure preventive vadano allineate in ragione delle disposizioni del nuovo codice appalti.

Si riportano alcuni indicatori di stima del livello di rischio:

- livello di interesse esterno: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio;

- grado di discrezionalità del decisore interno all'azienda: un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato.
- Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/ attività esaminata: il rischio aumenta se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi;
- Opacità nel processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale riduce il rischio;
- Livello di collaborazione del responsabile nella costruzione del Piano: la scarsa collaborazione del responsabile può segnalare un deficit di attenzione sul tema della prevenzione della corruzione;
- Grado di attuazione delle misure del trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad un minore rischio corruttivo.

Le valutazioni occorre siano supportate da dati oggettivi (procedimenti giudiziari, procedimenti disciplinari, segnalazioni pervenute, ulteriori dati), salvo la assoluta mancanza di essi, e per la misurazione si potrà applicare una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso), pervenendo ad una misurazione sintetica attraverso un valore complessivo che, tuttavia, non può essere la media della valutazione dei singoli indicatori, ma, nel caso vi siano diversi livelli di rischio in relazione a ciascun indicatore, è, in via prudenziale, consigliabile utilizzare il più alto.

Per quanto concerne la ponderazione del rischio, essa ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere e la priorità di trattamento dei rischi a seconda del livello di esposizione, procedendo in ordine via via decrescente.

Dopo avere effettuato l'attività sopra descritta e conseguentemente individuati i processi, i rischi possibili e il loro grado, si individueranno le misure per prevenire i fenomeni corruttivi e si programmeranno le modalità di attuazione, nel rispetto della sostenibilità economica e organizzativa.

Ovviamente, la previsione di misure aggiuntive consegnerà ad una valutazione dell'applicazione di quelle già previste negli anni precedenti e ad una verifica del livello di applicazione delle stesse e la loro efficacia, nonché della necessità di aggiungerne di nuove.

Ciascuna misura deve essere idonea a neutralizzare i fattori che determinano il rischio individuato, essendo altresì realisticamente applicabile e consona alle caratteristiche organizzative dell'Azienda.

Se la misura individuata necessita di più azioni, occorrerà individuare eventuali diverse fasi, indicarne la tempistica, la responsabilità (es. se coinvolga anche altre U.O.) e infine specificare indicatori di monitoraggio e valori attesi.

Nell' Allegato "Mappature sul processo di gestione del rischio" sono indicati, per ciascuna area di rischio, i processi/sottoprocessi valutati, la descrizione degli eventi rischiosi, le Strutture coinvolte e la valutazione complessiva del rischio.

Nel corso dell'anno 2023 verrà effettuata l'analisi dei rischi dei processi relativi al sistema. Inoltre, sarà prevista l'analisi dei rischi sulla attività e processi dei Dipartimenti di Area Sanitaria una volta riorganizzati.

D - Trattamento dei rischi - misure di prevenzione della corruzione

Contenuto essenziale della presente sezione del PIAO è il trattamento del rischio, con l'identificazione delle misure di prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio da adottare a partire dalle aree più sensibili, con attribuzione della relativa responsabilità ai Direttori/Dirigenti Responsabili in merito alla attuazione di dette misure.

Le misure devono rispondere ai seguenti requisiti:

1. efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio;
2. sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
3. adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

Le misure previste nel presente documento si distinguono in generali e specifiche a seconda che riguardino la generalità delle aree a rischio, ovvero siano mirate alla prevenzione del rischio in aree specifiche.

Relazione sull'attività RPCT - Monitoraggio del Piano e delle misure di prevenzione della corruzione - anno 2023

Il RPCT annualmente predisporre, sulla base di precise indicazioni di ANAC, una Relazione (Relazione annuale RPCT) sull'attività svolta; tale Relazione è inviata al Direttore Generale e all'O.I.V. e successivamente pubblicata sul sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti Corruzione" entro la scadenza fissata da ANAC, di norma il 31 gennaio di ogni anno.

Inoltre, dalle risultanze degli Audit semestrali e annuali programmati ed effettuati dal RPCT viene redatto un verbale annualmente sugli esiti dei monitoraggi sull'attuazione delle misure per la prevenzione della corruzione indicate annualmente nel PIAO.

I suddetti documenti risultano strumenti utili per la redazione dell'aggiornamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO per l'anno successivo.

Alla data di approvazione del presente documento, l'attività di monitoraggio sulle misure per la prevenzione della corruzione adottate per l'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco" al 31/12/2024 ha evidenziato un buon grado di raggiungimento delle azioni programmate e degli obiettivi assegnati, così come riportati nell'Allegato 2 al PTPCT 2024 -2026. Gli scostamenti rispetto alle azioni programmate hanno dato origine ad alcuni rilievi nei confronti dei Responsabili di struttura, come da note agli atti, i quali potranno in essere azioni di miglioramento nel corso dell'anno 2024.

Le misure di prevenzione della corruzione

L'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco, proseguendo la strategia di prevenzione della corruzione adottata negli anni precedenti, conferma l'adozione di misure generali obbligatorie, che intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e misure specifiche che agiscono su alcuni specifici rischi e si caratterizzano per l'incidenza su aspetti peculiari dell'amministrazione.

A seguito degli esiti riportati nella Relazione annuale del RPCT, nell'Allegato "Mappature sul processo di gestione del rischio" e nell'Allegato "Elenco degli obblighi di pubblicazione" al presente documento sono raccolte tutte le misure programmate per il triennio di validità dello stesso, con indicazione dei tempi di attuazione, del soggetto responsabile e con l'individuazione degli indicatori di monitoraggio.

Le misure generali

Formazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione, per accrescere la competenza in materia di tutti gli attori impegnati nel processo di prevenzione del rischio, ottimizzandone le capacità di analisi e valutazione

delle possibili situazioni anomale nonché rafforzando i principi dell'etica e della legalità.

Da una adeguata formazione derivano risultati in termini di:

- consapevolezza nello svolgimento dell'attività amministrativa e maggiore attenzione nell'assolvere adempimenti di natura discrezionale, in virtù di valutazioni ponderate sulla base di una conoscenza approfondita delle situazioni, con l'effetto di ridurre il rischio di azioni illecite compiute inconsapevolmente;
- creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- conseguimento della competenza specifica necessaria per il dipendente, per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- attribuzione della competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- capacità di effettuare corretta rilevazione delle aree di rischio e di individuazione di coerenti misure di prevenzione;
- diffusione dei valori dell'integrità, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati;
- conoscenza dell'obbligo di astensione in caso di riconosciuto conflitto di interesse, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi;

Consapevolezza in capo ai dirigenti apicali del dovere di verifica dei casi di conflitto manifestati dai propri collaboratori.

La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui l'Azienda si è dotata rappresenta infatti lo strumento per sviluppare una cultura della legalità.

Nel Piano formativo i percorsi di formazione sono programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguardo le tematiche dell'etica e della legalità che debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione;

b) livello specifico per figure professionali, rivolto al RPCT, ai Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio.

Inoltre, il RPCT si preoccupa di informare tutti i soggetti che operano nelle aree a rischio circa le indicazioni sulle novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia con questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione.

L'AOU Policlinico "G. Rodolico-San Marco" ha realizzato dei corsi in materia, previsti nel piano formativo aziendale 2024, in modalità FAD/e-Learning.

Per l'anno 2025 saranno proposti nel Piano Formativo corsi di base sull'ETICA E LEGALITA', in considerazione dell'aggiornato Codice di comportamento, approvato a Gennaio 2024, e CORSI DI APPROFONDIMENTO SPECIFICO (L. n. 190/2012 e norme attuative, la responsabilità disciplinare dei dipendenti pubblici nella Sanità), sulla gestione del rischio di prevenzione della corruzione ed in materia di trasparenza. I dipendenti che hanno già partecipato ai programmi di formazione avranno l'obbligo di esporre ai colleghi, nel corso di incontri formativi brevi da tenersi presso le Unità Operative aziendali, le indicazioni essenziali apprese, assicurando così la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione. I Referenti dovranno dare riscontro di tali attività al Responsabile della prevenzione della corruzione nella relazione prevista.

Trasparenza, diffusione delle informazioni e obblighi di pubblicazione (D.l.gs n. 33/13 e ss.mm.ii.)

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

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

La Legge n. 190, all'art. 1 comma 15, richiama la trasparenza dell'attività amministrativa come livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'art.117 della Costituzione.

La trasparenza assume, così, rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche come misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. L' Azienda, assicura la pubblicazione, nel proprio sito, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

Il Decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, intitolato “ Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” , con le modifiche introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016, ha ulteriormente inteso la trasparenza 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.

A tal proposito è utile evidenziare come anche l'ANAC abbia dettato delle linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016, con la Circolare n. 1310/2016.

Gli adempimenti degli obblighi ivi previsti sono vigilati dal Responsabile del Piano di prevenzione della corruzione e della Trasparenza, il quale provvede, in apposita sezione del presente Piano, cui si rinvia, a definire le misure, i modi e le iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

I soggetti Responsabili della pubblicazione, definiti come “ Fonte del dato”, avranno cura di salvaguardare il rispetto della Privacy di cui al Decreto Legislativo n.196/03, di cui al Regolamento UE 2016/679, entrato in vigore il 25 maggio 2018, nonché secondo le “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” emanate nel 2014 dal Garante.

Infatti, la Corte Costituzionale ha riconosciuto che entrambi i diritti sono «contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato» (C. Cost., sentenza n. 20/2019). Essa precisa che il bilanciamento della

trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità. L'art. 3 Cost., integrato dai principi di derivazione europea, sancisce l'obbligo, per la legislazione nazionale, di rispettare i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, pur al cospetto dell'esigenza di garantire, fino al punto tollerabile, la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.

Pertanto, al principio di trasparenza, nonostante non trovi espressa previsione nella Costituzione, si riconosce rilevanza costituzionale, in quanto fondamento di diritti, libertà e principi costituzionalmente garantiti (artt. 1 e 97 Cost.).

L'attività di pubblicazione dei dati nell'apposita sezione, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire comunque nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Trasparenza e prevenzione della corruzione si intersecano, quindi, a tal punto che l'ANAC ha voluto identificare in un solo soggetto il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza.

Il presente documento dedica un'apposita sezione alla trasparenza, all'interno della quale, oltre agli obblighi di pubblicazione ed alle relative tempistiche, sono indicati i soggetti a cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne all'Azienda ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

Vedi sezione dedicata alla trasparenza e Allegato "Elenco degli obblighi di pubblicazione".

Tutela del whistleblower

Il RPCT accerta che chi denuncia all'autorità giudiziaria, alla Corte dei conti, ovvero riferisca al superiore gerarchico, al RUP, ai soggetti apicali dell'Amministrazione condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato.

L'Azienda svolge a questo fine un'attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, impegnandosi ad adottare tutti gli accorgimenti tecnici e informatici per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni, non nel proprio interesse individuale ma nell'interesse pubblico, prevedendo un obbligo di riservatezza da parte del RPCT e delle persone da lui definite per gestire tali informazioni.

Con Comunicato del Presidente del 15 gennaio 2019, l'ANAC ha reso disponibile in open source il software per la gestione informatica delle segnalazioni degli illeciti, "Whistleblower", nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente, da parte dei pubblici dipendenti.

La piattaforma consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti, nonché la possibilità per il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità. Quest'ultima viene segregata dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo univoco generato dal predetto sistema, potrà "dialogare" con il RPCT in maniera spersonalizzata tramite la piattaforma informatica. Ove ne ricorra la necessità il RPCT può chiedere l'accesso all'identità del segnalante, previa autorizzazione di una terza persona (il cd. "custode dell'identità").

L'Azienda si è dotata di un proprio regolamento interno che ha disciplinato la materia già nel 2016, e con Delibera n. 2044 del 02 novembre 2021 si è proceduto con l'aggiornamento del Regolamento Aziendale per la "Promozione delle segnalazioni e delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti nell'interesse pubblico (WHISTLEBLOWER)", a seguito dell'adozione delle nuove Linee Guida ANAC in

materia, approvate con delibera n. 469 del 9 Giugno 2021, cui è stata data massima diffusione, utilizzando la piattaforma per la segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti con caratteristiche di tutela conformi alla Legge n. 179/17, fruibile da tutti i dipendenti, acquisita gratuitamente da Transparency International, con sottoscrizione di apposito protocollo nel marzo 2017, al Progetto Pilota avviato da Transparency International intitolato “health care integrityaction”, nella quale, nel momento dell’invio il segnalante riceve un codice che deve conservare per poter riaccedere alla segnalazione, verificare la risposta dell’RPC e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti e che, installata all’ interno del link “amministrazione trasparente”, è fruibile ai dipendenti e accessibile, con apposita password, al RPCT che potrà istruire il relativo procedimento garantendo comunque l’anonimato del segnalante.

La segnalazione anonima, ovvero priva di elementi che consentano di identificare l’autore, può essere effettuata in modalità online al seguente link: <https://aziendaospedaliierapoliclinicovittorioemanuele.whistleblowing.it/>; il regolamento e le modalità per effettuare le segnalazioni sono pubblicati sul sito web istituzionale, nella sezione “Amministrazione Trasparente” - Altri contenuti – Segnalazione di illeciti e irregolarità da parte dei dipendenti - Whistleblowing.

Codice di comportamento

Il Codice di comportamento, è un documento che contiene, da un lato, la dichiarazione dei valori, l’insieme dei diritti, dei doveri e delle responsabilità dell’Azienda nei confronti dei “portatori di interesse” (persona-cliente, dipendenti, fornitori) e, dall’altro, definisce l’etica di comportamento che deve essere tenuta dai propri dipendenti/ collaboratori/fornitori.

Come tale esso rappresenta uno strumento di prevenzione dei fenomeni corruttivi, nell’ampia accezione affermata dalla normativa e dai provvedimenti amministrativi in materia, è finalizzato a combattere e prevenire situazioni di “maladministration”, secondo la nozione di corruzione intesa in senso ampio, nonché a promuovere una cultura della legalità, del buon andamento e dell’efficacia dell’azione amministrativa e dell’attività sanitaria.

Tra gli obblighi previsti dal Codice di comportamento vi è quello di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

L'Azienda, al fine di prevenire i fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, ha adottato il proprio Codice di comportamento. Ciò a seguito di un processo di revisione allo scopo di adeguarlo alle modifiche normative e alle disposizioni ANAC, applicando quanto previsto nelle Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui alla determinazione 358/17.

All'esito di tale elaborazione, è stata attivata dall'RPCT una consultazione pubblica sulla bozza predisposta, e, a seguito di validazione dell'OIV, il testo è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale. Esso è stato pubblicato in apposita sezione del link "Amministrazione trasparente".

Il citato Codice costituisce una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in esso contenute regolano il comportamento dei dipendenti, integrando le disposizioni del D.P.R. 62/2013 (Codice di comportamento delle Pubbliche Amministrazioni). Esso prevede espressamente l'obbligo di rispettare le misure contenute nel presente Piano.

Il Codice di comportamento si applica ai dipendenti dell'Azienda, al personale universitario che opera all'interno della stessa, agli specializzandi, a tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo e ai dipendenti di ditte esterne limitatamente ai rapporti con l'Azienda medesima.

Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando va inserita la condizione dell'osservanza del Codice di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo dell'Azienda, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi o d'opere a favore dell'Azienda, nonché va prevista la risoluzione o la decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice.

Il Codice di comportamento individua nell' U.P.D. il soggetto aziendale cui fare riferimento in tutti i casi in cui si dovesse presentare una situazione incerta in merito all'applicazione delle disposizioni in esso contenute.

Copia del codice di comportamento viene consegnata all' atto della sottoscrizione dei contratti di lavoro e di conferimento di incarichi di collaborazione.

Nell'arco di vigenza del Piano, dovranno essere effettuati degli interventi formativi che abbiano ad oggetto la massima diffusione delle disposizioni del Codice tra i dipendenti.

Il Codice in vigore è consultabile sul sito web istituzionale.

La diffusione capillare, l'interpretazione e la violazione del Codice di comportamento a tutti i soggetti a cui è rivolto, rappresenta un indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche.

Sarà inoltre necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere di collaborare, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;
- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del Codice etico e di comportamento sono sanzionabili.

Al fine di consentire un adeguato monitoraggio e di garantire i flussi informativi necessari al RPCT per la redazione della relazione annuale, è previsto che l'Ufficio Provvedimenti Disciplinari (UPD) predisponga, con cadenza annuale, una relazione da consegnare al RPCT, nella quale venga dato atto dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, nonché delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza; mentre i dirigenti apicali dovranno relazionare sull' applicazione dello stesso nella struttura da essi

gestita, all'interno della propria relazione annuale ovvero segnalando all' RPCT, casi di violazione che diano luogo ad episodi di maladministration.

Rotazione del personale e segregazione delle funzioni

Con delibera n. 215 del 26.03.2019 l'ANAC ha prodotto le linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria.

L'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D. L.gs. n. 165 del 2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali “provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

La rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole condotte di natura corruttiva, le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

Tale provvedimento verrà assunto dal Direttore Generale. Tale misura:

- è obbligatoria in caso di reati di corruzione, facoltativa in caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la p.a.
- sarà disposta anche con riferimento a condotte corruttive tenute in altri uffici dell'amministrazione o in una diversa amministrazione.

Il provvedimento sarà disposto dal momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p.”.

La misura, pertanto, sarà applicata non appena l'amministrazione venga a conoscenza dell'avvio del procedimento penale. L' avvio del procedimento di rotazione richiederà l'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente. Ciò potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sulla

iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima.

Sul provvedimento è necessario l'interessato abbia la possibilità di esercitare il contraddittorio. Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

Il provvedimento avrà la durata di due anni. Decorso tale termine, in assenza di rinvio a giudizio, esso perderà la sua efficacia.

Nell'ambito del PNA la rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a rischio è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarità con le altre misure di prevenzione della corruzione, specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

In particolare, occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione, senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Infatti tale misura presenta non poche difficoltà, in considerazione del fatto che essa si pone in contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa che invece comporta la valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti. Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via di emergenza o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le

amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni". In materia di rotazione di incarichi, si deve tener conto, altresì, di quanto specificato dall'ANAC con la delibera 13/2015, secondo cui:

- la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici;
- la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato rischio tecnico.

Pertanto, non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.

Nel caso in cui sussista l'impossibilità oggettiva e motivata di rotazione, l'Azienda adotterà, in ogni caso, misure "rinforzate" sui processi in questione, quali l'introduzione del meccanismo della distinzione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni", con attribuzione a soggetti diversi dei compiti di:

- svolgere istruttorie ed accertamenti;
- adottare decisioni;
- attuare decisioni prese;
- effettuare verifiche.

Con deliberazione n. 2058 del 03 dicembre 2019, è stato approvato, dopo il passaggio sindacale, il Regolamento aziendale sulla rotazione del personale che determina criteri oggettivi ed univoci per orientare sia processi interni alle UU.OO. di esclusiva afferenza del Dirigente che per quelli tra diverse UU.OO., stabilendo le aree da sottoporre prioritariamente a rotazione, fissando la periodicità dei provvedimenti.

La rotazione del personale dipendente (Dirigenti e del Comparto) interessa le Strutture delle aree a rischio, così come mappate nel presente documento spetta al Dirigente responsabile per competenza gerarchica la programmazione, gestione e verifica della rotazione ove possibile.

In particolare la rotazione ordinaria riguarderà le seguenti Aree:

- Area amministrativa, professionale e tecnica;
- Area Sanitaria.

La rotazione ordinaria annuale viene programmata all'interno del PIAO aggiornato annualmente. La Direzione Strategica, disporrà la programmazione pluriennale della stessa conformemente alle disposizioni regolamentari. A tal fine il RPCT raccoglie le programmazioni dei Dirigenti responsabili delle aree a rischio e ne verifica l'attuazione.

In linea generale, e salvo impossibilità oggettive nell'applicazione, al fine di garantire un'efficace rotazione del personale, soprattutto negli Uffici individuati come a più elevato rischio di corruzione, si ribadiscono le seguenti misure, da porre in essere anche nella vigenza del presente Piano, a seguito di riorganizzazione di tutti i Settori:

- a. per il personale dirigenziale la durata di permanenza nell'Ufficio a più elevato rischio di corruzione non potrà essere superiore ad anni 3, compatibilmente con le esigenze organizzative e a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente. La responsabilità dell'Ufficio dovrà, pertanto, essere affidata ad altro dirigente dell'Azienda.
- b. per il personale non dirigenziale la durata di permanenza nell'Ufficio a più elevato rischio di corruzione non potrà essere superiore ad anni 3, compatibilmente con le esigenze organizzative e le concrete disponibilità di risorse.
- c. nel caso di più dipendenti con medesime funzioni, essi dovranno essere coinvolti in processi di periodica rotazione delle attività, a cura del Responsabile, per evitare il consolidamento di rapporti e relazioni con soggetti esterni;
- d. in atto si è realizzata, nell'ambito delle Unità Operative di area amministrativa, in cui ciò è stato possibile, una rotazione funzionale, attraverso la c.d. segregazione di funzioni, come modalità generalizzata di condivisione delle attività tra gli operatori, allo scopo di concretizzare forme di controllo reciproche che assicurino la massima

trasparenza interna delle stesse, evitando che un unico dipendente gestisca l'intero processo.

Al fine di evitare che l'effetto indiretto della rotazione possa comportare un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità, la rotazione del personale dovrà avvenire in maniera graduale, con priorità per le aree a maggiore rischio, sempre secondo criteri predeterminati dalla regolamentazione aziendale.

Prima di procedere all'effettiva rotazione del personale, nelle modalità possibili, dovrà essere svolta un'attività specifica di formazione, anche attraverso un tutoraggio, per un periodo non inferiore a mesi 3, del personale neo incaricato, affinché possa acquisire le conoscenze necessarie per lo svolgimento della nuova attività.

L'attività di formazione dovrà coinvolgere il personale in percorsi di aggiornamento, anche mediante sessioni formative in house, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori.

Dovrà essere cura dei Referenti degli Uffici interessati alla rotazione, sia segnalare il personale da inserire che realizzare i sopra indicati percorsi formativi.

Dell'avvenuta rotazione del personale e dell'attività formativa ad essa collegata, il Referente, dovrà dare tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione nella relazione prevista dal punto 11, oltre che per la predisposizione della relazione di cui all' art. 1 co. 14 del D.L.gs. 190/12.

Inconferibilità e Incompatibilità nel conferimento di incarichi dirigenziali

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati di controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

In particolare, il D.lgs n. 39/13 previsto:

- ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;

- ipotesi di inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano destinatari di sentenze di condanna per i delitti contro la pubblica amministrazione.
- ipotesi di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati

Ogni atto che sia posto in essere in contrasto con le limitazioni normativamente previste è nullo e a carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli, sono applicate specifiche sanzioni previste dall' art .18 del citato Decreto Legislativo.

Nel Decreto si definisce “inconfiribilità” la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che:

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

La condizione di inconfiribilità non può essere sanata. Qualora l'amministrazione venisse a conoscenza, nel corso del rapporto, di tali cause, pur se sussistenti in precedenza, il Responsabile della Prevenzione della corruzione, è tenuto ad effettuare, in contraddittorio, la contestazione all' interessato, che deve essere poi rimosso dall' incarico.

Con riferimento alle Aziende Sanitarie (deliberazione ANAC. N. 149 del 22.12.2014, intitolata ”Interpretazione e applicazione del D.l.gs n. 39 al Settore Sanitario) è stata limitata la sfera di applicazione obbligatoria delle citate dichiarazioni al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo e al Direttore Sanitario.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dal soggetto, secondo modello predisposto in atto dall'Assessorato della Salute (modello A) che è pubblicata sul sito dell'Azienda nella sottosezione denominata “ incarichi amministrativi di vertice”.

L' RPCT effettua il relativo controllo all' atto dell'incarico, relativamente al Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario mentre per il Direttore Generale i relativi controlli sono a cura dell'Ente conferente.

L'art. 1 del D.Lgs. n.39/2013, contiene la definizione di "incompatibilità". Si definisce "incompatibilità" l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che conferisce l'incarico.

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D. Lgs. N.39/2013. Esse possono essere rimosse mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Occorre verificare la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D.Lgs. n.39/2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi. Il controllo deve essere effettuato:

- all'atto del conferimento dell'incarico;
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt.15 e 19 del D.Lgs. n.39/2013 e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art.19 D.Lgs. n.39/2013). L'RPCT vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

In riferimento all'art. 20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, i soggetti interessati (Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente. La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda. Tale dichiarazione deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D.Lgs. n.39/2013) .

La delibera ANAC n. 833/16 contiene le “Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi” da parte del responsabile della prevenzione della corruzione, nonché la disciplina dell’attività di vigilanza e poteri di accertamento dell’Autorità in caso di incarichi inconferibili e incompatibili, anche alla luce degli ultimi orientamenti ANAC contenuti nella delibera n. 447/2019 e in successivi atti.

Ferme restando le sopracitate limitazioni di applicabilità per l’ambito sanitario.

L’RPCT provvede ad effettuare le consequenziali verifiche, di norma una volta l’anno, nei confronti del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, il cui esito è comunicato al Direttore Generale, stante che, per quest’ultimo, la competenza è in capo all’ Ente conferente.

Conflitto di interesse

Il conflitto di interesse è un tema di particolare rilevanza all’interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e soggetti esterni; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.

In termini generali, si può affermare che si è in presenza di un conflitto di interessi “quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l’interesse primario di un’altra parte”. L’interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l’oggettività della informazione scientifica, ecc.; l’interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc.

L’Azienda, proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e dal Codice di comportamento aziendale, dispone che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono

coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Le suddette dichiarazioni pubbliche di interessi rappresentano un'ulteriore misura di prevenzione della corruzione da inserirsi tra le azioni di contrasto a potenziali eventi a rischio corruttivo che possono riguardare trasversalmente le aree sopra indicate.

Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità sia uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

Fermi restando gli obblighi di legge previsti per i casi specifici, al fine di far emergere possibili conflitti di interesse con l'attività della struttura di assegnazione e con i compiti affidati, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento DPR 62/2013, ogni lavoratore, quando viene assegnato ad una struttura (Settore, servizio, ufficio di staff o U.O.C. assistenziale) è tenuto a informare il relativo responsabile di tutti i rapporti di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, secondo le precisazioni richieste dal Codice stesso e mediante la compilazione del modello di cui all' Allegato "Dichiarazione pubblica di interessi - Area Sanitaria" al presente Piano, elaborato dall' Assessorato della salute,

se trattasi di Dirigente sanitario e del modello di cui all' Allegato "Dichiarazione sul conflitto di interessi" se trattasi di altro dipendente e/o consulente o collaboratore.

La disposizione si applica:

- o a tutto il personale dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e a tempo determinato;
- o a tutto il personale universitario integrato nell'attività assistenziale;
- o a tutto il personale dipendente di altre pubbliche amministrazioni, acquisito in comando o distacco, ivi compreso il personale che opera in ambito aziendale a titolo di "comando finalizzato";
- o a tutto il personale che opera in azienda con altre forme di lavoro flessibile.

La comunicazione va prodotta all'atto dell'assunzione/reclutamento e della prima assegnazione e ogni qual volta l'operatore venga assegnato ad una diversa struttura organizzativa, ovvero annualmente e ogni qualvolta vi sia un mutamento tale da richiedere apposita segnalazione.

In base al Codice di comportamento, il dovere di astensione è d'obbligo anche per tutti i soggetti che operano, sia pure occasionalmente, in nome e nell'interesse dell'Azienda che si trovano ad avere un interesse attualmente o potenzialmente in conflitto con quello dell'Azienda stessa (es. cointeressenze con fornitori o clienti) o che potrebbe interferire con la capacità di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi dell'Azienda. Tali soggetti devono astenersi dal porre in essere ogni atto in merito e segnalare la sussistenza del conflitto al diretto superiore o ad altra funzione aziendale, affinché compiano le opportune valutazioni.

Le violazioni delle norme in tema di conflitto di interessi possono dare luogo, oltre all'invalidità del procedimento e del suo provvedimento conclusivo, a responsabilità di carattere civile, penale, amministrativo, contabile e disciplinare, nonché a conseguenze/sanzioni di carattere pecuniario, in relazione alle fattispecie considerate. Si ricorda la delibera n. 494 del 5 giugno 2019 dell'ANAC "Linee guida per l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici", che espressamente richiede alle stazioni appaltanti di individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti. Più marcatamente il PNA 2022, adottato con deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, ne

disciplina in apposita sezione, cui si rinvia, l'inquadramento normativo e l'ambito di applicazione dell'art. 42, d.lgs. n. 50/2016, circa il conflitto di interessi in materia di contratti pubblici

Più in generale, la segnalazione del conflitto deve essere visionata dal Dirigente apicale presso cui presta servizio il dipendente in posizione di conflitto. Il Dirigente medesimo, esaminate le circostanze, valuterà la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, compilando l'apposita sezione dell'Allegato "Dichiarazione sul conflitto di interessi" al presente Piano, comunicando l'esito della valutazione al dipendente, sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte del dipendente medesimo.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, esso dovrà essere affidato dallo stesso Dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il medesimo Dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. La violazione di questa disposizione costituirà fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Con deliberazione n.780/2019, è stato costituito il Comitato paritetico multidisciplinare (Azienda- Università) per la valutazione dei conflitti di interesse con funzioni consultive in riferimento alla valutazione delle dichiarazioni di maggiore complessità effettuate dai dirigenti aziendali ed allo scopo di supportare il singolo Responsabile nella valutazione di situazioni che possano dare luogo ad indebite influenze nello svolgimento di funzioni istituzionali.

Qualora il conflitto di interesse riguardi il dirigente apicale sarà il Direttore di Dipartimento o il Direttore Amministrativo e Sanitario, secondo le rispettive competenze a valutare le iniziative da assumere.

Sull'applicazione di tale misura sono previsti due livelli di controllo:

- il monitoraggio tramite verifica effettuata dal Direttore dell'Unità Operativa sulle dichiarazioni rese dai dipendenti o per quest'ultimo a cura del Direttore del Dipartimento o, in mancanza, del Direttore Sanitario o del Direttore Amministrativo per area di competenza
- un'ulteriore verifica a campione sul monitoraggio effettuato a cura del Servizio ispettivo.

I Direttori delle UU.OO. dovranno rilevare e comunicare, con cadenza annuale, alla Direzione Generale e all' RPCT la sussistenza di eventuali conflitti di interesse verificatisi nelle UU.OO. di competenza, le ragioni che hanno determinato l'obbligo di astensione ed i conseguenti adempimenti adottati.

I Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi dell' art 1 comma 9, lett e) , Legge n. 190/2012, devono monitorare i rapporti tra l'Amministrazione ed 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. Detta attività dovrà essere riportata dai Referenti nella relazione di cui al punto 11.

I Responsabili delle UU.OO.CC., annualmente, sottoporranno ai dipendenti dichiarazione sottoscritta di assenza di conflitto di interesse, predisposta all'uopo e ne cureranno, la trasmissione, in uno alla propria (che verrà vagliata dal Direttore del Dipartimento o, in mancanza, dal Direttore Amministrativo o Sanitario competente per area), all' U.O.C. Gestione delle Risorse Umane, la quale provvederà a raccoglierle, compilare appositi elenchi per la verifica di completezza, sollecitando i Responsabili eventualmente inadempienti.

Gli elenchi così formati verranno trasmessi formalmente al Servizio Ispettivo per le opportune verifiche da effettuarsi a campione, nell' arco dell'anno, secondo criteri predeterminati. Di ciò il Servizio Ispettivo redigerà report riepilogativo da inviare all' RPCT e da pubblicare in forma aggregata, a tutela della privacy.

Con riferimento, ai collaboratori esterni, ai fornitori e alle ditte appaltatrici, i Responsabili delle UU.OO. che cureranno la sottoscrizione delle relative dichiarazioni, provvederanno altresì alle opportune verifiche.

In caso di incarichi di consulenza e collaborazione comunque denominati, l'ufficio conferente provvederà alla loro raccolta nonché ad effettuare apposita verifica sulla insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse.

I professionisti, sia di area Sanitaria che amministrativa, nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione di risorse e di processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca,

sperimentazione, sponsorizzazione, o possano comportare rapporti con società esterne, devono rendere conoscibili le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli, anche con riferimento ai prossimi congiunti.

Nell'ambito dello svolgimento di attività di ricerca, insegnamento, produzione scientifica il personale aziendale è altresì tenuto a rendere evidente l'assenza di situazioni di conflitto di interessi o la sussistenza di eventuali contributi economici esterni.

Tutti i dipendenti sono chiamati, nei loro rapporti esterni, a curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

Tutti i dipendenti avranno altresì cura di comunicare al datore di lavoro le informazioni di garanzia ricevute nonché le sentenze di condanna, anche non definitive, pronunciate nei propri confronti per i reati di cui al capo I del titolo II del Libro II del c.p., nonché ogni altra informazione su atti e procedimenti di cui siano fatti oggetto che possano avere rilevanza in relazione allo svolgimento della propria funzione.

Pantouflage

A decorrere dall'anno 2016, si è disposto l'inserimento della seguente clausola negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori: "L'aggiudicatario, con la sottoscrizione del presente contratto, dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D. L.gs. 265/2001.".

E' fatto divieto per il dipendente cessato dal servizio di svolgere attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dei poteri negoziali e autoritativi esercitati in favore degli stessi. Tale divieto è da intendersi esteso a tutti i soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, quindi a coloro che sono legati alla Pubblica Amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, determinato o

autonomo (parere ANAC AG/2 del 4/02/2015). L' intervento dell'Anac in materia si esplica in termini sia di vigilanza sia di funzione consultiva. L'attività di vigilanza è svolta nell'esercizio dei poteri conferiti dall'art. 16 del d.lgs. 39/2013, tenuto conto del richiamo al divieto di pantouflage operato nel medesimo decreto (art. 21). La funzione consultiva è riconosciuta dalla l. 190/2012, art. 1, co. 2, lett. e), potendo esprimere l' ANAC «pareri facoltativi in materia di autorizzazione, di cui all'art. 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ss.mm.ii, allo svolgimento di incarichi esterni da parte dei dirigenti amministrativi dello Stato e degli enti pubblici nazionali, con particolare riferimento all' applicazione del comma 16 ter introdotto dal comma 42, lett. l).

I dipendenti con poteri autoritativi o negoziali sono soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della P.A., i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici o che comunque hanno il potere di incidere in modo determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (perizie, pareri, certificazioni) che vincolano in maniera significativa la decisione della P.A..

Pertanto, il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia sottoscritto l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Le conseguenze della violazione del divieto di pantouflage attengono in primo luogo alla nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati.

Inserimento nei contratti individuali di lavoro della clausola di presa visione del divieto di pantouflage, dichiarazioni e controllo sui cessati

In ottemperanza di quanto previsto all'art. 53, comma 16 ter del D. Lgs. n. 165/2001, che dispone l'inserimento della clausola di pantouflage, negli schemi di contratti pubblici di acquisizione di beni e servizi e di affidamento di lavori, in base alla quale "L'aggiudicatario dichiara che, a decorrere dall'entrata in vigore del comma 16 ter dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 (28.11.2012), non ha affidato incarichi o lavori retribuiti, di natura autonoma o subordinata, a ex dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art.1, comma 2, del medesimo decreto, entro tre anni dalla loro cessazione dal servizio, se questi avevano esercitato, nei confronti

dell'aggiudicatario medesimo, poteri autoritativi o negoziali in nome e per conto dell'Amministrazione di appartenenza, consapevole del divieto di conferire tali incarichi previsto dall'art.16-ter del D.LGS. 265/2001", l'Azienda ha previsto prevede di inserire nei nuovi contratti individuali dei propri dipendenti una clausola di prescrizione del suddetto divieto.

Per consentire il rispetto del succitato divieto, il Responsabile del settore Risorse umane curerà l'inserimento nei contratti di assunzione del personale, della clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa a qualsiasi titolo (subordinata o autonoma) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti di destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. Ciò al fine di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Ciascun dipendente che eserciti i poteri autoritativi e/o negoziali avrà l'obbligo, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, che sarà raccolta dal Responsabile delle Risorse umane.

Più segnatamente, come ribadito anche nel PNA 2022, adottato con deliberazione ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, che ne disciplina in apposita sezione, cui si rinvia, il dettaglio dell'istituto, i Direttori delle UU.OO.CC. settore Acquisti e Logistica, settore Risorse Tecniche e Tecnologiche, settore Affari Generali, sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per conto della Azienda per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi dell'art. 71 del d.lgs. n. 50/2016;

Conseguentemente:

- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione descritta in precedenza;
- è fornita tempestiva informativa dei fatti, a cura dei Direttori delle UU.OO. citate, al Responsabile del Servizio Legale dell'Azienda, affinché si agisca in giudizio

per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art.53, comma 16 ter, D.Lgs. n.165/2001.

L' RPCT, qualora venga a conoscenza della violazione del divieto di pantouflage da parte di un ex dipendente, dovrà segnalare detta violazione all'ANAC e all'amministrazione presso cui il dipendente prestava servizio ed eventualmente anche all'Ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

Patti di integrità

Il Patto di integrità in materia di contratti pubblici costituisce un accordo tra la stazione appaltante e i soggetti partecipanti alle gare i quali si vincolano al mantenimento di condotte improntate a principi di trasparenza e legalità e rappresenta una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici.

Il Patto di integrità rappresenta quindi una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel delicato settore dei contratti pubblici e si applica alle procedure di affidamento.

L'Azienda, al fine di rafforzare le condizioni di legalità e sicurezza nella gestione degli appalti e dei contratti pubblici, con deliberazione n. 203 del 9/5/2013, ha aderito al Protocollo di Legalità – Accordo di Programma Quadro “Carlo Alberto Dalla Chiesa”. In detto Protocollo è previsto un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti. Pertanto, gli Uffici competenti sono tenuti ad inserire in tutti gli avvisi di gara, a pena di invalidità, l'espressa previsione che il mancato rispetto delle clausole contenute nella suddetta deliberazione costituisce causa di esclusione dalla gara.

Relativamente al Patto d' integrità, esso è richiesto dall'Azienda in qualità di stazione appaltante ai partecipanti alle gare aziendali (Determinazione n. 4/12- A.V.C.P.). Nelle procedure di gara per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori si dovrà procedere a fare sottoscrivere, a pena di esclusione, alle Ditte partecipanti tale Patto di Integrità. Negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito dovrà essere inserita la clausola che il mancato rispetto del patto d'integrità sottoscritto dà luogo all'esclusione

dalla gara e alla risoluzione del contratto. La mancata previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della predetta clausola di salvaguardia, e/o la mancata verifica della sottoscrizione del Patto d'Integrità costituiscono violazioni dei doveri del pubblico dipendente.

Nell'ambito dei processi finalizzati alla prevenzione del rischio corruzione in materia di appalti, si inseriscono le disposizioni contenute nel Regolamento del 9 dicembre 2014, adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, che prevedono, per le stazioni appaltanti, la facoltà di avvalersi dell'attività di vigilanza collaborativa, anche preventiva, da parte dell'Autorità, secondo le modalità indicate all'art. 4 del citato provvedimento.

Conformemente a quanto suggerito nelle Linee guida adottate dall'ANAC con la delibera n. 494/2019 sui conflitti di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici verrà predisposto l'inserimento, a cura dei competenti Settori Aziendali, nei protocolli di legalità e/o nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari, mediante cui richiedere la preventiva dichiarazione sostitutiva della sussistenza di possibili conflitti di interesse rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interesse che insorga successivamente, con la previsione altresì, di sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti.

Sempre in materia di vigilanza collaborativa, più di recente l'A.O.U. Policlinico di Catania ha sottoscritto un Protocollo D'intesa con il Comando Provinciale della Guardia di Finanza di Catania, giusta deliberazione n. 186/2022, con il quale le parti alimentano una reciproca collaborazione, nell'ambito dei rispettivi fini istituzionali e in attuazione del quadro normativo vigente, allo scopo di rafforzare il sistema di prevenzione e contrasto delle condotte lesive degli interessi economici e finanziari pubblici connessi alle misure di sostegno e o di incentivo, per le quali è già stato perfezionato l'iter di concessione, di competenza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico - San Marco" di Catania, con particolare riferimento al settore delle prestazioni sociali agevolate, spese previdenziali, spese sanitarie e appalti.

Svolgimento di incarichi extra istituzionali ex art. 53 del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.

Una pluralità di incarichi in capo al dipendente, dirigente o funzionario, potenzialmente può produrre un rischio di sviare l'attività amministrativa verso finalità private, creando situazioni anche potenziali di conflitto di interesse.

Al fine di determinare degli interventi per la prevenzione di fenomeni corruttivi, è stata predisposta apposita procedura e modulistica aziendale per l'autorizzazione degli incarichi extraistituzionali ai sensi dell'art 53 del D.lgs. n. 165/2001 così come modificato dalla Legge n. 190/12.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per l'Azienda di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, co. 12).

E' stato altresì redatto specifico Regolamento a cura dell'U.O.C. Settore Risorse Umane, approvato con delibera n.429 del 16.04.2017, ed aggiornato con deliberazione n. 2005 del 22.10.2021 allo scopo di realizzare una disciplina compiuta e diffusa che rappresenti una misura di prevenzione del rischio, attraverso lo svolgimento di attività di controllo a campione, compiuta dalla medesima Unità Operativa.

L'elenco degli incarichi autorizzati e/o conferiti al personale, viene pubblicato nell'apposita sezione di "amministrazione trasparente, in uno con il link di collegamento "Pubblicazione banche dati, Art. 9 bis D. Lvo 33/2013" e tempestivamente aggiornato a cura dell'ufficio preposto. Nel corso dell'anno 2023 saranno attivate iniziative di formazione/informazione sviluppate sia nell'ambito dei Piani formativi, sia mediante la diffusione capillare del suddetto regolamento.

Il Servizio ispettivo deve effettuare annualmente un numero di controlli a campione sulle autorizzazioni concesse nel corso dell'anno di riferimento, con particolare riguardo al rispetto dell'obbligo di svolgere l'attività autorizzata al di fuori dell'orario di servizio.

Collegamento al ciclo della performance

Nel presente Piano sono resi espliciti i collegamenti tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione e gli obiettivi di performance organizzativi e individuali e gli obiettivi strategici. Il RPCT ha individuato gli obiettivi, condivisi con i

responsabili delle Strutture interessate, da assegnare ai singoli uffici, così come condivisi con la Direzione Strategica Aziendale.

In tale ottica la sezione anticorruzione e trasparenza deve coordinarsi e collegarsi con la sezione della Performance (art. 10, comma 1, lettera a) del D. Lgs. 27.10.2009, n. 150 e s.m.i.), in quanto è in tale documento che sono individuati, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda. Esso definisce, inoltre, gli elementi fondamentali su cui si imposterà la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Inoltre, l'art. 10, co. 3, del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisca obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.

Si evidenzia, in ultimo, il ruolo del O.I.V. - già coinvolto nella validazione del ciclo della performance - circa la verifica e l'attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza, nonché in merito alla verifica dell'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione, così come disposto dal D. Lgs n. 33/2013 e s.m.i..

Le misure specifiche

In ottemperanza a quanto previsto dai PNA 2022, sono state individuate misure specifiche relative alle singole aree di rischio suddivise per area di interesse e che si aggiungono a quelle generali trasversali riportate nei punti precedenti.

Nell'Allegato "Mappature sul processo di gestione del rischio" del PIAO si descrivono una serie di misure generali e specifiche di trattamento del rischio, con individuazione di una o più responsabili per l'attuazione, di una tempistica per il suo raggiungimento e un indicatore di monitoraggio sullo stato di avanzamento.

Tali misure, definite in accordo con i Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate delle aree a maggior rischio corruttivo sulla base delle indicazioni di ANAC, sono volte a ridurre eventuali manifestazioni di casi di corruzione e malpratiche, nonché a creare un contesto sfavorevole per la corruzione.

a. Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

I Referenti, ai sensi dell'art. 1, comma 28, della Legge n.190/2012 devono monitorare i termini per la conclusione dei procedimenti, dandone comunicazione tempestiva al Responsabile della prevenzione della corruzione. I Referenti riferiscono, nella relazione di cui al punto 11 del presente Piano, al Responsabile della prevenzione della corruzione su:

dati relativi al numero dei procedimenti adottati;

numero dei procedimenti conclusi;

numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione 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.

A tal fine verranno effettuate richieste periodiche di cui il RPCT darà specifica evidenza.

b. Prevenzione della corruzione nella formazione delle commissioni e degli uffici

Il contrasto a fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la previsione di condizioni ostative alla partecipazione a commissioni di concorso o di gara e allo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli Uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Le limitazioni non si configurano come una misura sanzionatoria, bensì hanno natura preventiva e mirano a evitare che i principi di imparzialità e buon andamento dell'agire amministrativo siano o possano apparire pregiudicati a causa di precedenti comportamenti penalmente rilevanti, proprio con riguardo ai reati contro la p.a.

Ai sensi dell'art. 35 bis del D.L.vo 165/2001 inserito dall'art. 1 comma 46 della Legge 190/2012, coloro che sono stati condannati anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del Titolo II del Libro II del c.p. non possono: fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione

o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016).

La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

I Responsabili dei Settori coinvolti nelle citate aree di attività avranno cura di assicurare l'applicazione di tali divieti, attraverso una procedura di verifica e di adottare una modulistica uniforme per la raccolta delle dichiarazioni nonché di relazionarne periodicamente all'RPCT.

Ciascun dipendente ha conseguentemente l'obbligo di comunicare all'amministrazione le sentenze di condanna, anche di primo grado, pronunciate nei propri confronti per reati contro la Pubblica Amministrazione, determinando l'omissione in quanto violazione della prescrizione del PTPCT, illecito disciplinare.

c. Misure di prevenzione ulteriori. Liste d' Attesa

Al fine di monitorare efficacemente un'area ritenuta di prioritaria importanza nel PNA, l'Azienda, ha voluto rafforzare la trasparenza nel sistema di accesso alle prestazioni specialistiche, innanzitutto conformandosi alle prescrizioni dell' art. 33 del d.lgs. 97/2016 che, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute all'art. 41, co. 6, d.lgs. 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste in apposita sezione.

Ciò limita il rischio che l'incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle prestazioni in regime di attività istituzionale possa violare il diritto di libera scelta del paziente. Infatti, vengono pubblicate le agende di prenotazione, in uno al monitoraggio sui tempi di attesa delle prestazioni critiche.

Tali funzioni di consultazione sono disponibili anche con l'utilizzo di apposita app da smartphone per la lettura dei codici a barre.

Si rappresenta altresì questa Azienda ha aderito alla Gara centralizzata per un sistema unico di prenotazione su base provinciale, che è stata aggiudicata, al quale è previsto un sovra CUP regionale istituito dall' Assessorato che svolge la funzione di coordinamento.

Tutto ciò allo scopo di recepire ogni accorgimento organizzativo volto a ridurre il rischio che può essere legato al fenomeno del drop out, ovvero al caso delle prenotazioni regolarmente raccolte dal CUP ma che non vengono eseguite a causa dell'assenza del soggetto che ha prenotato.

d. I Regolamenti aziendali/ Linee Guida/ Procedure

L' Azienda, al fine di determinare apposita disciplina di una serie di aspetti ritenuti pregnanti della propria attività, nonché suscettivi di creare situazioni di discrezionalità o di molteplicità interpretative, che possano rappresentare distorsioni del sistema, ha redatto una serie di atti Regolamentari, pubblicati nella sezione del Link "amministrazione trasparente" denominata Atti generali – Regolamenti aziendali.

Ciò anche al fine di rendere maggiormente trasparente l'organizzazione aziendale, nonché consentire un approccio sistemico alle diverse attività dando evidenza e specifica disciplina a tutta una serie di attività ritenute pregnanti e significative per la Direzione Strategica Aziendale.

e. Monitoraggio e riesame

Il PIAO e in particolare la sezione dell'anticorruzione e trasparenza, PTPCT richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, sia dai Referenti per l'anticorruzione e la trasparenza, che da parte dell'O.I.V.

L'attività di monitoraggio consta di due livelli:

- Monitoraggio di primo livello affidato ai Referenti del RPCT e ai Direttori/Dirigenti Responsabili delle strutture interessate agli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Si tratta di un monitoraggio in autovalutazione e generalmente è accompagnato da verifiche successive del RPCT. Gli esiti del monitoraggio sono documentati da schede di rilevazioni o relazioni periodiche;

- Monitoraggio di secondo livello affidato al RPCT con il personale di supporto, anche attraverso un campionamento delle misure da sottoporre a verifica. Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente documento e riferisce alla Direzione Strategica dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche.

L'audit svolto dal OIV è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. L.gs. n. 150/2009 (in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti).

Inoltre, il RPCT propone i necessari adeguamenti al presente documento dovuti a novità normative o attinenti all'attività ed all'organizzazione dell'Azienda.

Per i monitoraggi, sugli adempimenti di cui alle misure specifiche di prevenzione della corruzione previste dalla presente sezione, si rimanda sempre all'Allegato "Mappature sul processo di gestione del rischio".

Al fine di garantire una effettiva azione di prevenzione e controllo, il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, può in qualsiasi momento chiedere ai dipendenti che hanno istruito un procedimento e ai dirigenti che hanno approvato e sottoscritto il provvedimento finale, di dare adeguata motivazione in ordine alle circostanze di fatto ed alle ragioni giuridiche sottese all'adozione dello stesso. Inoltre, il medesimo responsabile potrà chiedere, in qualsiasi momento, delucidazioni su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possano, anche solo potenzialmente, integrare rischi di corruzione ed illegalità, dandone sollecita informazione al Direttore Generale.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, inoltre, potrà richiedere ai Referenti di cui al punto 11 del presente Piano, la documentazione relativa a qualsiasi procedura amministrativa, al fine di verificare l'effettiva attuazione delle disposizioni di cui al presente Piano, procedendo a dei controlli a campione. Analoghe richieste potranno essere effettuate al servizio Ispettivo Aziendale, nonché all' UPD.

Saranno altresì somministrati ai Referenti / Direttori di UU.OO. appositi moduli di monitoraggio che, opportunamente compilati dovranno essere trasmessi con completezza di dati e tempestivamente.

LA TRASPARENZA

La trasparenza costituisce una modalità efficace non soltanto nella prevenzione della corruzione ma anche quale strumento di dialogo con i cittadini e le imprese.

Il presente piano contiene le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente ed è volta, così come richiesto dalla normativa in materia, a garantire:

- 1) un adeguato livello di trasparenza;
- 2) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità

ed è stato redatto tenendo conto delle rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente ed, in particolare, del D. L.gs. 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche».

In particolare, modifiche significative sono state apportate al D. L.gs. n. 33/2013, ridefinendo l'ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione degli obblighi in materia di trasparenza ed introducendo una nuova forma di accesso civico ai dati, documenti ed informazioni, anche se non sono stati resi pubblici, detenuti dalle pubbliche amministrazioni e dai soggetti individuati nel D.L.gs. n. 97/2016, in analogia agli ordinamenti aventi il "Freedom of information act" (F.O.I.A.).

Sotto l'attuale regolamentazione, la Trasparenza rappresenta ancor più e ancor meglio, lo strumento principale di partecipazione dei cittadini all'attività della Amministrazione ed è funzionale a tre scopi:

- a. assicurare la conoscenza con funzione informativa, da parte dei cittadini, dei servizi resi dall'amministrazione, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;

- b. sottoporre a controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento anche attraverso dinamiche interattive con l'utenza;
- c. prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità, evitando il ricorso a procedure prive della dovuta evidenza e riscontrabilità.

La stessa Corte Costituzionale ha evidenziato come la trasparenza amministrativa con la legge 190/2012 è divenuta principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione.

L'Azienda ha ormai recepito ed applicato i seguenti principi generali:

- a. superamento della logica dell'adempimento normativo a favore dell'autonoma iniziativa delle amministrazioni;
- b. sviluppo delle connessioni tra PTPCT e Piano della Performance;
- c. pieno coinvolgimento degli stakeholder interni e esterni nel processo di elaborazione del Piano e opportunità della rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti;
- d. sistematizzazione del novero dei dati da pubblicare anche in funzione di una maggiore fruibilità da parte degli stakeholder interni ed esterni dell'Amministrazione adeguandosi anche alle modifiche normative e alle indicazioni dell'ANAC;
- e. attenzione alla utilizzabilità effettiva e alla qualità dei dati pubblicati e previsione di misure per la rilevazione del grado di utilizzazione degli stessi;
- f. predisposizione ed attuazione di iniziative volte a favorire la cultura dell'integrità e la promozione della legalità (Pillole per la Trasparenza e Poster contro la corruzione in sanità, nonché giornate di formazione);
- g. implementazione e sviluppo dei sistemi di monitoraggio sull'attuazione del Piano;
- h. pieno coinvolgimento della Direzione strategica e dei dirigenti responsabili dell'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati e delle iniziative in materia di trasparenza e integrità;
- i. garanzia di un livello massimo di attenzione alla trasparenza stante la funzione cruciale di strumento di prevenzione di fenomeni corruttivi, attraverso la sistematizzazione e diffusione di processi e attività,
- j. promozione di maggiori livelli di trasparenza che, ai sensi dell'art 10 co.3 del D.L.gs n. 33/13 novellato, costituisce obiettivo strategico dell'amministrazione.

Questa Amministrazione infatti, sin dal 2013, con la prima edizione del Programma, ha consolidato un atteggiamento di apertura e disponibilità ad un controllo pubblico sul proprio operato accedendo ad una logica di Open Government che metta al centro la comunicazione, il contatto e la collaborazione con i cittadini, focalizzando i processi decisionali sulle effettive esigenze e necessità del contesto di riferimento.

I tratti distintivi dell'Open Government infatti sono:

- a. centralità del cittadino,
- b. amministrazione partecipata e collaborativa,
- c. trasparenza, apertura dei dati e delle informazioni, comprensibilità della stessa e loro condivisione attraverso le nuove tecnologie digitali (Internet e il Web).

In particolare, nell' Azienda sanitaria, l'accessibilità e comprensibilità delle informazioni diventa compiuta quando il cittadino utente è messo in condizione di individuare agevolmente e in modo chiaro il luogo e la modalità di erogazione del servizio e/o della prestazione (Carta dei servizi, liste d' attesa, criteri di determinazione delle stesse, organizzazione aziendale, dati sui pagamenti della P.A., Costi contabilizzati, Piano degli esiti).

In questo senso, la “evoluta” nozione di trasparenza si muove su tre piani tra loro collegati:

- a. una posizione soggettiva garantita al cittadino;
- b. un risultato che l'Azienda è chiamata a perseguire
- c. uno strumento di gestione della res publica per garantire il “miglioramento continuo” nell'uso delle risorse e nell'erogazione dei servizi al pubblico.

L' espletamento degli obblighi di trasparenza sempre di più diviene strumento operativo, misura di prevenzione della corruzione e modalità comportamentale dell'agire amministrativo, di cui costituisce regola comprimibile solo in relazione ad ipotesi precise e determinate. Il cittadino è posto in tal modo nella condizione di essere facilitato alla conoscenza dei flussi informativi.

Adempimenti in materia di trasparenza

Gli adempimenti degli obblighi previsti dal D. Lgs. n.33/2013, novellato dal D. Lgs. n. 97/2016, sono esplicitati nella tabella allegata al presente Piano Allegato “Elenco degli obblighi di pubblicazione”.

Sarà cura del RPCT, a cui compete la definizione delle misure, definire i criteri e le iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

In attesa di una posizione precisa da parte del legislatore e dell'Autorità in merito all'applicazione dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., l'Azienda ha sospeso, in via provvisoria e precauzionale, la pubblicazione sul sito web istituzionale - Sez. Amministrazione Trasparente - Personale - Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) i dati di cui all'art. 14 co. 1 lett. f del predetto art. 14 D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., che sono comunque stati raccolti sia per il personale ospedaliero che per gli universitari.

Con Deliberazione 495 del 25.09.2024 l'ANAC ha approvato i nuovi schemi di pubblicazione ai sensi dell'art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto, concedendo alle Amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle sezioni AT rispetto ai predetti schemi relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31. Ciò al fine di avere maggiore tempo per adeguare i propri sistemi.

Ciascun Responsabile di struttura garantisce la pubblicazione sul sito web istituzionale delle informazioni relative agli obblighi di pubblicità e trasparenza di competenza, secondo criteri di accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, sempre nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela della protezione dei dati personali e sensibili.

In un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne dell'Azienda, ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza, si precisa che i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni sono indicati nella tabella Allegato "Elenco degli obblighi di pubblicazione". Detti responsabili, dovranno individuare i referenti interni che si occuperanno dei rapporti diretti con RPCT e i suoi collaboratori, sia per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione, sia per quanto concerne il raggiungimento dei risultati circa le misure e gli adempimenti assegnati in tema di prevenzione della corruzione.

L'aggiornamento dei dati contenuti nella sezione "Amministrazione Trasparente" deve avvenire a cura del responsabile/referente individuato ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti; la

struttura responsabile della pubblicazione provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale tempestivamente, eliminando o archiviando altresì le informazioni superate.

Le tempistiche di pubblicazione indicate nell'Allegato "Elenco degli obblighi di pubblicazione", quant'anche individuate come tempestive, salvo diversa disposizione normativa o regolamentare, devono avvenire entro il termine breve di 30 gg. successivi all'adozione.

La mancata collaborazione al RPCT da parte dei Dirigenti e Responsabili della pubblicazione dei dati sarà considerata ai fini delle sanzioni disciplinari previste dalle norme e per la valutazione negativa della performance. In particolare nei confronti del responsabile della pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 co. 1-ter, relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, in caso di mancata pubblicazione, si applica la sanzione prevista dalla normativa vigente.

Oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti, un maggiore livello di trasparenza costituisce per l'Azienda obiettivo strategico, che si tradurrà in obiettivi organizzativi e individuali; come suggerito dall'ANAC rientra tra questi obiettivi la pubblicazione di "dati ulteriori" in relazione a specifiche aree a rischio, che verranno concordati tra il RPCT ed i responsabili di Struttura. L'ostensione di questi dati on line avverrà nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.

La mancata o incompleta pubblicazione delle informazioni di cui sopra costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici, ed è comunque valutata ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs n. 165/2001, ivi compresi i profili di responsabilità disciplinare.

Il Direttore dell'U.O.C. Risorse Umane assicura, tramite il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la pubblicazione del collegamento dei dati dei consulenti e collaboratori ai fini dell'accessibilità ai sensi dell'art. 4, comma 5, del decretollegge 31 agosto 2013, n. 101, convertito con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125.

Competenza nel procedimento di elaborazione e adozione della Sezione

Il Responsabile aziendale della Trasparenza coincide con quello per la prevenzione della corruzione ed è stato nominato con Delibera del Direttore Generale N. 469 del 28.02.2023.

Come Responsabile della Trasparenza svolge le seguenti funzioni:

- a. Aggiorna la presente sezione del PTPCT, all'interno della quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza anche come misura anticorruzione;
- b. Controlla la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.lgs. 33 del 2013;
- c. Controlla la regolare attuazione dell'accesso civico generalizzato e valuta in seconda istanza eventuali dinieghi da parte dei detentori del dato ai sensi dell' art. 5 c.2 del D.Lgs n. 33/13 e ss.mm. ii.
- d. Segnala i casi di inadempimento o di parziale adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa, all'ufficio di disciplina ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Per i casi più gravi, egli effettua la segnalazione alla Direzione Strategica e/o all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Ai fini dell'individuazione dei contenuti da pubblicare, un ruolo fondamentale è quello svolto dalle unità operative deputate alla produzione dei dati. Infatti, autore del dato è il Dirigente Responsabile il quale ne attesta la veridicità, la congruenza, la completezza e la correttezza, nonché l'aggiornamento.

I dirigenti delle diverse Strutture garantiscono, ai sensi dell'art.43, comma 3 D.L.gs n. 33/13, il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e effettuano la relativa pubblicazione ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e sono soggetti all'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 47 del medesimo decreto. Sono inoltre responsabili dell'attuazione della parte della presente Sezione con riferimento alle informazioni di propria competenza. Il Servizio Flussi Informativi Aziendali, con il proprio responsabile, fornirà i necessari supporti informatici.

I relativi flussi informativi rientrano nel processo di "Valutazione della Performance della Dirigenza Aziendale" con indicatori di misura e di risultati definiti nella scheda

di budget, operando così il necessario raccordo con il ciclo della Performance aziendale

Sono coinvolti nell'individuazione dei contenuti della Sezione:

- Direzione Generale
- Direzione Sanitaria
- Direzione Amministrativa e le seguenti UU.OO:
- Staff Direzione Generale
- Direzioni Mediche di Presidio
- Settore Risorse Umane
- Settore Risorse Economiche e Finanziarie
- Settore Acquisti e Logistica
- Settore Affari Generali
- Settore Risorse Tecniche e Tecnologiche
- Servizi Legali e Avvocatura
- Controllo di Gestione e Flussi Informativi Aziendale
- Ufficio Internazionalizzazione e Ricerca Sanitaria
- URP e Comunicazione
- Tutte le Strutture aziendali, anche assistenziali, per le proprie competenze
- Tutti i Responsabili delle UU.OO. sopra citate sono individuati quali Referenti per la Trasparenza, dovendo fattivamente prestare la propria collaborazione al Responsabile Aziendale nominato, il quale, manterrà con i citati soggetti, un continuo raccordo e coordinamento.

Per gli anni di programmazione 2025-2027, in analogia con quanto previsto per il Piano della Performance ed in considerazione della necessità di assicurare un sistema di progressivo allineamento tra i documenti strategico - gestionali previsti dal PIAO, per conseguire un circolo virtuoso del ciclo della performance, sarà attivato un processo ascendente di complessiva programmazione e predisposizione dei documenti che tenga conto delle esigenze di dialogo tra il Piano e la Sezione Trasparenza.

A tal fine, il Piano della Performance prevede il tema della trasparenza e dell'integrità quale macroobiettivo trasversale e permanente della struttura amministrativa di vertice.

Poiché la pubblicazione di determinate informazioni rende conto dell'andamento della performance dell'Azienda e del raggiungimento degli obiettivi fissati, occorre sottolineare che la Sezione Trasparenza, da un lato, rappresenta uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo, dall'altro, permette di rendere pubblici agli stakeholder di riferimento i contenuti del Piano e della Relazione sulla performance, contribuendo significativamente a rafforzare la cultura della efficienza, della premialità e del merito.

Monitoraggio

L'O.I.V. è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nella sezione della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento; resta immutato il compito dell'OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D. L.gs. n. 150/2009 e s.m.i.

La presente sezione del PIAO richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte del RPCT, sia da parte dei Responsabili di Struttura, che da parte dell'OIV.

Il RPCT controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla normativa vigente, dalle disposizioni dell'ANAC e dal presente documento e riferisce alla Direzione Strategica aziendale sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche.

L'OIV svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza attraverso un'attività costante di audit. I risultati dei controlli confluiscono nella relazione annuale che l'OIV deve presentare ai vertici dell'Azienda.

L'audit svolto dall'OIV è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, co. 9 del D. L.gs. n. 150/2009 (in caso di mancata realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o in caso di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 ed 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti).

L'attuazione della trasparenza richiede un'attività di monitoraggio costante e periodica per la verifica dell'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi imposti dalle norme in materia di trasparenza ed integrità da parte del RPCT. Lo stesso provvede ad effettuare periodiche verifiche (al massimo con cadenza semestrale) presso le varie Strutture responsabili della pubblicazione dei dati mediante:

richiesta formale/e-mail, effettuata con cadenza semestrale, ai Dirigenti delle singole strutture competenti circa lo stato dell'arte dell'intero percorso di pubblicazione di competenza, gli aggiornamenti effettuati, le problematiche riscontrate;

richiesta formale/e-mail di eventuali e specifiche pubblicazioni, qualora mancanti o necessarie;

richiesta formale/e-mail per eventuali istanze specifiche (comunicazione ANAC, Prefettura, accesso civico ed aggiornamenti normativi).

Le sanzioni per eventuali inadempienze di cui al presente documento sono disciplinate dagli artt. 46 e 47 del D. L.gs. n. 33/2013 e s.m.i.

Le ordinarie funzioni di controllo per le parti di specifica competenza rimangono a capo dei Direttori/Responsabili di Struttura, responsabili della pubblicazione dei dati di competenza.

L'istituto dell'accesso civico

A fronte della rimodulazione della trasparenza on line obbligatoria, l'art. 6 del D.L.gs. n. 97/2016, nel novellare l'art. 5 del D.L.gs. n. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento; la trasparenza viene intesa come accessibilità totale non più alle sole "informazioni" bensì ai "dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni"; in tal senso la riforma ha richiesto un profondo ripensamento delle modalità operative.

L'istituto dell'accesso civico generalizzato, che riprende i modelli del FOIA (Freedom of information act) di origine anglosassone, è una delle principali novità introdotte dal D. L.gs. n. 97/2016 che ha apportato numerose modifiche alla normativa sulla

trasparenza contenuta nel D. L.gs. n.33/2013; si differenzia in modo sostanziale dall'accesso civico, che è un rimedio offerto al pubblico contro l'inadempienza delle pubbliche amministrazioni agli obblighi di pubblicità imposti dalla legge.

La nuova tipologia di accesso si aggiunge all'accesso civico già disciplinato dal medesimo decreto e all'accesso agli atti ex. L. n. 241/1990 e s.m.i., ed è volto a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico; ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato art. 1, co. 1 del decreto definisce anche, con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che potrebbero subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni. Il legislatore ha configurato due tipi di eccezioni. Le eccezioni assolute, e cioè le esclusioni all'accesso nei casi in cui una norma di legge, sulla base di una valutazione preventiva e generale, dispone sicuramente la non ostensibilità di dati, documenti e informazioni per tutelare interessi prioritari e fondamentali, secondo quanto previsto all'art. 5-bis, co.3; i limiti o eccezioni relative, che si configurano laddove le amministrazioni dimostrino che la diffusione dei dati, documenti e informazioni richiesti possa determinare un probabile pregiudizio concreto ad alcuni interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico individuati dal legislatore.

L'accesso generalizzato è entrato in vigore nell'ordinamento italiano il 23/12/2016; e da tale data l'A.O.U. Policlinico di Catania ha proceduto ad adeguarsi alle modifiche introdotte, assicurando l'effettivo esercizio del diritto accesso generalizzato.

Questa Azienda, nell'ambito del proprio ormai consolidato percorso, ha viepiù esplicitato e diffuso, la modalità di esercizio del nuovo diritto di accesso civico.

Con riferimento all'Accesso Civico Generalizzato (FOIA), esso è disciplinato dall' art. 5 c.2 secondo il quale: "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis".

Si tratta di una modalità di assunzione di informazioni sull'attività della Pubblica Amministrazione molto più ampia, limitata solo da specifiche cause di esclusione, nonché dalla tutela di interessi pubblici e privati.

All'interno del Link "amministrazione trasparente", nella sottosezione – ALTRI CONTENUTI- è stata aggiunta quella – ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO – nella quale sono state specificate le modalità di effettuazione della richiesta, evidenziando quanto segue.

L'accesso civico generalizzato può essere esercitato da chiunque indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato. Non è necessario fornire alcuna motivazione per presentare l'istanza di accesso civico generalizzato.

Esso è esercitabile relativamente "ai dati e ai documenti detenuti dall'Amministrazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione", ossia per i quali non sussista uno specifico obbligo di pubblicazione.

Con deliberazione n. 2784 del 29/12/2023 è stato adottato l'aggiornamento al Regolamento Aziendale per l'esercizio del diritto Accesso Civico semplice e generalizzato.

All'interno del sito, inoltre, si è provveduto a pubblicare apposita modulistica che faciliti l'utenza nell'esercizio del diritto.

Ciascuno dei Direttori/Responsabili, "detentori del dato", provvederà ad esitare le richieste, nel rispetto dei termini indicati dal decreto, attivando la procedura normativamente prevista compreso il coinvolgimento di eventuali controinteressati, realizzando, nella decisione adottata, un contemperamento degli interessi in gioco, applicando le esclusioni previste, prevedendo un possibile differimento e comunque motivando un eventuale diniego.

In quest'ultimo caso, competente alla valutazione in secondo grado è l'RPCT, salvo il ricorso all'autorità giudiziaria competente.

È stato creato un registro aziendale che raggruppa sia le richieste pervenute che gli esiti di ciascuna, al fine di consentire la creazione di una casistica specifica di ausilio anche ai soggetti detentori dei dati.

I dati oggetto di più frequenti richieste saranno pubblicati dall'Amministrazione come "dati ulteriori", anche al fine di consentire una più rapida ed immediata conoscibilità degli stessi.

In atto coesistono dunque tre diverse tipologie di accesso, compreso quello c.d. documentale tuttora regolato dalla Legge n. 241/90.

L' Azienda si è dotata di un regolamento interno che assicura una disciplina univoca e condivisa.

Le sanzioni e disposizioni finali

L'ANAC con delibera n. 66/2013 ha disposto che ciascuna amministrazione provveda, in regime di autonomia, a disciplinare con proprio regolamento il procedimento sanzionatorio, ripartendo tra i propri uffici le competenze, in conformità con alcuni principi di base posti dalla legge n. 689/1981 "Modifiche al sistema penale".

Tra i più importanti, quelli sui criteri di applicazione delle sanzioni (art.11); quello del contraddittorio con l'interessato (art.14); quello della separazione funzionale tra l'ufficio che compie l'istruttoria e quello al quale compete la decisione sulla sanzione (art.17-18).

Questi ultimi agiranno sulla base dei principi contenuti nella legge n. 689/1981.

E' stata dedicata una specifica sezione alle sanzioni all'interno del Codice di comportamento.

La presente Sezione è stata redatta muovendo dalle normative di settore, dalle indicazioni, del PNA 2013, Aggiornamento 2015 nonché dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016, dal PNA 2017, da PNA 2018, del PNA 2019, del PNA 2022 e degli atti di indirizzo Assessoriali e tenendo conto delle peculiarità proprie dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania.

L'Azienda provvederà alla revisione della Sezione, qualora intervengano modifiche organizzative o normative che riguarderanno peculiarmente di riflesso le mappature delle aree di rischio e la determinazione del grado dello stesso, secondo le più recenti direttive ANAC.

Sarà cura dei Responsabili delle articolazioni aziendali diffondere e far conoscere il presente Piano e ogni successiva modifica dello stesso a tutto il personale ad essi assegnato. I suddetti Responsabili, ai quali, ai sensi della normativa vigente, sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione, dovranno comunicare al Responsabile della prevenzione

della corruzione e della Trasparenza, l'effettiva conoscenza del Piano da parte di tutto il personale agli stessi assegnato, anche attraverso la relazione annualmente predisposta

Tutto il personale dell'Azienda è tenuto al puntuale rispetto del presente Piano.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare sanzionabile secondo quanto previsto dalla legge e dai CC.CC.NN.LL..

Per quanto non previsto nel Piano si rinvia alle norme di legge previste in materia.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione di programmazione - *Struttura organizzativa*

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda allo scopo di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico-disciplinari, nonché una gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali.

In particolare, la struttura organizzativa si articola in:

- Dipartimenti.
- Strutture complesse.
- Strutture semplici dipartimentali.
- Staff aziendali
- Strutture semplici, interne alle strutture complesse.
- Programmi infradipartimentali ed interdipartimentali.

L'organizzazione dipartimentale assume, pertanto, dimensioni tali da favorire consistenti economie e adeguate risposte assistenziali, formative e di ricerca, nonché l'accrescimento delle competenze professionali degli operatori.

A livello aziendale sono stati previsti 8 Dipartimenti Assistenziali ad Attività Integrata ed un Dipartimento Amministrativo/tecnico.

L'attuale struttura organizzativa, articolata su 9 macro strutture, tiene conto non solo delle discipline e delle aggregazioni per organi e apparati ma si basa su attività innovative e di ricerca che si integrano con i processi di diagnosi e cura.

La struttura dipartimentale aziendale è riportata nella tabella che segue:

D.A.I. delle Emergenze – Urgenze (Dipartimento Strutturale)		
Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
MCAU e Pronto Soccorso	C	ROD
Anestesia e rianimazione I	C	ROD
Anestesia e rianimazione II	C	SM
Anestesia e rianimazione III	C	ROD
Medicina d'Urgenza con Pronto Soccorso	SD	SM
Complesso operatorio centrale, Day surgery, endoscopia	SD	SM
Complesso operatorio ed. CAST	SD	ROD
Complesso operatorio ed. 1 e ed. 3	SD	ROD

Terapia del dolore	SD	SM
D.A.I. della Diagnostica d'immagini e di laboratorio (Dipartimento Strutturale)		
Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
Radiologia I	C	ROD
Radiologia II	C	SM
Laboratorio analisi I	C	ROD
Laboratorio analisi II	C	SM
Anatomia e istologia patologica I	C	ROD
Anatomia e istologia patologica II	C	SM
Medicina TrASFusionale	C	ROD
Medicina Nucleare	C	SM
Genetica Medica	C	ROD
Fisica Sanitaria	SD	SM
Radioterapia Oncologica	SD	ROD
Radiologia CAST	SD	ROD
Radiologia	SD	SM
Radiologia	SD	ROD
D.A.I. Igienistico – Organizzativo e dei Servizi (Dipartimento Strutturale)		
Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
Direzione Medica di Presidio I	C	ROD
Direzione Medica di Presidio II	C	SM
Farmacia I	C	ROD
Farmacia II	C	SM
Igiene ospedaliera	C	ROD
Medicina Legale	C	ROD
Medicina del lavoro	SD	ROD
D.A.I. Materno – Infantile e della Riproduzione (Dipartimento Strutturale)		
Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
Ostetricia e ginecologia con P.S.	C	SM
Ginecologia ed Ostetricia	C	ROD
Patologia ostetrica	C	SM
Pediatria con P.S.	C	SM
Clinica Pediatrica	C	ROD
Broncopneumologia Pediatrica	C	SM
Neonatologia e UTIN I	C	SM
Neonatologia e UTIN II	C	ROD
Chirurgia Pediatrica	C	SM
Onco Ematologia pediatrica	C	ROD
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	C	ROD
Pediatria ad indirizzo reumatologico	SD	ROD

D.A.I. delle Chirurgie (Dipartimento Strutturale)		
Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
Clinica Chirurgica	C	ROD
Chirurgia Generale I	C	SM
Chirurgia Generale II	C	SM
Chirurgia Generale III	C	ROD
Clinica Urologica	C	ROD
Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	C	ROD
Urologia	C	SM
Chirurgia Generale – Breast Unit	SD	ROD
D.A.I. delle Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e dei Trapianti d'organo (Dipartimento Strutturale)		
Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
Cardiologia e UTIC I	C	ROD
Cardiologia e UTIC II	C	SM
Cardiochirurgia	C	ROD
Chirurgia Vascolare e Centro Trapianti	C	ROD
Chirurgia Toracica	C	ROD
Chirurgia Vascolare	C	SM
Angiologia	SD	SM
Chirurgia Toracica	SD	ROD
Cardiologia	SD	SM
D.A.I. di Neuroscienze, Organi di senso e Apparato locomotore (Dipartimento Strutturale)		
Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
Chirurgia maxillo facciale	C	SM
Otorinolaringoiatria	C	ROD
Neurochirurgia	C	SM
Clinica Ortopedica	C	ROD
Clinica Neurologica	C	ROD
Clinica Psichiatrica	C	ROD
Clinica Oculistica	C	ROD
Odontoiatria	C	ROD
Ortopedia pediatrica	SD	ROD
Ortopedia - Traumatologia	SD	SM
Neurologia - Stroke unit	SD	SM
Recupero e riabilitazione funzionale	SD	SM
Odontoiatria	SD	SM
D.A.I. delle Scienze Mediche, delle malattie rare e della cura delle fragilità (Dipartimento Strutturale)		

Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
Clinica Medica	C	ROD
Medicina Generale I	C	ROD
Medicina Generale II	C	SM
Pneumologia	C	ROD
Ematologia con trapianto	C	ROD
Clinica Dermatologica	C	ROD
Malattie infettive e tropicali	C	SM
Dermatologia	C	SM
Oncologia medica	C	ROD
Nefrologia e Dialisi	SD	SM
Reumatologia	SD	SM
Ematologia	SD	ROD
Talassemia	SD	ROD
Epatologia	SD	ROD

Dipartimento Amministrativo - Tecnico (Dipartimento Funzionale)		
Unità Operativa	Tipologia	Presidio da rete
Settore Risorse Umane	C	ROD
Settore Economico-Finanziario e Patrimoniale	C	ROD
Settore Acquisti e Logistica	C	ROD
Settore Risorse Tecniche e Tecnologiche	C	ROD
Settore Affari Generali	C	ROD

Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Le disposizioni in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 14 della L. 124/2015, così come modificate dal D.L. 56/2021, prevedono che le pubbliche amministrazioni, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottino misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile. A tal fine, ai sensi dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche redigono annualmente, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile, quale sezione del presente Piano. Quest'Azienda sta rivedendo con le OO.SS., gli accordi che disciplinano il lavoro agile, fissando altresì i criteri per accordare priorità e preferenze

dei lavoratori disponibili e compatibilità con i propri assetti riorganizzativi, entro i limiti contenuti nella legge e nei contratti collettivi; mentre per la valutazione delle performance si dovrà fare riferimento al sistema di misurazione e valutazione delle Performance.

L'Azienda, considerata la particolare articolazione del documento e rilevato l'elevato numero di soggetti coinvolti per la redazione del Piano, ai sensi de comma 5 dell'art.6 D.L. 80/2021, così come modificato dal 228/2021 ha adottato il "Regolamento aziendale per la disciplina del lavoro agile (smart working) riservato al personale del comparto (ruolo professionale, tecnico e amministrativo", con deliberazione n.1592 del 20/07/2023.

Con il lavoro agile l'AOUP di Catania intende perseguire i seguenti **obiettivi principali**:

1. aumento della produttività e qualità del lavoro
2. acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza
3. riduzione delle assenze dal servizio
4. risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche obiettivo da ottenersi anche attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro e) miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata
5. maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di struttura e individuali
6. maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori sia della dirigenza che del comparto (siano essi con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, full time o part-time). L'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, ne sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili. I lavoratori che prestano la loro attività in modalità agile, non subiscono penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera (D.M. Funzione Pubblica del 19/10/2020).

Ogni lavoratore presenterà l'istanza di richiesta di lavoro agile (utilizzando uno specifico modulo) “Domanda di attivazione del lavoro agile alla prestazione lavorativa”) al competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà l'istanza del lavoratore tenendo conto, oltre di quanto indicato al punto “Obiettivi del Lavoro Agile”, prioritariamente, delle seguenti **condizioni**:

- a) Lavoratore portatore di patologie invalidanti, auto certificate e/o documentate attraverso certificazione proveniente da medici di struttura pubblica (Decreto Min. della Salute 04/02/2022)
- b) Lavoratore che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92 (autocertificazione)
- c) Lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età - a seguito o meno della contrazione dei servizi educativi scolastici (autocertificazione - ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ecc.)
- d) Lavoratore la cui residenza/domicilio/dimora è posto a distanze uguali o superiori ai 50 Km dalla sede di lavoro (autocertificazione)
- e) Lavoratrice madre in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.lgs. 151/2001 (autocertificazione)
- f) Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate.

I requisiti sopra elencati devono essere posseduti al momento della presentazione della istanza.

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del lavoro agile contemperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura.

In presenza di una richiesta di accesso alla modalità lavoro agile da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di struttura è il diretto responsabile sovra ordinato gerarchicamente ovvero il coordinatore/responsabile organizzativo formalmente individuato a valutare e, nel caso, autorizzare, la richiesta per l'accesso all'istituto.

Tutte le istanze devono essere valutate avendo a riferimento la complessiva organizzazione aziendale e la garanzia di funzionamento che l'Azienda, che, per il tramite delle proprie unità operative, deve assicurare per l'assolvimento dei livelli essenziali di assistenza e garantire il diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione e disciplinato nelle forme sancite dalla legge n. 833/1978 e dal d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

Fattori abilitanti:

- Il dipendente, al quale sarà consentito di svolgere il Lavoro Agile presso una qualunque sede adeguata allo svolgimento di tale modalità lavorativa, avrà cura di svolgere la propria attività professionale in un luogo che possa garantire la propria incolumità personale, la sicurezza delle informazioni e la qualità del proprio lavoro, evitando quindi postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche o che possano creare situazioni di pericolo. A supporto di ciò, l'Azienda si impegna a garantire l'applicazione della normativa per l'infortunio sul lavoro anche per il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, nonché a rafforzare ulteriormente le procedure per assicurare la gestione sicura dei dati e informazioni aziendali in linea, altresì, con le indicazioni fornite da AGID.
- Per consentire l'adozione del Lavoro Agile come modalità lavorativa ordinaria, l'azienda ha in programma di fornire ai dipendenti che beneficeranno di tale modalità gli strumenti adeguati, provvedendo progressivamente al rinnovo delle apparecchiature informatiche già in dotazione al personale. Si prevede, altresì, che, a regime, i risparmi derivanti da tale implementazione (ad esempio quelli derivati dal mancato accesso alla mensa) e dai piani di razionalizzazione della spesa siano finalizzati ad investimenti in infrastrutture e strumenti digitali funzionali a supportare l'adozione del Lavoro Agile.
- L'Azienda riconosce che la digital transformation nell'organizzazione del lavoro della PA richiede un'attenzione specifica all'allineamento tra strategia, cultura e persone. Pertanto, nell'ottica di favorire l'adesione al Lavoro Agile e integrarlo sempre più nell'organizzazione aziendale, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico promuove una transizione culturale, soprattutto per i dirigenti, orientata al raggiungimento dei risultati e prevede l'introduzione di iniziative formative

volte a consentire lo sviluppo di un set di competenze (soft, manageriali, tecniche e digitali) in aggiunta alle competenze già possedute dai dipendenti, Dirigenti e non, in quanto necessarie per svolgere le rispettive attività quotidiane, e garantire ai dipendenti tutti gli strumenti adeguati allo svolgimento della propria prestazione lavorativa anche da remoto.

- Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati si prevede l'introduzione di un sistema di reporting strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro.

Il risultato è frutto dell'incrocio con il dato della soddisfazione (gradimento); il POLA-P.I.A.O. è destinato a verificare se lavorare "smart" imprime un miglioramento organizzativo e determina benessere (dentro e fuori le strutture aziendali).

Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il numero di dipendenti in servizio al 31/12/2024 è pari a 3.479 unità così distribuito nei vari profili:

	Personale al 31/12/2023
AREA COMPARTO	
Ruolo Amministrativo	200
Ruolo Professionale	1
Ruolo Sanitario	1862
Ruolo SocioSanitario	232
Ruolo Tecnico	181
TOTALE Comparto	2476
DIRIGENZA PTA	
Dirigenza Amministrativa	15
Dirigenza Professionale	6
Dirigenza Tecnica	2
TOTALE Dirigenza PTA	23
DIRIGENZA SANITARIA	
Dirigente Biologo I Livello SSN	36
Dirigente Biologo ex II Livello SSN	0

Dirigente Biologo I Livello UNIV	4
Dirigente Chimico I Livello SSN	1
Dirigente Farmacista I Livello SSN	23
Dirigente Farmacista ex II Livello SSN	2
Dirigente Fisico I Livello SSN	5
Dirigente Psicologo I Livello SSN	2
Dirigente Psicologo I Livello UNIV	1
Dirigente Prof. Sanitarie	3
Dirigente Prof. Tecnico Sanitari	1
Dirigente Prof. Tecniche della Prevenzione	1
TOTALE Dirigenza Sanitaria non medica	79
Dirigenza Medica	
Dirigente Medico I Livello SSN	759
Dirigente Medico I Livello UNIV	95
Dirigente Medico ex II Livello SSN	21
Dirigente Medico ex II Livello UNIV	26
TOTALE Dirigenza Sanitaria Medica	901
Totale complessivo	3479

L'area delle Risorse Umane ha la finalità di supportare l'attività dell'Azienda anche in relazione all'utilizzo ed allo sviluppo del personale. L'attività di riferimento dovrà tenere conto anche della capacità di qualificare ed efficientare le risorse umane per ottenere un miglioramento del livello delle risorse intangibili.

Disporre di risorse umane dotate di elevata competenza e professionalità, con forte motivazione e buona predisposizione al cambiamento risulta fondamentale, altresì, nell'ottica delle nuove riforme contrattuali, riferite al personale non dirigenziale. Tali riforme pongono al centro delle politiche di gestione del personale soprattutto la valorizzazione della professionalità prevedendo la graduazione degli incarichi di base per i Professionisti della salute e i Funzionari, i requisiti richiesti per accedere agli incarichi organizzativi e di elevata qualificazione, la definizione delle figure previste nel CCNL (a ciò si aggiunga la revisione delle indennità con particolare riguardo al lavoro notturno e al lavoro festivo di tutto il personale turnista) ove contrattualmente previsto.

Da tale nuovo assetto deriveranno i nuovi Differenziali Economici di Professionalità e tutti gli elementi a questi collegati, come la stessa definizione dei Fondi contrattuali. Si sostituiranno le progressioni economiche orizzontali, fissando quindi incrementi stabili del trattamento economico finalizzato, appunto a remunerare il maggior grado

di competenza acquisito dai dipendenti nello svolgimento delle competenze proprie della nuova area di classificazione.

Perseguendo le finalità fin qui rappresentate, ivi compresa l'applicazione delle nuove eventuali previsioni contrattuali, come dettate dal CCNL del personale del comparto, il Piano del fabbisogno allegato ha una sicura connotazione dinamica tale da poter essere oggetto di tempestiva revisione nell'ottica di eventuali nuove aree professionali che dovessero essere contrattualmente previste che oggi sono definite in 5 aree di inquadramento e un'area di elevata qualificazione sulla base del vigente CCNL del comparto sanità.

La nuova ondata riformista del lavoro pubblico inciderà, presumibilmente, anche nell'ambito della gestione del personale di qualifica dirigenziale e quindi tutto ciò depone per una visione assolutamente dinamica e a divenire del piano del fabbisogno e del piano del lavoro agile che ad oggi ricevono accoglienza, nell'ambito del presente P.I.A.O., come strutturati in ragione delle disposizioni normative e contrattuali ancora di riferimento.

Importante rilievo assume anche la disciplina del lavoro a distanza sia nella forma del lavoro agile (l. 81/2017) sia come lavoro da remoto, nonché le forme e i gradi di meccanizzazione e automazione in fase di programmazione nell'ambito dei processi economici aziendali: le trasformazioni tecnologiche possono ridurre il fabbisogno di lavoro o cambiare le competenze professionali richieste. Come detto, anche l'istituto dello smart working ha trovato una disciplina specifica nel vigente CCNL del personale del comparto sanità, che verrà prossimamente rivisto, nella sua regolamentazione, sia nell'ottica contrattuale che delle integrazioni normativamente previste.

Ancora, si sottolinea come sia stata posta a fondamento della determinazione del fabbisogno ed incidente specificatamente sulla prima annualità del triennio di riferimento del presente Piano, la volontà strategica di definizione dei processi di stabilizzazione dettati sia dall'art 20 commi 1 e 11bis del D.lgs. n. 75/2017 s.m.i. (legge Madia), sia all'art. 1, comma 268, lett. b) della legge n. 234 del 30/12/2021 s.m.i. In quest'ultimo caso numerose stabilizzazioni sono state portate a termine. In esito ad appositi avvisi di ricognizione interna in coerenza con i tempi normativamente previsti dalla normativa collegata. Altre opportunità saranno, pertanto colte da questa

Amministrazione ove la norma di riferimento consenta, modificando il PTFP per adeguare le possibilità alle necessità istituzionali.

E' stato in ogni caso previsto l'obiettivo di reclutare, qualificare e valorizzare le risorse umane necessarie e conseguire obiettivi istituzionali ormai improrogabili quali:

- Potenziamento delle risorse umane a disposizione;
- Rafforzamento delle conoscenze e competenze del personale aziendale;
- Attuazione e sviluppo del lavoro agile.

Per definire la prima azione si tiene conto dell'indicatore di misura del potenziamento del capitale umano a disposizione dell'Amministrazione sia numericamente, sia in termini di rinnovamento, calcolando le unità di personale assunto o da assumere nell'anno di riferimento e destinato ad assolvere alla mission aziendale - che è quella di fornire l'assistenza sanitaria ai pazienti che accedono alle nostre strutture - da aggregare al dato riferito al personale amministrativo e tecnico indispensabile per consentire, appunto, la prestazione sanitaria.

Il secondo obiettivo, finalizzato al rafforzamento delle conoscenze e delle competenze del personale aziendale è fondamentale per garantire il potenziamento delle capacità di compere scelte e trasformarle in azioni e risultati concreti. L'innovazione viene proprio dalle persone in quanto risorse umane dell'Azienda e l'elevazione delle competenze non può essere sottratta dalla necessità del rinnovamento delle pubbliche amministrazioni.

L'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D.Lgs. n. 165/2001.

L'Azienda ha predisposto da ultimo l'aggiornamento del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024-2026, sviluppato in ragione delle consistenze massime di personale di cui alla Dotazione Organica del personale approvata con Decreto Assessoriale n. 993 del 30/09/2021.

Piano della formazione

Il Piano Annuale della Formazione dell'Azienda rappresenta lo strumento principale di programmazione, promozione e governo dell'investimento immateriale ed economico finalizzato alla crescita ed alla valorizzazione dei professionisti che svolgono la propria attività per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G.Rodolico – San Marco". Il PAF individua nelle persone e nel loro patrimonio culturale e professionale, tecnico e non tecnico, le principali risorse su cui basare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda stessa. La formazione continua rappresenta, per la nostra Azienda, un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performances, in uno scenario in continua evoluzione, quale quello sanitario dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, come anche la recente epidemia ha drammaticamente dimostrato.

Quale soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua, abilitato a migliorare le competenze cliniche e manageriali degli operatori della sanità e la valorizzazione delle risorse umane, anche per il 2024 sono 4 le tipologie di eventi ECM a cui le categorie sanitarie possono aderire:

- RES (Formazione residenziale);
- FAD (Formazione a Distanza);
- FSC (Formazione sul campo);
- Progetti BLENDED (apprendimento misto).

La formazione residenziale accreditata si identifica con le attività didattiche specializzate che si svolgono in aula. La formazione è ex cathedra e aggrega un numero ristretto di docenti ed un ampio numero di discenti.

Tra le attività residenziali troviamo: congressi, convegni, seminari, corsi di formazione specializzata, conferenze.

La formazione RES è la tipologia più diffusa ed apprezzata: si tratta di una vera e propria tipologia di formazione tradizionale che permette ai discenti di apprendere ed interagire in maniera ottimale.

La tipologia FAD è l'insieme delle attività formative che utilizzano la didattica a distanza e si serve di materiali didattici quali: audio, video, supporti cartacei, strumenti multimediali.

Questa è una formazione che attraverso il web si svincola dai limiti spazio-temporali delle attività canoniche e permette di raggiungere il docente e i discenti ovunque si trovino, dimezzando tempi e costi. L'autonomia, quindi, è totale e la fruizione dei contenuti è illimitata.

La FSC si connota come un laboratorio esperienziale che alterna aula e campo, dove il campo è rappresentato dallo stesso ambiente lavorativo in cui si attiva il cambiamento, l'aula è il luogo dove le persone che apprendono possono lavorare assieme e supportarsi l'un l'altro nella progettualità diretta, affinché gli stessi contenuti formativi siano traducibili nella qualità clinico-assistenziale

L'apprendere attraverso il fare nasce sempre da un problema da risolvere o da un desiderio da realizzare. È importante individuare gli obiettivi che l'attività si propone di raggiungere e l'esito che il raggiungimento di tali obiettivi produrrà, sarà un'occasione formativa per acquisire o accrescere competenze coerenti con i bisogni dell'individuo e dell'organizzazione, un apprendimento rapido e radicato, contraddistinto da un elevato livello di interattività.

Esempi di attività FSC: training in sala operatoria, attività di ricerca, gruppi di studio, attività di reparto.

La formazione BLENDED ha destato l'attenzione di aziende e università negli ultimi 10 anni e, anche se poco frequenti, rappresentano il percorso formativo più completo. Si basa sull'unione di più tipologie formative che vengono integrate nel medesimo percorso didattico e per questo definita "mista".

Progettare la formazione blended significa adottare un approccio che unisce elementi della formazione tradizionale ad attività online guidate da un formatore. A differenza dei corsi in modalità e-learning, i progetti blended non sostituiscono completamente le lezioni in aula; gli insegnanti usano la tecnologia per arricchire l'esperienza di apprendimento e contribuiscono ad ampliare le conoscenze degli utenti.

Con lo svolgimento dei corsi di formazione blended gli utenti scelgono tempo e luogo per lo studio, ma il ritmo di lavoro, la metodologia e l'orario delle attività sono gestiti dal formatore in aula e sulla piattaforma e-learning.

Una perfetta integrazione tra attività tipiche dei corsi in aula e un portale per la formazione online è cruciale per migliorare i risultati della formazione blended e portarla a termine con successo.

La formazione nei contesti sanitari si trova oggi ad affrontare sfide significative e sempre più deve concretizzarsi in un approccio che sia in grado di captare il rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche, associato all'accrescersi delle innovazioni tecnologiche e organizzative. Si tratta di un processo continuo e permanente, per facilitare il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale e quindi consolidare la qualità dell'assistenza erogata in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, coinvolgimento ed appropriatezza.

L'analisi dei bisogni formativi è alla base della definizione di ogni obiettivo di formazione, intesa come la risposta al gap esistente tra abilità, conoscenze e competenze possedute da un professionista e quelle che dovrebbe possedere per raggiungere standard di prestazioni lavorative riconosciute ottimali da una organizzazione.

Gli incontri formativi 2025 organizzati nell'ambito del programma di Formazione Continua in Medicina saranno aperti sia agli operatori sanitari su argomenti strettamente connessi alla loro professione che a tecnici e amministrativi per gli adempimenti normativi inerenti la propria figura, indispensabili per la realizzazione della Mission della nostra Azienda Ospedaliero - Universitaria.

L'ECM interessa tutti i professionisti sanitari operanti nella Sanità ed è finalizzata al coinvolgimento continuo di tutto il personale, con particolare riguardo ai neo-assunti, senza però escludere il personale esterno proveniente da strutture pubbliche e private dell'isola e del territorio nazionale.

La programmazione didattica è stata strutturata per garantire la coniugazione dei bisogni formativi del singolo operatore, portatore di una professionalità specifica che va sviluppata e migliorata nel tempo, con i bisogni dell'organizzazione e del contesto di lavoro nel quale la professionalità viene esercitata.

Al tal riguardo l'attività formativa posta in essere per il 2024, frutto dell'analisi dei bisogni formativi, ha previsto le seguenti macroaree di intervento:

- area di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- area tecnico-scientifica
- area sicurezza
- area relazionale
- area manageriale-gestionale

Principale strumento utilizzato per effettuare la rilevazione è il questionario online, articolato in items per aree tematiche, tipologia di corsi e modalità organizzative e somministrato con cadenza annuale.

Il questionario è certamente il mezzo più versatile nella raccolta di informazioni attraverso una serie di domande strutturate in modo tale da poterle confrontare con quelle di altri individui dell'organizzazione.

Prima di essere somministrato, il questionario è stato autorizzato dal Direttore Generale con prot. n° 61101 del 10/11/2023.

A tutti i direttori, coordinatori ed operatori delle varie UU.OO dell'Azienda è stata inviata sulla propria mail il link <https://www.policlinicorodolicosanmarco.it> per compilare il questionario direttamente online.

Ciò nonostante, il link è stato reso accessibile anche sulla nuova piattaforma aziendale nella sezione U.O. Formazione e Aggiornamento, nell'area per il professionista

Sono stati compilati online 1053 questionari dai quali si evince la seguente indagine conoscitiva sul Fabbisogno Formativo 2025.

Va tuttavia evidenziato che il PFA non è uno strumento rigido, poiché in corso d'anno possono essere previste integrazioni, inserendo attività di formazione che dovessero rendersi necessarie a seguito della declinazione degli obiettivi regionali, nazionali o aziendali.

La formazione, quindi, permette di attivare un processo finalizzato a rendere i professionisti soggetti attivi di cambiamento, sia a livello individuale che organizzativo (gruppi), non attraverso una semplice adesione ad un modello precostituito, ma attraverso l'elaborazione autonoma e nel confronto con gli altri di una propria strategia di intervento, alimentata da un arricchimento del proprio patrimonio cognitivo, dall'analisi della dinamica emotiva e motivazionale, dalla consapevolezza del proprio ruolo professionale e organizzativo. L'Azienda quindi, anche mediante la formazione, garantisce qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni che eroga, non disgiunte dalla necessaria efficienza complessiva del sistema.

A tal fine, attraverso il Piano Formativo approvato con deliberazione dell'Azienda si impegna a mantenere, consolidare, migliorare le competenze del proprio patrimonio di professionisti e perciò gli standard qualitativi.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

In questa sezione sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, nonché i soggetti responsabili. Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del d.lgs.150/2009 mentre il monitoraggio della sezione “Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione “Organizzazione e capitale umano” il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall’Organismo Indipendente di Valutazione.

L’Azienda ha l’obbligo di comunicare il processo e i contenuti del P.I.A.O. in coerenza con il comma 4 dell’art. 6 del Decreto Legislativo 80/2021.

Il P.I.A.O. viene pubblicato sul sito internet istituzionale www.policlinicorodolicosanmarco.it in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: “Amministrazione Trasparente”.

Elenco degli allegati

- **Organigrammi aziendali**
- **Piano Triennale del Fabbisogno di Personale**
- **Regolamento aziendale e l'Accordo individuale di "lavoro agile"**
(deliberazione n. 1592 del 20/07/2023)
- **Piano Formativo Aziendale**
- **Mappature sul processo di gestione del rischio**
- **Elenco degli obblighi di pubblicazione**
- **Dichiarazione pubblica di interessi - Area Sanitaria**
- **Dichiarazione sul conflitto di interessi**