

INDICE

PREMESSE

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA

1.1 Contesto interno

1.2 Contesto esterno

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

2.1 Valore Pubblico

2.2 Performance

2.2.1 Premesse e finalità

2.2.2 Il ciclo della Performance

2.2.3 L'Albero della Performance

2.2.4 Le Aree di Valutazione della Performance

2.2.5 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi aziendali per l'anno 2022

2.2.6 Obiettivi operativi

2.2.7 Il sistema di Budget

2.2.8 Obiettivi assegnati al personale

2.2.9 Il sistema premiante

2.2.10 Collegamento tra il Sistema di Programmazione e Controllo ed il Sistema di Valutazione

2.2.11 Collegamento tra il Piano della Performance ed il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2.2.12 Risorse destinate alla premialità

2.2.13 Modalità di erogazione

2.2.14 Pari opportunità e bilancio di genere

2.2.15 Progetti Obiettivo

2.2.16 Umanizzazione delle Cure e Benessere Organizzativo

2.3 Anticorruzione

2.3.1 Premessa

2.3.2 Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Finalità

2.3.3 Quadro normativo di riferimento

2.3.4 Le azioni prioritarie

2.3.5 Aggiornamento e attuazione del Piano - Modalità di aggiornamento e validità temporale

2.3.6 Soggetti, funzioni e responsabilità

2.3.7 Gestione del rischio

2.3.8 Valutazione dei rischi

2.3.9 Trattamento del rischio e misure per neutralizzarlo

2.3.10 Misure per la riduzione del rischio

2.3.11 Monitoraggio sull'efficacia e sull'applicazione del Piano

2.3.12 Coordinamento con il ciclo della Performance

2.3.13 Whistleblowing

2.4 Privacy

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Premesse e finalità

3.2 Dotazione organica

3.3 Metodologia di calcolo del fabbisogno

3.4 Calcolo del fabbisogno di dirigenti medici e sanitari non medici

3.5 Calcolo del fabbisogno di personale del comparto sanitario

2

SEZIONE 4: MONITORAGGI

CONCLUSIONI

ALLEGATI

Allegato tecnico 1: Piano degli Obiettivi Strategici 2023/2025

Allegato tecnico 2: Piano degli Obiettivi Operativi 2023

Allegato tecnico 2.1: Piano obiettivi Operativi con Budget – UU.OO. Sanitarie

Allegato tecnico 2.2: Piano obiettivi Operativi con Budget – UU.OO. Sanitarie e Amministrative

Allegato tecnico 3: Sistema di Calcolo

Allegato tecnico 4: POLA

Allegato tecnico 5: Valutazione Partecipativa con questionario

Allegato tecnico 6: Obblighi di Pubblicazione

Allegato tecnico 7: Mappa dei processi

Allegato tecnico 8: Fabbisogno di Personale

Allegato tecnico 9: Piano delle Assunzioni

PREMESSE

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento semplificato per le pubbliche amministrazioni, introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, ed è un documento unico di programmazione e governance.

Il PIAO dovrà essere pubblicato sul sito dell'ente e inviato al Dipartimento della funzione pubblica. Con l'introduzione del PIAO 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 PIAO sostituisce:

- Il PDO (Piano dettagliato degli obiettivi), poiché dovrà definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e i risultati della performance organizzative;
- Il POLA e il piano della formazione, poiché definirà la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- Il Piano triennale del fabbisogno del personale, poiché dovrà definire gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- Il Piano anticorruzione, così da raggiungere la piena trasparenza, nelle attività di organizzazione.

3

Il PIAO è strutturato in quattro sezioni:

1. Scheda anagrafica dell'amministrazione, da compilarsi con tutti i dati identificativi dell'amministrazione.
2. Valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici. Andrà indicato l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti. Inoltre,

nella sottosezione programmazione-performance, andranno seguite le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica;

3. Organizzazione e capitale umano, dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione o dall'Ente;
4. Monitoraggio, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazioni degli utenti e dei responsabili.

SEZIONE 1

SCHEDA ANAGRAFICA

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" garantisce lo svolgimento dei propri compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa.

In particolare, attraverso la Pianificazione Strategica e la Programmazione Budgetaria, la Direzione Aziendale, di concerto con i Direttori delle Strutture e degli altri livelli di responsabilità organizzativa e gestionale presenti all'interno dell'Azienda, definisce gli Obiettivi strategici e gli Obiettivi operativi, oltre alle azioni ed alle misure necessarie al loro raggiungimento.

L'organizzazione interna si articola in:

- Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa;
- Unità Operative Complesse;
- Unità Operative Semplici;
- Incarichi professionali.

L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è fondata su criteri di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, mira al miglioramento delle competenze professionali tecniche e scientifiche e risponde alla ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali.

Le funzioni operative svolte all'interno dell'AOU sono attribuite alle Strutture organizzative, cui sono assegnate le risorse materiali, umane, tecnologiche e strutturali, le quali vengono gestite sulla base della programmazione aziendale e mediante lo strumento del Budget.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro – istituita con Legge Regionale n. 26 del 12 Novembre 1994 – è un'Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università e si conforma al modello di Azienda Ospedaliero-Universitaria delineato dall'art. 2, comma 2, lett. B), del D. Lgs. 517/1999, che disciplina i rapporti fra SSN ed Università.

L'Azienda opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni tra le Aziende del SSR.

L'Azienda costituisce, per l'Università degli Studi di Catanzaro, la sede per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica, formazione e ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia.

L'Azienda, quindi, contribuisce – in maniera sinergica – alla formazione dei professionisti sanitari (medici e delle professioni sanitarie) e ciò riveste carattere distintivo ed importante, soprattutto in considerazione della carenza di medici ed operatori.

La sede legale dell'A.O.U. "Mater Domini" è istituita presso il presidio Ospedaliero di via Tommaso Campanella n. 115 della città di Catanzaro, dove sono ubicati gli uffici amministrativi, alcune Unità Operative, che erogano attività assistenziale diurna.

Presso il presidio Ospedaliero del Campus Universitario di Germaneto sono situate le Unità Operative che svolgono l'attività assistenziale sia in regime di ricovero (ORD-DH-DS) che in regime ambulatoriale specialistico.

I tre edifici del Campus di Germaneto, che compongono l'ambiente clinico, sono denominati:

- Edificio Clinico "A" costituito da 11 livelli utili avente superficie utile pari a 23.000 mq;
- Edificio Clinico "B" costituito da 10 livelli utili avente superficie utile pari a 18.000 mq;
- Edificio Clinico "C" costituito da 10 livelli utili avente superficie utile pari a 18.000 mq;
- L'edificio Clinico "D" costituito da 4 livelli utili ha una superficie utile complessiva pari a 27.000 mq.

La missione dell'Azienda è rappresentata dal raggiungimento dei più elevati standards di risposta alla domanda di salute, attraverso un processo inscindibile di connessione tra didattica, ricerca e assistenza.

1.1 CONTESTO INTERNO

L'Azienda opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni tra le Aziende del SSR.

L'Azienda rappresenta la sede per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica, formazione e ricerca della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catanzaro.

Il modello organizzativo aziendale è improntato al rispetto di alcuni criteri generali:

- L'integrazione, con particolare riferimento alle attività assistenziali, di didattica e di ricerca, quale raccordo sistematico tra articolazioni aziendali, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, ricerca e didattica e nella definizione di chiari percorsi diagnostico-terapeutici per gli assistiti;
- La promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovazione, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo;
- La semplicità, intesa come aggregazione delle unità affini per aree;
- Il decentramento delle decisioni, ma in un ambito di pianificazione e programmazione strategica ben definita, secondo le responsabilità in capo a ciascuna funzione;
- La valorizzazione delle professionalità: i nuovi setting organizzativo/assistenziali richiedono la valorizzazione dei professionisti attraverso nuove funzioni, pertanto verranno definite nuovi incarichi professionali in una ottica di valorizzazione delle competenze e per come previsti dai recenti CCNL.

L'attività assistenziale è stata oggetto di conferma attraverso il DCA 64/2016, sia attraverso una l'articolazione delle Unità Operative per aree omogenee, e sia attraverso un aumento della dotazione dei posti letto.

Nella tabella seguente vengono riportati nel dettaglio i Posti Letto in dotazione per singola Unità Operativa attraverso una comparazione tra quanto programmato dal DCA 64/2016 e l'attuale stato di attivazione.

PROGRAMMAZIONE P.L.

del D.C.A. 64 / 2016

Unità Operativa	Day Hospital	Day Surgery	Ricovero Ordinario	Totale Posti letto
07-01 Cardiochirurgia			14	14
08-03 Cardiologia con Emodinamica	2		18	20
08-01 Cardiologia Riabilitativa	2			2
09-03 Chirurgia Apparato Digerente		2	6	8
09-01 Chirurgia Generale		2	14	16
10-01 Chirurgia Maxillo-Facciale		2	6	8
12-01 Chirurgia Plastica		2	6	8
14-01 Chirurgia Vascolare		2	6	8
09-05 Endocrinochirurgia			6	6
19-02 Endocrinologia	2			2
58-01 Gastroenterologia (Epatologia)				
58-03 Gastroenterologia (Fisiop. App. Dig.)	2		8	10
58-02 Gastro. Ed Endoscopia Op.			8	8
21-01 Geriatria	2		8	10
19-01 Mal. Endocrine Ricambio e Nutrizione	1		7	8
24-01 Malattie Infettive e Tropicali	2		2	4
56-01 Med. Fisica e Riabilitativa			8	8
26-01 Medicina Generale	2		10	12
29-01 Nefrologia			8	8
30-01 Neurochirurgia		1	9	10
32-01 Neurologia	2		14	16
34-01 Oculistica		4	4	8
64-01 Oncologia	4		12	16
36-01 Ortopedia e Traumatologia		1	7	8

38-01 Otorinolaringoiatria (con Audiologia)		1	4	5
68-01 Pneumologia	1		10	11
43-01 Urologia		2	6	8
49-01 Unità di Terapia Intensiva			14	14
50-01 Unità di Terapia Intensiva Cardiologica			12	12
Totale	22	19	227	268

1.2 CONTESTO ESTERNO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" svolge le sue attività all'interno del territorio del catanzarese dove insistono anche l'Azienda Ospedaliera "Pugliese Ciaccio" ed i distretti assistenziali dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro.

L'analisi del contesto esterno deve tenere conto dell'aspetto geomorfologico del territorio calabrese che presenta una maggiore conformazione collinare e montana rispetto alla minore presenza di territori pianeggianti.

Circa 409 comuni distribuiti su 15080 km². Superficie montuosa (42%) e collinare (49%).

Tanto premesso serve per porre in evidenza come le infrastrutture stradali presentino numerose criticità.

L'analisi del contesto esterno non può non prescindere dalle attuali necessità di rilevanza internazionale dovute alla pandemia da CoVid 19, ed uno stato di emergenza su tutto il territorio Nazionale che ha portato le autorità ad emanare una serie di provvedimenti urgenti in materia di contenimento e gestione di tutti i rischi connessi con l'emergenza epidemiologica.

In particolare il D.L. 9 marzo 2020 n. 14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", al fine di far fronte ad esigenze straordinarie ed urgenti dovute alla diffusione del COVID19 ed al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio Nazionale, ha previsto una serie di misure atte proprio al potenziamento delle strutture sanitarie.

Attraverso il Decreto del Presidente della Regione Calabria n.18 dell'11 Marzo 2020 "Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Attivazione prioritaria per ogni Area di Riferimento della Regione Calabria (Nord, Centro, Sud) di strutture da dedicare alla gestione del paziente affetto da COVID-19 (Circolare Ministero Salute 29 febbraio 2020)", sono state individuate le strutture da dedicare alla gestione del paziente affetto da COVID19, determinando l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" quale "COVID Hospital" per l'area centro della Calabria.

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO – PERFORMANCE – ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Il Valore Pubblico può essere inteso quale il livello equilibrato di benessere economico-sociale e ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una Pubblica Amministrazione, riferito sia al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, sia alle condizioni interne alla stessa Amministrazione.

Un miglior utilizzo delle risorse a disposizione, attraverso i principi di efficacia, efficienza ed economicità, valorizzando il proprio patrimonio funzionalmente rispetto al proprio ambiente, porta alla creazione di Valore Pubblico.

La fase di programmazione di ciascuna amministrazione, come confermato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nelle Linee Guida 2/2017, “serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest’ultima in funzione della creazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi”.

Per essere tale, quindi, il Valore Pubblico dovrà essere:

- Equo, ovvero rivolto alla generalità dei cittadini e degli stakeholder e non solo agli utenti diretti;
- Sostenibile, ovvero finalizzato a creare le condizioni per generare valore duraturo anche per il futuro.

Per poter creare Valore, la Pubblica Amministrazione deve porre attenzione sia all'interno che all'esterno, conseguendo in tal modo un miglioramento coordinato ed equilibrato delle sue performance, ovvero di risultati superiori rispetto alle condizioni di partenza.

Tanto premesso il processo di creazione di Valore messo in atto dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", in continuità con le iniziative degli anni precedenti, previste nel prossimo triennio, riguarderanno:

1. Azioni relative al Piano Triennale delle Azioni Positive, regolamentazione del lavoro agile, indagine interna relativa al clima organizzativo ed alle pari opportunità, azioni per la gestione della disabilità;
2. Attività di formazione per lo sviluppo professionale del personale del comparto e della dirigenza, nonché di promozione del benessere organizzativo;
3. Sensibilizzazione e monitoraggio delle misure di contrasto del rischio corruttivo.

Non solo: attraverso il presente Piano sarà implementato il percorso di semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, già avviato negli anni precedenti, attraverso la revisione dei Regolamenti aziendali.

Tra le iniziative esterne finalizzate a produrre valore pubblico, il presente PIAO sarà pubblicato sulla pagina internet dell'Azienda, al fine di informare preventivamente i cittadini e gli stakeholder in merito alle attività e agli obiettivi, nonché e di acquisire osservazioni, suggerimenti e utili consigli che possano migliorare l'operato dell'Azienda.

Relativamente alle misure di semplificazione attuabili in materia di Prevenzione della Corruzione, saranno valutate le proposte di monitoraggio delle attività ritenute più ad alto rischio.

2.2 PIANO DELLA PERFORMANCE

2.2.1 PREMESSE E FINALITA'

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale nel quale, coerentemente con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Ospedaliera "Mater Domini" di Catanzaro.

Il presente documento viene redatto, in armonia con le specificità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro, allo scopo di dare attuazione ai principi generali di cui al Decreto Legislativo n. 150 del 27.10.2009 "attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15", e delle successive modifiche ed integrazioni, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Esso detta la disciplina generale in base alla quale prende avvio il ciclo di gestione della performance relativamente al triennio 2023/2025 ed è oggetto di aggiornamento annuale e/o infrannuale relativamente i seguenti aspetti:

- Obiettivi di programmazione Regionale;
- Modifica della struttura organizzativa Aziendale;
- Modifiche del contesto esterno.

Nella fase di programmazione relativa al triennio 2023/2025 si è tenuto conto sia dell'attuale scenario normativo ed economico, ma si è tenuto conto anche dei possibili scenari ed evoluzioni dello stato di crisi emergenziale dovuta alla pandemia CoViD19.

La performance rappresenta il contributo necessario al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati dall'Azienda e, in ultima istanza alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

La performance organizzativa è il contributo che un ambito organizzativo o l'organizzazione nel suo complesso apporta attraverso la propria azione al raggiungimento della mission dell'Azienda e degli obiettivi individuati e negoziati per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder.

La performance individuale è il contributo che un singolo individuo apporta al raggiungimento degli obiettivi tesi al raggiungimento della mission dell'Azienda e per la soddisfazione dei bisogni degli utenti e degli stakeholder.

I principali riferimenti normativi Nazionali sulla Performance sono:

- D. Lgs 150 del 2009, che prevede l'attivazione del Ciclo di Gestione della Performance al fine di consentire alle amministrazioni pubbliche di poter organizzare le proprie attività seguendo i principi di un costante miglioramento delle prestazioni e servizi;
- D. Lgs 74/2017, che modifica ed integra il D. Lgs 150/2009.

In Regione Calabria i riferimenti normativi sono:

- La Legge Regionale n. 3 del 3 febbraio 2012, modificata ed integrata dalla Legge Regionale n. 3 del 2014, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubblica amministrazione regionale;
- Il Regolamento n.1/2014 – SmiVaP (Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della Regione Calabria) – modificato con i regolamenti regionali n. 5/2015 e n. 2/2018.

All'interno di un quadro normativo così delineato, assumono rilevanza:

- Il Controllo Strategico, inteso quale sistema di monitoraggio e valutazione delle attività complesse, quelle strategiche, finalizzate alla verifica dell'attuazione delle strategie Aziendali attuate ai vari livelli ed in linea con le linee di indirizzo regionale;
- Il Controllo di Gestione, inteso come sistema in grado di fornire gli strumenti necessari al raggiungimento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione amministrativa, con il compito di misurare i risultati conseguiti rispetto ai valori programmati;
- La valutazione dei singoli Dirigenti e di tutto il personale con autonomia gestionale, come ad esempio le posizioni organizzative;

- La performance organizzativa dell'intero Ente;
- Il sistema premiante, che stabilisce i livelli di premialità e, unitamente allo SviMaP, stabilisce i criteri di attribuzione in proporzione al grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, nonché le declaratorie delle competenze ed i relativi comportamenti professionali;
- Il “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2021-2023” approvato con delibera C.S. 236/2021 già pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
- L'Organismo Indipendente di Valutazione, inteso come soggetto garante sia della trasparenza e sia della meritocrazia dell'intero meccanismo della Performance.

2.2.2 IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Facendo riferimento all' art. 4 del D.LGS. 150/2009, l'Azienda Ospedaliera “Mater Domini” predispone all'interno del proprio Piano il relativo Ciclo di gestione della Performance, articolato secondo le seguenti fasi.

Art. 1: Fasi.

Il ciclo della gestione della performance è articolato in 6 fasi di cui:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- Collegamento degli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Valutazione e misurazione della performance organizzativa ed individuale, semestrale e di fine anno;
- Utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- Rendicontazione dei risultati.

Art. 1 comma a: Definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori.

L'Azienda Ospedaliera "Mater Domini", definisce gli obiettivi specifici di ogni singolo Settore, specificando i tempi e le modalità di misurazione degli stessi obiettivi, attraverso una misurazione trimestrale/semestrale e, specificando tutti gli indicatori di riferimento che saranno presi in considerazione durante il processo di valutazione.

Gli obiettivi possono essere distinti in:

- Obiettivi strategici, che si traducono in out come;
- Obiettivi operativi, che si traducono in output;
- Obiettivi gestionali, che si traducono in un risultato specifico nell'anno di riferimento.

Gli indicatori consentono di misurare il grado di raggiungimento di ogni singolo obiettivo prefissato attraverso un apparato idoneo a misurare ogni corretto adempimento delle operazioni di verifica.

Ogni indicatore rappresenta, infatti, un aspetto o caratteristica dell'obiettivo, del processo o del prodotto, misurabile, che fornisce informazioni significative sull'efficacia, l'efficienza, l'economicità o la qualità dell'attività svolta e sul grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Art. 1 comma b: Collegamento degli obiettivi e l'allocazione delle risorse.

L'Azienda, attraverso il sistema del Controllo di Gestione, sulla base dei dati forniti attraverso lo strumento della contabilità analitica, converte gli obiettivi specifici in risorse economiche disponibili per ogni singola Struttura.

Le risorse destinate alla performance sono definite in sede di contrattazione decentrata integrativa.

Art. 1 comma c: Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi.

La fase di monitoraggio del Piano della Performance sarà svolta attraverso il Sistema di Programmazione e Controllo di Gestione, con cadenza trimestrale/semestrale attraverso gli strumenti di analisi in utilizzo.

A seguito dell'attività di monitoraggio sarà possibile apportare modifiche, correzioni ed integrazioni agli obiettivi operativi.

Le modifiche ed integrazioni al Piano potranno essere effettuate entro e non oltre il 30 ottobre dell'esercizio a cui si riferisce.

Art. 1 comma d: Valutazione e misurazione della performance organizzativa ed individuale.

La Valutazione della performance organizzativa delle singole strutture inizia quando la Programmazione e Controllo di Gestione provvede a:

- Elaborare e normalizzare i dati di consuntivo del periodo di riferimento sintetizzandoli nei report per singola struttura organizzativa;
- Predisporre la scheda di rendicontazione degli obiettivi di confronto tra dati di consuntivo ed obiettivi di budget, per ciascun indicatore definito in sede di negoziazione.

Tali schede rappresentano gli allegati tecnici della Relazione sulla Performance.

Tutte le risultanze del processo di valutazione sono fornite all'Organismo Indipendente di Valutazione che, infine, procede, sulla base degli elementi conoscitivi acquisiti, alla validazione complessiva del processo di valutazione esprimendosi anche su specifiche situazioni dubbie o critiche su richiesta del valutato.

La valutazione della performance è necessaria per l'erogazione della retribuzione di risultato e dei compensi per la produttività collettiva.

Art. 1 comma e: L' utilizzo dei sistemi premianti segue criteri di valorizzazione del merito.

Art. 1 comma f: Rendicontazione dei risultati.

La S.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione, unitamente alla Struttura Tecnica di Supporto all'O.I.V in essa allocata, si occuperà dell'elaborazione della Relazione sulla Performance, in corso

di esercizio ed annuale, ovvero della rendicontazione dei risultati necessaria all'erogazione della premialità.

Art.2: Obiettivi.

Gli obiettivi sono:

- Rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività e alla missione Aziendale;
- Specifici e misurabili in termini economici;
- Tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- Riferibili ad un arco temporale determinato, in genere un anno;
- Confrontabili con la tendenza della produttività.

Art.3: Valutazione Individuale.

La valutazione del singolo dipendente avviene attraverso una scheda di valutazione specifica per qualifica di appartenenza, a cura del Dirigente Responsabile e contiene:

- Gli indicatori di performance;
- Raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- Qualità del contributo assicurata dal dipendente alla performance di tutta la Struttura di appartenenza;
- Un sistema di valutazione qualitativo-quantitativo.

Art. 4: Durata.

Il presente Piano della Performance ha durata Triennale, salvo specifiche emanazioni da parte degli Organi Politico-Amministrativi Regionali.

Art.5: Inderogabilità.

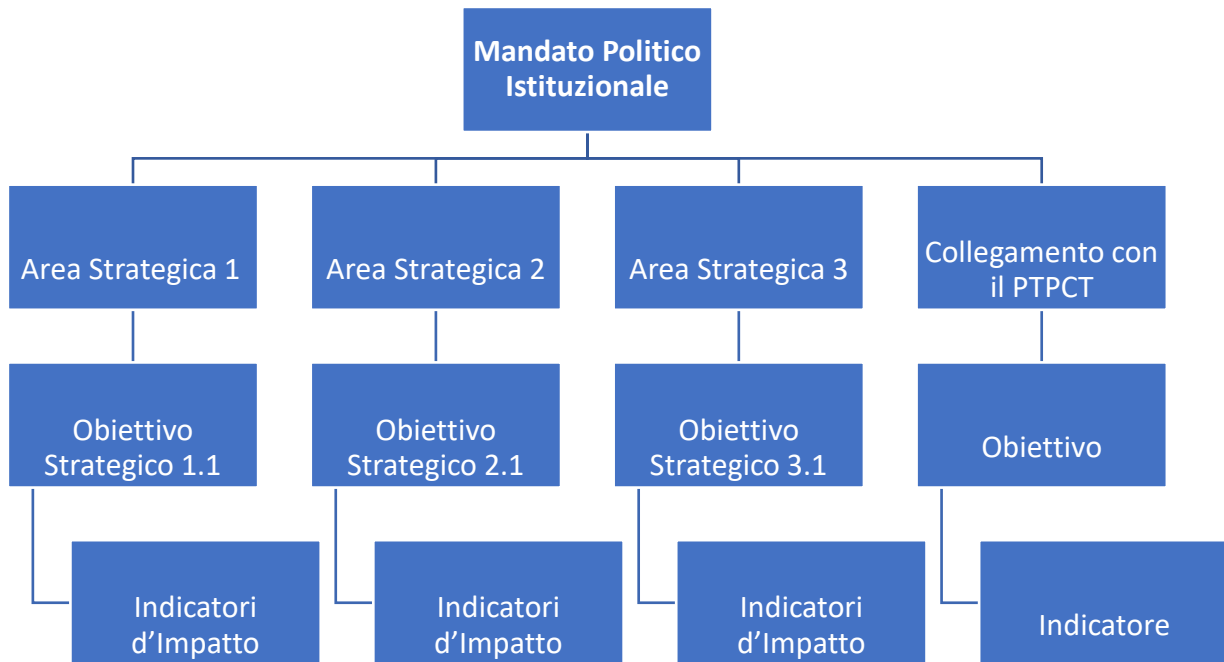
In riferimento all'art. 29 del D.Lgs. 150/2009, il Piano della Performance diventa strumento automatico atto a garantire la qualità dei servizi e una migliore gestione dei sistemi premianti il personale.

Art.6: Relazione sulla Performance.

Il Controllo di Gestione, trasmette all' OIV entro il 30 Giugno dell'esercizio successivo, ovvero salvo casi eccezionali, il documento definito "Relazione sulla Performance", che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, ed il bilancio di genere realizzato. Tutte le eventuali variazioni del Piano della Performance durante l'esercizio degli obiettivi saranno tempestivamente inserite all'interno dello stesso, entro e non oltre il 30 ottobre dell'anno di riferimento.

2.2.3 L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance ha rappresenta una mappa logica in grado di tradurre graficamente il mandato politico istituzionale affidato al Management in obiettivi strategici ed operativi.



Attraverso questa rappresentazione grafica risulta evidente come il mandato politico istituzionale possa articolarsi all'interno di quattro aree strategiche a cui sono associati i rispettivi obiettivi strategici e relativi indicatori, così come da art. 8, lettera a del D. Lgs. 150/2009 e da Delibera CIVIT n. 104/2010 p. 4.

È bene evidenziare che l'albero della Performance non deve essere confuso con l'organigramma Aziendale, in quanto le stesse aree strategiche rappresentano non una sola struttura organizzativa, ma un'area trasversale di attività.

2.2.4 LE AREE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Con la redazione del Piano delle Performance viene proposta la misurazione delle performance sia su indicatori selezionati e comuni ad altre aziende ospedaliere, sia su indicatori specifici aziendali, in coerenza con gli obiettivi assegnati nel percorso di budget.

Le aree strategiche individuate sono le seguenti:

- Incremento dei volumi di attività ed aumento del peso medio dell'attività chirurgica;
- Miglioramento degli Indicatori di Appropriatezza;

- Miglioramento dei Processi Organizzativi e budget;
- Intervento sull'Indice di Tempestività dei Pagamenti;

Per ciascuna area viene individuato un set di indicatori sul quale misurare e rendicontare la Performance aziendale.

Gli obiettivi strategici sono rappresentati all'interno degli allegati tecnici del presente Piano della Performance.

2.2.5 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI PER L'ANNO 2023

Il decreto legislativo del 25 maggio 2017, n. 74, ha introdotto, a partire dal ciclo di gestione della performance 2018-2020, una nuova articolazione degli obiettivi prevedendo la definizione di obiettivi strategici, programmati dalle singole amministrazioni su base triennale, in coerenza con gli obiettivi generali determinati con apposite linee guida adottate con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

Il processo di Programmazione Aziendale si concentra sull'individuazione di specifiche aree d'intervento che definiscono gli obiettivi strategici, che, una volta scomposti, possono essere declinati in obiettivi operativi di breve periodo.

Gli obiettivi operativi sono definiti da ciascuna amministrazione nel proprio Piano, in base alle priorità politiche e al quadro di riferimento nel quale l'amministrazione è chiamata ad agire nel

triennio e nell'annualità successiva. Gli obiettivi sono corredati da indicatori e target che ne garantiscano la misurabilità.

La valutazione sul grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle unità operative aziendali e del personale alle stesse assegnato, concorre alla valutazione della performance sia organizzativa che individuale.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria possono articolarsi secondo PRINCIPI e VALORI:

- Soddisfacimento dei bisogni di salute: copertura della domanda di salute della popolazione di riferimento, ovvero capacità aziendale di risposta alle problematiche mediche e chirurgiche dei pazienti;
- Ruolo aziendale di riferimento regionale: capacità aziendale di attrazione dei pazienti per ricoveri appropriati o di elevata complessità;
- Equità e tempestività nell'accesso ai servizi sanitari: riorganizzazione delle aree ambulatoriali, finalizzato alla piena e tempestiva soddisfazione della domanda di salute della popolazione di riferimento per le visite specialistiche, controllo dei volumi di attività ambulatoriale istituzionale effettuati dai dirigenti medici rispetto a quelli in regime di attività libero-professionale (alpi) a pagamento;
- Appropriately dell'attività di ricovero per i drg medici e chirurgici potenzialmente inappropriati;
- Miglioramento continuo dei livelli di performance aziendale: miglioramento dei livelli di performance di degenza, nel rispetto degli standard di riferimento nazionali e regionali, prescrizione elettronica delle ricette, informatizzazione della cartella clinica ed implementazione delle informazioni clinico-assistenziali collegate sia alle attività di ricovero che alle attività ambulatoriali dei pazienti;

- Corretto utilizzo delle principali risorse (beni di consumo e risorse materiali, personale e risorse umane, attrezzature e risorse tecnologiche), anche attraverso il sistematico controllo dell'andamento dei costi aziendali;
- Analisi della produttività aziendale, dei ricavi prodotti e della efficienza delle strutture aziendali, in termini di coerenza tra attività prodotte e costi sostenuti;
- Performance economico-finanziaria: pareggio civilistico di bilancio e tempestività pagamenti, con particolare attenzione:
- Al costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla direzione generale;
- Al miglioramento del sistema informativo contabile;
- All'attuazione del percorso della certificabilità (pac) dei bilanci delle aziende sanitarie.

2.2.6 OBIETTIVI OPERATIVI

Gli obiettivi operativi:

- Devono essere chiari e sintetici e cioè comprensibili negli intenti e valutabili nella fattibilità;
- Devono essere quantificati nella dimensione delle prestazioni da erogare e negli esiti da raggiungere e quindi collegati ad indicatori di valutazione facilmente rilevabili;
- Devono essere controllabili dal Cdr cui sono assegnati;
- Sono rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività e alla missione Aziendale;
- Sono specifici e misurabili anche in termini economici;
- Sono tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
- Sono riferibili ad un arco temporale determinato;

- Devono possedere una base line, ovvero un valore minimo atteso diverso dal target assegnato, riferibile a diverso arco temporale, in grado di permettere la misurazione e la valutazione in itinere degli obiettivi;
- Sono confrontabili con la tendenza della produttività.

Tanto premesso è necessario provvedere ad una declinazione degli obiettivi operativi all'interno specifiche schede di assegnazione dove per ogni obiettivo strategico è collegato uno o più obiettivi operativi.

Attraverso il sistema di Budget, e le relative schede di budget, gli obiettivi strategici sono articolati in obiettivi operativi.

Tale rappresentazione analitica degli obiettivi rappresenta un documento di programmazione annuale in cui verranno concordati gli obiettivi operativi per singola Area, Unità Operativa e Struttura Organizzativa in cui saranno riportati gli indicatori, i pesi, le unità di misura e i valori attesi.

Attraverso atto formale, ogni Direttore potrà declinare gli stessi obiettivi, secondo un modello a cascata, a tutti i dipendenti assegnati e nel rispetto delle competenze di categoria e ruolo.

2.2.7 IL SISTEMA DI BUDGET

Attraverso il budget si condividono principi, strategie, obiettivi e responsabilità, oltre a coordinare le attività rispetto ai temi della qualità dei servizi offerti al cittadino, del miglioramento del benessere organizzativo interno e dell'ottimizzazione dei processi produttivi.

Il processo di budget, in un contesto di programmazione pluriennale, assume un peso e una dimensione che lo correlano all'anno di bilancio, costituendo il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno della quale far convergere la maggiore parte dei programmi annuali delle attività.

Attraverso il processo di Pianificazione e Programmazione, l'Azienda declina annualmente gli obiettivi strategici aziendali di medio-lungo periodo in obiettivi operativi annuali per soddisfare i requisiti relativi a tipologia, volume di prestazioni e qualità dei servizi offerti.

Il Budget è uno strumento formale in cui si definiscono e si quantificano i programmi di azione, se ne verifica la fattibilità reddituale tecnica e finanziaria. All'interno di esso si definiscono gli obiettivi da realizzare e si provvede all'allocazione delle risorse.

Il sistema di Budget è inteso come mezzo in grado di definire, partendo dal livello generale fino ad arrivare ad ogni responsabile, gli obiettivi di breve periodo, indicando una serie di valori sia numerici che economici a cui la gestione deve far riferimento.

Attraverso il Budget si mette in atto un collegamento tra le risorse destinate alle attività ed i risultati attesi per ogni centro di responsabilità, diventando di fatto un momento fondamentale per una gestione aziendale improntata ai criteri di efficacia ed efficienza.

Il Sistema del Budget non può prescindere dal coinvolgimento e la condivisione degli obiettivi a tutti i livelli.

Il Budget è uno strumento di guida perché deve fornire ai dirigenti delle precise indicazioni relativamente a quali obiettivi raggiungere e con quali risorse a disposizione.

La funzione più importante del Budget è di definire gli obiettivi che si intendono raggiungere, e per tale motivo le fasi del processo possono prevedere una articolazione in fasi:

- Esplicitare gli obiettivi, ovvero creare dei punti di riferimento in grado di orientare l'attività in direzione di un fine comune;
- Condividere gli obiettivi, ovvero responsabilizzare e motivare i diversi attori;
- Monitoraggio delle attività per verifica ed implementazione degli obiettivi e con l'inserimento di obiettivi intermedi.

Da obiettivi generali si possono derivare quelli specifici per ogni singolo centro di responsabilità.

Il budget è lo strumento formale con cui si quantificano i programmi d'azione, se ne verifica la fattibilità economica, tecnica e finanziaria, si allocano le risorse coerentemente con gli obiettivi da perseguire.

Il budget è un sistema gestionale che attiene al controllo direzionale e che si caratterizza per i seguenti fattori:

- È globale, ovvero richiede il coordinamento e l'integrazione degli obiettivi perseguiti dai singoli centri di responsabilità in un'ottica unitaria della gestione aziendale;
- Definisce obiettivi, espressi in termini di risultati da conseguire e di risorse correlate;

Presenta obiettivi:

- Riferiti ai cdr espressi in termini prevalentemente quantitativi ed in forma sintetica;
- Misurabili, al fine di consentire un utile parametro di riferimento per il controllo e per la valutazione;
- Controllabili dai cdr cui sono assegnati;
- Condivisi;
- Ha una durata annuale e prevede processi di valutazione intermedia;
- Prevede un sistema informativo a supporto dell'attività gestionale;

Per tutti i livelli dell'organizzazione sono definiti:

- Obiettivi di sviluppo, che riguardano l'introduzione di innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative, sia in applicazione dei programmi regionali, sia come attivazione di programmi di innovazione aziendale;
- Obiettivi di miglioramento, che riguardano indicazioni volte a completare e affinare processi già avviati in relazione alle forme dell'organizzazione e agli strumenti del governo clinico-assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi;

- Obiettivi di sostenibilità, tesi prioritariamente al rispetto del vincolo di bilancio, ad assicurare cioè la compatibilità tra mantenimento e sviluppo dei servizi per la salute per la popolazione di riferimento e risorse complessivamente disponibili.

Il budget è quindi uno strumento che consente di legare la programmazione al controllo attraverso “l’operationalizzazione” degli obiettivi, promuovendo l’identificazione delle responsabilità, la formulazione di piani di azioni di identificazione di indicatori quantitativi sintetici. Esso può essere anche considerato una “impegno bilaterale” (patto) tra Direzione strategica e responsabili delle unità operative, definite in maniera negoziata con la finalità principale di attuare una programmazione e un costante ed attivo controllo delle attività e dei costi.

L’assegnazione degli obiettivi e delle risorse ai dirigenti può essere attuata fondamentalmente attraverso il modello top down prevede che la direzione generale assegni “dall’alto” gli obiettivi e le risorse ai dirigenti realizzando quindi una “programmazione centralizzata”.

Agli obiettivi devono essere associati uno o più indicatori, avendo cura che nel loro complesso tali indicatori comprendano, per quanto possibile, gli otto ambiti di misurazione e valutazione della performance ovvero:

- Attuazione delle politiche attivate sulla soddisfazione finale dei bisogni della collettività;
- Attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell’effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- La modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell’organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- 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;

- L'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- La qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- Il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Ad ogni obiettivo sono collegati uno o più indicatori, volte a favorire la rappresentazione del risultato atteso, meritevole d'attenzione da parte di stakeholder interni (amministratori, management) o esterni (cittadini, associazioni, altri enti, ecc.).

L'indicatore rappresenta, in sintesi, un aspetto o caratteristica dell'obiettivo, del processo o del prodotto, misurabile, che fornisce informazioni significative sull'efficacia, l'efficienza, l'economicità o la qualità dell'attività svolta e sul grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Gli indicatori individuati nel presente Piano possono essere definiti con riferimento ai diversi ambiti di misurazione e valutazione della performance secondo la seguente catalogazione:

- Indicatori di *out come*: esprimono “l'impatto, risultato ultimo di una azione” e cercano di quantificare gli impatti dell'azione dell'ente nel suo complesso sull'ambiente esterno, in termini di risposta ai bisogni dei differenti stakeholders;
- Indicatori di output: esprimono “ciò che si ottiene immediatamente al termine di una attività o di un processo” e misurano i risultati ottenuti nell'ambito di programmi strategici e progetti operativi;
- Indicatori di efficienza: esprimono “la capacità ottimale di sfruttamento delle risorse” e sono generalmente rivolti alla misurazione economica dei fattori impiegati come input di processi (es. Costo dell'input, lavoro complessivo, ecc.), anche se possono essere riferiti alla misurazione dell'output di un programma (efficienza del programma). Essi sono dati dal rapporto tra risorse umane o materiali impiegati (input) e risultati ottenuti (output);

- Indicatori di efficacia: esprimono “la capacità di raggiungere gli obiettivi”⁴ e sono rivolti alla misurazione di azioni, progetti, programmi specifici. Essi sono dati dal rapporto tra risultati ottenuti (output) ed obiettivi;
- Indicatori di qualità: sono definiti come “quantificazioni, misure o rapporti tra misure, in grado di rappresentare in modo valido, pertinente ed affidabile un certo fenomeno di interesse (ad esempio una dimensione della qualità effettiva)”;
- Rilevanza/funzionalità: capacità di leggere i risultati e, conseguentemente, di permetterne la valutazione e l’eventuale riorientamento delle politiche di servizio; l’indicatore, ove possibile, deve essere confrontabile con le tendenze della produttività con riferimento all’esercizio e/o triennio precedente;
- Tempestività: essere in grado di fornire rilevazioni in tempi coerenti con le necessità di valutazione e decisione;
- Legittimazione: attitudine a rendere possibile il confronto tra attori interni politico-tecnici e tra di essi e gli stakeholder dell’ente; l’indicatore deve quindi essere rilevante e deve essere associato ad un valore target significativo e sfidante, commisurato, ove possibile, a valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da benchmarking.

La base motivazionale degli obiettivi che l’Azienda si è prefissata di raggiungere è realizzare, ogni anno, almeno il 75% degli standard di rendimento attesi per quanto riguarda sia gli indicatori descritti sia gli stessi obiettivi strategici ed operativi.

Raggiungere il 75% di tali fattori significa:

- Garantire il raggiungimento di obiettivi che rappresentino il grado di salute organizzativa dell’Azienda;
- Garantire il raggiungimento di elevati standards di qualità del servizio all’utenza;

- Raggiungere il miglioramento continuo negli standard di rendimento e la formulazione di obiettivi strategici sempre più sfidanti, attraverso un approccio che possa essere sempre più orientato alla qualità.

2.2.8 OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE

Il raggiungimento degli obiettivi aziendali è possibile tramite il coinvolgimento delle singole professionalità, la cui valutazione è parte del ciclo della performance.

Gli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità, sono diffusi ai singoli professionisti.

La disarticolazione da macro obiettivo ad individuale, sul singolo professionista, è garanzia di raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'attività di diffusione avviene tramite il Direttore di Struttura che, a sua volta, assegna gli obiettivi ai dirigenti e al personale del comparto titolare di posizione organizzativa.

Data la rilevanza strategica dei contenuti dell'albero della performance, è evidente che una parte degli obiettivi in esso contenuti richiedano azioni e attività che coinvolgono prevalentemente la Direzione Aziendale.

Vi sono obiettivi che per loro natura possono essere declinati ai vari livelli dell'organizzazione e assegnati anche ai singoli professionisti, come nel caso degli obiettivi di produzione e di innovazione organizzativa e tecnica.

Ciascun professionista è valutato in base al contributo apportato al raggiungimento degli obiettivi della propria unità operativa, al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali ed in relazione alle competenze organizzative espresse che segue lo schema degli obiettivi a seguito riportato:

- Orientare i comportamenti dei collaboratori responsabilizzandoli al raggiungimento degli obiettivi assegnati ed al miglioramento dei propri comportamenti organizzativi
- Generare informazioni strutturate annuali a supporto delle valutazioni pluriennali
- Formulare piani di miglioramento e sviluppo individuali mirati

- Qualificare la politica premiante

Il sistema di valutazione della performance individuale dell’Azienda è quindi volto in primo luogo allo sviluppo delle competenze e all’orientamento dei comportamenti configurandosi come strumento che si affianca alla valutazione organizzativa e di equipe, consentendo di evidenziare l’apporto del gruppo o quello individuale al raggiungimento degli obiettivi di programmazione.

2.2.9 IL SISTEMA PREMIANTE

Nell’ambito del Ciclo annuale della performance è previsto un percorso per la distribuzione del salario di risultato, in conformità a quanto previsto dal D. Lgs 150/2009 e smi, dalla Legge n.135 del 7 agosto 2012, dal D. Lgs. 74/2017, nel rispetto dei CCNL del settore e secondo quanto previsto dalla Legge Regionale n. 3 del 3 febbraio 2012, modificata ed integrata dalla Legge Regionale n. 3 del 2014 e dal Regolamento Regione Calabria n.1/2014 – SmiVaP, modificato con i Regolamenti Regionali n. 5/2015 e n. 2/2018.

Questa Azienda ha redatto con apposito atto le norme di funzionamento del “Sistema di misurazione e valutazione della performance – SMiVaP”, che ha la finalità di assicurare elevati standard qualitativi ed economici delle attività, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa e individuale.

Il regolamento detta le norme di funzionamento del Sistema aziendale di misurazione e valutazione della performance.

2.2.10 COLLEGAMENTO TRA IL SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO ED IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

Il Sistema del Controllo di Gestione è finalizzato:

- A verificare le scelte di programmazione e le azioni conseguenti, attraverso il costante monitoraggio del rapporto tra i risultati ottenuti e gli obiettivi prefissati;

- A perseguire obiettivi di maggiore efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, con riferimento all'intera struttura organizzativa, anche con tempestivi interventi di correzione, con riferimento al rapporto costo-risultati.

La programmazione e il controllo fondano la loro attività principalmente sul confronto tra gli obiettivi pre-dichiarati e i risultati osservati. Questo confronto (controllo di gestione) avviene principalmente con analisi degli scostamenti che esita successivamente nella ricerca di azioni correttive.

Le finalità principali dei Sistemi di Programmazione e Controllo di Gestione sono:

- Definire e formalizzare la programmazione.
- Essere di guida e attivare la motivazione.
- Permettere il controllo e la valutazione.
- Favorire il coordinamento e l'integrazione.
- Favorire l'apprendimento e la formazione.
- Eseguire un "riorientamento" dei sistemi organizzativi.
- Attivare meccanismi di "responsabilizzazione".

La Contabilità Analitica, strumento principale del Controllo di Gestione, è inserita attraverso il presente Piano della Performance tra gli Obiettivi Strategici dei Dirigenti, così come previsto dal DCA n. 1 del 07 Gennaio 2016.

Tenuto conto dei livelli di implementazione già raggiunti dalla COAN dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini", attestati anche dalla Regione Calabria, obiettivo operativo di ogni singolo Dirigente è rappresentato dalla tempestiva trasmissione dei dati di pertinenza e necessari per le elaborazioni, all'Ufficio Controllo di Gestione con cadenza trimestrale e comunque entro la prima settimana del mese successivo al trimestre stesso. Vita l'importanza di tale obiettivo ai fini degli adempimenti Regionali, l'inosservanza di tali misure comporta l'immediata valutazione negativa e mancanza erogazione della retribuzione di risultato al dirigente.

All'interno del Controllo di Gestione è individuata la Struttura Tecnica di Misurazione e Valutazione della Performance e di supporto all' O.I.V. che realizza il collegamento tra i sistemi di controllo interni all'Azienda e la misurazione della Performance.

Il Controllo di Gestione collabora con la Direzione Strategica nella realizzazione dei documenti programmatici necessari all'individuazione ed assegnazione degli obiettivi, strategici ed operativi, nonché alla misurazione relativamente alle attività di campionamento richieste dall'O.I.V.

2.2.11 COLLEGAMENTO TRA IL PIANO DELLA PERFORMANCE ED IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Con l'inserimento di Obiettivi Strategici di Performance dell'anticorruzione e della trasparenza, si intende realizzare lo strumento di collegamento ed integrazione nel processo di programmazione aziendale tra dette aree di attività e il ciclo di gestione della performance, come indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione e dall'Organismo di Valutazione.

Obiettivi e misure previste nei documenti aziendali triennali, ad aggiornamento annuale, in materia di obblighi di trasparenza e di prevenzione della corruzione costituiscono quindi attività su cui le unità organizzative coinvolte sono chiamate alla concreta operatività, ed alla successiva valutazione, mediante la rendicontazione degli strumenti del piano azioni annuale, delle schede di budget e delle relazioni specifiche previste nel piano prevenzione corruzione.

Il presente Piano triennio 2023-2025 tiene conto delle linee guida emanate dell'ANAC in relazione al coordinamento con il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza relativamente le misure di gestione del rischio corruttivo.

L'Azienda, inoltre, evidenzia come gli obiettivi di entrambi i piani siano tra loro in stretta connessione. Sul sito istituzionale dell'Azienda, in apposita sezione sulla Performance dell'Amministrazione Trasparente, saranno pubblicati tutti gli atti e la documentazione di riferimento.

Il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, pubblicato nell'apposita sezione del sito internet istituzionale dell'Azienda, rappresenta il documento programmatico il cui

fine è individuabile attraverso un sistema dinamico di costante monitoraggio dei livelli di attuazione ed implementazione degli strumenti necessari alla prevenzione degli eventi corruttivi.

Seguendo questa logica, il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza costituisce uno degli obiettivi strategici aziendali, così come indicato tra le finalità dello stesso piano.

La trasparenza rappresenta uno degli elementi essenziali della prevenzione della corruzione, e si fonda gli obblighi di pubblicazione previsti per legge.

Infatti gli obiettivi principali del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza si ispira a tre principi:

- Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- Aumentare la capacità di far emergere casi di corruzione;
- Creare un ambiente sfavorevole alla corruzione.

Tanto premesso, ed in considerazione del maggior rilievo assunto dagli obblighi di pubblicità e trasparenza dell'azione amministrativa, all'interno del nuovo Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza saranno individuati ulteriori Obiettivi coerenti tra i due Piani:

- Garantire la pubblicità di tutti gli atti previsti dalla vigente normativa;
- Dematerializzazione degli atti.

Tale collegamento, che consente alle pubbliche amministrazioni di operare in modo eticamente corretto e perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando e facilitando il rapporto con i cittadini.

Il presente Piano sottolinea come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all'attività propria della struttura a cui sono preposti, ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione procederà alla misurazione e valutazione degli obiettivi di Trasparenza ed Anticorruzione da parte dei dirigenti secondo i seguenti criteri:

- Livello di completezza e aggiornamento delle informazioni e dei dati riguardanti la trasparenza e l'anticorruzione;

- Rispetto delle tempistiche di comunicazione delle informazioni e dei dati suddetti;
- Rispetto da parte dei dirigenti responsabili e di tutti i dipendenti delle norme contenute nei documenti di contrasto alla corruzione, ovvero PTPC e codice di comportamento aziendale;
- Livello di collaborazione e supporto al RPTC, nella gestione della prevenzione della corruzione e nel fornire le informazioni che il RPTC ritiene necessarie.

Al fine di facilitare tale percorso, i dirigenti responsabili sono tenuti a fornire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con cadenza almeno semestrale, una relazione che attesti lo stato di rispetto e di monitoraggio degli obiettivi assegnati in tema di trasparenza e di anticorruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha il compito di esaminare la suddetta relazione, segnalare eventuali mancanze e/o criticità e procedere entro il mese di febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento a valutare il rispetto delle misure di prevenzione indicate nelle schede di budget.

Le valutazioni effettuate dal RPTC saranno trasmesse alla Direzione Generale dell'Azienda, per eventuali riscontri e validazioni.

Tanto premesso, è bene evidenziare come ai sensi dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, sia prevista l'adozione del nuovo Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), ovvero un nuovo atto di programmazione che comprende la gestione delle risorse umane, l'organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, la loro formazione e le modalità di prevenzione della corruzione attraverso un percorso di maggiore efficienza, efficacia, produttività e performance Aziendale.

A tal fine, nel rispetto dei termini previsti, saranno predisposti gli adempimenti previsti.

2.2.12 RISORSE DESTINATE ALLA PREMIALITA'

Le risorse destinate a premiare rispettivamente la performance organizzativa e la performance individuale sono individuate nell'ambito dell'assetto normativo e contrattuale vigente nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

Il fondo premialità e fasce è costituito ai sensi dell'art. 81 del CCNL comparto sanità 21 maggio 2018 e finanzia:

- Premi correlati alla performance organizzativa;
- Premi correlati alla performance individuale;
- Attribuzione selettiva di nuove fasce retributive;
- Eventuale trasferimento di risorse su base annuale al fondo "Condizioni di lavoro e incarichi di cui all'art. 80;
- Misure di welfare integrativo di cui all'art. 94;
- Trattamenti economici accessori previsti da specifiche disposizioni di legge a valere esclusivamente sulle risorse di cui al comma 4 lettera d;

Il fondo per la retribuzione di risultato è costituito ai sensi dell'art. 95 del CCNL area dirigenza Sanità 2016/2018 e finanzia:

- Retribuzione di risultato secondo la disciplina di cui all'art. 93 (retribuzione di risultato e relativa differenziazione);
- Trattamenti economici previsti sulla base delle specifiche disposizioni di legge di cui al comma 4, lett. F), a valere sulle risorse di cui alla medesima lettera;
- Welfare integrativo di cui all'art. 80 bis (welfare integrativo);
- Indennità per sostituzioni di cui all'art. 22 (sostituzioni);
- Eventuali risorse annualmente trasferite ai sensi dell'art. 96, comma 4, lett. C) (fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro).

Il fondo correlato alla Performance organizzativa ed individuale è inteso al miglioramento organizzativo e all'erogazione di servizi per la realizzazione degli obiettivi generali d'Azienda.

Il fondo della produttività è incrementato dei residui a consuntivo per come previsto dall'art. 81 comma 6 del CCNL Comparto 2016/2018 e ai sensi dell'art. 95 comma 8 del CCNL dirigenza.

Sono altresì sommate eventuali risorse residue, relative a precedenti annualità, del presente Fondo, stanziato a bilancio e certificate dagli organi di controllo, qualora non sia stato possibile utilizzarle integralmente.

Ne consegue che gli eventuali residui degli anni precedenti incrementano, una tantum, il fondo premialità e fasce dell'anno in corso e trattandosi di risorse incrementalì, una tantum, la relativa assegnazione è temporanea ovvero in ragione dell'anno.

Resta ferma la possibilità di non generare residui nel fondo premialità e fasce, stabilendo fin da ora che eventuali somme dei rispettivi fondi non erogate andranno ad integrare la disponibilità del fondo dell'anno successivo, volontà dell'Amministrazione in sede contrattuale.

2.2.13 MODALITÀ DI EROGAZIONE

L'erogazione della premialità è corrisposta a consuntivo in relazione al raggiungimento totale o parziale degli obiettivi assegnati.

Pertanto, la verifica degli obiettivi sarà effettuata periodicamente e per stati di avanzamento, attraverso la misurazione e la valutazione degli stessi.

Inoltre, a ristoro di maggiori compiti e di maggiori responsabilità assunte, ovvero nel caso di ulteriori incarichi formalmente attribuiti, al dipendente sarà corrisposta una quota aggiuntiva, non inferiore al 50% di retribuzione di risultato/produttività, rispetto alla quota individuale, il tutto a garanzia di un sistema effettivamente premiante del merito e del contributo del singolo dipendente all'intera attività dell'Azienda, nonché nel rispetto dei ruoli e delle competenze professionali.

2.2.14 PARI OPPORTUNITÀ' E BILANCIO DI GENERE

L'art. 10 del D. Lgs 150/2009 prevede una sezione dedicata al bilancio di genere con la finalità di esplicitare gli obiettivi in tema di pari opportunità e di genere.

Nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance, la dimensione delle pari opportunità dovrà essere integrata secondo una visione sistemica, tenendo conto che essa si inserisce in maniera integrata nell'intero ciclo di gestione della performance.

Il decreto legislativo n. 150/2009 costituisce uno dei principali strumenti a disposizione delle Amministrazioni pubbliche per tradurre le disposizioni normative suddette in azioni concrete a favore della collettività: in riferimento alla misurazione e valutazione della performance individuale l'art. 9, comma 3, dispone, al fine di assicurare un effettivo rispetto delle pari opportunità.

Le pari opportunità possono essere definite un principio che regola i giochi e la competizione tra gruppi e categorie, assicurando ai concorrenti uguali punti di partenza e condizioni di competizione indipendentemente dalla loro appartenenza di sesso, di etnia o di religione, condizione fisica o sociale.

Il concetto di pari opportunità emerge inizialmente come risposta per combattere contro qualsiasi forma di discriminazione: è fondamentale che siano comuni le regole del gioco e che chiunque sia messo nella condizione di potersi partecipare.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" fa propria la normativa europea che definisce il principio di pari opportunità come "l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale."

38

Per quanto riguarda il bilancio di genere, al di là della tradizionale concezione che distingue gli esseri umani sulla base di caratteristiche biologiche, frutto di un persistente rinforzo sociale e culturale, l'Azienda "Mater Domini" fa riferimento alla "Carta europea per l'uguaglianza e la parità delle donne e degli uomini nella vita locale", che rappresenta un documento di prevenzione e riduzione delle disparità di genere.

In questo senso occorre evidenziare due elementi:

- La maggiore presenza femminile all'interno delle professioni sanitarie;
- La scelta del personale avviene mediante concorso pubblico, che non consente scelte di genere ma garantisce pari opportunità.

Relativamente alle buone prassi, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" intende individuare tra gli obiettivi strategici triennali la realizzazione di un "Bilancio delle Competenze" per individuare possibili diversità in relazione al genere, di percorsi formativi specifici, in particolare sul

pregiudizio quale condizione limitante nei rapporti di lavoro e iniziative specifiche di formazione per lo sviluppo manageriale rivolta al personale dirigente.

La parità di genere non è un semplice obiettivo né una materia: è una parte fondante del nuovo Piano della Performance 2023/2025.

Il concetto di pari opportunità, così delineato, riassume l'intento di garantire uguali condizioni e prospettive di vita a tutti i dipendenti, attraverso la definizione di politiche e iniziative finalizzate alla rimozione degli ostacoli che impediscono un'effettiva parità.

È pertanto intenzione dell'Azienda quella di favorire la cultura di genere attraverso il rafforzamento della comunicazione e dell'informazione sul tema delle pari opportunità e della discriminazione di genere.

2.2.15 PROGETTI OBIETTIVO

I "progetti-obiettivo" rientrano, pienamente, tra gli obiettivi di performance organizzativa, per cui è opportuno inserirli nel circuito del ciclo di gestione della performance, attraverso il loro inserimento nel Piano e nella Relazione sulla performance (ARAN).

L'inserimento nel Piano della Performance, in considerazione del fatto che si tratta di progetti la cui finalità è specificamente destinata a produrre dei risultati di miglioramento secondo la tempistica prevista dal medesimo progetto, può avvenire o in sede di approvazione iniziale o nell'ambito di una successiva integrazione e/o rimodulazione, fermo restando che, in nessun caso, deve trattarsi di un progetto avviato prima dell'inserimento nel Piano.

La proposta di "progetto-obiettivo", formulata dal Dirigente Responsabile, dovrà:

- Identificare i bisogni specifici cui il progetto intende dare risposta, in termini di miglioramento;
- Indicare i concreti risultati di miglioramento cui è finalizzato il progetto, ovvero i miglioramenti attesi dal progetto, i tempi di realizzazione, le modalità di realizzazione e di verifica dei risultati;

- Indicare i risultati oggettivamente verificati attraverso standard, indicatori, strumenti di misurazione, metriche, etc. e/o attraverso i giudizi espressi dall'utenza;
- Definire il gruppo di lavoro, i compiti e le responsabilità di ciascuno di essi.
- Determinare le risorse economiche da destinare al progetto, comprensivo delle modalità di distribuzione al personale.

Le risorse destinate a tali progetti potranno essere individuate sia nei rispettivi fondi contrattuali, previa costituzione del tavolo di contrattazione con le Organizzazioni Sindacali, e sia da eventuali ulteriori disponibilità extra-fondo.

La distribuzione delle risorse economiche, individuate nel progetto, deve essere effettuata in base a principi premianti del merito e diversificati in base a regole predeterminate e condivise con il gruppo di lavoro.

Al termine del progetto, il Dirigente Responsabile dovrà predisporre apposito documento di Relazione, comprensivo di misurazione degli indicatori individuati in fase iniziale, da inserire successivamente quale specifica appendice della Relazione sulla Performance, nonché file di calcolo relativo alla distribuzione delle risorse economiche, da inviare alla S.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione che, una volta effettuati i controlli necessari, provvederà alla Delibera di liquidazione ed inviare all'Ufficio Personale la documentazione per predisporre la liquidazione ai dipendenti della premialità.

2.2.15 UMANIZZAZIONE DELLE CURE E BENESSERE ORGANIZZATIVO

Per umanizzazione s'intende quel processo in cui si deve porre il malato al centro della cura.

Questo concetto segna il passaggio da una concezione del malato come mero portatore di una patologia a una visione di persona con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze rispetto al proprio stato di salute.

L'umanizzazione è, altresì, intesa come impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, ovvero elemento essenziale per garantire la qualità dell'assistenza.

Il concetto di umanizzazione è una prerogativa degli obiettivi delle aziende sanitarie moderne.

Il percorso di Umanizzazione delle cure si muove su un triplice binario:

- Umanizzare le terapie per il paziente, ovvero ridurre il più possibile il suo danno biologico, valorizzare il più possibile l'unicità della persona malata;
- Umanizzare le terapie per i familiari, ovvero ridurre le conseguenze oggettive che avere un paziente ricoverato comporta, personalizzare la partecipazione del congiunto alla vita del reparto;
- Umanizzazione e comunicazione tra gli operatori sanitari, ovvero benessere organizzativo accoglienza dei familiari, ecc.

Il benessere organizzativo aziendale deve proteggere, sviluppare e migliorare la qualità dell'ambiente lavorativo sino a consentire ai dipendenti di stare bene a livello fisico, psicologico e relazionale.

Soddisfazione, concentrazione e motivazione incidono profondamente sul clima organizzativo e sulla produttività. Essere soddisfatti del proprio ruolo in azienda e, in senso più ampio, anche della propria vita fuori dall'ufficio, rende i dipendenti più attivi e presenti, nonché più capaci di relazionarsi con colleghi e clienti, aumentando la qualità percepita del proprio lavoro.

Il modello sopra rappresentato si basa su:

- L'ascolto: strumento per la raccolta delle esigenze e delle proposte dell'utente interno, per favorirne la partecipazione alle scelte e alle politiche dell'amministrazione;
- La comunicazione interna: strumento che incide sulla capacità di circolazione e condivisione delle informazioni all'interno dell'organizzazione, sulla capacità di diffondere valori e culture organizzative condivise;

- La comunicazione organizzativa: dimensione che agisce, da un lato, sulla qualità delle comunicazioni orizzontali tra settori differenti e, dall'altro, sulla qualità delle comunicazioni verticali, tra profili gerarchicamente differenti;
- La comunicazione interpersonale: dimensione che incide sulla capacità di instaurare relazioni interpersonali, collaborative e soddisfacenti;
- La gestione dei conflitti: dimensione che incide sulla capacità di prevenire e gestire le eventuali situazioni relazionali critiche.

Nel corso del triennio di applicazione del presente documento, saranno individuati specifici percorsi di formazione per tutto il personale, in materia di umanizzazione delle cure e di benessere organizzativo, per poi procedere, nel successivo triennio, alle fasi delle valutazioni, tenendo presente la possibilità per l'utenza di compilare il questionario di valutazione partecipativa presente negli allegati del presente Piano.

2.3 ANTICORRUZIONE

2.3.1 PREMESSA

Attraverso la legge n. 190 del 6/11/2012 avente ad oggetto “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, è stato istituito un sistema di prevenzione della corruzione articolato su due livelli:

- Un livello nazionale con la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Un livello proprio di ciascuna amministrazione, che prevede l’adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

Il PTPCT ha il compito di individuare il grado di esposizione dell’amministrazione al rischio di corruzione e di indicare gli interventi organizzativi, definiti come misure, volti a prevenire il medesimo rischio.

Il documento in oggetto ha, dunque, la finalità di:

- Analizzare il contesto in cui opera l’Azienda Ospedaliero-Universitaria (interno ed esterno);
- Valutare il rischio (identificazione, analisi, ponderazione del rischio);
- Fornire le indicazioni su come trattarlo (identificazione delle misure di prevenzione).

Parte del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è dedicata alla trasparenza: in questa parte si illustrano tutti i dati e gli atti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.

Con Delibera del Commissario Straordinario n. 62 del 01/02/2021 è stato nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione della Trasparenza (RPCT) il Dott. Armando Biamonte.

Nel corso del triennio 2023-2025 si cercherà di dare continuità il percorso già intrapreso con i precedenti Piani attraverso una più intensa attenzione a momenti di sensibilizzazione e formazione del personale e agli audit di verifica.

Inoltre, il presente Piano è redatto ai sensi dell’art. 6 del D.L. n. 80/2021, nel rispetto di quanto previsto per l’adozione del PIAO (Piano Integrato di Attività ed Organizzazione), documento unico di programmazione, di governance e di semplificazione, ovvero in attesa dell’emanazione delle linee guida necessarie alla sua attuazione.

A tal proposito, si ricorda che, al fine dell'integrazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza all'interno del PIAO, occorrerà attendere l'emanazione del decreto del Dipartimento della Funzione Pubblica che adotta un Piano tipo e del decreto del Presidente della Repubblica che definisce l'abrogazione delle norme che disciplinano i singoli Piani che confluiranno nel PIAO. Per entrambi i provvedimenti è stata raggiunta l'intesa in Conferenza Unificata, rispettivamente il 2 dicembre 2021 e il 9 febbraio 2022.

2.3.2 IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA – FINALITÀ

L'Azienda adotta il proprio Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ai sensi della normativa vigente, al fine di definire e programmare gli obiettivi previsti dalla Legge 190/2012, con particolare riferimento a:

- Alla riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- All'aumento della capacità di individuazione degli eventuali casi di corruzione;
- Alla creazione di un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi.

44

L'Azienda, attraverso il presente documento, aggiorna il proprio Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, evidenziando quanto è stato realmente attuato rispetto a quanto previsto, illustrando tutte le criticità riscontrate.

2.3.3 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

La normativa di riferimento per l'elaborazione del presente Piano è la seguente:

- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità”;
- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita dalla Conferenza unificata nella seduta del 24 luglio 2013 (Repertorio atti n. 79/CU) con la quale sono stati individuati gli adempimenti, con l’indicazione dei relativi termini, per l’attuazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei decreti attuativi (d.lgs. 33/2013, d.lgs 39/2013, D.P.R. 62/2013);
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013, n. 1 “Legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 19 luglio 2013, n. 2 “D.lgs. n. 33 del 2013 – Attuazione della trasparenza”;
- Delibera CIVIT 4 luglio 2013, n. 50 “Linee Guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”;
- Delibera CIVIT 11 settembre 2013, n. 72 “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera CIVIT 24 ottobre 2013, n. 75 “Linee guida in materia di codice di comportamento delle pubbliche amministrazioni”;

- Legge 11 agosto 2014, n. 144, di conversione, con modifiche, del Decreto legge 24 giugno 2014,
- n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”;
- Regolamento ANAC 9 settembre 2014 “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’ANAC per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei piani triennali di trasparenza, dei codici di comportamento”;
- Determinazione ANAC 28 aprile 2015, n. 6 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)”;
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” (art. 1 Carta della cittadinanza digitale e art. 7 Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza);
- Determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12 “Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d’appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 che modifica il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibera ANAC 3 agosto 2016, n. 831 “Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;

- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1309 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 comma 2 del d.lgs. 33/2013. Art. 5- bis, comma 6, del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016”;
- Delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 358 “Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- Delibera ANAC 22 novembre 2017, n. 1208 “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”;
- Delibera ANAC 2 ottobre 2018, n. 840 “Richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT).”;
- Delibera ANAC 5 giugno 2019, n. 494 “Linee guida n. 15 recanti individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici”;
- Delibera ANAC 26 giugno 2019, n. 586 “Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l’applicazione dell’art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019”;
- Delibera ANAC 13 novembre 2019, n. 1064 “Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;

- Delibera ANAC 19 febbraio 2020, n. 177 “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche”;
- Delibera ANAC 1 gennaio 2022 n. 1 “Adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024: differimento del termine al 30 aprile 2022”;
- PNA 2022 del 16 Novembre 2022.

2.3.4 LE AZIONI PRIORITARIE

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria “Mater Domini”, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 1, comma 16, della legge 190/2012, al fine di pianificare le strategie di prevenzione della corruzione, esamina la propria organizzazione, le regole e le prassi di funzionamento per valutare la possibile esposizione al fenomeno corruttivo e predispone adeguate misure di contrasto.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si inserisce proprio in questo contesto e in esso il concetto di corruzione è da intendersi in senso lato, comprendendo tutte le varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri abuso, da parte di un soggetto, dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati.

La definizione di corruzione cui si fa riferimento è quella ampia, riportata nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019, che descrive la corruzione come: i comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio, o un interesse particolare di terzi, assume (o concorre all’adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di vantaggio (economico, o meno) dai propri doveri d’ufficio, cioè dalla cura imparziale dell’interesse pubblico affidatogli.

2.3.5 AGGIORNAMENTO E ATTUAZIONE DEL PIANO – MODALITÀ DI

AGGIORNAMENTO E VALIDITÀ TEMPORALE

Il presente Piano definisce l'attività del triennio 2023-2025 e secondo le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2022 costituisce un aggiornamento rispetto a quanto precedentemente adottato dall'Azienda.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, è finalizzato a formulare una strategia aziendale di prevenzione della corruzione attraverso l'individuazione delle attività più esposte al rischio corruzione stabilendo delle priorità di trattamento, nonché la definizione di misure e di strumenti di controllo atti a prevenirlo.

In particolare, rientrano in questa fattispecie, tutte le misure di comunicazione, formazione e monitoraggio attuate in Azienda per contrastare l'insorgere del fenomeno corruttivo.

Trattandosi di uno strumento di programmazione viene modificato in relazione ai risultati conseguiti e alle criticità riscontrate nell'anno precedente, alle normative sopravvenute in materia, alle modifiche organizzative e all'affioramento di nuovi rischi.

L'aggiornamento, su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, è approvato con deliberazione del Commissario Straordinario.

Il documento, una volta approvato, è pubblicato sul sito web istituzionale, sezione Amministrazione Trasparente (sottosezione Altri contenuti – Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza).

2.3.6 SOGGETTI, FUNZIONI E RESPONSABILITÀ

I soggetti che, in maniera tra loro coordinata, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda sono indicati nella tabella che segue.

Direttore Generale:

- Designa il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

- Adotta il Piano e i suoi aggiornamenti e li comunica al Collegio sindacale e all'organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- Valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio corruzione;
- Assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- Promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.

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

L'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello della predisposizione del sistema di prevenzione della corruzione e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione.

In particolare:

- Presenta al Direttore generale, per la necessaria approvazione, una proposta di il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- Vigila sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;
- Elabora le modifiche necessarie per migliorarne l'efficacia e predisporre l'aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- Segnala all'organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi

- Vigila sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;
- Elabora le modifiche necessarie per migliorarne l'efficacia e predisporre l'aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- Segnala all'organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Pianifica le misure di trasparenza, monitora l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e verifica la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione;
- Pubblica sul sito internet istituzionale, entro le scadenze definite da ANAC, una relazione sull'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni fornite dall'ANAC stessa;
- Verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto dei criteri generali stabiliti dall'azienda, (nei limiti di quegli incarichi ed uffici ove la rotazione è tecnicamente e logisticamente possibile, per la tipologia di competenze);
- Vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile;
- Cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento aziendale e collabora con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il monitoraggio annuale sulla sua attuazione;
- Programma incontri periodici con i referenti al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività;

- Fornisce pareri, a seguito di attività valutativa specifica e per quanto di competenza, in relazione a situazioni e/o elementi di potenziale violazione delle misure di prevenzione del rischio corruttivo previste all'interno del presente Piano.

Referenti per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per l'area di rispettiva Competenza:

- Affiancano il RPCT nella sua attività;
- Svolgono una costante attività informativa nei confronti del RPCT;
- Coinvolgono tutti i dipendenti delle strutture di loro competenza nelle attività previste dal piano anticorruzione;
- Forniscono gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del Piano anticorruzione e del programma per la trasparenza;
- Partecipano agli incontri periodici programmati dal Responsabile al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività;
- Comunicano tempestivamente al RPCT fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza;
- Realizzano gli obiettivi assegnati in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nel ciclo della performance individuale.

Gruppo operativo:

- Supporta il RPCT nella sua attività operativa;
- Collabora con i referenti, in accordo con il Responsabile;
- Contribuisce alla stesura del Piano e degli allegati;
- Affianca il RPCT nell'attività di verifica, monitoraggio e sensibilizzazione.

Tutti i Direttori di struttura e i Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza:

- Assumono la responsabilità delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT;
- Tengono conto, in sede di valutazione delle performance del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;
- Forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione;
- Concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- Controllano costantemente le attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti;
- Assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- Avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente alla propria struttura;
- Individuano all'interno della propria struttura il referente per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La Struttura Tecnica di Supporto all'OIV:

- Cura l'inserimento nel Piano della performance degli obiettivi finalizzati alla realizzazione delle azioni previste dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;
- Offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori con riferimento
- alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- Fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- Favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della Performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;

OIV – Organismo Indipendente di Valutazione:

- Attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità,
- Secondo le disposizioni impartite dall'ANAC;
- Esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione;
- Assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di comportamento e il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale;
- Verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;

Collegio Sindacale:

Verifica l'amministrazione sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.

Commissione per i Procedimenti Disciplinari:

- Vigila sull'applicazione del Codice di comportamento aziendale;
- Cura l'aggiornamento del Codice di comportamento della amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento;
- Possono chiedere all'autorità Nazionale Anticorruzione parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di comportamento.

Dipendenti:

- Partecipano attivamente al processo di gestione del rischio;
- Attuano le misure di prevenzione programmate nel PTPCT;
- Comunicano i casi di conflitto di interesse che li riguardano personalmente, anche potenziale;
- Segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o al RPCT;
- La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, legge 190/2012).

Collaboratori a qualsiasi titolo:

- Osservano le misure contenute nel Piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'Azienda;
- Segnalano le situazioni di illecito.

Forme di consultazione

Il presente Piano, prima dell'adozione, è stato pubblicato sul sito internet aziendale, prima della sua formale adozione, per raccogliere osservazioni e suggerimenti e perché tutto il personale dell'AOU Mater Domini ne possa prendere visione.

2.3.7 GESTIONE DEL RISCHIO

In continuità con i precedenti Piani Triennali Prevenzione Corruzione, questo documento vuole orientare l'Azienda verso un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo da un punto di vista sostanziale e non meramente formale.

Per la gestione del rischio si è fatto riferimento all'allegato metodologico (Allegato 1) del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 che fornisce indicazioni utili per la progettazione, la

realizzazione e il miglioramento continuo del “Sistema di gestione del rischio corruttivo”, nonché alla recente adozione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, allegato 1 check-list.

L’Allegato 1 al PNA 2019 ha ampiamente integrato e aggiornato le indicazioni presenti nel PNA 2013 e nell’Aggiornamento 2015 al PNA ispirandosi sempre ai principali standard internazionali di risk management.

Attraverso le linee guida presenti nei PNA si proceduto a svolgere un’analisi al fine di:

- Migliorare e aggiornare la mappatura dei processi;
- Modificare e integrare, per ciascun processo, i possibili rischi;
- Attribuire a ciascun processo un grado di rischio specifico;
- Modificare e integrare le misure di prevenzione dei rischi.

L’analisi dei processi e la loro descrizione in fasi, prevista nel 2021 e riproposta nel corso del 2022, si basa sulla necessità di dare maggior rilievo a quelli ritenuti a più alto rischio, per poi successivamente estendere tale tipologia di analisi anche ad altri processi.

Anche per la stesura di questo Piano, per l’individuazione delle aree di rischio, si è partiti dalle aree che, dall’analisi effettuata nel PNA, risultavano ricorrenti, al di là della specificità dell’attività istituzionale.

In particolare, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 individua, per le aziende sanitarie, le seguenti principali aree di rischio:

- Attività libero professionale;
- Liste d’attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni.
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Considerato quanto previsto dal PNA e, in continuità con l’esperienza acquisita dai precedenti Piani, nel presente documento sono individuate le seguenti aree di rischio:

- Acquisizione e progressione del personale

- Affidamento di lavori, servizi e forniture e affidamento di ogni altro tipo di commessa;
- Gestione delle prestazioni agli utenti;
- Gestione risorse umane;
- Gestione contabile e patrimoniale;
- Attività libero-professionale dei professionisti sanitari;
- Relazioni con il pubblico.

Dopo aver identificato i processi, si è provveduto alla loro analisi per comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione.

Sicuramente, la descrizione più dettagliata di un processo risulta particolarmente rilevante in un contesto di prevenzione della corruzione, dove la descrizione delle fasi consente di identificare più agevolmente le criticità del processo e mettere in atto le azioni correttive.

Occorre precisare che tale risultato verrà raggiunto in maniera progressiva negli annuali aggiornamenti del Piano.

Si è deciso pertanto di procedere con la descrizione di quei processi già analizzati puntualmente dal precedente Piano e di altri che per la loro peculiarità necessitano di una particolare attenzione.

Nella mappatura dei processi si è quindi ritenuto primario inserire i seguenti elementi di base:

- Breve descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha);
- Attività che scandiscono e compongono il processo;
- Responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo.

2.3.8 VALUTAZIONE DEI RISCHI

La valutazione del rischio si articola nelle due fasi di:

- Identificazione;
- analisi.

Il sistema di identificazione include l'individuazione degli eventi rischiosi che potrebbero verificarsi.

Per l'anno in corso verrà mantenuto un livello di analisi limitato al processo per quelle attività per le quali non si sono manifestati nel tempo fatti o situazioni indicative di qualche forma di criticità.

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, privilegiando un'analisi di tipo qualitativo rispetto a una di tipo quantitativo. Sono stati individuati cinque criteri di stima sulla base dei quali è stata fatta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

Discrezionalità	
Processo con alta discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, ecc)	Alto
Processo parzialmente vincolato (presenza di leggi o di atti amministrativi):	Medio
Processo totalmente vincolato	Basso
Rilevanza esterna e valore economico	
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico alto	Alto
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico basso	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico alto	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico basso	Basso
Efficacia dei controlli (autovalutazione a cura del direttore/responsabile della struttura)	
Misure applicate ma da implementare	Alto
Misure applicate ma alcune da implementare	Medio
Misure correttamente applicate	Basso
Presenza di segnalazioni in realtà simili	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Basso
Presenza di segnalazioni nell'azienda	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi nell'azienda	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi nell'azienda	Basso

Preme sottolineare che, con la nuova metodologia, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori, non può essere la media dei singoli indicatori, ma deve essere il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti.

In particolare si è data particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un *alert* per la gestione del rischio corruttivo e portano i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro “intrinseca rischiosità”.

Non avendo rilevato durante le pregresse annualità nessuna problematica particolare, rimangono invariate le valutazioni del rischio.

Le problematiche specifiche che dovessero emergere verranno analizzate di volta in volta, anche al fine di modificare ed integrare il presente documento.

2.3.9 TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE PER NEUTRALIZZARLO

Il presente Piano individua le misure di neutralizzazione o di diminuzione del rischio con riferimento ai processi mappati.

Le misure previste, processo per processo, con l’indicazione dei Responsabili, sono indicate sinteticamente nell’Allegato tecnico.

Le misure individuate vengono differenziate in Misure generali, Misure specifiche esistenti e Misure specifiche previste per l’anno 2022.

2.3.10 MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO

Le misure previste per la prevenzione della corruzione si suddividono in due categorie a seconda della loro portata:

- Misure “generali”: quando si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, agendo, in modo trasversale, su tutta l’amministrazione;
- Misure “specifiche”: quando incidono su problemi specifici individuati tramite l’analisi del rischio e, pertanto, sono ben caratterizzate rispetto al processo cui fanno riferimento.

La legge n. 190 del 2012 e s.m.i. e le disposizioni ANAC hanno individuato alcune misure di prevenzione obbligatorie, suddivisibili in queste categorie:

1. Misure di trasparenza;
2. Misure di comportamento;
3. Misure di formazione;
4. Misure di rotazione;
5. Misure di protezione;
6. Misure di regolamentazione/semplificazione/informatizzazione;
7. Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Misure di trasparenza

Secondo quanto introdotto dalla delibera ANAC n. 1310/2016, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione deve contenere una sezione apposita dedicata alla trasparenza, all'interno della quale sono indicati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati richiesti dalla norma. Devono, inoltre, essere indicati i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti all'individuazione e/o alla elaborazione dei dati e alla pubblicazione.

Tali informazioni sono contenute nell'Allegato 2 del presente documento.

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

Come emerge chiaramente dalla pubblicazione “la trasparenza come risposta all'emergenza” dell'aprile 2020, disponibile sul sito dell'ANAC (www.anticorruzione.it – sezione Rapporti e studi – anticorruzione e trasparenza), la misura della trasparenza rappresenta un elemento essenziale per ridurre e arginare i fenomeni potenzialmente corruttivi.

Nel testo si sottolinea come la mancanza di trasparenza ha inciso notevolmente sulla gestione della pandemia, contribuendo a favorire la diffusione e rendendo meno agevole il suo contenimento a

livello internazionale. C'è inoltre la necessità di dati completi, aggiornati, raffrontabili, o comunque di tutti i dati disponibili con il massimo livello di dettaglio e granularità.

Il rafforzamento della trasparenza quale soluzione per compensare deroghe ed eccezioni nel campo dei contratti pubblici è da tempo presente nella riflessione dell'ANAC. La trasparenza come leva di governo del settore gare e appalti, viene già messa in luce nel codice dei contratti, che contiene una previsione di pubblicità ampia per gli atti relativi alla vicenda contrattuale già al primo comma dell'art. 29.

Responsabilità della pubblicazione dei dati.

La normativa in materia di trasparenza, prevede il contenuto minimo e l'organizzazione dei dati che devono essere pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, secondo una precisa articolazione in sotto-sezioni di primo e di secondo livello.

La tipologia dei dati che l'Azienda deve pubblicare e le strutture responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione e aggiornamento degli stessi, sono indicati nell'allegato 2) del Piano denominato "Elenco degli obblighi di pubblicazione".

L'allegato contiene l'elenco di tutti gli obblighi di pubblicazione, come previsti dalla deliberazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 avente ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni contenute nel decreto legislativo n. 33 del 2013 come modificato dal decreto legislativo n. 97 del 2016", e per ogni singolo obbligo individua la struttura responsabile della pubblicazione.

Sarà cura del Dirigente della struttura identificare il nominativo del responsabile della pubblicazione degli atti.

Il Dirigente responsabile di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

Le modalità di pubblicazione devono inoltre porre la massima attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

Rispetto agli obblighi ulteriori di pubblicazione, questa Azienda provvede a pubblicare:

- L'elenco delle deliberazioni del Direttore Generale;

- L'elenco delle determinazioni adottate dai dirigenti aziendali.

Misure organizzative per assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi.

Le misure dirette ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi sono in particolare:

Definizione univoca, per ciascun obbligo di pubblicazione, del contenuto e della forma di presentazione dei dati che deve rispondere a precisi requisiti di chiarezza e usabilità, con evidenza documentale di quanto definito;

Semplificazione del processo di pubblicazione, mediante flussi automatici di pubblicazione, attraverso l'utilizzo del software già in uso;

Coordinamento delle pubblicazioni inserite nella sezione amministrazione trasparente con quelle di altre sezioni;

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

Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il RPCT provvede a:

Monitorare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Se rileva inadempienze di livello significativo, sollecita il referente aziendale interessato a provvedere in merito entro un termine concordato. In caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il responsabile segnala la circostanza alla direzione aziendale, all'OIV e/o agli ulteriori organismi interessati;

Predisporre ulteriori programmi operativi per ottemperare a quanto ancora dovesse risultare non pienamente attuate;

All'OIV spetta, invece, il compito di verificare e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza secondo gli indirizzi formulati dall'ANAC e/o dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Gli esiti della verifica sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale.

Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico

L'Accesso Civico “semplice”, previsto dall'art. 5 comma 1 del decreto legislativo 33/2013, è il diritto di chiunque di richiedere alle P.A. di pubblicare documenti, informazioni e dati per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

L'Accesso Civico “generalizzato”, previsto dall'art. 5 comma 2 del decreto legislativo 33/2013, introdotto dall'art. 6 del decreto legislativo 97/2016, si configura come il diritto di chiunque di accedere a documenti, informazioni e dati detenuti dalle P.A., ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

L'esercizio del diritto all'accesso civico:

- Non richiede uno specifico interesse personale del cittadino;
- l'istanza non necessita di motivazione;
- Non è sottoposta ad alcuna limitazione, ad esclusione dei limiti espressamente previsti dalla legge;
- Le procedure sono previste dalla stessa normativa.

Gli aspetti procedurali sono attualmente in fase di regolamentazione, secondo quanto indicato dalla Delibera ANAC 1309/2016.

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, nella sezione “Amministrazione Trasparente, sotto la voce Altri contenuti – Accesso Civico” sono pubblicati le modalità di esercizio di questa facoltà, i dati relativi all'Ufficio Affari Generali, nonché i dati relativi al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, al quale può essere presentata la richiesta di accesso civico.

Nella sezione è presente l'apposito registro delle domande di accesso civico pervenute nel corso dell'anno.

Misure di comportamento

Tra le misure inserite in questa tipologia rientrano la presenza del Codice di comportamento, la stipula dei Patti di integrità, gli interventi per contrastare le situazioni di conflitto di interessi.

Codice di comportamento

Il Codice di comportamento è un elemento complementare al Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione ed è elaborato in stretta sinergia.

La finalità è, dunque, quella di tradurre gli obiettivi di riduzione del rischio corruttivo che il PTPCT persegue, con misure di tipo oggettivo e organizzativo, in doveri di comportamento di lunga durata dei dipendenti.

Il Codice di comportamento dell'Azienda, è stato rivisto e aggiornato, tenendo conto delle raccomandazioni della deliberazione ANAC n. 358 del 29/3/2017, e successivamente adottato con delibera del Commissario Straordinario n. 348/2021 del 20/05/2021.

Il codice di comportamento aziendale risulta pubblicato sul sito web istituzionale per la sua consultazione.

Per il personale neoassunto saranno previsti momenti di formazione specifica, a cura dei Responsabili Aziendali, all'interno della quale saranno illustrati i contenuti del Piano Triennale, il Codice di Comportamento e la Carta dei Servizi, nonché le norme previste dalle misure di Prevenzione e Protezione.

Il Codice di Comportamento detta le regole integrative ed aggiuntive rispetto a quelle contenute nel D.P.R. n. 62/2013, richiamando norme di comportamento specifiche, correlate ai compiti istituzionali dell'Azienda, connesse principalmente con la tutela della salute individuale e collettiva.

Lo stesso Codice prevede espressamente l'obbligo di rispettare tutte le misure previste e contenute nel presente Piano della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Con riferimento ai collaboratori esterni a qualsiasi titolo, ai collaboratori delle ditte che forniscono beni e servizi o eseguono opere a favore dell'amministrazione, quest'ultima deve predisporre o modificare gli schemi di incarico, contratto, bando, inserendo sia l'obbligo di osservazione del Codice

di comportamento sia disposizioni o clausole di risoluzione o di decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Patti di integrità

I patti di Integrità sono strumenti negoziali ad integrazione del contratto originario tra l’Azienda e l’operatore economico, ovvero misure di comportamento volte al contrasto ed alla prevenzione di possibili attività illecite e con il fine di assicurare il rispetto dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità dell’azione amministrativa e dei principi di coerenza e trasparenza presenti anche nella disciplina dei contratti pubblici.

Attraverso questo strumento l’Azienda chiede alle imprese un impegno attivo, non solo nella corretta esecuzione del contratto d’appalto, ma soprattutto un comportamento leale, corretto e trasparente.

Tale strumento riveste una fondamentale importanza nella prevenzione dei fenomeni corruttivi, tanto che l’Azienda potrà prevederne la sottoscrizione a tutti coloro i quali instaureranno un rapporto negoziale.

Nello specifico, il Patto d’Integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette alla valorizzazione dei comportamenti adeguati consentendo un controllo reciproco e prevedendo eventuali sanzioni in caso di elusione.

Lo schema tipo sarà reso disponibile sul sito web dell’Azienda nella sezione “Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione”.

Dichiarazione pubblica di interessi

La condizione di “Interesse” all’interno del sistema sanitario non necessariamente si configura come “Conflitto”, ma può essere percepita come un condizionamento nell’espletamento delle diverse attività.

Per tale ragione, è necessario individuare degli strumenti che possano innalzare il livello di trasparenza dell’Azienda attraverso la pubblicazione dei rapporti diretti e/o indiretti che intercorrono tra coloro che operano all’interno dell’amministrazione e coloro che, a vario titolo collaborano con la stessa, che siano produttori, fornitori o consulenti.

La compilazione della Dichiarazione, considerata la molteplicità di rapporti professionali instaurati dall'Azienda, rappresenta un obiettivo annuale, da valutare ai fini della Performance, per tutti i Direttori di Struttura Complessa e per tutti i Dirigenti di Struttura Semplice.

Disciplina degli incarichi extraistituzionali

L'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento degli incarichi e delle prestazioni dei dipendenti pubblici non compresi nei doveri d'ufficio.

Infatti, i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno ed indeterminato non possono svolgere ed intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere altre attività che presentino caratteri di abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, come previsto all'art. 60 e seguenti del D.P.R. n.3/1957.

Il D. Lgs. N. 165/2001 prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza per lo svolgimento di incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti, pubblici o privati, allo scopo di evitare che altre attività possano recare un eccessivo impegno del dipendente e che le stesse possano interferire con i doveri d'ufficio.

66

Lo stesso articolo è stato recentemente modificato attraverso la Legge N. 190/2012 in ragione della stretta connessione con la Prevenzione della Corruzione, ovvero in considerazione che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali possano determinare situazioni tali da compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, favorendo interessi contrapposti a quelli pubblici.

Infatti, tra i criteri per il rilascio dell'autorizzazione è stato aggiunto, ai sensi dell'art. 53, commi 5 e 7, quello volto ad escludere espressamente le situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite.

Va soprattutto evidenziato che il cumulo di incarichi in capo ad un unico soggetto, soprattutto se extra-istituzionali, può dar luogo a situazioni di conflitto di interesse, che a loro volta possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e costituire sintomo di fatti corruttivi.

Le principali modifiche alla norma possono essere così riassunte:

- Autorizzazione all'esercizio di incarichi extra-istituzionali disposta attraverso criteri oggettivi e predeterminati;

- Comunicazione formale del dipendente anche degli incarichi conferiti a titolo gratuito;
- Valutazione, in fase di autorizzazione, di eventuali situazioni anche di potenziale conflitto di interessi, anche attraverso la richiesta di specifica dichiarazione di insussistenza di cause ostative del dipendente.

Inoltre, il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza, ai sensi dell'art. 18 del D. Lgs 33/2013, all'interno della quale le Amministrazioni sono tenute a pubblicare tutti i dati relativi agli incarichi conferiti e/o autorizzati ai propri dipendenti.

Tanto premesso, attraverso la delibera del Commissario Straordinario n. 342/2021 del 18/05/2021 è stato predisposto ed approvato il nuovo regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali, nonché la relativa modulistica.

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Il conflitto di interessi reale (o attuale) è la situazione in cui un interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona tende a interferire con l'interesse primario dell'azienda (ossia il bene comune), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità.

Più semplicemente, una condizione di conflitto di interesse si configura come una situazione in cui la cura dell'interesse pubblico potrebbe essere deviata per il soddisfacimento di un interesse privato diretto o indiretto.

Con l'art. 1 comma 41 della legge 190/2012 è stato introdotto nella legge sul procedimento amministrativo (legge n. 241/1990) l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse.

Qui il conflitto di interessi è inteso in senso ampio, comprendendo sia il conflitto di interessi reale e concreto, che potenziale.

In breve, i soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo tempestivamente al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto.

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

Attività successive alla cessazione del servizio

L'art. 1, comma 42, lettera l) della legge n. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 il comma 16-ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

In caso di violazione del divieto sono previste specifiche conseguenze sanzionatorie che svolgono effetto sia nei confronti del soggetto, che nei confronti dell'atto. I contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli e i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire compensi eventualmente percepiti.

Tale disposizione è volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, che facendo leva sulla propria posizione all'interno dell'amministrazione potrebbe preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

Il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali.

L'ANAC precisa che le pubbliche amministrazioni sono tenute a inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena

di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53 comma 16-ter del d. lgs. N. 165/2001.

Al fine di prevenire il fenomeno sopra descritto, l'Azienda Ospedaliera-Universitaria "Mater Domini" si impegna:

Ad inserire, all'atto di assunzione del personale, delle clausole specifiche che prevedano il cosiddetto divieto di *pantouflage*, ovvero il divieto del dipendente pubblico di passare alle dipendenze di una ditta privata;

Di far sottoscrivere alla cessazione del rapporto contrattuale dal dipendente una dichiarazione espressa di impegno al rispetto del divieto di *pantouflage*, con lo scopo di prevenire eventuali future contestazioni sulla conoscenza di detta norma;

Di prevedere, all'interno dei bandi di gara, ovvero negli atti prodromici dei contratti pubblici, l'obbligo da parte dell'operatore economico di sottoscrivere la dichiarazione di non aver stipulato contratti di lavoro e/o incarichi di qualsiasi tipo con l'Azienda.

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali

Il Decreto legislativo n. 39/2013 detta "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.", con il fine di evitare le possibili situazioni che possano illecitamente favorire il preconstituersi di eventi favorevoli ad un successivo conferimento di incarichi che possano interferire con l'imparzialità dell'agire della Amministrazioni Pubbliche, stabilendo che non è possibile conferire incarichi a coloro che:

Abbiano riportato condanne penali per reati contro la Pubblica Amministrazione, anche con sentenza non passata in giudicato;

Abbiano ricoperto e/o svolto incarichi presso enti di diritto privato regolati e/o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

Che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Tanto premesso, prima del conferimento dell'incarico dirigenziale è necessario acquisire agli atti dell'Azienda la dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013, redatta sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio da parte dell'interessato, e pubblicata in apposita sezione sul sito internet dell'Azienda.

La dichiarazione deve essere presentata ogni anno, per tutta la durata dell'incarico, nonché pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda.

Tra le ipotesi di incompatibilità, lo stesso D. Lgs 39/2013 prevede inoltre:

- Assunzione e svolgimento di incarichi e cariche presso Enti di diritto privato regolati dall'Amministrazione Pubblica che conferisce l'incarico;
- Svolgimento di attività professionali;
- Svolgimento di cariche in organi di indirizzo politico.

La causa di incompatibilità può essere rimossa dall'interessato mediante rinuncia all'incarico incompatibile.

Ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs 39/2013 tutti gli atti posti in essere in violazione delle predette norme incorrono nella sanzione della nullità.

Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.

Con queste misure si mira a evitare la presenza di soggetti condannati, anche in via non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, all'interno di organi amministrativi cui sono affidati poteri decisionali.

Come espressamente previsto dall'art. 35 bis decreto legislativo 165/2001, e richiamato nell'aggiornamento al Codice di comportamento, tali soggetti:

- Non possono far parte, neppure con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- Non possono essere assegnati, con funzioni dirigenziali o direttive (categoria d), agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture,

nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

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

La violazione delle norme sopra indicate si traduce nell'illegittimità dei provvedimenti conclusivi del relativo procedimento.

Misure di formazione

La formazione in materia di etica, integrità, conflitto di interesse rientra tra le principali misure di prevenzione della corruzione.

Per l'anno 2022, all'interno del Piano Formativo, a cura dell'Ufficio Formazione, saranno indicati tutti gli eventi formativi specifici in materia.

Eventuali ulteriori necessità formative sul tema della prevenzione della corruzione e trasparenza saranno esaminate, condivise con la Direzione Generale ed avviate, nel corso dell'anno.

Misure di rotazione

L'art. 16, comma 1, lettera l (quarter), del D. Lgs. 165/2001, prevede l'istituto della rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

La delibera ANAC 215/2019 pone in evidenza come all'interno del Codice Comportamentale dell'Azienda debbano essere identificate tutte le ipotesi di reato che costituiscono di fatto il presupposto per l'adozione di tale istituto, attraverso atto motivato di valutazione della condotta.

In caso di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare un provvedimento di sospensione del rapporto di lavoro, l'Azienda procede:

- Per il personale dirigenziale, alla revoca dell'incarico in corso e al contestuale passaggio ad altro incarico (combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. I quater e art. 55 ter comma 1 del d.lgs. 165/2001);
- Per il personale non dirigenziale, all'assegnazione ad altro servizio (art. 16 comma 1 lett. L quater d.lgs. 165/2001).

Tale strumento di rotazione "straordinaria" si configura come misura di prevenzione della corruzione. Infatti, occorre distinguere la misura sopra prevista, dalla rotazione di carattere generale: quest'ultima si basa sull'alternanza tra diversi soggetti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, come misura di riduzione del rischio corruttivo in quanto capace di evitare il costituirsi di rapporti relazionali con soggetti esterni con il conseguente verificarsi di situazioni potenzialmente corruttive.

72

L'attuazione di tale misura deve tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo tale da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa, così come osservato dalla Conferenza Unificata del 24 Luglio 2013 (Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali), nonché di criteri oggettivi ed informativa alle Organizzazioni Sindacali.

Tanto evidenziato, la rotazione del personale all'interno dell'Azienda, risulta di difficile attuazione nei confronti del personale dirigente del ruolo sanitario, in particolare del personale medico, in quanto trattasi di professionalità specificatamente assegnato alla propria disciplina di specializzazione.

La rotazione è difficilmente attuabile anche nel settore amministrativo a causa dell'attuale ridotta dotazione organica, che prevede ad oggi un solo dirigente per struttura: in questo caso la rotazione potrebbe comportare un rallentamento della macchina amministrativa.

Tanto evidenziato, nel corso del triennio di applicazione del presente Piano saranno individuate le modalità per poter procedere alla rotazione del personale ove possibile.

Misure di protezione

La Legge n. 179/2017 ha di fatto potenziato le misure di tutele del dipendente pubblico che segnala fatti illeciti.

Infatti, tra le misure di segnalazione e protezione la principale è legata alla figura del whistleblower, misura che mira principalmente all'emersione dei fatti corruttivi.

I principi sono:

- Totale anonimato del segnalante e tutela dell'anonimato, fatto salvo per le situazioni in cui la conoscenza del segnalante sia ritenuta indispensabile strumento di difesa del soggetto accusato;
- Divieto di discriminazioni, ovvero divieto di azioni disciplinari ingiustificate e/o ogni azione che possa configurarsi come atto ritorsivo determinante condizioni di lavoro intollerabili;
- Ogni eventuale adozione di misura ritenuta discriminatoria è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, direttamente dall'interessato o dalle Organizzazioni Sindacali.

La procedura di gestione delle segnalazioni di illecito avviene mediante applicativo informatico, ovvero mediante procedura accessibile dal sito internet Aziendale.

2.3.11 MONITORAGGIO SULL'EFFICACIA E SULL'APPLICAZIONE DEL PIANO

Il Sistema dei Controlli Interni assume notevole importanza anche nell'ambito della prevenzione del rischio corruttivo.

Infatti tale Sistema diventa un indispensabile supporto all'attività decisionale, in grado di orientare i processi, e strumento di garanzia relativamente l'impiego efficace ed efficiente delle risorse.

Attraverso l'allegato 1 del PNA 2019 la valutazione del rischio passa da una concezione quantitativa ad una qualitativa, prevedendo due momenti di verifica:

- Analisi dei processi per procedere ad un miglioramento del Piano Triennale con l'inserimento della descrizione dettagliata delle fasi del processo;

- La valutazione delle misure adottate o in fase di implementazione da parte delle strutture.

Inoltre, tra le misure di monitoraggio sull'efficacia del Piano Triennale, oltre alle misure di controllo relativamente la sua attuazione, saranno previsti due tipologie di implementazione delle attività, ovvero:

- Predisposizione della Relazione annuale sul Piano, a cura del Responsabile e secondo le linee guida ANAC;
- Attività dell'OIV di monitoraggio relativamente l'apporto delle strutture all'attuazione del piano da misurare e valutare ai fini della performance.

2.3.12 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il presente Piano riveste un ruolo importante all'interno del Ciclo della Performance, in quanto costituisce una parte dei programmi di attività dell'Azienda e ne consente la piena conoscibilità, in riferimento allo stato di attuazione di entrambi, da parte di tutti i cittadini.

Attraverso l'identificazione degli obiettivi, strategici ed operativi, viene di fatto attuato un collegamento diretto tra i due documenti.

Nella tabella seguente sono riportati obiettivi specifici che andranno ad impattare sulla Performance Generale dell'Ente in misura pari al 5%:

Descrizione obiettivo	Valore atteso	Indicatore
Monitoraggio registro degli accessi	Report trimestrale di controllo e monitoraggio del registro degli accessi	n. 4 report di monitoraggio

Occorre evidenziare che gli obiettivi operativi, assegnati alle strutture in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, sono in continuità con quelli assegnati negli anni precedenti, con la finalità di mantenere elevata l'attenzione dei direttori/responsabili su tali tematiche.

Sul raggiungimento di tali obiettivi, relazionerà il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza all'OIV in sede di Relazione sulla Performance.

2.3.13 WHISTLEBLOWING

L'Azienda ha adottato, dal mese di luglio 2018, un sistema interamente *web based*, utilizzabile da qualsiasi *device*, anche mobile, per la gestione delle segnalazioni in conformità alle linee guida ANAC emanate con determinazione 6/2015 (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale serie generale n. 110 del 14 maggio 2015) ed aggiornato alla legge 179/2017.

La soluzione consente non solo la gestione della fase di presentazione delle segnalazioni, ma anche il successivo procedimento di gestione. In ciò differenziandosi dalle altre soluzioni attualmente disponibili. Viene assicurato, così, il massimo grado di riservatezza sia dei dati del segnalante che della stessa segnalazione, dal momento della presentazione al momento della definitiva chiusura, non essendo necessario in nessuna fase procedere a stampe, invii via email, ecc.

Ogni accesso alla segnalazione è tracciato (sia quelli dello stesso RPCT sia quelli dei soggetti interni eventualmente interessati da questi) e il RPCT potrà sempre visualizzare l'elenco di tutti gli accessi.

Il RPCT è l'unico soggetto abilitato, su sua specifica richiesta, sempre tracciata dal sistema, all'accesso ai dati del segnalante.

La soluzione consente al RPCT di “dialogare” con il segnalante “mediante la soluzione”, quindi senza conoscerne l'identità.

Il segnalante può verificare lo stato di avanzamento del procedimento.

Alla soluzione si può accedere da qualsiasi dispositivo fisso o mobile e da qualsiasi luogo, non essendo necessaria nessuna installazione, attraverso il link “Segnalazione illecito – Whistleblowing”, disponibile nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Altri Contenuti / Prevenzione della Corruzione”, così come indicato da ANAC nella determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, allegato 1°.

Di seguito le funzionalità implementate:

Fase di avvio

- dichiarazione al sistema dei dati di contatto, oltre che del RPCT, dei soggetti che potrebbero, se attivati dal RPCT, accedere alle segnalazioni (OIV, UPD) in fase di gestione
- dichiarazione al sistema dei soggetti che potenzialmente potrebbero procedere alla presentazione delle segnalazioni
 - Fase di **registrazione** che avviene da web, accertandosi dell'identità del segnalante attraverso autenticazione OTP (One Time Password), acquisendone, oltre all'identità, anche la qualifica e il ruolo
 - Fase di verifica dell'identità dei dati dell'utente registrato ed abilitazione al servizio

Fase di presentazione

- L'utente abilitato può, quindi, accedendo al sistema sempre in ambiente web, completare il modello di segnalazione reso disponibile
- Completata la compilazione si otterrà **conferma dell'identità** del segnalante al momento dell'**invio** della segnalazione (via OTP)
- Immediato **disaccoppiamento** dei dati del segnalante da quelli della segnalazione; tutti i dati vengono mantenuti crittografati e conservati su server distinti
- **Invio di notifica** di avvenuto deposito della segnalazione al RPCT (sms/email)

76

Fase di gestione

Il RPCT avrà **accesso immediato SOLO ai dati della segnalazione**, in chiaro ed in forma "volatile" (cioè a chiusura della sessione non è più disponibile la segnalazione in chiaro) e potrà:

- **Chiedere integrazioni** e "dialogare" con il segnalante senza conoscerne l'identità. E', infatti, il sistema a "recapitare" le richieste al segnalante, ed a procedere all'inoltro al RPCT degli eventuali riscontri ottenuti;
- **Decidere l'archiviazione** (l'archiviazione viene notificata al segnalante);
- **Inviare, per l'eventuale avvio dei rispettivi procedimenti**, la segnalazione: all'OIV, all'UPD e/o alle Procure di Corte dei Conti e/o Tribunale.

L'invio ai **soggetti interni**, pre-dichiarati al sistema, viene notificata via sms/email e saranno tracciati tutti gli accessi alla segnalazione con immediato report al RPCT. Il sistema consente ai soggetti interni di dichiarare lo stato del procedimento avviato, allegando atti e documenti utili.

L'invio ai **soggetti esterni** avverrà con le modalità e le cautele di riservatezza previsti dalla norma.

2.4 PRIVACY

Il Regolamento generale per la protezione dei dati personali 2016/679 (*General Data Protection Regulation* o GDPR) è principale la normativa europea in materia di protezione dei dati personali.

Il nuovo regolamento è più esplicito della direttiva 95/46, proclamando la tutela del diritto alla protezione dei dati personali inteso come diritto fondamentale delle persone fisiche.

Il regolamento sposta il fulcro della normativa dalla tutela dell'interessato alla responsabilità del titolare e dei responsabili del trattamento (responsabilizzazione, anche se la traduzione italiana non rende l'idea perché accountability vuol dire "dover rendere conto del proprio operato"), che si deve concretizzare nell'adozione di comportamenti proattivi a dimostrazione della concreta (e non meramente formale) adozione del regolamento.

Il titolare del trattamento deve:

- Non solo conformare il trattamento dei dati da lui operato in base ai principi di cui al GDPR;
- Ma anche prevedere e valutare il rischio tipico (appunto quello prevedibile) connesso alla sua attività di impresa, e introdurre misure organizzative e di sicurezza per eliminare o ridurre tale rischio.

77

Le nuove norme prevedono, inoltre:

- Per i cittadini un più facile accesso alle informazioni riguardanti i loro dati e le finalità e modalità di trattamento degli stessi;
- Un diritto alla portabilità dei dati che consentirà di trasferire i dati personali tra i vari servizi online;
- L'istituzionalizzazione del diritto all'oblio (denominato diritto alla cancellazione nel regolamento) come previsto dalla corte di giustizia europea, che consentirà di chiedere ed ottenere la rimozione dei dati quando viene meno l'interesse pubblico alla notizia;
- L'obbligo di notifica da parte delle aziende delle gravi violazioni dei dati dei cittadini;
- Le aziende dovranno rispondere alla sola autorità di vigilanza dello stato nel quale hanno la sede principale (principio del "one stop shop" o sportello unico);

- Sanzioni amministrative fino al 4% del fatturato globale delle aziende in caso di violazioni delle norme.

Il GDPR è un complesso meccanismo composto da un elevato numero di ingranaggi, per cui sarà estremamente complicato per le aziende prepararsi al GDPR. Provando a sintetizzare, occorre che le aziende compiano una revisione completa dei dati che raccolgono e trattano, verificando le basi giuridiche per tali trattamenti e quale è l'impatto di tali trattamenti per gli interessati. Una volta fatto, occorre comunicare tutto ciò all'esterno, precisando anche quali diritti hanno gli individui in relazione a tali trattamenti.

Quindi potremo riassumere in responsabilità e trasparenza i principi generali del GDPR:

- Verifica della preparazione del personale ed eventuale aggiornamento sulle nuove regole;
- Verifica dei dati trattati, con identificazione del tipo di dati e categorizzazione in modo da distinguerli tra loro, verifica della finalità e della base giuridica del trattamento e eventuale redazione del registro dei trattamenti;
- Aggiornamento dell'informativa privacy, informando correttamente (e in maniera comprensibile) gli interessati della base giuridica del trattamento dei dati e dei loro diritti (rettifica, cancellazione, oblio);
- Verifica della procedura per consentire agli interessati di richiedere l'attuazione dei loro diritti;
- Verifica delle modalità di ottenimento del consenso e di una procedura per verificare l'età degli interessati;
- Eventuale valutazione d'impatto del trattamento dei dati;
- Instaurazione di una procedura per eventuali violazioni dei dati;
- Eventuale designazione di un *data protection officer*;
- Stabilire correttamente l'autorità di vigilanza alla quale si è soggetti.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro è da sempre attenta ed in linea con i principi stabiliti dal GDPR, anche attraverso l'individuazione delle figure del DPO.

Tanto premesso, nel corso del triennio 2022-2024 saranno messe in atto nuove misure specifiche:

- Corsi di formazione per il personale;
- Corsi di formazione Protezione Dati Personali;
- Corsi di formazione specifici per incaricato Privacy e Tutela dei Dati personali.

SEZIONE 3

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 PREMESSE E FINALITA'

Il piano triennale dei fabbisogni di personale è previsto dall'articolo 6, comma 2, del Dlgs. n. 165/2001 allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione dello stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà di assunzione previste a legislazione vigente. Le amministrazioni, in sede di definizione del piano triennale di fabbisogno del personale, indicano, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del Dlgs. n. 165/2001 la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del proprio potenziale limite finanziario massimo garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione.

La copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.

Il presente Piano è redatto ai sensi del Decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 8 maggio 2018, pubblicato in G.U. in data 27 luglio 2018, di approvazione delle Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale.

Infine, le modalità di calcolo sono effettuate ai sensi del DCA 192/2019, con specifico riferimento a quanto disciplinato all'interno dell'allegato A, nonché ai sensi di quanto previsto nel D.M. 70/2015.

3.2 DOTAZIONE ORGANICA

Il personale universitario e il personale ospedaliero operano in stretta sinergia, essendo entrambi coinvolti a vario titolo nei tre importanti e inscindibili aspetti della nostra mission aziendale: la didattica, la ricerca e l'assistenza.

In particolare, il personale universitario attivato garantisce l'assistenza all'interno delle diverse Unità Operative -dirette esclusivamente dai professori universitari di norma titolari della relativa scuola di specializzazione - il personale ospedaliero partecipa attivamente alle attività di didattica oltre che di

ricerca, anche in virtù di una apposita convenzione stipulata tra l'Azienda e l'Università tesa a consentire l'affidamento di incarichi di insegnamento al personale del ruolo sanitario nelle diverse discipline.

Non si riscontra una rilevante conflittualità all'interno degli ambienti lavorativi, caratterizzati, tra l'altro, dalla presenza stimolante dei medici in formazione specialistica, degli studenti della Facoltà di Medicina e delle professioni sanitarie.

In un sistema ad alta intensità di lavoro intellettuale, in cui il lavoro di equipe è fondamentale come nel nostro contesto, infatti, la convivenza organizzativa non può svolgersi sotto la dimensione del governo gerarchico e delle scansioni procedurali: una variabile altrettanto fondamentale è rappresentata dal sentire individuale e dalle relazioni tra le persone che interagiscono nello stesso ambiente di lavoro.

In linea con quanto previsto dai numerosi studi di settore e non ultimo dalla stessa normativa vigente in materia (si pensi ad esempio alla Direttiva del Dipartimento della funzione pubblica del 24/03/2004 sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni) si rende necessario non trascurare un aspetto rilevante per lo sviluppo delle motivazioni al lavoro, in passato spesso non valutato nella tradizionale gestione del personale nelle amministrazioni pubbliche.

Le pari opportunità possono essere definite come un principio che regola i giochi e la competizione tra gruppi e categorie, assicurando ai concorrenti uguali punti di partenza e condizioni di competizione indipendentemente dalla loro appartenenza di sesso, di etnia o di religione, condizione fisica o sociale.

Il concetto di pari opportunità emerge inizialmente come risposta per combattere contro qualsiasi forma di discriminazione: è fondamentale che siano comuni le regole del gioco e che chiunque sia messo nella condizione di potervi partecipare.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" fa propria la normativa europea che definisce il principio di pari opportunità come "l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e

sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale.”

Per quanto riguarda il bilancio di genere, al di là della tradizionale concezione che distingue gli esseri umani sulla base di caratteristiche biologiche, frutto di un persistente rinforzo sociale e culturale, l’Azienda “Mater Domini” fa riferimento alla “Carta europea per l’uguaglianza e la parità delle donne e degli uomini nella vita locale”, che rappresenta un documento di prevenzione e riduzione delle disparità di genere.

In questo senso occorre evidenziare due elementi:

- La maggiore presenza femminile all’interno delle professioni sanitarie;
- La scelta del personale avviene mediante concorso pubblico, che non consente scelte di genere ma garantisce pari opportunità.

Risorse Umane dell’AOU Mater Domini.		PERSONALE AL 31/12/2021	PERSONALE AL 31/12/2021 DONNE
COMPARTO	AMMINISTRATIVI + TECNICI	109	52
	INFERMIERI	356	235
	TECNICI Sanitari	89	43
	OSS	187	102
DIRIGENZA	MEDICI	171	80
	MEDICI - Uni	93	32
	SANITARI	19	19
	SANITARI - Uni	13	5
	AMMINISTRATIVI	4	2
	TECNICO-PROFESSIONALI	0	0
TOTALE		1041	570

3.3 METODOLOGIA DI CALCOLO DEL FABBISOGNO

La metodologia utilizzata per la realizzazione del presente documento fa riferimento a quanto disciplinato attraverso il DCA 192/2019, a quanto previsto dal D.M. 70/2015, nonché in base ai principi metodologici approvati dalle Regioni e dalle Province autonome esplicitati all’interno dell’allegato A del citato DCA 192/2019.

Infatti, ai sensi del DCA, la determinazione di un valore minimo di riferimento non è sempre sufficiente per individuare il fabbisogno di personale delle Aziende Ospedaliere.

Pertanto diviene necessario considerare l'attività svolta dalle singole strutture, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'Azienda.

In questo caso, si è ritenuto opportuno far riferimento ai valori di produzione precedenti alla crisi emergenziale Covid 19, senza escludere la possibilità di valutare ulteriori fabbisogni aggiuntivi per incrementare il valore della produzione.

La definizione del fabbisogno teorico si basa su tre driver, ovvero:

- L'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del D.M. n. 70/2015 e del D.C.A. del 5 luglio 2016, n. 64;
- La produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- Il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n.161/2014.

Per quanto riguarda la determinazione sia del fabbisogno di personale medico che di quello del personale del comparto, potrà tenersi conto di aggregazioni funzionali di attività.

A tal fine sono state utilizzate le tabelle specifiche riportate nell'allegato A del DCA 192/2019.

A titolo esemplificativo, relativamente la determinazione delle ore lavorate di riferimento, sia per il personale medico che per il personale del comparto, ovvero ai fini della determinazione calcolo del fabbisogno minimo viene utilizzato come parametro di riferimento il numero di ore lavorate per Full Time Equivalente (FTE), identificato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 20.12.2017, come indicato nella tabella n. 2. Del DCA.

3.4 CALCOLO DEL FABBISOGNO DI DIRIGENTI MEDICI E SANITARI NON MEDICI

La definizione del fabbisogno di personale necessita a sua volta della definizione delle unità minime di personale atte a soddisfare e garantire le attività previste in relazione al ruolo svolto dall'Azienda all'interno della rete del Sistema Sanitario Regionale.

Infatti, proprio il concetto di fabbisogno di funzionamento individua le unità di personale minime a garanzia delle attività tipo, ovvero di ricovero ordinario e diurno, di specialistica ambulatoriale, di consulenza interne e attività di sala operatoria.

Il fabbisogno di personale è correlato:

- Ai Posti Letto di ogni singola disciplina;
- Al volume delle attività per ogni singolo setting assistenziale;
- Alla complessità della casistica trattata;

Tanto evidenziato, per il calcolo del fabbisogno di funzionamento del personale medico, essendo tale tipologia di risorsa non fungibile, è stato necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni singola specialità, basando il calcolo sul numero complessivo annuo di ore di lavoro medico, a cui è necessario sommare le ore di lavoro annue per attività di direzione del reparto, tenendo conto della attività di guardia medica notturna e festiva.

I valori minimi di riferimento del personale medico utilizzati per il calcolo del presente fabbisogno di personale, sono elencati all'interno della Tabella 3 del DCA 192/2019.

Una distinzione è necessaria per le aree delle terapie intensive in relazione al fabbisogno aggiuntivo, ovvero per il calcolo del fabbisogno aggiuntivo necessario a garantire la gestione dei letti di terapia intensiva e la vigile attesa per le attività di sala operatoria.

Il calcolo del fabbisogno aggiuntivo di personale si basa sui volumi di attività erogata ed è stato eseguito attraverso i valori riportati nella specifica tabella 5 del DCA 192/2019, ovvero attraverso il numero di ricoveri pesati per impegno medico articolato per disciplina.

Relativamente ai dirigenti medici delle sale operatorie i parametri di riferimento sono individuati all'interno della tabella 6, ovvero ponderando il numero di sedute medie per ricoveri chirurgici e per chirurgia ambulatoriale. Il numero di sedute annue si calcola dividendo il numero di pazienti annui con DRG chirurgico per il parametro per seduta individuato nella stessa tabella 6.

Per il calcolo del fabbisogno di medici per prestazioni ambulatoriali per esterno (escluso diagnostica di laboratorio) ci si basa sui minuti di assistenza (in media 20 minuti), I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di prestazioni e si dividono per 60 minuti all'ora e il numero ore annue dei medici stabilito pari a 1.454.

Per l'Anatomia Patologica il fabbisogno è determinato in base alla specifica tipologia di Azienda, ovvero per le Aziende Ospedaliere un medico ogni 5.000 ricoveri (RO e DH).

Per Medicina Nucleare e Radioterapia il fabbisogno di medici è determinato da un fabbisogno minimo e un fabbisogno legato alla produzione:

- Fabbisogno minimo: n. 4 FTE per ciascuna unità operativa;
- Fabbisogno legato alla produzione: I minuti di assistenza (valore medio 20 minuti) si moltiplicano per il numero di prestazioni e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue dei medici 1.454.

Per i servizi di Radiologia è stato determinato il cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività, ovvero:

- Fabbisogno minimo: n. 7 FTE, per le Aziende Ospedaliere;
- Fabbisogno legato alla produzione: attività per pazienti ricoverati, considerando il peso DRG normalizzato per singola specialità, ovvero un medico ogni 5.600 pesi normalizzati di ricoveri prodotti dalla struttura (escluso DH medici); attività per pazienti esterni: minuti di assistenza (valore medio 20 minuti) per prestazione ambulatoriale si moltiplicano per il numero di prestazioni e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue dei medici pari a 1.454.

Il fabbisogno di medici per la Direzione Sanitaria è determinato con lo standard per ciascun presidio sede di DEA I e DEA II: 1 responsabile + 1 medico fino a 200 PL e 1 medico ogni ulteriore 100 PL calcolati.

Inoltre, relativamente al fabbisogno di medici per funzioni trasversali quali il Rischio Clinico, la Medicina Legale ed il Monitoraggio e Controllo dell'Attività di Ricovero, sono stati seguiti gli standards individuati nel DCA 192/2019, ovvero:

- Medicina Legale: n. 1 medico legale ogni 500 posti letto;
- Rischio Clinico: n. 1 Responsabile + 1 medico;
- Monitoraggio e Controllo di Gestione: n. 1 Responsabile + 1 medico.

Relativamente al fabbisogno di medici e/o dirigenti sanitari non medici per attività di laboratorio, è determinato da un fabbisogno minimo e un fabbisogno legato alla produzione:

- Fabbisogno minimo: le Aziende Ospedaliere pari a n. 6 FTE;
- Fabbisogno legato alla produzione: relativamente alle attività per pazienti ricoverati, un dirigente ogni 5.600 pesi normalizzati di ricoveri prodotti dalla struttura, mentre per pazienti esterni, i minuti di assistenza (valore medio 0,9 minuti per laboratorio analisi, 10 min per microbiologia e virologia, 20 min per genetica e tipizzazione tissutale) per prestazione ambulatoriale moltiplicati per il numero di prestazioni e divisi per 60 minuti all'ora e il numero ore annue dei medici pari a 1.454.

Il fabbisogno di Dirigenti Farmacisti per le attività ospedaliere è legato sia alla produzione che alle linee di attività, ovvero:

- N. 1 farmacista ogni 5.000 ricoveri prodotti;
- N. 2 farmacisti dedicati all'Unità Farmaci Antitumorali (UFA).

3.5 CALCOLO DEL FABBISOGNO DI PERSONALE DEL COMPARTO SANITARIO

Premesso che Il fabbisogno minimo del personale infermieristico e degli operatori socio sanitari è individuato sulla base di quanto disciplinato dal DCA n. 81 del 22.7.2019, occorre rapportare tale valore alle caratteristiche organizzative delle singole specialità, ovvero incrementando il personale secondo il principio dell'intensità delle cure verificata sulla base degli indicatori standard delle attività ospedaliere.

Nel calcolo del fabbisogno minimo, quindi, si è seguito quanto previsto all'interno della specifica tabella 8 del DCA 192/2019, differenziando ogni singola struttura in base alla specifica dotazione di posti letto, di cui al DCA 64/2016.

Relativamente il calcolo del fabbisogno aggiuntivo, è stato utilizzato quanto previsto nel DCA 192/2019, ovvero:

- Numero infermieri/OSS per degenze ordinarie: $(\text{posti letto} * 90/100) * \text{minuti paziente die} * 365/60/1418$;
- Numero infermieri/OSS per degenze diurne: $(\text{posti letto} * 90/100) * \text{minuti paziente die} * 260/60/1418$.

87

Il calcolo del fabbisogno di infermieri e OSS per le attività di sala operatoria è basato sul numero di sedute medie per ricoveri chirurgici e chirurgia ambulatoriale. Il numero di sedute annue è calcolato dividendo il numero di pazienti annui con DRG chirurgico per il parametro per seduta. Il numero di sedute delle sale operatorie si ottiene dividendo il risultato per 220 (giornate annue).

Il numero di infermieri è ottenuto moltiplicando il risultato per 3 se ricoveri ordinari e per 2 se day surgery e interventi di chirurgia ambulatoriale qualificata.

Il numero di OSS è ottenuto moltiplicando il risultato per 1 sia per ricoveri ordinari che day surgery e interventi di chirurgia ambulatoriale qualificata.

Il fabbisogno di infermieri per prestazioni ambulatoriali per esterno è calcolato sulla base dei minuti di assistenza moltiplicati per il numero di prestazioni, diviso per 60 minuti all'ora e per il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418.

Per i servizi di diagnostica di laboratorio e di radiologia il personale infermieristico è adeguato agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta.

Il fabbisogno di personale infermieristico per la dialisi è di un infermiere ogni 750 dialisi l'anno.

Il parametro è stato ricondotto ai minuti di assistenza infermieristica per prestazione.

Il fabbisogno di infermieri per funzioni centrali e coordinamenti trasversali è pari a +1- 2% sul totale del personale infermieristico.

Il fabbisogno di tecnici di laboratorio è determinato:

- Fabbisogno minimo: n. 18 per le Aziende Ospedaliere;
- Fabbisogno aggiuntivo legato alla produzione: 1 tecnico ogni 120.000 prestazioni (a favore di pazienti ricoverati e per pazienti esterni).

Il fabbisogno di tecnici di radiologia è determinato:

- Fabbisogno minimo: n. 18 per le Aziende Ospedaliere;
- Fabbisogno aggiuntivo legato alla produzione: 1 tecnico ogni 3.000 prestazioni (a favore dei pazienti ricoverati, per pazienti esterni).

SEZIONE 4

MONITORAGGI

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti, ed in particolare di:

1. Valore Pubblico – S.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione;
2. Performance – S.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione;

3. Rischi corruttivi e trasparenza – Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
4. Lavoro Agile – S.O.C. Gestione Risorse Umane;
5. Piano Triennale dei Fabbisogni – S.O.C. Gestione Risorse Umane;
6. Piano delle Azioni Positive - S.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione (entro il 30/09/2022).

CONCLUSIONI

Non vi è alcun dubbio sulla necessità di dotare le Amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, di strumenti di semplificazione volti a sostituire, includendoli in un documento unico, una serie di piani che Queste erano tenute a predisporre distintamente e che comunque rappresentavano sempre e comunque elementi di incertezza e di tortuosità procedurale.

Con Questo spirito, la Conferenza Unificata ha approvato le linee guida relative al Decreto Ministeriale, di che trattasi; ma a tutt'oggi sono in corso di approvazione vari Decreti governativi, oltre al Decreto del Presidente della Repubblica esaustivo, con il compito di guidare le Amministrazioni nella loro compliance normativa e quindi individuare gli elementi sostanziali che consentiranno' di comprendere meglio gli strumenti operativi per pervenire al risultato di una omogenea semplificazione.

Nel frattempo, però, l'ANAC, in attesa dei citati interventi, ha provveduto ad approvare gli "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" con cui ha fornito indicazioni circa la predisposizione della programmazione in materia di anticorruzione e trasparenza, incidendo, quindi, sulla relativa sezione del PIAO.

Stante la situazione di stallo normativo, nell'approssimarsi della scadenza del 30 Aprile 2022 e nelle more dell'approvazione dei Decreti attuativi del PIAO, Questa SOC ha ritenuto, comunque, essenziale procedere ad una programmazione armonica, come peraltro richiesto dallo stesso ANAC nei Suoi orientamenti del 3 febbraio 2022; ed anche per affrontare con un approccio unitario ed integrato i diversi ambiti di compliance in un unico quadro. E comunque, altresì, per sotterrare il diffuso sentimento di contrarietà che si è manifestato nel tempo, soprattutto a livello dirigenziale, per

il mancato collegamento fra progressioni di carriera e il merito oltre che per la opacità del processo di attribuzione e di contrattazione degli obiettivi dati, inoltre, quasi sempre a conclusione di esercizio o nelle vicinanze.

Diciamo che si sta tentando di organizzare una regia consapevole per gestire con la maggiore semplicità possibile le nuove regole, traendone risultato positivo in termini di valutazioni effettive e nello stesso tempo per tracciare un quadro prodromico lineare all'adozione di uno SMIVAP che si faccia carico delle principali criticità in una ottica di vera semplificazione.

In conclusione, rimaniamo convinti che abolendo le attività a comparti stagni con un serio processo di semplificazione sia possibile definire meglio gli obiettivi, effettuare una valutazione della performance adeguata e incidere più profondamente sulla gestione del rischio corruttivo. Certamente così si farà un passo avanti verso una migliore capacità di misurare gli impatti sugli stakeholder di riferimento e, conseguenzialmente, sulla efficacia Aziendale.