



Azienda Ospedaliera Universitaria
"GAETANO MARTINO"
Messina

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

TRIENNIO 2023-2025

INDICE

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

2.1.1 Programmazione efficientamento energetico

2.2 Performance

2.3 2.2.1 Obiettivi di Budget

2.4 Rischi corruttivi e trasparenza

2.4.1 Contesto esterno e interno

2.3.1.1 Rischi (Anticorruzione e Trasparenza) - Funzionali agli obiettivi operativi ed alle strategie di protezione del Valore Pubblico

2.4.2 Mappatura dei processi

2.4.3 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

2.4.4 Progettazione di misure per il trattamento del rischio

2.4.5 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

2.4.6 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

2.4.7 Il monitoraggio e il riesame

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Organizzazione Lavoro Agile

3.2 Formazione

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

ALLEGATI

- Allegato 1 [*Performance Contesto*](#)
- Allegato 2 [*Performance Schede Budget 2023*](#)
- Allegato 3 [*Piano della Comunicazione 2023*](#)
- Allegato 4 [*Rischi corruttivi e trasparenza*](#)
 - 4.1 [*Appendice descrittiva Normativa*](#)
 - 4.2 [*Mappatura dei Processi*](#)
 - 4.3 [*Registro rischi e schede misure di prevenzione*](#)
 - 4.3.1 [*Appendice descrittiva Misure Generali*](#)
 - 4.3.2 [*Misure in Tema di Contratti Pubblici*](#)
 - 4.4 [*Codice Etico di Comportamento e Codice Disciplinare*](#)
 - 4.5 [*Modello Operativo Pantouflage*](#)
 - 4.6 [*Modello Dichiarazione Conflitto di Interessi*](#)
 - 4.7 [*Quadro Obblighi di Pubblicazione \(come da All.9 PNA 2022\)*](#)
- Allegato 5 [*Capitale Umano Piano del Fabbisoqno*](#)
- Allegato 6 [*Delibera Piano della Formazione ECM 2023*](#)

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Amministrazione pubblica	Azienda Ospedaliera Universitaria A.O.U. "G. Martino"
Indirizzo	Via Consolare Valeria n.1 - 98162 MESSINA
PEC	protocollo@pec.polime.it
P. IVA/C.F.	03051890832
Sito web	www.polime.it

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

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

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

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

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

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

Si è chiamati, pertanto, a redigere ed aggiornare periodicamente uno strumento per programmare in modo semplificato, qualificato e integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi

corruttivi, impiegando strumenti per la “cura” della salute organizzativa e professionale dell’ente, con l’obiettivo “funzionale” di generare e proteggere il Valore Pubblico.

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

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

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

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

2.1.1 PROGRAMMAZIONE EFFICIENTAMENTO ENERGETICO

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

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

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

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

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

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

- Salute: ridurre le emissioni e di conseguenza l'inquinamento atmosferico e termico consentirà un miglioramento globale delle condizioni di salute, con una diminuzione dell'insorgenza di malattie e della spesa sanitaria;
- Spesa pubblica: l'efficienza consente la riduzione dell'indebitamento pubblico.

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

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

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

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

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

2.2 PERFORMANCE

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

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

Le Fasi del ciclo delle performance sono di seguito definite:

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

CONTENUTIGENERALI DEL PIANO DELLA PERFORMANCE

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

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

L'intervento del legislatore in merito alla integrazione della programmazione delle Aziende Sanitarie, attraverso lo strumento del PIAO, ha focalizzato l'attenzione sul concetto di valore pubblico; pertanto, è stato ritenuto necessario dotarsi di strumenti che consentano, anche, una misurazione oggettiva del valore pubblico. Lo sforzo da compiere riguarda l'implementazione delle tecniche di valutazione partecipata

attraverso il coinvolgimento di stakeholder istituzionali quali i Comitati Consultivi Aziendali della provincia messinese, ai quali sono stati richiesti i feedback in termini di individuazione di obiettivi mirati ed in particolare:

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

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

Il Ciclo della performance è un modello programmatico, con orizzonte temporale annuale, anche se, in funzione del PIAO gli obiettivi vengono considerati come raggiungibili nel triennio con traguardi attesi diversi per singolo esercizio. Gli obiettivi definiti in sede di programmazione regionale sono i primi ad essere assegnati, poi trovano posto anche quelli selezionati dalla Direzione Strategica che si integrano con quelli sopraccitati e completano l'orientamento aziendale verso le attività individuate come focus.

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

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

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

In particolare, la sua integrazione con il PIAO contiene gli indirizzi della pianificazione strategica e rappresenta l'elaborazione dei contenuti della strategia e della programmazione dell'Azienda, mediante la selezione di obiettivi e di collegamento a questi di indicatori, al fine di favorire una rappresentazione complessiva ed una comunicazione logica ed efficace, nonché una strategia di programmi e obiettivi strategici coerenti con la mission aziendale ed il relativo contesto di riferimento di cui all'[Allegato 1](#).

Con la definizione del **Ciclo della Performance**, si intende l'identificazione da parte degli organi di indirizzo della performance complessiva dell'Azienda fornendo il quadro generale nell'ambito del quale si sviluppa l'intero

Ciclo di Gestione della Performance. Va messo, inoltre, in evidenza che il presente documento abbraccia anche l'area dell'efficientamento energetico; difatti, viene inserito quanto già in programma in questa Azienda.

RIFERIMENTI NORMATIVI

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

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

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

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

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

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

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

PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL PERSONALE DIRIGENTE

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

PERFORMANCE INDIVIDUALE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE

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

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

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

LAVISIONE

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

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

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

LA PROMOZIONE DELL'INNOVAZIONE E DELLA QUALITÀ CLINICO-ASSISTENZIALI, TECNOLOGICA ED ORGANIZZATIVA,

Mediante:

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

LA QUALIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI DIDATTICA

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

In particolare, oltre ai professori universitari preposti, il personale universitario ed aziendale dell'AOU potrà svolgere l'attività didattica con incarichi di docenza, tutoraggio e altre attività formative, identificate, disciplinate e coordinate dai Corsi di Studio presenti all'interno dell'Azienda.

LO SVILUPPO DELLE RELAZIONI CON L'AMBIENTE ESTERNO

mediante:

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

LA PROMOZIONE DI INTEGRAZIONI SECONDO LOGICHE DI RETE

- per l'assistenza, rispetto ai percorsi del paziente interaziendali, regionali, nazionali ed internazionali;
- per la didattica e la ricerca, in accordo con l'Università degli Studi di Messina nelle sue istituzioni accademiche e con gli enti nazionali ed internazionali preposti alla promozione della ricerca;
- per la collaborazione con i principali erogatori per ottimizzare l'integrazione delle attività di promozione della salute nei percorsi dei pazienti;
- per l'attenzione agli investimenti nelle varie forme consentite, volti a migliorare le performance dell'Azienda e a valorizzare nuove forme di partecipazione organizzativa e finanziaria.

INDICATORI

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

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

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

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

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

MISURE DI COSTO

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

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

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

MISURE DI TEMPO

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

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

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

MISURE DI QUALITÀ

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

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

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

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

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

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

- **degrado esterno del complesso nosocomiale (intonaci, ferri esposti, umidità, ecc.)**
- **degrado interno del complesso nosocomiale (intonaci, umidità, ecc.)**
- **scarsa pulizia degli ambienti comuni (scale, corridoi, pianerottoli, bagni, ecc.)**
- **scarsa pulizia degli ambienti dedicati al ricovero e cura (corridoi di reparto, stanze, ambulatori, ecc.)**
- **cattivi odori (qualsiasi tipo di spazio interno)**

- **funzionalità bagni (acqua, salviettine, sapone, ecc.)**
- **funzionalità ascensori**

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

SPECIFICITÀ DEGLI INDICATORI DI QUALITÀ

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

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

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

Questa attività consente la lettura dettagliata degli strumenti che vengono utilizzati per la misurazione degli esiti e, allo stesso tempo, offre la massima trasparenza su come è organizzata la programmazione aziendale, considerato, anche, che il cittadino ha il diritto di avere accesso a queste informazioni che, anche

in virtù di ciò, vengono riportate all'interno della Relazione sulla Performance (D.Lgs. 150/09 art. 10 c. 1 lettera b) " omissis ... le amministrazioni pubbliche ... omissis ... redigono annualmente: b) un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato: «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato."

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

GLI OBIETTIVI E LORO ASSEGNAZIONE

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

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

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

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

- la procedura in sequenza degli obiettivi e dei goal organizzativi

- gli obiettivi specifici per ogni membro
- il processo decisionale partecipativo
- il periodo di tempo esplicito
- la valutazione delle performance e feedback

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

Top Down

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

Bottom up

- gli obiettivi vengono individuati dalla base della piramide gerarchica
- suggeriti e condivisi fino al Direzionale

CARATTERISTICHE DEGLI OBIETTIVI

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

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

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

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

- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili (raggiungibile).

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

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

MODALITÀ D'IMPLEMENTAZIONE

In sostituzione di quanto delineato nelle Linee Guida del Ciclo di Gestione della Performance in riferimento al Piano della Performance, il PIAO rappresenta il fulcro della fase di programmazione degli obiettivi e dei risultati da conseguire, nella parte in cui interviene nella definizione e assegnazione degli obiettivi. Nelle Linee Guida, infatti, è specificato chiaramente che i contenuti dei documenti di programmazione derivano in modo coerente dai contenuti del Piano della Performance adesso PIAO, il cui processo di elaborazione si conclude con l'approvazione formale entro il mese di gennaio. Tale innovazione non altera l'architettura concettuale che guida tutti i passi di programmazione in una logica di coerenza e di integrazione, consentendo di definire gli ambiti strategici ed operativi all'interno dei quali redigere ed approvare i documenti di programmazione pluriennale (PIAO) e annuale (budget). L'attività di programmazione prosegue attraverso la definizione di obiettivi operativi e l'assegnazione di risorse per la loro realizzazione, sulla base dei quali sarà possibile definire il budget Direzionale.

PRINCIPI DI STRUTTURA E DI CONTENUTO

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

- **bilanciamento** - i contenuti sono definiti e trattati con ragionevole approfondimento anche sulla base della rilevanza strategica ed economica delle diverse attività dell'Azienda;
- **chiarezza** - facile lettura poiché diversi sono i destinatari delle informazioni;
- **coerenza** - i contenuti sono coerenti con il contesto di riferimento (coerenza esterna) e con gli strumenti e le risorse (umane, strumentali, finanziarie) disponibili (coerenza interna). Il rispetto del principio della coerenza rende il Ciclo della performance attuabile. L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse. L'analisi del contesto interno rende coerenti le strategie, gli obiettivi e i piani d'azione alle risorse strumentali, economiche ed umane disponibili;

- **veridicità** - i contenuti corrispondono alla realtà prevedibile sulla base degli elementi in possesso all'atto della sua approvazione e per ogni indicatore è riportata la fonte di provenienza dei dati che saranno utilizzati per la sua valutazione;
- **trasparenza** - diffusione tra gli utilizzatori, resa disponibile e di facile accesso mediante la pubblicazione nell'area dedicata del sito web istituzionale;
- **intellegibilità** - facile comprensibilità anche per gli *stakeholder* esterni. A tal fine, l'Azienda ha definito una struttura multi-livello (parte principale del Piano e schede di budget) facendo in modo che nella parte principale siano inseriti contenuti facilmente accessibili e comprensibili, anche in termini di linguaggio utilizzato, dagli *stakeholder* esterni come valenza informativa;
- **integrazione con l'aspetto finanziario** - si crea raccordo con i documenti contabili e di programmazione in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico- patrimoniale. L'integrazione e il collegamento logico con queste fasi di programmazione economico-finanziaria e di bilancio sono garantiti da:
 - coerenza dei contenuti;
 - coerenza del calendario con cui si sviluppano i due processi;
 - coordinamento degli attori e delle funzioni organizzative rispettivamente coinvolte;
 - integrazione degli strumenti di reportistica e dei sistemi ICT a supporto dei processi.
- **supporto da soggetti qualificati** - il gruppo di lavoro che coordina le fasi del processo di predisposizione del PIAO ed elabora il documento ha competenze di pianificazione e controllo ed ha una opportuna collocazione organizzativa, Staff DSA/Pianificazione Strategica/STP, CdG;
- **formalizzazione** - il PIAO va formalizzato (supporto cartaceo e informatico) al fine di essere approvato con atto formale di cui deve essere data evidenza anche al fine di assolvere alla funzione di comunicazione, esterna ed interna, propria del documento;
- **confrontabilità e flessibilità** – deve potersi realizzare il confronto negli anni del documento e il confronto con la Relazione sulla *performance*.;
- **dimensione pluriennale e annuale** - l'arco temporale di riferimento PIAO è il triennio, con scomposizione in obiettivi annuali, secondo una logica di scorrimento.

PRINCIPI DI PROCESSO

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

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

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

CICLO DELLA PERFORMANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

prospettive:

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

2.2.1 OBIETTIVI DI BUDGET

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

GOVERNO CLINICO		
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE
Esiti	Interventi su pazienti Over 65 con frattura femore entro 48 h	N° interventi entro 48 h / n° interventi totali
	Riduzione parti cesarei primari	N° parti cesarei primari / (Nr parti spontanei + N° parti cesarei primari)
	Intervento di PTCA su pazienti con IMA-Stemi entro 24h	N° interventi entro 24 h / n.° interventi totali
	Interventi di Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario con degenza post-operatoria < 3 gg. (obiettivo esiti Regione)	N° dimessi con degenza post-operatoria < 3 gg. / N° Dimessi
	Percentuale di permanenza al P.S.G. <6ore (escluso O.B.I.)	Tempo medio di permanenza in P.S.G.

GOVERNO DEI PROCESSI		
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE
	Utilizzo del sistema Meds-Office per erogazione consulenze specialistiche, attività ambulatoriali e A.L.P.I.	Richieste informatizzate/Totale richieste
	Adeguamento Carta dei Servizi ed aggiornamento sito web aziendale	Aggiornamento
	Screening sulla totalità dei pazienti ricoverati - valutazione del rischio CRE in coerenza alla procedura aziendale	N° valutazione riferimento CRE / n° pazienti ricoverati
	Chiusura Cartella Clinica non oltre 20 giorni dalle dimissioni	N° cartelle chiuse entro 20 gg/n. totale cartelle
	Consegna relazione finale sul raggiungimento degli obiettivi di budget	Consegna relazione entro il 28.02
	Comunicazione giornaliera dell'occupazione posto letto	n° di comunicazioni giornaliere / n° di giorni

Individuazione attività gestionali strategiche	Rispetto liste di attesa su interventi chirurgici programmati	Pazienti con DRG chirurgico in elezione concodice lista su ADT / Pazienti con DRG chirurgico in elezione
	Implementazione attività ambulatoriale: apertura ambulatori 8.00-20.00	Rilevazione da sistema delle prestazioni ambulatoriali nell'arco temporale

GOVERNO ECONOMICO		
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE
	Definizione ordini informatizzati del settore in coerenza con la periodicità definita dal deliberato	Ordini inseriti su EUSIS
	Monitoraggio ordini	Verifica termini di consegna
	Rispetto tempestivo adempimenti ANAC Legge 190/2012	Trasmissione dati
	Recepimento DAS della Centrale Unica di Committenza	Predisposizione delibere di recepimento

Ottimizzazione procedure in ambito economico/finanziario	Riduzione dei tempi medi di liquidazione fatture al fine di migliorare l'indice di tempestività dei pagamenti	Riduzione dei tempi di pagamento fatture entro 30 gg. dalla scadenza
	Monitoraggio delle aderenze alle procedure PAC	80% Audit positivi

UTENTI		
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE
Innalzare il livello di fidelizzazione dell'utente	Abbattimento dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali (LEA)	Incremento delle percentuali di garanzia di ogni prestazione nelle settimane indice
	Promozione dell'umanizzazione delle cure in ospedale per pazienti oncologici	Apertura ambulatori specificatamente dedicati

I valori attesi per il triennio, così come indicato nelle linee guida per i Ministeri n. 1 giugno 2017 *Tabella 1 Esempi di indicatori con baseline e target*, trovano collocazione all'interno del Piano attraverso tabelle allegate. Gli stessi risultano inseriti bensì nelle singole schede di budget, dove rappresentano i target assegnati per la dimensione operativa relativa alla finestra temporale 1 gennaio 31 dicembre, sebbene non considerabili sempre come definitivi, essendo il budget soggetto a possibili ridimensionamenti degli esiti attesi, ove nella gestione concomitante emergessero, a seguito di monitoraggio, difficoltà palesi per il raggiungimento dei valori target già definiti. Inoltre va considerata la possibilità che lo stesso obiettivo venga assegnato a più UU.OO.CC, però con valori attesi diversi.

DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVI ASSEGNATI AL PERSONALE DIRIGENZIALE

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

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

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

COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

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

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, che definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), definisce a grandi linee i tre capisaldi che guideranno i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione:

- A) DIGITALIZZAZIONE;
- B) REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI;
- C) SEMPLIFICAZIONE.

Il legislatore, consapevole del ruolo nevralgico che assumeranno le Amministrazioni pubbliche nella realizzazione degli interventi previsti nel PNRR, con il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha definito un modo operandi a “rete” teso a garantire il rafforzamento della capacità funzionale delle stesse. In particolare, l’art. 6 del citato decreto-legge ha introdotto uno strumento unico di pianificazione delle amministrazioni pubbliche – il Piano integrato di Attività e organizzazione (PIAO) – che, anche in un’ottica di semplificazione degli strumenti programmatici esistenti, determina una logica integrata di pianificazione rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle stesse. Alcuni degli obiettivi strategici previsti nel PIAO – semplificazione e digitalizzazione di procedure, facile accessibilità alle amministrazioni da parte dei cittadini e delle imprese, sia fisica che digitale, una gestione del personale che miri alla valorizzazione professionale e culturale, una piena trasparenza amministrativa – si combinano e si intrecciano con gli obiettivi e le misure di prevenzione della corruzione, con la medesima finalità di guidare le amministrazioni pubbliche al corretto e responsabile utilizzo delle risorse, in linea con gli obiettivi di interesse pubblico e dunque, al miglioramento della propria funzionalità. La strategia di contrasto della corruzione e delle forme di “cattiva amministrazione” assume dunque sempre maggiore centralità e si rafforza nei suoi connotati “strutturali” di prevenzione amministrativa, con strumenti integrati ed obiettivi strategici condivisi, costituendo fattore di stimolo per il miglioramento dei processi organizzativi.

Dall’anno 2022, ai sensi dell’art. 6 del decreto legge 80 del 9 giugno 2021 il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza adottato dall’AOU nel mese di marzo è confluito nella sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del Piano integrato di attività e organizzazione, il cosiddetto Piao, approvato dall’AOU nel successivo mese di luglio.

Il Piao deve essere adottato per disposizione di legge entro il 31 gennaio di ogni anno e ha durata triennale, anche per quest’anno il termine per l’aggiornamento dello stesso in base al comunicato del Presidente dell’ANAC del 17 gennaio u.s. è stato prorogato. Infatti, considerato che il Piano nazionale anticorruzione 2022 (PNA) è stato approvato definitivamente il 17 gennaio 2023 dal Consiglio dell’Autorità con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7, al fine di concedere alle amministrazioni un periodo congruo per dare attuazione sostanziale e non meramente formale alla programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza per l’anno 2023, il Consiglio dell’ANAC ha dato l’opportunità di differire al 31 marzo 2023 il termine previsto per l’approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) unitamente a quello del PIAO.

Ai sensi della legge 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, del D.L. 9.6.2021 n. 80 convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, il cui quadro normativo del PIAO è stato completato con il decreto attuativo che ha definito i contenuti e lo schema del PIAO che assorbe molti dei documenti di programmazione che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre annualmente (performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione) e del decreto legislativo 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” ed in linea con quanto raccomandato dall’Autorità nazionale anticorruzione, l’Azienda Ospedaliera Universitaria “G. Martino”, ha formulato la sottosezione della sezione del PIAO Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, di cui all’art. 3 comma 1 del DPR n. 132/2022, lettera c) “Rischi corruttivi e trasparenza”.

La formazione del Piano è un procedimento che si caratterizza per il coinvolgimento di numerosi attori sia esterni che interni.

La sottosezione, in continuità con quella relativa al triennio 2021-2023 di cui costituisce aggiornamento, è stata predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall’organo di indirizzo, così come previsto dal DM del 24-30/6/2022 (art. 3, comma 1, lett. c), in base alle indicazioni ministeriali che prevedono quali elementi essenziali della sezione quelli indicati dal Piano Nazionale Anticorruzione e negli atti adottati dall’ANAC ai sensi della L. 190/2012 e del D.lgs. 33/2013.

A seguito del D.L. 80/2021 che ha introdotto il Piano integrato di attività e organizzazione in cui la programmazione di misure di prevenzione della corruzione è integrata con la programmazione relativa alla performance, alla gestione delle risorse umane, all’organizzazione dei dipendenti nei vari uffici ed alla loro formazione è stato necessario realizzare una più stretta collaborazione tra il Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e gli organi di indirizzo dell’Azienda, i responsabili delle strutture coinvolte nel processo di gestione del rischio ed una stretta attività sinergica con il Referente Aziendale e dei componenti del Gruppo di lavoro multidisciplinare e multisettoriale che, in un’ottica di collaborazione, ha supportato il Referente Aziendale Prof. A. Cancellieri per gli adempimenti previsti dal “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) dell’A.O.U. “G. Martino” di Messina, nominato con atto deliberativo del Commissario Straordinario nr.2014 del 20/10/2022, di cui fa parte tra le altre professionalità anche il RPCT e così composto:

DOTT.SSA DANIELA COSTANTINO - U.O.C. AFFARI GENERALI

DOTT.SSA DESIRÈ CATERINA AGATE - U.O.C. RISORSE UMANE (SOSTITUITA DAL DIRETTORE DELLA UOC
DOTT.SSA MELANIA PROITI)

DOTT. DOMENICO FIORITO - U.O.C. STAFF

ING. ROSANNA INTELISANO - U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E S.I.A.

ING. FRANCO TRIFIRÒ - U.O.C. TECNICO

Lo specifico Gruppo composto dagli attori interni all’Azienda nella predisposizione del PIAO, al fine di realizzare un vero piano integrato, in base alle singole sezioni ed alle professionalità direttamente coinvolte hanno collaborato, al fine di predisporre il documento.

Le oggettive difficoltà proprie sia dell'attività prevista in capo al RPCT, al Referente del PIAO che ai Referenti per la prevenzione della corruzione, dovranno essere ridotte con una rideterminazione delle risorse disponibili secondo strumenti complessivi di riorganizzazione, di coinvolgimento, di circolarità di informazioni, di programmazione e di adeguata formazione del personale, grazie anche alla collaborazione di un Ufficio del RPCT di supporto dedicato.

Ciò ha determinato un diretto coinvolgimento del vertice aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione. Infatti, il Commissario Straordinario Dott. Giampiero Bonaccorsi, quale Organo amministrativo di vertice dell'Azienda, dispone di rilevanti competenze nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione:

☐ nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione (art. 1, c. 7, L. n.190/2012), tenendo conto delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni, e dispone che tutti i Dirigenti Responsabili di UU.OO.CC. assicurino allo stesso la necessaria collaborazione;

- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale; del PIAO e che sono da correlare altresì con gli obiettivi di valore pubblico ivi indicati;
- riceve in bozza il Piano Programmatico, completo della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" predisposta dal RPCT, per una prima valutazione delle misure in esso contenute, a cui partecipa lo stesso RPCT al fine di illustrarne adeguatamente i contenuti e le implicazioni attuative;
- adotta il Piano, completo della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" ed i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- assicura che il RPCT disponga di poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività, anche introducendo modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- riceve la relazione annuale del RPCT, chiama quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;
- è responsabile, unitamente al RPCT, della mancata adozione del PTPCT o della sezione del PIAO e/o dell'assenza di elementi minimi dello stesso (A.N.AC. sull'art. 19, c. 5, lett. b) del d.l. 90/2014);
- sovrintende anche che i Responsabili di struttura attuino le disposizioni contenute nel presente Piano e relazionino annualmente sulle attività svolte.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è stato nominato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 978 del 30/05/2022 nella persona del Direttore della U.O.C. Affari Generali, Dott.ssa Daniela Costantino, nel rispetto delle disposizioni individuata tra i dirigenti apicali che hanno adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'Azienda e dotata della necessaria autonomia valutativa e in assenza di profili

di conflitto di interessi. Il suo nominativo è stato comunicato all'ANAC utilizzando il modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Autorità.

Come specificatamente indicato nel documento "Orientamento per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022" approvato dal Consiglio dell'ANAC in data 02.02.2022 e ribadito nel PNA 2022, a fronte di una temporanea ed improvvisa assenza del RPCT o in caso di obbligo di astensione, è opportuno che venga nominato un sostituto, pertanto, per affrontare tale evenienza tra le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza è prevista la predisposizione di una procedura organizzativa interna che, sulla base di criteri prestabiliti, permetta di individuare in modo automatico il sostituto del RPCT nell'ipotesi in cui vi sia un'assenza imprevista dello stesso.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza svolge le funzioni in condizioni di indipendenza e di garanzia e il relativo incarico, non di natura fiduciaria, ha durata non correlata a quella del contratto del Commissario Straordinario.

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza competono le seguenti attività e funzioni:

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

Il coordinamento funzionale tra l'organo di indirizzo ed il RPCT deve essere continua e riguardare l'intera attività di predisposizione e attuazione della strategia di prevenzione. Tale collaborazione, oltre a rafforzare il ruolo di presidio del Responsabile, consente una condivisione di obiettivi e la diffusione delle "buone pratiche", con conseguente maggiore probabilità di una concreta efficacia degli strumenti e delle azioni poste in essere.

Il PNA 2022 oltre ad avere delineato i nuovi compiti del RPCT al fine di realizzare il ruolo proattivo attribuito allo stesso nella predisposizione e monitoraggio del PIAO, dettagliatamente previsti di seguito, ha specificato come deve essere realizzata la interazione tra la sezione "Gestione rischi corruttivi" e la sezione "Performance", in particolare, il RPCT dovrà tener conto dei risultati emersi nella Relazione sulla performance al fine di:

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

In caso di inadempimento di tali obblighi sono previste forme di responsabilità. In particolare, il mancato aggiornamento della sezione anticorruzione, la mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale. E' prevista inoltre l'imputazione di una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa per il caso in cui all'interno dell'Azienda si verifichi la condanna di un dipendente per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato. Detta responsabilità è esclusa se il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza prova:

- di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di avere osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art. 1 della Legge n.190/2012;
- di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

I poteri di vigilanza e di controllo attribuiti, devono tuttavia coordinarsi con quelli degli organi di controllo interno dell'Azienda. Pertanto il RPCT:

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

- e. ai fini della predisposizione della relazione di cui all' art. 1 comma 14 della L.190/2012, esercita poteri di vigilanza e controllo e acquisisce dati e informazioni;
- f. esercita l'attività di controllo di cui all' art 43 co. 1 D.L.gs n. 33/13.

Occorre prendere atto delle indicazioni dell'ANAC contenute nell'allegato 3 del PNA 2022 che per le amministrazioni di grandi dimensioni, tra cui rientra sicuramente l'AOU, ha indicato che, al fine di assicurare che il RPCT svolga il suo delicato compito con effettività è auspicabile l'esclusività di tale funzione, la cui durata dovrebbe non essere inferiore a tre anni e prorogabile una sola volta. E' evidente che ciò necessita di un processo di riorganizzazione aziendale, non realizzabile nel medio termine. Così come, nello PNA l'ANAC, per quanto riguarda il supporto al RPCT, ritiene opportuno individuare una precisa strategia, su più fronti, tesa a rafforzare il ruolo del RPCT ed a garantirgli un supporto adeguato, auspicando che al RPCT sia attribuito un apposito ufficio di supporto, dotato di adeguate risorse umane con competenze multidisciplinari nonché di risorse strumentali, la cui titolarità sia posta in capo del RPCT. A tal proposito, la molteplicità degli adempimenti e delle professionalità richieste ha determinato l'opportunità che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sia coadiuvato da uno stabile gruppo di supporto con funzioni di raccordo, propositive e di verifica, secondo le specifiche disposizioni di legge e regolamentari, designato formalmente dal Direttore Generale e oggetto di eventuali variazioni nella composizione, qualora ritenute necessarie alla luce di mutamenti organizzativi, o a seguito di valutazione dei percorsi compiuti. Per rendere più efficace il coinvolgimento delle diverse aree è stato costituito con delibera del Commissario n. 411 del 8/11/2017 il "gruppo di lavoro in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza", composto da dipendenti afferenti a diverse strutture dell'AOU e, dunque con competenze trasversali.

Il gruppo risulta composto dai seguenti professionisti:

- DOTT. GIUSEPPE BONFIGLIO – UOC RISORSE UMANE
- DOTT.SSA ANTONIETTA SANTORO – UOC PROVVEDITORATO
- ING. ROSANNA INTELISANO – U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE E ICT
- DOTT. PAOLO PANAGIA – U.O.S. FLUSSI INFORMATICI AREA SANITARIA
- DOTT.SSA MARIANNA RANDO – U.O.C. ECONOMICO FINANZIARIO INTERNAL AUDITOR
- DOTT.SSA MARIA GIUFFRIDA – DIREZIONE SANITARIA CON DMPO
- DOTT. ELVIRA BONANNO – DIREZIONE AZIENDALE

Ai Componenti del gruppo sono affidati compiti di:

- Elaborazione di proposte sull'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e sui documenti ad esso correlati;
- Garanzia e vigilanza sull'attuazione di tutti gli adempimenti introdotti in materia di anticorruzione, ferma restando la responsabilità primaria di controllo attribuita ex lege ai Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura organizzativa aziendale;
- Collaborazione per lo svolgimento di tutte le attività del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT);
- Monitoraggio del flusso dei dati per l'adempimento degli obblighi di trasparenza;

- Attività di studio e di approfondimento di Normative, Regolamenti, Linee di indirizzo e ogni altro documento prodotto dall' ANAC o da altre fonti amministrative;
- Collegamento con i Referenti aziendali.

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

Il gruppo di lavoro dovrebbe riunirsi periodicamente e svolgere attività di verifica, monitoraggio e programmazione, a tal fine, come già evidenziato nella relazione annuale 2022 del RPCT, si ritiene che il gruppo anche per il sovraccarico degli adempimenti delle strutture di cui risultano titolari debba essere ricostituito, anche considerato che alcuni componenti non sono più presenti in Azienda.

All'ufficio del Responsabile PCT risultano assegnate per lo svolgimento di tutti i compiti e adempimenti previsti dalla normativa vigente, n. 2 unità di personale, oggi non con carattere esclusivo, avendo avuto affidati nel corso dell'anno 2022 ed a inizio dell'anno 2023 anche altri incarichi.

La complessa organizzazione dell'A.O.U. ha reso necessario, al fine di attuare la legge 190/2012, nonché per assicurare il necessario e costante flusso dati, individuare - oltre al gruppo di supporto - dei Referenti di struttura per le attività di prevenzione della corruzione e trasparenza, in stretta collaborazione con il RPCT, con specifica nota di individuazione (prot. n. 18097 del 21/11/2018) del Commissario Straordinario pro tempore che ha individuato quali Referenti del Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza, i Direttori DAI ed i Direttori/Responsabili delle diverse UU.OO. ovvero articolazioni aziendali.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nella fase di predisposizione ed aggiornamento del Piano procede a realizzare una interlocuzione con i Referenti designati che coincidono con i Responsabili di struttura, allo scopo di definire, aggiornare, integrare la mappatura dei processi e l'analisi del rischio, di rispettiva afferenza, nonché di ricevere il flusso dei dati da fornire, anche al fine di creare un confronto sullo svolgimento delle attività previste dal Piano e per eventuali iniziative rivolte a rafforzare i processi organizzativi di prevenzione del rischio di corruzione, comprese le metodologie di flusso delle informazioni d'interesse e sulla periodicità delle attività di monitoraggio e controllo delle misure di prevenzione previste. Di ausilio sono altresì le relazioni che ciascuno di essi dovrà redigere annualmente al RPCT, pertanto, tutto ciò impone a ciascun dirigente e dipendente la massima collaborazione e disponibilità con riferimento alle rispettive aree di competenza, al riscontro delle richieste del Responsabile.

I Referenti, come sopra individuati, concorrono quindi con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e della illegalità, oltre che ad attuare tutti gli adempimenti previsti nei loro ambiti di competenza dalla normativa. Potranno fornire al RPCT, elementi utili all'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, fra le unità lavorative che operano nelle strutture aziendali a più elevato rischio di corruzione. I referenti dovranno verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua funzionalità, suggerendo eventuali modifiche quando intervengano mutamenti

nell'organizzazione o vengano accertate rilevanti violazioni delle prescrizioni. I Referenti dovranno infine redigere e trasmettere al Responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 30 novembre di ogni anno, circostanziata relazione illustrativa delle attività poste in essere nell'esercizio delle proprie funzioni, con analitica descrizione dei processi e dei relativi rischi ad essi connessi, evidenziando gli interventi organizzativi realizzati, al fine di assicurare il rigoroso rispetto della legge e delle disposizioni della presente sezione, nonché le misure adottate per procedere alla rotazione del personale o comunque realizzarne gli scopi e dovranno dare riscontro dell'attività formativa realizzata all'interno delle articolazioni aziendali ai fini della massima diffusione dei contenuti anticorruzione e di quelli del Codice di comportamento, dei procedimenti disciplinari attivati e delle sanzioni eventualmente irrogate, così come delle segnalazioni ricevute relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza. Nella suddetta relazione dovranno evidenziare le criticità rilevate nel periodo e suggerire eventuali modifiche da apportare al PTPCT e alle misure di prevenzione applicate, nonché proporre ulteriori, al fine di realizzare una migliore azione di prevenzione della corruzione. Tali osservazioni consentiranno al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, di apportare tutte le necessarie variazioni ed adeguamenti nella fase di aggiornamento periodico. I Referenti dovranno comunque relazionare al Responsabile della prevenzione della corruzione ogni volta in cui se ne ravvisi la necessità, offrendo massima informazione su atti e procedure che possano avere rilievo negli ambiti di riferimento e che possano richiedere azioni ed iniziative di contrasto e dovranno fornire le tempestive informazioni richieste che siano previste da norme per assolvere adempimenti specifici ovvero suscitate da richieste del RPCT che riguardi qualunque tematica relativa alla gestione dei loro ambiti di competenza. I Referenti potranno compiere attività di monitoraggio periodico delle misure proposte e previste nelle mappature delle aree di rischio, nonché effettuare controlli periodici sui dati pubblicati da ciascuno all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale, del cui esito verrà fornito resoconto al RPCT, suggerendo eventuali dati ulteriori, rispetto a quelli obbligatori che si ritenga utile diffondere.

L'assenza di collaborazione dei singoli Referenti sia sotto il profilo della fornitura di dati, documenti, notizie che della disponibilità ad agevolare monitoraggi e verifiche, sarà segnalata alla Direzione Strategica.

In sintesi, i compiti dei referenti, che costituiscono specifiche misure programmate per l'anno 2023 sono:

- Procedere, compatibilmente alle esigenze organizzative e delle risorse disponibili e comunque attivando percorsi per l'acquisizione di competenze, alla rotazione dei dipendenti che operano negli Uffici preposti allo svolgimento delle attività, nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, ovvero mettere in atto scelte organizzative volte ad una maggiore condivisione delle attività tra gli operatori, al fine di evitare l'isolamento di mansioni e assicurare il reciproco controllo. La rotazione, se non si tratta di ambiti di infungibilità, dovrà comunque obbligatoriamente essere realizzata laddove si siano verificati episodi corruttivi che coinvolgano il personale.
- Vigilanza sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, della misura della rotazione ordinaria o dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di pantouflage di cui all'art.53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001.

- Individuazione dei dipendenti operanti nei settori maggiormente a rischio da avviare a specifici percorsi formativi.
- Verifica, almeno una volta l'anno, dello svolgimento di attività finalizzate alla informazione e sensibilizzazione del personale circa i doveri giuridici ed i principi etici cui si deve costantemente ispirare il loro operato.
- Monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, nonché i rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici o di altro genere, verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti ed il personale della propria struttura, provvedendo annualmente a raccogliere ed a far aggiornare eventuali dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e, nel caso di fattispecie dichiarate, a valutarne l'eventuale sussistenza segnalandola alla Direzione Generale e al RPCT.
- Vigilanza in merito alla corretta costituzione delle commissioni e all'assegnazione agli uffici, stante i divieti previsti dall'art. 1 comma 46 della Legge 190/2012 per coloro che sono stati condannati anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale. Dipartimento amministrativo
- Segnalazione al Responsabile di casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare.
- Report semestrali al RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare.
- In materia di trasparenza, compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati ed il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura, in particolare, devono effettuare le dovute pubblicazioni, nonché compiere controlli periodici sui dati pubblicati dai competenza all'interno del link "Amministrazione Trasparente", di cui verrà fornito resoconto al RPCT, con cadenza semestrale, suggerendo eventuali DATI ULTERIORI, rispetto a quelli obbligatori che si ritenga utile diffondere.

In riferimento ai Referenti individuati nell'anno 2018, tra l'altro non nominativamente ma in base all'incarico ricoperto, anche in attuazione delle indicazioni ANAC, è auspicabile che il Direttore Generale/Commissario Straordinario individui specificatamente, i "referenti" per la prevenzione della corruzione che operino nelle strutture dipartimentali in raccordo con il RPCT, specie in quelle che fungono da centro d'acquisto. Così come, in applicazione del principio di gradualità, si auspica che, una volta individuate le attribuzioni in capo a ciascun referente nell'unità organizzativa di riferimento, vengano correlate le misure di piano e gli obiettivi di performance.

Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti, dell'Autorità Giudiziaria e dell'UPD, partecipano al processo di gestione del rischio, assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione, adottano le misure gestionali di competenza previste dall'art.16 e dall'art.55 bis del D.Lgs. n.165/2001, osservano le misure contenute nella sezione anticorruzione del PIAO, trasmettono,

entro il 31 ottobre di ogni anno, una relazione al Referente/direttore di Dipartimento di competenza, indicando le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del Codice di Comportamento per gli aspetti di competenza, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti e garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal D. Lgs. n.33 del 2013.

È da sottolineare che il RPCT, in sede di monitoraggio annuale 2022, ha richiesto ai Dirigenti coinvolti nell'attuazione delle misure di prevenzione, sia generali che specifiche, del precedente Piano, di voler indicare e formulare le misure che ritenevano opportune inserire e prevedere nel Piano 2023-2025 e che la maggior parte degli stessi ha dato il proprio contributo indicando sia le criticità registrate nell'attuazione delle misure che nuove misure ritenute necessarie quanto opportune.

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

- partecipare al processo di gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (art. 8 Codice di comportamento DPR n. 62/13);
- osservare le misure contenute nella sezione Anticorruzione e Trasparenza del Piano (art. 1, c. 14, legge 190/2012; art. 8 Codice di comportamento generale);
- segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o all'UPD le situazioni di illecito di cui sono venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro (art. 54 bis d.lgs. 165/2001), nonché i casi di conflitto di interesse (art. 6 bis legge 241/1990 e artt. 6 e 7 Codice di comportamento generale D.P.R. n. 62 del 2013), anche in relazione a prossimi congiunti;
- effettuare apposita comunicazione alle Risorse Umane di assenza di carichi pendenti per fatti connessi all' attività svolta e comunque per reati contro la Pubblica Amministrazione;
- segnalare eventuali condanne anche non definitive per reati di cui al Libro II Titolo II del codice penale;
- tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Analogamente, chiunque collabori a qualsiasi titolo, con l'Azienda è obbligato ad osservare le misure contenute nella presente sezione ed a segnalare eventuali situazioni di illecito di cui venga a conoscenza (artt. 2 e 8 DPR 62/2013). Gli obblighi di osservanza, per quanto compatibili, si estendono anche agli specializzandi, nonché ai soggetti autorizzati alla frequenza volontaria o ad attività svolta a titolo gratuito.

A tal fine, i Responsabili degli ambiti presso i quali essi svolgono la loro attività, cureranno la massima diffusione agli stessi dei contenuti del Piano, nonché l'attivazione delle consequenziali iniziative in caso di violazione delle disposizioni contenute nello stesso. Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di Comportamento, applicabili ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti, a cura delle Strutture che li redigono per competenza.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) riceve da parte del RPCT segnalazioni circa le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, e può, per converso, richiedere al RPCT informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza ed anche, qualora ritenuto utile e necessario, effettuare audizioni con i dipendenti. Rappresenta il primo interlocutore esterno al sistema per il RPCT, il quale è tenuto ad attivarne il coinvolgimento tutte le volte che i Dirigenti/Referenti omettano adempimenti e attività cui sono tenuti per legge, regolamenti, direttive, linee guida ANAC o atti interni aziendali. Inoltre, la relazione annuale del RPCT ex art. 1 comma 14 della Legge n. 190/12, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'amministrazione, è trasmessa, oltre che al Direttore Generale, anche all'OIV (art. 41, co. 1, lett. I), d.lgs. 97/2016), il quale ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti e può anche effettuare audizioni di dipendenti. L'Organismo garantisce all'ANAC, su esplicita richiesta, le informazioni ed i documenti necessari per lo svolgimento del controllo. Esso riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Il citato Organismo svolge i seguenti compiti:

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- attestare annualmente la corretta pubblicazione dei dati, documenti e informazioni individuati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (articolo 14, comma 4, lett. g, del 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");
- esprimere parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda. L'attestazione viene pubblicata nella sottosezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione" - "Organismi indipendenti di valutazione".

Il PNA 2022 ha stigmatizzato la necessità di valorizzare nel PIAO la collaborazione tra RPCT e OIV per la migliore integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del PIAO. A tal fine, l'OIV è chiamato a verificare:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;

- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure;
- i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni. Nell'ambito di tale attività l'OIV si confronta sia con il RPCT, cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti che ritiene necessari, che con i dipendenti della struttura multidisciplinare PIAO. Qualora dall'analisi emergano delle criticità e/o la difficoltà di verificare la coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione con quanto illustrato nella Relazione stessa, l'OIV può suggerire rimedi e aggiustamenti da implementare per eliminare le criticità ravvisate, in termini di effettività ed efficacia della strategia di prevenzione.

Il potere riconosciuto all'OIV di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC, rappresenta la partecipazione alla creazione di valore pubblico ed alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione. Infatti, l'Organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione Trasparente» ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato, se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile. Gli esiti delle verifiche dell'OIV, in coerenza con il principio di distinzione tra le funzioni di indirizzo spettanti agli organi di governo e quelle di controllo spettanti agli organi a ciò deputati, vengono trasmessi all'organo di indirizzo affinché ne tenga conto al fine dell'aggiornamento degli indirizzi strategici.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis, D. Lgs. n. 165 del 2001), provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria e propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento.

Per consentire una valutazione complessiva dei dipendenti anche sotto il profilo comportamentale e fornire elementi utili ad una riduzione delle patologie del sistema attraverso una verifica delle misure previste ed attuate e della loro persistente valenza, stabilisce un costante flusso informativo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. L'UPD è chiamato, inoltre, in relazione ai procedimenti avviati che facciano riferimento ad ipotesi corruttive, a fornire apposita relazione semestrale alla Direzione Generale e al RPCT, allo scopo di individuare aree critiche caratterizzate da patologie e deviazioni dai corretti percorsi aziendali che possano consentire la mappatura dei processi e la conseguente individuazione delle misure di contrasto.

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

In relazione all'obbligo previsto dall'art. 33-ter del Decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con la Legge 17 dicembre 2012 n. 221, questa Azienda ha provveduto ad individuare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante RASA, il cui profilo deve essere registrato ed attivato nella specifica sezione del sito dell'A.N.AC., anche come misura organizzativa di trasparenza volta a garantire la prevenzione di fenomeni corruttivi. Il RASA è l'unico soggetto

responsabile per l'inserimento e per l'aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi concernenti la stazione appaltante presenti nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), da effettuarsi conformemente a quanto previsto dalla legge, entro il 31 dicembre di ogni anno. Il Responsabile della Anagrafe unica della Stazione appaltante (RASA) di questa AOU G. Martino di Messina è la Dott.ssa Veronica Nicosia, Dirigente Amministrativo con incarico di titolare della U.O.S. "Acquisti di beni di consumo e beni strumentali" nominata con deliberazione del Commissario Straordinario n° 60 del 25.1.2017, adempiendo al relativo precetto normativo nonché a quanto espressamente richiesto dall'ANAC. Appare opportuno ricordare in questa sede che in caso di mancata indicazione del nominativo del RASA nel PTPC, l'ANAC, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, può esercitare il potere d'ordine ex art. 1, 3° comma della legge 190/2012, nei confronti dell'Organo Amministrativo di vertice, ovvero, nel caso di omissione del RPCT, nei confronti di quest'ultimo.

Si è altresì provveduto ad individuare con delibera del Direttore Generale n°764 del 15.11.2019 il dott. Matteo Mirone, ai sensi e per gli effetti del D.M. del Ministero dell'Interno 25 settembre 2015, quale soggetto denominato "gestore" delegato agli adempimenti in materia di antiriciclaggio, cui compete la redazione della procedura interna di valutazione idonea a garantire l'applicazione normativa e l'omogeneità dei comportamenti aziendali, con il compito di comunicare all'UIF dati e informazioni riguardanti operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo di cui viene a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La funzione che esercita è quella di prevenire e contrastare tutte quelle attività di riciclaggio provenienti da azioni illegali che consistono in conversione o trasferimento di beni, occultamento o dissimulazione della reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sui beni, acquisto, detenzione o utilizzazione dei beni di cui si conosce la provenienza criminosa. Tra le novità previste nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022, considerato il legame tra battaglia antiriciclaggio e lotta anticorruzione, è stato previsto un rafforzamento dell'antiriciclaggio, impegnando i responsabili della prevenzione della corruzione a comunicare ogni tipo di segnalazione sospetta in cui potessero incorrere all'interno della pubblica amministrazione, e delle stazioni appaltanti. Pertanto, il RPCT deve ricevere dal soggetto "gestore" delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio che, appunto, ha il compito di mettere in atto strumenti e azioni di monitoraggio per l'individuazione di situazioni sospette e per la loro prevenzione.

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

Il RPCT può avvalersi di strutture di audit interno per attuare il sistema di monitoraggio della sezione anticorruzione, richiedendo all'organo di indirizzo politico il supporto dell'Internal Auditing per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio e svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio. Questa Azienda ha istituito, la funzione di internal auditing e con delibera n. 2369 del 07.10.2022 è stata nominata la Dott.ssa Domenica Costa, in sostituzione della Dott.ssa Marianna Rando, internal auditor che era stata individuata nel gruppo di lavoro a supporto del RPCT. La funzione Internal Audit svolge un'attività di verifica

indipendente, operante all'interno dell'Azienda ed al suo servizio, con la finalità di esaminarne e valutarne i processi amministrativo-contabili e gestionali. L'attività sinergica con il RPTC favorisce un costante miglioramento di gestione, per tutti i componenti dell'organizzazione consentendo un corretto adempimento delle loro responsabilità, nonché incentivando l'importanza di un processo formale, documentato e collaborativo nel quale i responsabili delle strutture interne siano direttamente coinvolti nella mappatura ed identificazione degli ambiti soggetti a rischio e nell'individuazione di modifiche organizzative tali da mitigare il livello di rischio. Grazie alle attività di analisi organizzativa atte alla conoscenza sistematica dei processi organizzativi aziendali nell'ambito dei Percorsi Attuativi di Certificabilità (P.A.C), l'Azienda ritiene di avere ben integrato e coordinato il sistema di gestione del rischio corruttivo con l'attività di verifica, vigilanza e monitoraggio svolta da parte della struttura di internal audit.

In merito all'individuazione degli attori esterni all'Amministrazione, questi possono identificarsi nell'Università degli Studi di Messina, attesa la vocazione di Azienda Ospedaliera Universitaria e, come tale, depositaria del principio dell'inscindibilità della ricerca e della didattica con l'attività puramente assistenziale.

Quali stakeholder dell'A.O.U. sono stati individuati, i Comitati delle Associazioni Onlus, facenti parte del "Comitato Consultivo Aziendale", la R.S.U. Aziendale, le OO.SS. rappresentative delle rispettive categorie contrattuali, nonché il Sindaco di Messina, nella qualità di garante dell'attività assistenziale prestata nei confronti del cittadino sia sotto il profilo della "qualità" che sotto quello della "adeguata quantità" dell'erogazione della stessa attività assistenziale.

Allo scopo di raccogliere contributi di idee e proposte di miglioramento e di integrazione, tutti gli stakeholders (OO.SS., Comitato Consultivo, CUG, dipendenti, società civile) sono stati coinvolti tramite un avviso in consultazione, pubblicato sul sito web dell'Azienda, con l'invito a far pervenire eventuali proposte, suggerimenti, integrazioni, riflessioni, alla casella di posta elettronica dedicata, così da dare la possibilità al Responsabile di recepire, nel redigendo Piano, i suggerimenti pervenuti. Nei termini prescritti non sono pervenuti suggerimenti o indicazioni specifiche.

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

- a) fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità ed indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;
- b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della precedente lettera a), procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire i rischi di corruzione;
- c) indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo eventuale necessaria rotazione dei dirigenti e funzionari;
- d) indicare gli strumenti di monitoraggio, per ciascuna attività, del rispetto dei termini di conclusione del procedimento;
- e) indicare gli strumenti di monitoraggio dei rapporti tra l'azienda ed i soggetti che con essa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o

affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei concessionari con i dirigenti dell'azienda;

f) indicare gli obblighi di tutto il personale, Dirigenziale o meno, e le modalità di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, in particolare sulle attività a rischio corruzione, così come disposto dall'art. 1, c. 9°, lett. "c" della Lg n° 190/2012, che ritiene la consequenziale violazione fonte di responsabilità disciplinare particolarmente grave in capo ai trasgressori;

g) indicare gli strumenti di rilevazione, in rapporto al grado di rischio, delle misure di contrasto (procedimenti a disciplina rinforzata, controlli specifici, particolari valutazioni ex post dei risultati raggiunti, particolari misure nell'organizzazione degli uffici e nella gestione del personale addetto, particolari misure di trasparenza sulle attività svolte già adottate, ovvero l'indicazione delle misure che il Piano prevede di adottare o direttamente adotta);

i) specificare l'adozione delle integrazioni al codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Nel rispetto dell'obiettivo di realizzare un sistema complessivo aziendale nel quale tutti gli strumenti dispositivi (Piano della Performance, atti organizzativi, codice di comportamento, atti regolamentari, Linee guida e procedure, ecc.), la presente sezione rappresenta lo strumento per diffondere e affermare un radicamento della cultura dell'etica e della legalità diffusa, garantendo in tal modo anche l'efficienza e l'efficacia dell'agire amministrativo e migliorando la qualità complessiva delle prestazioni erogate nei diversi ambiti di intervento, che rappresentano principalmente la realizzazione del valore pubblico.

La mappatura dei processi e l'analisi del rischio è quella già definita nella recente adozione del PIAO 2022 - 2024, secondo la metodologia prevista nel PNA 2019 ed ove necessario si è proceduto ad un aggiornamento in base alle disposizioni contenute nel nuovo PNA approvato dall'ANAC con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023. In particolare si è condiviso lo spirito del PNA 2022, cioè che la corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non deve essere intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano delle amministrazioni, ma sia essa stessa considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento dell'amministrazione al servizio dei cittadini e delle imprese. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

Di conseguenza, nella mappatura dei processi sono stati considerati anche quelli correlati agli obiettivi di valore pubblico che devono essere presidiati da misure di prevenzione della corruzione, soprattutto, nell'attuale momento storico per l'ingente flusso di denaro a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi che richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione, per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative.

Le consultazioni con i Responsabili di struttura nonché Referenti designati, allo scopo di definire e precisare le misure di prevenzione previste nel presente aggiornamento ma anche relativamente al flusso dei dati da fornire e per realizzare un confronto sullo svolgimento delle attività previste e per eventuali iniziative rivolte a rafforzare i processi organizzativi di prevenzione del rischio di corruzione, con riferimento alle metodologie di flusso delle informazioni d'interesse e sulla periodicità delle attività di monitoraggio e controllo delle misure di prevenzione già previste, integrate in base alle ulteriori indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022, è stata la base per la predisposizione della presente sezione. Infatti, sono state utilizzate le informazioni offerte in sede del monitoraggio annuale 2022, così come le misure non attuate, evidenziate nella relazione annuale 2022 redatta dal RPCT per la costruzione delle misure, al fine di superare le criticità che hanno impedito la loro attuazione nell'anno 2022. Allo stesso modo, le consultazioni con i Responsabili di struttura nonché Referenti designati risulterà utile nella successiva fase di predisposizione e aggiornamento annuale del Piano per il successivo triennio.

La sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA 2022 che richiama espressamente le indicazioni date il 02.02.2022 nei suoi orientamenti, contiene:

- 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
- 3) la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

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

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

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

- promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica;
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- promozione del pieno assolvimento degli obblighi di trasparenza e individuazione di ulteriori obblighi rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- presidio dell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): monitoraggio della tempistica di utilizzo delle risorse, individuazione dei soggetti attuatori tramite gara, realizzazione effettiva delle opere finanziate da risorse del PNRR;
- revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);

- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);
- consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance
- integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni
- promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;
- coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo;
- accessibilità digitale con la messa a disposizione di supporti tecnici ed organizzativi volti ad una più agile fruibilità del sito istituzionale della AOU, della Intranet e dei Siti tematici:
- digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio
- individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente

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

- dovrà essere investita dell'osservanza della sezione Anticorruzione e Trasparenza, la cui disapplicazione rappresenta un illecito disciplinare, dell'applicazione completa delle misure di prevenzione della corruzione così come previste, anche in relazione alle mappature del rischio;
- dovrà provvedere a identificare e declinare tutti i processi di afferenza, curando la mappatura delle aree di rischio e la determinazione del livello dello stesso con conseguente individuazione delle efficaci misure;
- dovrà verificare correttamente e relazionare sui risultati dell'applicazione delle misure applicate e determinare il rischio residuo;
- dovrà provvedere, con tempestività e completezza, per area di competenza ad alimentare il flusso dati verso il link amministrazione trasparente, anche tenendo conto delle regole in materia di tutela della privacy;
- dovrà provvedere alla compilazione annuale delle dichiarazioni di conflitto di interesse, nonché al periodico aggiornamento delle informazioni in caso di eventuali variazioni;

- dovrà assicurare la piena disponibilità alla partecipazione alle attività formative predisposte a livello aziendale;
- dovrà fornire al RPCT tutto il supporto richiesto per l'espletamento delle diverse attività previste dalla normativa di settore;
- dovrà redigere la redazione di apposita Relazione annuale da tramettere al RPCT, sullo stato dei rispettivi adempimenti e sulle procedure di controllo e monitoraggio.

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

In conclusione, su specifico input della Direzione Aziendale il PIAO non è stato realizzato come un mero adempimento, ma al fine di realizzare la propria mission mediante la progressiva integrazione con gli altri strumenti della programmazione aziendale in unico documento che sia di stimolo alla responsabilizzazione dei dirigenti verso standard di attività e performance che, consolidando i livelli già raggiunti, possano elevare la qualità dei processi aziendali, secondo una metodologia di coinvolgimento partecipativo degli utenti per la concreta realizzazione del valore pubblico.

2.3.1 CONTESTO ESTERNO E INTERNO

Attraverso l'analisi del contesto vengono acquisite le informazioni necessarie ad identificare e calibrare i rischi corruttivi che lo caratterizzano, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo dell'Azienda (contesto interno).

Nell'ottica del legislatore del PIAO, l'analisi del contesto esterno ed interno diventa presupposto dell'intero processo di pianificazione per guidare sia nella scelta delle strategie capaci di produrre valore pubblico sia nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO, pertanto, l'Azienda ha svolto una sola volta tali attività di analisi funzionali per le diverse sezioni di cui si compone il PIAO. L'analisi del contesto di seguito riportata è finalizzata alle esigenze della gestione del rischio corruttivo.

CONTESTO ESTERNO

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

Per quanto riguarda gli aspetti sociali e demografici del territorio locale l'Azienda Ospedaliera Universitaria G. Martino fa parte della rete sanitaria pubblica che serve la città di Messina, l'area metropolitana con i comuni limitrofi, e l'intera provincia di Messina. La relativa analisi serve ad evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale opera l'Azienda può favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi. La Città metropolitana di Messina è situata all'estremità nord-orientale dell'isola ed affacciata, a nord sul mar Tirreno, ad est sullo Stretto di Messina, che la separa dalla Calabria di 3 km nella zona in cui le sponde sono più vicine e sul mar Ionio, confina ad est con la provincia di Reggio Calabria ad ovest con la città metropolitana di Palermo, a sud con la provincia di Enna e la provincia di Catania. Il territorio è particolarmente ampio ed amministrativamente complesso, includendo ben 108 Comuni. L'intero territorio metropolitano messinese è pari a 3266,12 Km². La struttura demografica ha subito profondi cambiamenti (moltissimi messinesi, soprattutto giovani, sono andati via, chi per studio, chi per lavoro), così la popolazione residente è notevolmente diminuita. Da quest'ultimo punto di vista va considerato che, mentre l'aspettativa di vita è aumentata negli ultimi anni, il tasso di natalità è diminuito contro un tasso di mortalità in crescita (fonte dati ISTAT). L'evidenza demografica innesca una riflessione legata alla crescente domanda di cura della propria salute.

Questo condiziona l'intera programmazione sanitaria vincolando la stessa ad orientare l'offerta verso il contesto di riferimento reale; ove non ci fosse evidenza di tale parametrizzazione ci si potrebbero attendere contestuali eventi sentinella.

Per avere una idea compiuta sul significato che può ricoprire all'interno di un territorio, come quello messinese, una struttura importante come l'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" bisogna tenere in considerazione diversi fattori. Principalmente, in base alla propria mission, l'A.O.U. rappresenta un luogo di prevenzione e cura della salute oltre che di didattica e di ricerca, per cui, in questo contesto, va messa in evidenza la priorità di legare le attività alla domanda

presente. Infatti, la massimizzazione dell'offerta, oltre a diventare una opportunità per il cittadino utente, si connota anche come un attrattore per l'intera regione e non solo. Questo trova riscontro se si vanno ad analizzare gli "indici di attrazione", nei quali l'Azienda raggiunge ottimi risultati. Ulteriore riscontro si rinviene nella analisi di un altro importante indicatore quale "l'indice di migrazione", tale grandezza evidenzia un'altissima percentuale di utenza proveniente da fuori provincia, ed in particolare dalla Calabria, evidenziando come la prossimità territoriale, combinata ad una offerta proporzionata, abbia creato un flusso di utenza numeroso e continuo.

Sotto l'aspetto socio-culturale, rimane imperante il concetto della raccomandazione; è come se la salute "dell'amico" valesse più di quella di un qualunque altro cittadino. Questo è un punto di snodo fondamentale per la gestione delle politiche di policy rivolte all'applicazione di modelli di erogazione pluralistici e paritetici nei confronti della popolazione, mettendo sempre al centro la trasparenza dell'operato. Inoltre, è necessario assicurare la massima trasparenza affinché sia evidente che l'Azienda assicura parità di cure nell'assoluto rispetto dei tempi di attesa, sia che l'utente acceda alla struttura pubblica in regime istituzionale, con pagamento al SSR, che a "pagamento" dei singoli professionisti che eseguono le prestazioni sanitarie in regime libero professionale intramuraria.

Chiaramente, un'Azienda di tali dimensioni, per cui con notevoli disponibilità di denaro per l'approvvigionamento delle risorse e la capacità di dispensare opportunità di lavoro, diventa bersaglio anche per azioni di intimidazione finalizzate alla corruzione e non solo a carattere sanitario.

Nella presente sezione l'analisi si è concentrata su quei fattori, esterni all'azienda, che hanno avuto e continuano ad avere un impatto sull'attività tecnico - amministrativa e sanitaria dell'azienda

e che necessitano di maggiore attenzione al fine di prevenire il rischio di maladministration o di corruzione.

La relazione sullo Stato di diritto della Commissione europea, pubblicata a luglio 2022, certifica che l'89% degli intervistati ritiene che la corruzione sia diffusa nel nostro Paese, a fronte di una media comunitaria del 68%, ed il 32% ritiene di subirne personalmente gli effetti nel quotidiano (media UE 24%). Gli illeciti accertati contro la spesa pubblica nel quinquennio 2017-2021 valgono ben 34 miliardi per 115 mila soggetti denunciati in totale. Altri dati risultano allarmanti: le frodi accertate dalla Guardia di finanza per responsabilità amministrativa erariale ammontano a circa 20 miliardi di euro, con oltre 27 mila soggetti denunciati. Le sezioni regionali della Corte dei conti hanno pronunciato nel corso del 2021 condanne per danni conseguenti a reati di corruzione per circa 14 miliardi di euro.

Questi dati delineano un quadro di costi diretti e indiretti della corruzione molto alti per la collettività da un punto di vista economico e sociale.

A dimostrazione che per combattere la corruzione occorre agire preventivamente, dopo il balzo di dieci posizioni nel 2021 nell'ultimo anno l'Italia è migliorata ancora nella classifica di Transparency International. L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International classifica i Paesi in base al livello di corruzione percepita nel settore pubblico, attraverso l'impiego di 13 strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad esperti provenienti dal mondo del business. Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita). Secondo i dati dell'indice della percezione della corruzione 2022 diffusi il 31 gennaio 2023 siamo al 41° posto su una classifica di 180 paesi.

Non è possibile abbassare la guardia di fronte ad un fenomeno così opaco, che nel corso degli anni è diventato sempre più complesso e sofisticato. Nonostante l'Italia abbia scalato ben dieci posizioni nella classifica mondiale di Transparency International, la percezione è che il livello di corruzione nel settore pubblico continua ad essere relativamente elevato ed i costi diretti e indiretti della corruzione sono altissimi per le Amministrazioni dal punto di vista economico e per la collettività anche da quello sociale. Compromettono la resa dei servizi, l'erogazione dei beni ai cittadini, minano la percezione dei cittadini e degli investitori allargando quel divario di fiducia e credibilità nello Stato e nelle istituzioni, ostacolando la crescita del Paese.

Combattere la corruzione vuol dire anche promuovere un percorso volto a progettare e realizzare servizi e procedure semplici, facilmente utilizzabili dagli utenti, che devono diventare gli attori principali, in quanto la realizzazione del valore pubblico deve essere inteso come soddisfazione del reale bisogno e della domanda che deve generare l'offerta del servizio cui la P.A. è deputata.

Per contrastare la corruzione e i fenomeni di corruttela in ogni sua forma e di difficile individuazione, le istituzioni sono fortemente impegnate, non solo forze dell'ordine, l'autorità giudiziaria e ANAC ma anche le amministrazioni centrali, locali, infatti, il danno maggiore ricade sulla resa dei servizi e sull'erogazione dei beni ai cittadini, e a seguire si assiste al peggioramento della percezione dei cittadini e degli investitori e all'ampliamento del divario di fiducia e credibilità nello Stato e nelle istituzioni.

Il Presidente dell'Anac, a tal proposito, ha sottolineato soprattutto due aspetti: la necessità di una Piattaforma unica della Trasparenza e una normativa sulle lobby, richiamando governo e parlamento a intervenire al riguardo. Così come che per rendere più efficaci le misure della trasparenza, è necessario rendere visibile e confrontabile in un unico punto le pubblicazioni delle amministrazioni frammentate nei vari siti, mettendo a disposizione un unico portale della Trasparenza all'interno del quale ogni amministrazione carica i propri dati di competenza, e questi diventano confrontabili e facilmente verificabili. Per l'attività delle lobby, pur non criminalizzandola è necessario rendere trasparente tale attività, non tanto attraverso una minuziosa rendicontazione degli incontri, che è facilmente eludibile e comporta spreco di energie inutilmente, ma fissando limiti stringenti e trasparenza assoluta su benefici diretti e indiretti, anche non finanziari, del lobbista e del rappresentante politico. Vanno colpiti i conflitti d'interesse che si creano, e sanzionate le violazioni anche degli obblighi dichiarativi.

In tale contesto, le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresentano una valida opportunità per il superamento degli impedimenti amministrativi e per una rapida ed efficace attuazione delle iniziative programmate per la ripresa, in particolare, rilevata la durata media per la realizzazione di un'opera, pari a 4 anni e 10 mesi e sale a quasi 11 anni per le opere il cui valore supera i 5 milioni, il tempo speso nelle fasi burocratiche ammonta al 40% del tempo complessivo, con un'incidenza particolarmente elevata per i tempi dedicati alle fasi di progettazione. L'attuazione del PNRR presuppone un totale superamento degli impedimenti amministrativi. Gli obiettivi di fondo sono: la spesa utile e in breve tempo dei fondi, le limitazioni agli sprechi, il contrasto alla corruzione e la prevenzione delle infiltrazioni criminali, in particolare quelle di stampo mafioso. Intervenendo alla VIII Giornata del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza lo scorso dicembre, il Ministro per la pubblica amministrazione ha elencato gli strumenti che saranno utilizzati per evitare situazioni che minano la corsa verso la realizzazione di quanto sino ad oggi è stato progettato, in particolare il Piano Nazionale Anticorruzione del 2022 accompagnato dalle misure previste nel nostro

ordinamento come i Piani triennali di prevenzione della corruzione e il delicato ruolo svolto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione:

L'innovazione della PA da un punto di vista tecnologico, culturale e organizzativo è indispensabile per eliminare gli ostacoli, le lungaggini burocratiche che favoriscono il malaffare e il clientelismo e tutte quelle situazioni complesse dove si annidano i fenomeni corruttivi. I cambiamenti sono necessari non solo per costruire un'amministrazione pubblica moderna ed efficiente, ma anche per contrastare le nuove forme di corruzione che si sono sviluppate soprattutto negli ultimi anni.

In tale contesto si attende l'adozione dei provvedimenti che puntano alla digitalizzazione e alla semplificazione, che rappresentano sicuramente strumenti efficaci per eliminare gli ostacoli burocratici e frenare le mire corruttive. Anche l'Anagrafe digitale della Pubblica Amministrazione che permetterà di censire digitalmente i componenti della Pubblica Amministrazione, creando il fascicolo digitale del dipendente, comporta una maggiore accessibilità delle informazioni e, dunque, una trasparenza nell'azione amministrativa. La digitalizzazione e la semplificazione sono strumenti che eliminano gli ostacoli burocratici e disarmano il corruttore con un effetto dissuasore più potente di qualsiasi intimidazione: i fascicoli cartacei si perdono, possono essere manomessi e sottratti. Inoltre, è stata lanciata la piattaforma LaTuaPA per l'acquisizione delle segnalazioni e per la gestione delle verifiche ispettive. Tale piattaforma consente una gestione digitalizzata del flusso di lavoro e un monitoraggio efficace e permette al cittadino di inoltrare una segnalazione e consultare il suo stato di lavorazione.

Prendendo spunto dall'ultimo rapporto Anac disponibile è la Sicilia la regione che nel triennio 2016 -2019 ha registrato più episodi di corruzione: ben 28, una cifra pari al 18,4% del totale, quasi quanti gli episodi rilevati in tutte le regioni del Nord (29 nel loro insieme). Dal punto di vista quantitativo prevale con il 74%, l'ambito degli appalti pubblici, il resto riguarda procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari. Tra i settori, il più a rischio sono i lavori pubblici e il ciclo dei rifiuti, segue proprio quello sanitario con il 13% dei casi, relativi a forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavanolo e pulizia. È emblematico, per quanto riguarda l'assegnazione di appalti, che solo il 18% dei casi riguarda l'affidamento diretto (cioè con scelta discrezionale dall'amministrazione): il resto è relativo a procedure di gara per appalti di importo maggiore, emerge altresì che il tasso di corruzione maggiore affligge l'apparato burocratico, più che gli organi politici. Non è stato possibile trarre elementi e dati utili all'analisi del contesto esterno nel portale ANAC dedicato al progetto "Misurazione del rischio di corruzione", in quanto quelli reperiti per la Provincia di Messina sono aggiornati sino all'anno 2017.

Pertanto, il settore del personale e quello dei contratti pubblici ed all'adozione del PNRR, sono oggetto di dettagliata analisi per esplicitare i punti critici e quelli sui quali è opportuno mantenere un'elevata soglia di attenzione e quindi oggetto di misure di prevenzione.

In tal senso occorrerà, in fase di riorganizzazione dell'intera Azienda, e nell'arco del prossimo triennio di vigenza del Piano, proseguire sulla corretta declinazione di tutte le attività, anche sanitarie, svolte e ad una conseguente mappatura delle aree di rischio connesse. La Direzione strategica, che ha nel tempo avviato e consolidato un percorso, progressivamente più capillare, caratterizzato dalla messa in campo di azioni correttive mirate e diversificate (piena attuazione della vigente

normativa, procedure informatizzate e regolamenti interni), provvederà a realizzare un coinvolgimento sempre più ampio del personale sanitario a qualunque livello decisionale.

Nella logica di gradualità progressiva che caratterizza il PIAO, i risultati del confronto con gli stakeholder esterni, mediante le forme di ascolto in grado di assicurare una partecipazione effettiva dei portatori di interesse, potranno essere evidenti nel prossimo aggiornamento, in base alle attività che l'Azienda si è prefissata di compiere nell'anno 2023..

2.3.1.1 RISCHI (ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA) - FUNZIONALI AGLI OBIETTIVI OPERATIVI ED ALLE STRATEGIE DI PROTEZIONE DEL VALORE PUBBLICO

Le attività di comunicazione e informazione e la trasparenza, intesa in senso ampio e generale, delle pubbliche amministrazioni **vanno considerate strategiche**, in quanto finalizzate a garantire il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa sancite dall'articolo 97 della Costituzione, nonché il pieno esercizio della cittadinanza e delle libertà individuali da parte dei cittadini. Per queste finalità, riprendendo lo spirito del Legislatore che introdusse la legge 150/2000 (Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni) occorre valorizzare l'utilizzo, da parte delle PA, della comunicazione pubblica come leva strategica essenziale nella gestione dell'immagine dell'Ente e nella relazione con il cittadino e gli stakeholder, anche attraverso le nuove piattaforme digitali. Questi strumenti, infatti, garantiscono l'interattività in tempo reale, l'interrogabilità e valutabilità delle PA, permettendo sia maggior efficacia sia risparmi di tempo e risorse economiche per i cittadini e le imprese¹.

La letteratura scientifica ha evidenziato come i social media rappresentino uno strumento strategico per il processo di empowerment dei cittadini/pazienti in ambito di sanità e salute. Queste piattaforme abilitano innovative pratiche comunicative, dando ai cittadini la possibilità di esplorare differenti dati e fonti informative in rete. Tra gli usi e le potenzialità che i social portano con sé vi è di certo anche la possibilità di trovare risposte a quesiti e domande di tipo medico. Non solamente attraverso la lettura di testi scritti di varia natura, ma anche con immagini, infografiche e video su temi di salute che possono consentire a persone con una bassa "health literacy" di venire a conoscenza di possibili problemi e soluzioni. L'utilizzo di immagini e video contribuisce a stimolare il coinvolgimento e l'engagement degli utenti sui social media, con un impatto molto diverso rispetto ai singoli testi pubblicati senza l'aggiunta di un qualsiasi corredo visivo (Abott et I., 2013). I social media di certo sempre più ben si prestano per attività e iniziative di promozione ed educazione alla salute, come nel caso di campagne di comunicazione dedicate che possono essere pensate e strutturate in modo diverso sulla base del pubblico di riferimento.

Nella proposta in itinere di riforma della legge che regola la comunicazione pubblica in Italia (Legge 151) viene richiamato tra i dieci punti chiave come la trasparenza, oltre ad essere un prezioso mezzo di prevenzione della corruzione, sia anche una formidabile leva della partecipazione civica e quindi presenta una rilevante dimensione comunicativa. È preferibile che la fase di contatto con il cittadino venga quindi gestita, in prima istanza, dall'Area comunicazione e informazione, che diventa punto di riferimento per il richiedente. Per le istituzioni i social network sono un ulteriore presidio per raggiungere i cittadini in modo diretto. Si affiancano agli sportelli, alle infoline, alle tradizionali

¹ Riforma della comunicazione pubblica. Proposte operative in 10 punti. Dipartimento della Funzione Pubblica.

affissioni sul territorio. L'obiettivo non è "fare notizia" in questo caso, ma assicurarsi che la notizia sia chiara e accessibile per tutti.² Di certo la potenzialità più evidente che i social portano con sé è legata alla loro natura intrinseca di strumenti di condivisione e partecipazione. Un messaggio ben declinato può raggiungere un pubblico estremamente ampio, con numeri ben superiori rispetto ai fan della pagina stessa. Tale capillarità è utile specie in caso di campagne di sensibilizzazione sociale (vaccinazioni, donazioni sangue, contrasto alle malattie sessualmente trasmissibili, lotta alla violenza sugli operatori e sulle donne ecc). Il social può ulteriormente valorizzare in chiave moderna i principi già richiamati nella direttiva Frattini del 2002 che già allora estrinsecava la necessità di una comunicazione integrata, con l'ausilio di tecniche moderne, e nella quale soprattutto si richiamava l'importanza di utilizzare un linguaggio capace di scardinare il classico "burocratese". All'interno della comunicazione sanitaria assume particolare rilievo anche la comunicazione di crisi ed emergenza come funzione che consente di presidiare le situazioni di allarme improvviso relativo alla salute. Pensiamo al bisogno informativo generato dalla pandemia. Costruire una comunicazione pubblica di qualità, che tenga conto delle potenzialità del digitale, significa gettare le basi per creare fiducia e accrescere la reputazione. Al fine di favorire un reale coinvolgimento dei cittadini con la PA, tale da poter sviluppare il valore pubblico di una istituzione - in questo caso un'Azienda Sanitaria – è dunque necessario puntare sul digitale favorendo, altresì, l'attuazione di una comunicazione pubblica diretta, non disintermediata, trasparente e fondata su un'effettiva interazione e reciprocità. Digitalizzare la Pubblica Amministrazione diventa la via maestra per una concreta estensione della trasparenza e della partecipazione. Il tema della qualità del web è, insieme all'accessibilità, alla partecipazione e alla comunicazione pubblica, direttamente connesso alla finalità di una Pubblica amministrazione al servizio dei cittadini.

In relazione agli strumenti attualmente in essere presso l'AOU "G. Martino" è necessario prevedere:

- Revisione layout grafico del sito internet aziendale per raggiungere il massimo livello di funzionalità dei servizi offerti all'utenza. La nuova impostazione dovrà rispondere a logiche SEO e SERP che facilitano l'indicizzazione e la ricerca di contenuti sui motori di ricerca;
- Revisione dei contenuti presenti sul sito per favorire, laddove possibile e necessario, una semplificazione del linguaggio burocratico;
- Potenziamento ulteriore strumenti di comunicazione esterna/ ufficio stampa
- Introduzione di nuovi canali di comunicazione esterna (social) in grado di favorire il dialogo tra PA e cittadini in modo più veloce e immediato, facilitando l'accesso ad eventuali informazioni di servizio;
- Creazione di un canale di comunicazione interattivo diretto dal sito web (tipo chat bot – FAQ) per le richieste più frequenti e per le quali siano elaborabili risposte standard sempre attuali (es. modalità di rilascio cartella clinica, pagamento ticket ecc.);
- Predisposizione di Survey, accessibili tramite sito aziendale, che consentono di effettuare rilevazioni sulla soddisfazione dell'utente;
- Implementazione di servizi fruibili dai cittadini (es. consegne referti) via mail. Creazione sul sito internet di una sezione dedicata a tale scopo.

² A.Baù, Paola Bonini (2018), *Social Media per la Pubblica Amministrazione*, Apogeo, Milano

Nell'ottica di un miglioramento della gestione delle misure idonee a prevenire rischi corruttivi e garantire la trasparenza, sono stati revisionati il **"Codice Etico di Comportamento"** [Allegato 4.4](#) e il **"Piano della Comunicazione"** [Allegato 3](#) che si allegano al presente documento per farne parte integrante.

CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno riguarda sia la struttura organizzativa dell'Azienda che la mappatura dei processi, che rappresenta l'aspetto centrale e più importante finalizzato ad una corretta valutazione del rischio.

Considerato che la presente sezione è inserita nel PIAO, si è tenuto conto che la struttura organizzativa, seppur elemento fondamentale della sezione dedicata alle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza, è descritta anche in altre sezioni, infatti, il RPCT ha collaborato con gli altri responsabili nella predisposizione dell'analisi del contesto interno, in particolare con chi si occupa di performance e di organizzazione e capitale umano.

L'analisi è mirata ad evidenziare se la mission dell'Azienda e/o la sua struttura organizzativa come rappresentata nella sezione del PIAO dedicata all'organizzazione e capitale umano (sottosezione struttura organizzativa), possono influenzare l'esposizione al rischio corruttivo dell'Azienda.

L'A.O.U. "G. Martino", da oltre 50 anni, rappresenta un presidio di riferimento per la città di Messina e la sua provincia e nell'ambito della definizione della nuova rete ospedaliera regionale, il Polo Universitario "G. Martino" dal 2019, è stato classificato come DEA di II Livello, ovvero la più importante struttura ospedaliera di riferimento.

Come Azienda Ospedaliera Universitaria, l'Azienda "Gaetano Martino" è al centro di una rete che, se da una parte afferisce al Sistema Sanitario Regionale ed i suoi piani di intervento assistenziale e di sviluppo, dall'altro, attraverso l'Università, lo pone in un articolato network di ricerca e di formazione, rappresentato da organizzazioni e Società scientifiche nazionali ed internazionali.

I rapporti tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Messina sono regolati sulla base del Protocollo d'Intesa e dall'Atto aziendale vigente. L'Azienda e l'Università di Messina promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema della formazione ed il sistema assistenziale, nel reciproco rispetto delle proprie competenze, al fine di perseguire gli obiettivi di qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell'efficienza del servizio sanitario pubblico. La dotazione organica dell'Azienda ed eventuali modifiche ed integrazioni della stessa vengono adottate dal Direttore Generale/Commissario Straordinario, d'intesa con il Magnifico Rettore. Il personale operante in Azienda è composto sia da personale universitario che da personale aziendale.

In quanto strumento di azione del Servizio Sanitario Regionale, l'Azienda contribuisce, con il suo operato, a garantire l'affidabilità del SSR, promuovendo la facilità nell'accesso ai servizi da parte del cittadino, unitamente ad una chiara e completa informazione, a maggiore tutela dei percorsi assistenziali e della qualità della risposta alla domanda di salute. L'obiettivo è quello di dare la migliore offerta alla domanda di salute del cittadino.

Va considerato che una delle derive di spesa dello Stato Italiano, a maggiore connotazione criminogena, è sempre stata la sanità, ciò ha ridimensionato l'organizzazione nel suo complesso, ancorando le attività aziendali alla presenza di organi di controllo delle stesse, con evidenza degli esiti e realizzazione di una programmazione mirata al contenimento della spesa. Le possibilità che all'interno dell'Azienda si instaurino fenomeni di corruzione va ricercata dove esistono poteri decisionali, di controllo e verifica e principalmente che non vi sia mai coincidenza e/o interessi comuni fra la figura del controllore e quella del controllato.

La presente sezione rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione in Azienda, configurandosi come un insieme di interventi finalizzati alla prevenzione, che, muovendo dalla rilevazione della realtà aziendale e dalla analitica mappatura dei processi che la caratterizzano, vengono via via precisati, modificati e/o integrati in relazione ai risultati ottenuti, alle esigenze emerse e agli input esterni ed interni ricevuti. Infatti, il verificarsi di episodi ricadenti in ambiti non oggetto di mappature, deve indurre a verificare concretamente le possibili implicazioni nonché se la predisposizione di correttivi sia idonea a scongiurare nuovi accadimenti.

Per prevenire all'interno dell'AOU l'abuso da parte di un dipendente nell'esercizio delle funzioni amministrative, professionali, tecniche o sanitarie esercitate e del potere a lui affidato, al fine di ottenere vantaggi privati, si ha particolare riguardo ad atti e comportamenti che in base alla casistica aziendale, anche se non consistenti in specifici reati, necessitano la determinazione di esigenze di contrasto e nella predisposizione di misure mirate e singolarmente tarate, a tutela della cura dell'interesse pubblico, in quanto pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità dell'Azienda e dei soggetti che in essa operano.

L'analisi complessivamente effettuata consente la individuazione e la valutazione del rischio corruttivo e del relativo trattamento con la conseguente predisposizione di misure preventive dello stesso, attraverso una serie di interventi organizzativi avente una funzione deterrente.

Inoltre, l'analisi delle risultanze del sistema di ascolto sia dal punto di vista del cittadino sia dei professionisti e operatori sanitari, che si intende implementare, potrà rappresentare un ulteriore elemento di conoscenza che consentirà di accrescere l'impatto organizzativo delle misure di contrasto e prevenzione della corruzione previste, contribuendo fattivamente al sostegno di una cultura organizzativa che si esprime nell'interesse al miglioramento sia del processo che del prodotto fornito.

2.3.2 MAPPATURA DEI PROCESSI

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

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

La mappatura dei processi/procedimenti aziendali consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi propri dell'Azienda, con l'obiettivo di esaminare gradualmente l'intera attività svolta per l'identificazione di aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente critiche e sensibili, quindi esposte a rischi corruttivi, con focus sui processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti ad incrementare il valore pubblico e, in generale, quelli che afferiranno alle risorse del PNRR.

Innanzitutto va chiarita la differenza tra procedimento e processo.

Il **PROCEDIMENTO** si riferisce all'attività e alle regole: è un insieme di attività ripetitive, sequenziali e condivise tra chi le attua. Esse vengono poste in essere per raggiungere un determinato risultato. E' il "che cosa" deve essere attuato per ottenere un "qualcosa", un prodotto, descritto sotto forma di regole formalizzate e riconosciute.

Il **PROCESSO** si concentra su "uomini e mezzi"/"risorse e strumenti" utilizzati per raggiungere un risultato: è un insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione. Il concetto di procedimento (di cui alla L. 241/90) e di processo non sono tra loro incompatibili. La rilevazione dei procedimenti infatti può costituire il punto di partenza per identificare i processi organizzativi. La mappatura, quindi, come previsto nel PNA, deve condurre alla definizione di un elenco di processi o di macro processi e consiste nella loro individuazione e analisi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta da un'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che possano risultare potenzialmente esposte a rischi corruttivi

L'efficacia delle misure di prevenzione del rischio è fortemente connessa alla capacità dell'Azienda di effettuare una rilevazione dettagliata e corretta dei processi che la caratterizzano, il che è facilitato anche da un progressivo potenziamento delle esperienze e dalla casistica emersa. Orbene, si è cercato di avviare un percorso che avesse quale obiettivo il miglioramento del processo di gestione del rischio di corruzione, in una logica di continuità e di razionalizzazione coerente con suoi contenuti, partendo dall'analisi del contesto e proseguendo nelle successive fasi di analisi, valutazione e trattamento del rischio.

La metodologia utilizzata per mappare i processi, valutarne il rischio corruttivo e individuare il conseguente trattamento, sono gli stessi determinati nel precedente Piano Triennale 2022-2024 che ha tenuto conto dei principi definiti dal PNA 2019.

Di concerto con l'internal auditor sono state mappati i processi, come indicati nei PAC adottati dall'Azienda ed aggiornati, che si allegano [\(All. 4.2\)](#)

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

- **Principio di prevalenza della sostanza sulla forma:** I processi non sono stati mappati sulla base di criteri meramente formali ma secondo una logica di trattamento sostanziale del rischio corruttivo; in particolare, rispetto ad un'analisi di tipo quantitativo, è stata privilegiata la parte descrittiva al fine di consentire agli attori direttamente coinvolti nel processo l'effettiva comprensione dei rischi e l'acquisizione, da parte degli stessi, della capacità di individuare e proporre autonomamente gli ulteriori rischi e le relative misure.
- **Principio di gradualità:** La mappatura viene sviluppata con gradualità, tenendo conto dell'attuale organizzazione dell'AOU, con un approccio che consente di migliorare progressivamente e continuativamente l'analisi dei processi, nonché la valutazione e il trattamento dei rischi. In particolare, l'identificazione dell'elenco completo dei processi dell'Azienda viene pertanto rinviata ai successivi aggiornamenti del presente Piano. Sono stati al momento mappati i

principali macro-processi relativi alle aree di rischio comuni e proprie delle Aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale indicate nel PNA 2019, in parte integrati per inserire le misure suggerite nel PNA 2022.

- **Principio di selettività:** La scarsità delle risorse al momento disponibili comporta il rischio di un trattamento generico e difficilmente recuperabile in termini di efficacia. I processi trattati sono stati pertanto selezionati secondo il criterio della priorità di intervento in funzione del rischio.
- **Principio di non esaustività:** La mappatura del rischio non esonera i dirigenti e i dipendenti aziendali dal dovere di individuare, proporre ed adottare tutte le misure organizzative ritenute utili alla prevenzione del rischio corruttivo e, più in generale, ad una buona amministrazione.

Il prossimo triennio di vigenza del Piano vedrà impegnati i diversi referenti per la prevenzione della corruzione in una attività di declinazione completa di tutti i processi attuati. Inoltre, grazie alla collaborazione sinergica con l'Internal Audit aziendale, sarà possibile un monitoraggio più efficace e costante dei processi aziendali mappati dalle singole UU.OO. relativamente a tutte le linee di attività gestite, allo scopo di controllare che le stesse siano coerenti con quanto comunicato al Responsabile P.C.T.

L'istituzione di un apposito Ufficio di Supporto al RPTC con personale dedicato, che si auspica possa essere specificamente istituito anche modificando l'attuale Atto aziendale, potrebbe rappresentare l'elemento innovativo e determinante per la relativa attuazione della misura relativa alla mappatura e monitoraggio dei processi e per predisporre un nuovo modello di misurazione del livello di esposizione del rischio di tipo qualitativo, partendo dalla individuazione degli indicatori di rischio e della misura degli stessi per arrivare alla valutazione complessiva del rischio.

2.3.3 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

L'identificazione del rischio è finalizzata ad individuare comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ad un processo tramite i quali si concretizza il rischio corruttivo. Il rischio è definito come l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico, dovuto alla possibilità che si verifichi un evento che rappresenta un insieme di circostanze che ostacolano l'obiettivo istituzionale da perseguire. Per l'identificazione del rischio ogni processo è stato esaminato rispetto ai possibili eventi rischiosi, individuati per ogni area di rischio e sotto area di rischio.

La normativa specifica (art. 1 comma 16 L. n. 190/12), contiene una indicazione precisa di aree a rischio che possono definirsi comuni a tutte le PP.AA. e che, come tali devono trovare considerazione e disciplina nella sezione dedicata del PIAO alla prevenzione della corruzione.

Il processo della gestione del rischio corruttivo nelle pubbliche amministrazioni è stato radicalmente rivisto nel PNA 2019 che contiene indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi, precisando che "con riferimento alla misurazione e alla valutazione del livello di esposizione del rischio, si ritiene opportuno privilegiare un'analisi di tipo qualitativo, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni rispetto ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi".

Sulla base della mappatura dei processi come già analizzati e ponderati con esito positivo nel precedente Piano, sono identificati e valutati i rischi corruttivi potenziali e concreti ed individuate, alla data di entrata in vigore del Decreto Attuativo del PIAO ai sensi dell'art. 1 comma 16 della L. 190/2012, quali aree a rischio corruttivo quelle relative:

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

Sulla mappatura dei processi individuati dal RPCT e dai Responsabili delle strutture, ritenuti di maggior rilievo per il raggiungimento degli obiettivi di performance e protezione del valore pubblico sono state indicate le seguenti aree:

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

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

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

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

Nella parte generale del PNA 2022, l'Anac ha fornito le indicazioni metodologiche sulla gestione del rischio corruttivo in quei settori in cui vengono gestiti fondi strutturali e del PNRR ed in cui è necessario mettere a sistema le risorse disponibili (umane, finanziarie e strumentali) per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti alla creazione di valore pubblico. In tali ambiti è più elevato il rischio di fenomeni corruttivi dovuto alle quantità di flusso di denaro coinvolte.

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

1. l'identificazione del rischio, con l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo; tale fase deve portare con gradualità alla creazione di un "Registro degli eventi rischiosi" nel quale sono riportati tutti gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione;

2. l'analisi del rischio, con il duplice obiettivo, da un lato, di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione, e, dall'altro lato, di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.
3. la ponderazione del rischio, con lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto. I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (key risk indicators) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività.
4. L'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi deve essere eseguita in funzione della programmazione delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati.

In continuità del lavoro svolto nei precedenti Piani, sino al PTPCT 2022-2024, la stima del rischio è stata effettuata utilizzando principalmente un criterio misto quantitativo e qualitativo, in base al quale si è partiti da una stima di tipo quantitativo coadiuvata successivamente da una autovalutazione del rischio da parte delle strutture interessate, con successiva valutazione prudenziale del RPCT. Muovendo da una precedente valutazione di rischio quantitativo, infatti, è risultata abbastanza consequenziale la conversione in termini qualitativi della stessa valutazione, avendo già considerato in precedenza alcuni indicatori di stima del livello di rischio riportati come esempio nel PNA 2019-2021, quali il livello di interesse "esterno", il grado di discrezionalità del decisore interno, la manifestazione di eventi corruttivi in passato e il monitoraggio dell'attuazione delle misure di trattamento.

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

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

- ✓ casistica relativa a episodi corruttivi verificatisi (molteplici, pochi, nessuno): il rischio aumenta se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi

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

Per la misurazione è stato impiegato il sistema basato sul prodotto di due fattori (probabilità ed impatto) declinati in una scala semplice con 5 livelli di rischio, scaturenti dalla matrice 5 x 5 riportata di seguito, dove è stata incrociata la Probabilità (Molto bassa – Basso – Media – Alta – Altissima) con l'Impatto ("Molto Basso – Basso – Medio – Alto – Altissimo), pervenendo al valore attribuito rischio connesso ai macro processi/processi/procedimenti analizzati (Molto basso – Basso – Medio – Alto – Altissimo), come elaborato nel precedente Piano relativo al triennio 2022 – 2024, non avendo avuto alcun elemento che potesse rappresentare la necessità di effettuare un aggiornamento.

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO
R (Rischio) = P (Probabilità) x I (Impatto)

IMPATTO \ PROBABILITA'	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
ALTISSIMA	Medio	Alto	Altissimo	Altissimo	Altissimo
ALTA	Medio	Medio	Alto	Altissimo	Altissimo
MEDIA	Basso	Medio	Medio	Alto	Altissimo
BASSA	Molto Basso	Basso	Medio	Medio	Alto
MOLTO BASSA	Molto Basso	Molto Basso	Basso	Medio	Medio

LEGENDA - VALUTAZIONE ANALISI DEL RISCHIO
Molto Basso
Basso
Medio
Alto
Altissimo

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

Nell'ambito della nostra realtà aziendale sono stati coinvolti nell'intero iter valutativo i dirigenti apicali dei diversi ambiti di attività, attraverso la richiesta di contributi, muovendo da una mappatura che, in atto, è stata avviata sulla base del

lavoro precedentemente svolto e delle indicazioni degli aggiornamenti del PNA e secondo quanto indicato nelle schede sul processo di gestione del rischio ed a cui si rinvia.

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

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

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

2.3.4 PROGETTAZIONE DI MISURE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

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

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

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

Il trattamento del rischio è stato eseguito mediante:

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

- 1) la presenza e l'adeguatezza di misure generali e/o di controlli specifici pre-esistenti per valutarne il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti e la capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;
- 2) l'adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
- 3) la gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo;

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

Nella progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio sono state privilegiate l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa.

Sono state quindi assegnate le misure ai vari processi tra quelle presenti nel PTPCT 2022-2024. Le misure sono state programmate per ciascun processo in base al valore di rischio, tenendo conto che le misure generali vengono applicate in maniera trasversale su tutta l'organizzazione aziendale e agiscono a livello di "sistema" complessivo. Ciò che invece va definito in relazione ai rischi individuati, sono le misure specifiche che agiscono in maniera puntuale sul singolo rischio. Il criterio utilizzato è stato quello di contemperare le esigenze di prevenzione con il carico di lavoro delle strutture, cercando di non aggravare inutilmente queste ultime e privilegiando misure coerenti con le modalità operative delle stesse. Sono state quindi confermate misure già assegnate negli anni precedenti o ne sono state assegnate di nuove anche sulla base di una diversa valutazione del rischio degli specifici processi. Ciascuna misura deve essere idonea a neutralizzare i fattori che determinano il rischio individuato, essendo altresì realisticamente applicabile e consona alle caratteristiche organizzative dell'Azienda. Se la misura individuata necessita di più azioni, sono state individuate eventuali diverse fasi, indicando la tempistica, la responsabilità (es. se coinvolga anche altre U.O.) e infine, sono stati specificati indicatori di monitoraggio e valori attesi.

Gli indicatori selezionati in funzione della loro auspicata capacità di fornire importanti riscontri in merito alla possibilità di intercettare dinamiche aziendali, proprie delle attività specifiche delle varie unità organizzative, che possano degenerare in fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione, si riconduce ad una pluralità di dimensioni aziendali al fine di creare uno strumento polivalente, non rivolto soltanto ad una o più dinamiche, ma che riesca a coprire tutti i campi di interesse propri dell'Azienda, alla ricerca di evidenze corruttive.

Una volta individuate le misure di prevenzione/mitigazione del rischio, è necessario definire le tempistiche di realizzazione delle stesse, le responsabilità di attuazione (individuando il soggetto responsabile, che in Azienda, tranne qualche eccezione, coincide con il Responsabile della Struttura) e gli indicatori misurabili di monitoraggio.

L'esito delle valutazioni operate sono riassunte nelle schede, predisposte per le strutture e contenenti i processi, i sottoprocessi, i rischi con le relative misure generali e specifiche che si intendono adottare, corredate dei relativi tempi di realizzazione, responsabilità ed indicatori di monitoraggio.

Nella parte generale del PNA 2022 l'Anac ha evidenziato l'importanza del monitoraggio sull'attuazione di quanto programmato per contenere i rischi corruttivi, infatti, ritiene che occorrono poche e chiare misure di prevenzione, ben programmate e coordinate fra loro, ma soprattutto attuate effettivamente e verificate nei risultati.

Per quanto le misure generali e specifiche siano riportate nelle schede allegato al piano, al fine di dare maggiore trasparenza, conoscenza e comprensione delle stesse, per quanto possa apparire ridondante ed in contraddizione con lo spirito del PIAO, si è ritenuto in questa fase di transizione dettagliare le stesse sia per i soggetti che operano in Azienda che per gli utenti e gli stakeholders. (All. 4.3.1 e 4.3.2)

MISURE GENERALI

La prima prevenzione dal rischio corruzione nei confronti di tutti gli atti adottati in forma di delibera è costituita dal controllo preventivo di regolarità amministrativa esercitato dalla struttura proponente l'atto, dal controllo di regolarità contabile esercitato dall'apposita struttura Economico Finanziario e dal controllo della Direzione, attraverso la procedura di gestione informatica dell'iter degli atti firmati digitalmente da quest'ultima e archiviati e conservati in forma dematerializzata. In atto non sono state deleghe ai Dirigenti, quindi, gli atti pubblici sono le delibere e non anche le determine. La verifica della corretta applicazione delle norme in materia di trattamento e protezione dei dati personali ex Reg. UE 2016/679 in bilanciamento con gli obblighi di pubblicità e trasparenza di cui al D.Lgs 33/2013 e successive modifiche e integrazioni è in capo ai Dirigenti proponenti l'atto.

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

Infatti, i Referenti riferiscono, nella relazione annuale, al Responsabile della prevenzione della corruzione su:

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

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

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è tenuto ad accertarsi del corretto svolgimento del monitoraggio e del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, così come indicati dai responsabili delle UU.OO.

Ove ricorrano i presupposti, la presente sottosezione potrà essere adeguatamente aggiornata e completata con l'individuazione di ulteriori misure atte alla prevenzione dei fenomeni corruttivi. Si ritiene che importanti indicazioni, possano venire dalla attivazione della rete dei referenti e del gruppo di supporto RPCT che saranno chiamati a contribuire, oltre quanto richiesto per la stesura dell'attuale aggiornamento, alla realizzazione di una sempre più approfondito processo di mappatura ed alla, discendente, definizione di ambiti di azione che dovranno concretizzarsi in enunciazione di misure ulteriori di prevenzione. Per le stesse motivazioni, la previsione contenuta nel Piano 2024–2024 di procedere alla revisione e classificazione dei rischi secondo la metodologia per la valutazione dell'esposizione al rischio delle varie attività come indicata nel PNA 2019 e di adeguarsi gradualmente e progressivamente, al nuovo contesto introdotto dall'ANAC e di concludere tale processo nel corso del 2022, non è stata compiutamente realizzata anche per la avvenuta

nomina del RPCT a maggio 2022 ed in considerazione della recentissima approvazione del PNA, cui si è dedicati per formulare e definire nei tempi previsti la sezione anticorruzione.

L'analisi organizzativa per l'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel presente Piano è concepita quale politica di organizzazione che si concilia, in una logica di stretta integrazione, con le altre azioni di miglioramento organizzativo e con ogni altro processo di programmazione e gestione aziendale contenute nel PIAO.

La Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio è riportata nelle singole schede allegata al presente Piano, nelle quali sono state programmate le misure organizzative per il trattamento del rischio sia generali, previste dalla L. 190/2012, che specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati. Le misure specifiche sono state progettate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio, calibrate sulla base del miglior rapporto costi – benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo. Sono state privilegiate le misure volte a raggiungere più finalità, prime fra tutte quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità. Ancora l'Azienda non è pronta, quanto meno per l'anno 2023, alla predisposizione di misure di digitalizzazione, che verranno, comunque progettate ed aggiornate per trovare concreta attuazione negli anni successivi

ACCENNI METODOLOGICI PER LA PROGETTAZIONE DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO AREE DI INTERVENTO

IL RUOLO DEL RUP

Le misure programmate sono sia di trasparenza che di controllo, di semplificazione, di regolazione, di rotazione e di formazione del RUP e del personale a vario titolo preposto ad effettuare le attività di verifica e controllo degli appalti.

Il RUP è il principale soggetto coinvolto nei processi delle singole fasi dell'appalto nelle quali possono presentarsi situazioni di rischio corruttivo a pregiudizio del corretto e imparziale svolgimento dell'azione amministrativa. La rilevanza dei compiti posti in capo al RUP comporta che lo stesso debba essere in possesso di adeguata competenza professionale in relazione all'incarico.

Come da tempo raccomandato dall'ANAC, si prevede come misura di prevenzione del rischio corruttivo il rispetto del criterio della rotazione nell'affidamento dell'incarico di RUP.

Al fine sia di garantire la professionalità adeguata nell'espletamento dell'incarico sia di consentire l'attuazione della rotazione, assume una particolare importanza la formazione del personale. Lo stesso Codice dei contratti contempla espressamente l'obbligo per la stazione appaltante di organizzare una formazione specifica per i dipendenti in possesso dei requisiti idonei allo svolgimento dell'incarico di RUP (art. 31, co. 9). Le LL.GG. ANAC n. 3 prevedono, del resto, che il RUP debba essere in possesso di specifica formazione professionale, soggetta a costante aggiornamento.

Alla formazione specifica in materia di appalti va poi affiancata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, ai sensi della l. n. 190/2012, per la particolare esposizione al rischio corruttivo che denota le attività connesse all'espletamento dell'incarico di RUP.

Alla luce delle deroghe introdotte dal legislatore alla disciplina dei contratti pubblici, la figura del RUP ha assunto una valenza ancora più decisiva. In primo luogo, al RUP è demandato il compito di suggerire le procedure semplificate più idonee ad accelerare l'avvio e l'esecuzione degli appalti e, nello stesso tempo, temperare il necessario rispetto dei principi generali di cui all'art. 30 del d.lgs. n. 50/2016. Da qui l'importanza di prevedere da parte del RUP una motivazione rafforzata della scelta di ricorrere ad affidamenti in deroga. Il d.l. n. 77/2021 ha inciso sulle funzioni del RUP, in particolare, in materia di affidamento dei contratti pubblici PNRR, introducendo una serie di nuove attività che questa figura è chiamata a svolgere.

Ci si riferisce in particolare a:

- l'art. 48, co. 2: in materia di affidamento dei contratti pubblici PNRR, la norma attribuisce al RUP il compito non solo di "sottoscrivere" il provvedimento di validazione delle varie fasi progettuali anche in corso d'opera, come previsto dalla norma generale del Codice sulle verifiche (art. 26, co. 8 d.lgs. n. 50/2016), ma anche di approvarle con propria determinazione e adeguatamente motivare;
- l'art. 48, co. 5: in tema di appalto integrato in materia di affidamento dei contratti pubblici PNRR, la disposizione pone in capo al RUP il compito di avviare le procedure per l'acquisizione dei pareri e degli atti di assenso necessari per l'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica, che sarà posto a base di gara.

Alla luce di quanto sopra, vengono previste disposizioni specifiche in merito ai seguenti aspetti:

- o applicazione del Codice di comportamento di cui al d.P.R. n. 62/2013 e del Codice di comportamento dell'amministrazione al RUP e ai soggetti assegnati alla struttura di supporto, ove istituita;
- o gestione del conflitto di interessi ex art. 42 del Codice, in particolare l'obbligo per il soggetto che ricopre l'incarico di RUP e per il personale di supporto, di dichiarare le eventuali situazioni di conflitto di interessi, tali dichiarazioni rese devono essere verificate e valutate dal Dirigente responsabile del relativo procedimento di gara;
- o rotazione effettiva degli incarichi attribuiti per lo svolgimento delle funzioni del RUP;
- o formazione del personale idoneo a ricoprire l'incarico di RUP in materia di prevenzione della corruzione, da affiancare alla formazione specifica in materia di appalti per garantire adeguata professionalità tecnica.

LA GESTIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSE

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Come descritto nella parte dedicata al conflitto di interesse, si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria e la disciplina in materia opera indipendentemente dal concretizzarsi di un vantaggio. Il PNA 2022 ha dedicato nella parte speciale un intero paragrafo al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici di cui all'art. 42 del d.lgs. n. 50/2016, attribuendo rilievo a posizioni che potenzialmente possono minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, il comportamento imparziale del dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale e in generale della propria attività. Le indicazioni contenute nel suddetto approfondimento di parte speciale dedicato al tema del "Conflitto di interessi" trovano applicazione fino all'entrata in vigore della nuova disciplina in materia di contratti pubblici,

salvo diverse previsioni specifiche che saranno dettate dal Legislatore. Alle situazioni tipizzate di conflitto di interessi individuate dalle norme e, in particolare, agli artt. 7 e 14 del Codice di comportamento di cui al d.P.R. n. 62/2013, si aggiungono quelle fattispecie - identificabili con le "gravi ragioni di convenienza", cui pure fa riferimento lo stesso citato art. 7, ovvero con "altro interesse personale" introdotto dall'art. 42 del Codice dei contratti - che potrebbero interferire con lo svolgimento dei doveri pubblici. Si tratta di ipotesi che, per la loro prossimità alle situazioni tipizzate, a parere dell'ANAC sono comunque idonee a determinare il pericolo di inquinare l'imparzialità o l'immagine imparziale dell'amministrazione. Quindi, la gestione del conflitto di interessi assume uno speciale rilievo nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni, uno dei settori a maggior rischio corruttivo. Non solo l'art. 42 del Codice dei contratti pubblici contiene una specifica norma in materia, anche avendo riguardo all'esigenza di garantire la parità di trattamento degli operatori economici, ma la stessa normativa europea emanata per l'attuazione del PNRR assegna un particolare valore alla prevenzione dei conflitti di interessi. In proposito, l'art. 22, co. 1, del Regolamento UE 241/202178 prevede espressamente: "Nell'attuare il dispositivo gli Stati membri, in qualità di beneficiari o mutuatari di fondi a titolo dello stesso, adottano tutte le opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi in relazione alle misure sostenute dal dispositivo sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi". Il medesimo Regolamento UE, al fine di prevenire il conflitto di interessi, all'art. 22, stabilisce specifiche misure, imponendo agli Stati membri, fra l'altro, l'obbligo di fornire alla Commissione i dati del titolare effettivo del destinatario dei fondi o dell'appaltatore "in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi". Lo Stato italiano ha recepito le misure fissate a livello di regolamentazione UE, oltre che in disposizioni normative, anche negli atti adottati dal MEF, Dipartimento RGS, Servizio centrale per il PNRR, quale punto di contatto nazionale per l'attuazione del PNRR. In particolare, nelle LL.GG. del MEF annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022, è stata posta grande attenzione alla necessità di garantire la trasparenza dei dati relativi al titolare effettivo dei soggetti partecipanti alle gare per l'affidamento dei contratti pubblici. Tra le numerose indicazioni fornite dal MEF è ricompresa anche quella con cui si è previsto, non solo l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo, ma anche quello, posto in capo al soggetto attuatore/stazione appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo circa l'assenza di conflitto di interessi. La figura del "titolare effettivo" viene definita dall'art. 1, co. 1, lett. pp), del decreto anticiclaggio come "la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita".

Le misure generali e specifiche sono riportate nelle singole schede allegate ove sono specificatamente descritti non solo i processi, i sottoprocessi, i rischi ma le relative misure che si intendono adottare, corredate dei relativi tempi di realizzazione e degli indicatori di monitoraggio e dell'ufficio responsabile. Considerato che il codice etico di comportamento integra la sezione relativa all'anticorruzione lo stesso viene allegato alla presente sottosezione (All. 4.4).

Nell'appendice descrittiva è stato dedicato ampio spazio, tra le altre misure, al divieto di pantouflage ed è stato elaborato, come indicato nel PNA 2022 il modello operativo per la verifica (All. 4.5). Infine, è stata prevista una apposita parte dell'allegato 4 relativa alle misure in tema di contratti pubblici e della disciplina derogatoria ed adottato un modello di autodichiarazione di assenza o eventuale conflitto di interessi, costituente (All. 4.6) della sottosezione anticorruzione del PIAO dell'AOU.

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

Il monitoraggio delle misure di prevenzione individuate evidenzia lo stato di attuazione delle misure stesse e la loro idoneità ai fini di una loro eventuale revisione. Per quanto riguarda il monitoraggio dell'attuazione delle misure, essendo l'Azienda un'organizzazione complessa, in cui, peraltro, le strutture risultano essere numerose ed eterogenee, a seconda delle misure individuate il monitoraggio è strutturato in due livelli: un primo livello di competenza del Responsabile del procedimento, che dovrà fornire le risultanze del monitoraggio al RPCT ai fini di una verifica di secondo livello; in altri casi il monitoraggio potrà avvenire in forma di internal audit. Anche la valutazione dell'idoneità delle misure, intesa come effettiva capacità delle stesse di ridurre il rischio, è eseguita dal RPCT unitamente ai responsabili dei processi/procedimenti, tenendo in considerazione anche le risultanze dell'attività di valutazione della performance aziendale. All'inizio del processo vengono inoltrate ai dirigenti di struttura e da questi compilate e trasmesse al RPCT, apposite schede relative all'attuazione delle misure. In occasione dell'invio delle schede viene chiesto altresì alle strutture di indicare eventuali nuovi processi su cui effettuare la valutazione del rischio e eventuali processi da eliminare o aggiornare.

Nel 2022 si è rilevata una generalizzata attuazione delle misure, considerato che prevalentemente si tratta di misure già presenti e poste in essere in modo strutturale e continuativo all'interno delle strutture. Le principali criticità riscontrate hanno riguardato il maggior carico di lavoro che le misure e il loro monitoraggio comportano soprattutto per i processi ad alto rischio corruttivo, ma complessivamente l'andamento è positivo. Ogni soluzione al riguardo è stata assunta a seguito di confronto tra il Responsabile PCT e la struttura interessata.

Nella pianificazione delle misure è stata utilizzata la soluzione informatica della Piattaforma di acquisizione dei PTPCT messa a disposizione da ANAC, quale valido strumento per facilitare l'attività di monitoraggio che, implementata a fine dell'anno 2022, si è rilevata più che idonea. Infatti, la compilazione della sezione dedicata al monitoraggio ha consentito di schematizzare le informazioni relative allo stato di attuazione delle misure (generali e specifiche) e di scaricare il documento di sintesi per la redazione della relazione annuale del RPCT dell'anno 2022.

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

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

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

I Dirigenti incaricati di responsabilità di unità operative, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge, dai contratti e dai regolamenti vigenti, attestano di essere a conoscenza del piano di prevenzione della corruzione. Essi

devono astenersi da assumere decisioni, ai sensi dell'art. 6 bis legge 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale. I dirigenti provvedono mensilmente al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio e delle azioni espletate devono essere consultabili nel sito web istituzionale dell'AOU.

I dirigenti attestano il monitoraggio trimestrale del rispetto dei tempi procedurali; l'attestazione contiene i seguenti elementi di approfondimento e di verifica degli adempimenti realizzati:

- 1) attestazione omogeneità dei controlli da parte dei dirigenti, volti a evitare ritardi, attestazione dell'avvenuta applicazione del sistema delle sanzioni, sempre in relazione al mancato rispetto dei termini, con applicazione dei criteri inerenti l'omogeneità, la certezza e cogenza del sistema;
- 2) i dirigenti, con particolare riguardo alle attività a rischio di corruzione, informano tempestivamente e senza soluzione di continuità il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, in merito al mancato rispetto dei tempi procedurali, costituente fondamentale elemento sintomatico del corretto funzionamento e rispetto del piano di prevenzione della corruzione, e di qualsiasi altra anomalia accertata costituente la mancata attuazione del presente piano, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, le azioni sopra citate ove non rientrino nella competenza normativa, esclusiva e tassativa dirigenziale;
- 3) i dipendenti (selezionati dai dirigenti) nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge 7 agosto 1990, n.241, e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo, rendono accessibili in ogni momento agli interessati, tramite strumenti di identificazione informatica di cui all'articolo 65, comma 1, del codice di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n.82, e successive modificazioni, le informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase;
- 4) i dirigenti attestano il monitoraggio mensile del rispetto del sopra citato criterio di accesso agli interessati delle informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase;
- 5) i dirigenti hanno l'obbligo di inserire nei bandi di gara le regole di legalità o integrità della presente sezione anticorruzione, prevedendo la sanzione della esclusione. Attestano al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, entro aprile di ogni anno, il rispetto dinamico del presente obbligo;
- 6) i dirigenti procedono almeno sei mesi prima della scadenza dei contratti aventi per oggetto la fornitura dei beni e servizi e lavori, alla indizione delle procedure di selezione secondo le modalità indicate dal d.lgs. 50/2016;
- 7) il dirigente della materia delle risorse umane ha l'obbligo di contenere, ai sensi di legge, gli incarichi dirigenziali a contratto nella misura massima di percentuale dei posti effettivamente coperti della dotazione organica della qualifica dirigenziale. Indica al Responsabile della Prevenzione della Corruzione gli scostamenti e le azioni correttive anche mediante strumenti in autotutela;

- 8) ciascun dirigente propone al Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed alla U.O. Formazione il piano annuale di formazione della propria direzione, con esclusivo riferimento alle materie inerenti le attività a rischio di corruzione individuate nella presente sezione;
- 9) il dirigente presenta entro il 30 novembre di ogni anno all'RPCT, una relazione dettagliata sulle attività poste in merito alla attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nella presente sezione, nonché i rendiconti sui risultati realizzati;
- 10) i dirigenti monitorano, anche con controlli sorteggiati a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio di corruzione disciplinate nel presente piano, i rapporti aventi maggior valore economico (almeno il 10%) tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

Nel monitoraggio di secondo livello, l'attuazione è compito del RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto e con il coinvolgimento degli altri organi con funzioni di controllo interno (internal audit). La struttura di internal audit rappresenta un utile strumento di miglioramento organizzativo, perché titolare di una funzione indipendente e obiettiva ed in possesso di competenze e conoscenze trasversali indispensabili, non solo per il corretto svolgimento delle attività correlate all'analisi del rischio, ma anche per tutte le attività legate all'analisi dei processi, al loro disegno ed alla loro mappatura. Diversamente dal monitoraggio di primo livello, quello di secondo livello tende a garantire un giudizio tendenzialmente più neutrale ed oggettivo. Il RPCT non può limitarsi a recepire acriticamente le (auto)valutazioni contenute nelle schede di monitoraggio. Il monitoraggio di secondo livello è effettuato attraverso un campionamento delle misure da sottoporre a verifica ed unitamente all'internal auditor potranno svolgersi degli audit specifici, con verifiche sul campo per il più agevole reperimento di informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello. L'attività di monitoraggio del RPCT può avere tuttavia ad oggetto anche le attività non pianificate di cui si è venuto a conoscenza, ad esempio, a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità.

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

In tema di verifica e controllo dell'esistenza di procedimenti penali potenzialmente incompatibili con l'assegnazione di specifici incarichi dirigenziali, si significa che, nel precedente Piano adottato nel mese di Marzo 2022 è stato riportato che questa AOU, ha già provveduto ad operare una verifica straordinaria su tutto il personale dirigenziale, della Dirigenza medica, Sanitaria ed Amministrativa, tramite il Casellario Giudiziario della Procura della Repubblica di Messina, anche se all'atto di insediamento del neominato RPTC non sono stati resi noti i risultati né è stata consegnata alcuna documentazione. Pertanto, si è ritenuto di dovere effettuare una nuova verifica massiva nel corso di vigenza del presente Piano.

Infine, al fine di monitorare e vigilare sullo svolgimento di attività libero professionale dei medici a rapporto esclusivo con l'Azienda, questa AOU ha già provveduto, negli anni, ad eseguire uno specifico controllo sulla totalità del personale coinvolto, tramite la fattiva e preziosa collaborazione con l'Agenzia delle Entrate di Messina e di Reggio Calabria. Nel mese di maggio 2022 è stata avviata la procedura per il rinnovo di tutte le autorizzazioni all'esercizio dell'attività libera professionale sia in regime di ricovero, che ambulatoriale ed in convenzione, prevendo in capo ai singoli Dipartimenti/ UU.OO. coinvolti ed all'Organismo Paritetico ALPI, le relative verifiche ed i controlli.

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

2.3.6 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

La trasparenza è indicata espressamente quale prima misura di prevenzione del rischio corruttivo ed occupa un particolare spazio nella complessiva strategia preventiva in ragione non solo del suo carattere trasversale, ma soprattutto per il complesso di normative e di regolamentazioni in materia. Le azioni/attività oggetto della pianificazione non possono prescindere dalla programmazione dell'attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio ai sensi del decreto legislativo n. 33 del 2013 e ss.mm.ii. e delle misure organizzative per garantire l'accesso civico e generalizzato.

La Programmazione Triennale per la Trasparenza e l'Integrità non deve essere ritenuta come uno sterile contenitore di norme e precetti, bensì quale strumento dinamico idoneo ad assicurare il pedissequo aggiornamento delle norme relative alla trasparenza. Infatti, l'art. 1 comma 1, D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016 sul "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" sancisce che: la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Il rispetto pieno e diffuso degli obblighi di trasparenza, oltre che facilitare la diffusione delle informazioni, consente la comparazione fra le diverse esperienze amministrative e rende maggiormente visibili eventuali casi di cattivo funzionamento dell'organizzazione, permettendo così, alla stessa, di attivare azioni di miglioramento continuo della qualità dei processi organizzativi. Elemento centrale della trasparenza è la pubblicazione di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

La promozione dei massimi livelli di trasparenza nello svolgimento delle attività sanitarie ed amministrative, rappresenta uno degli obiettivi strategici che la AOU intende continuare a perseguire ed a implementare.

L'organo di governo dell'AOU consapevole dell'importanza assunta dalla trasparenza negli orientamenti normativi e applicativi nazionali e internazionali, la considera una misura di fondamentale rilievo per la prevenzione della corruzione e la utilizza quale strumento integrato nella complessiva azione amministrativa, finalizzato alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito della propria attività, mediante la pianificazione di azioni in grado di garantire:

- a) un adeguato livello di trasparenza dell'attività dei propri Uffici e Servizi;

b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità nelle proprie relazioni interne ed esterne.

In linea generale, l'orientamento strategico alla trasparenza, espresso anche all'interno dell'atto aziendale, poggia sui seguenti principi:

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

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

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

L'art. 9 bis del d.lgs. 33/2013, introdotto dal d.lgs. 97/2016, stabilisce che, nel caso in cui i dati che le amministrazioni e gli enti sono tenute a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013 corrispondano a quelli già presenti nelle banche dati indicate nell'allegato B) del d.lgs. 33/2013, le amministrazioni e gli enti assolvono agli obblighi di pubblicazione mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli stessi detenuti all'amministrazione titolare della corrispondente banca dati. Pertanto, nella sezione “Amministrazione Trasparente” deve essere inserito un mero collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione.

Il diritto alla Trasparenza va temperato con il diritto alla privacy, come tutelato dal D.Lgs. 101/2018, che ha adeguato il Codice Privacy al Regolamento UE 679/2016 (GDPR), e tenendo conto delle disposizioni in materia tra cui le “Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”, l'Azienda, nel pubblicare notizie, dati, informazioni e quant'altro sul proprio sito istituzionale, pone particolare attenzione nel selezionare ed escludere i dati personali la cui conoscenza non garantisca il “principio di pertinenza e non eccedenza”. In conformità con le nuove disposizioni in materia di tutela dei dati personali è stato nominato il Responsabile della protezione dei dati, ovvero la nuova figura introdotta dal regolamento (UE) n. 2016/679, che svolge funzioni di consulenza, controllo, informazione e formazione sull'applicazione delle disposizioni previste dal regolamento.

Nel rispetto del principio di trasparenza e di integrità, cioè del dovere di accountability delle pubbliche amministrazioni, l'Azienda si impegna a garantire l'imparzialità, l'efficienza e la semplicità dell'azione amministrativa, assicurando altresì l'accessibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto della sua organizzazione e delle proprie attività in modo da rendere possibile il controllo dei cittadini sull'esercizio delle attività amministrative.

Per attuare tale principio l'Azienda:

- utilizza efficacemente le tecnologie della informazione e della comunicazione;
- rispetta i criteri di accessibilità, completezza di informazione, chiarezza, affidabilità, semplicità, omogeneità e interoperabilità;
adotta tutti i provvedimenti per garantire e rendere facile il diritto di accesso da parte dei cittadini ed altri soggetti aventi diritto;
- pubblica nel sito web dell'Azienda tutte le informazioni atte a divulgare notizie sulle attività, le modalità di accesso, l'organizzazione e gli obiettivi;
- pubblica i dati relativi ai servizi da essa forniti per consentirne la valutazione, garantendo i principi delle responsabilità e della rendicontazione sociale;
- rende trasparenti i rapporti con terzi fornitori;
- pubblica i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie;
- pubblica le relazioni di bilancio secondo le tempistiche di legge;
- applica integralmente i principi di trasparenza al proprio ciclo di gestione della performance e persegue la piena integrità nelle relazioni interne e con i terzi applicando i dettami del D.Lgs. n.150/09;
- pubblica i dati relativi alla attività libera professionale intramuraria;
- programma di organizzare attività di comunicazione e scambio sulle tematiche di particolare interesse sociale e culturale in tema di trasparenza, in specifiche giornate dedicate.

Gli stakeholder sono coinvolti sulla specifica tematica "Trasparenza e integrità" secondo tre differenti modalità:

- ✓ mediante il flusso informativo dei reclami dagli uffici relazioni con il pubblico al RPCT e le segnalazioni raccolte sui temi della trasparenza e integrità formalizzate dagli interessati agli URP con messaggi di posta elettronica, comunicazioni scritte, o telefonicamente;
- ✓ attraverso la sezione "Amministrazione Trasparente" contenente tutti i dati, i link, le informazioni e i contatti. Tramite questa modalità l'Azienda si manifesta in modo del tutto trasparente agli stakeholder, favorendo l'esercizio dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato;
- ✓ mediante l'adesione alla Rete Civica della Salute (RCS) e in occasione di incontri, tavoli di lavoro, conferenze di servizi a livello locale, regionale e nazionale, dove si realizza il raggiungimento di un grado massimo di coinvolgimento dei portatori di interesse.

In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un

ruolo chiave in questo contesto può essere svolto dall'Ufficio Relazione con il Pubblico URP, che rappresenta la prima interfaccia con la cittadinanza.

Sono inoltre favorite iniziative di ascolto, con il coinvolgimento del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, in fase di ricostituzione, e del Comitato Consultivo Aziendale, che consente di raggiungere e coinvolgere le più rappresentative associazioni di volontariato presenti nel territorio.

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

La programmazione sulla trasparenza è impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno dell'ente, l'individuazione/l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati. Infatti, già nei precedenti piani, compreso l'ultimo di recente approvazione considerata la proroga dei termini, è stata conferita diretta competenza e responsabilità degli obblighi di pubblicazione ai Direttori delle UU.OO. Ciò ha garantito un rilevante miglioramento nella qualità delle informazioni, anche se permane la criticità dell'uso di formati non adeguati e la mancata realizzazione dell'informatizzazione del flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

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

Ciascun Dirigente Responsabile delle strutture aziendali, relativamente ai dati di propria pertinenza, è tenuto a curare:

- la formazione del dato della cui veridicità, correttezza e completezza assume la responsabilità. Ciascuno dei dati prodotti verrà contrassegnato dalla data di produzione, laddove questa non sia già insita nel documento nonché dalla denominazione del responsabile del relativo procedimento;
- l'aggiornamento, secondo la tempistica di legge, che verrà attestato nel documento contenente i dati medesimi;
- la pubblicazione, in qualità di fonte, in formato aperto e adeguato.

Diverse sono le iniziative – anche attraverso l’aggiornamento del sito aziendale e dei sistemi di pubblicazione, in corso ed effettuate - il cui obiettivo è quello di raggiungere il popolamento automatizzato di tutte le sottosezioni da parte delle UU.OO. interessate, quali responsabili della pubblicazione dei dati. Ad oggi, non è possibile descrivere il flusso se non come sopraindicato, infatti, per ogni struttura che genera il dato in base alle attività eseguite è il suo responsabile che acquisisce lo stesso e ne assicura la pubblicazione ed il relativo aggiornamento.

Per favorire la fruibilità delle informazioni i soggetti responsabili della produzione dei dati sono tenuti ad osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate ai sensi dell’art. 6 del d.lgs. 33/2013:

- ✓ integrità;
- ✓ costante aggiornamento;
- ✓ completezza;
- ✓ tempestività;
- ✓ semplicità di consultazione
- ✓ comprensibilità;
- ✓ omogeneità;
- ✓ facile accessibilità;
- ✓ conformità ai documenti originali;
- ✓ esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione;
- ✓ indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione;
- ✓ pubblicazione dei dati in formato aperto.

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

- ✓ predisporre i file necessari per la pubblicazione in formato accessibile e aperto, garantendone la completezza e la conformità ai documenti originali in possesso dell’Azienda, l’indicazione della loro provenienza, ed oscurando, laddove necessario, i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza e pubblicazione, in ottemperanza alla disciplina in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 smi) e alle indicazioni delle “Linee guida in materia di trattamento dei dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati”;
- ✓ trasmettere i dati entro i termini previsti all’ICT che dovrà provvedere tempestivamente alla pubblicazione nella sotto sezione indicata dal responsabile del link “Amministrazione Trasparente”

ed ad avvenuta pubblicazione invierà apposita comunicazione di posta elettronica attestante l'avvenuta pubblicazione ed il corrispondente link, allo scopo di consentire al Responsabile della produzione, trasmissione e aggiornamento dei dati, la verifica della corretta pubblicazione del contenuto;

- ✓ qualora alcuni degli obblighi non sussistessero per una determinata struttura, o non ci fossero documenti da trasmettere, comunque il dirigente responsabile della trasmissione e aggiornamento dei dati, invia formale comunicazione in cui precisa la sezione/sotto-sezione di riferimento, il contenuto dell'obbligo, il periodo di riferimento e la relativa assenza di documenti e dati da comunicare;
- ✓ individuare all'interno della propria struttura il personale che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni;
- ✓ verificare la corretta pubblicazione dei dati e/o aggiornamenti trasmessi, nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale.

Il ruolo di Responsabile tecnico dei sistemi informativi gestionali che supportano la pubblicazione del sito web è affidata al dirigente dell'ICT. In tale ambito al Responsabile sono affidati i compiti di garanzia del corretto funzionamento dell'applicazione informatica e della sua sicurezza.

Il RPCT, con il gruppo di lavoro, verificherà la coerenza tra i contenuti pubblicati e l'oggetto indicato e, qualora risultino difformità, richiederà la relativa rettifica.

La sezione Amministrazione Trasparente è aggiornata durante l'anno in base alle scadenze dei singoli obblighi ai sensi del d.lgs. 33/2013, quindi, l'aggiornamento delle informazioni avviene con cadenza diversa a seconda della natura dell'obbligo di pubblicazione.

Periodicamente vengono verificate ed aggiornate le informazioni presenti sul sito web istituzionale, per adeguare ed integrare, ove necessario, i dati, i documenti e la struttura di presentazione delle stesse, secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Le tipologie di dati, compresi quelli c.d. "ulteriori", di cui l'Amministrazione ha inteso dare evidenza, sono pubblicati direttamente dalle UU.OO. competenti, per il tramite dei Direttori delle strutture aziendali o dei soggetti da essi individuati, secondo la tempistica di legge, su formato elettronico aperto. Il sistema rileverà il soggetto che ha effettuato la pubblicazione, la data di produzione, nonché eventuale aggiornamento alle scadenze periodiche.

Il RPCT provvederà, con le modalità ritenute opportune, con cadenza periodica o tempestivamente, secondo necessità, ad effettuare un monitoraggio a campione, con riferimento a:

- Tipologia del dato;
- Completezza del dato;
- Certezza della produzione del dato.

Il monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione si connota per essere:

- ✓ un controllo successivo: in relazione poi alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi agli organi/soggetti competenti;
- ✓ relativo a tutti gli atti pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente (il monitoraggio, può infatti riguardare anche la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria (“dati ulteriori”) soprattutto ove concernano i processi PNRR;
- ✓ totale e non parziale;
- ✓ programmato su più livelli, di cui: un primo livello ai referenti del RPCT o, in autovalutazione, ai responsabili delle strutture delle misure; un secondo livello, di competenza del RPCT, coadiuvato dalla struttura di supporto e dagli altri organi con funzioni di controllo interno, quale l’internal auditor.

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

L’Azienda ha scelto di attribuire il monitoraggio di I livello ai referenti ed ai Dirigenti delle singole strutture, seppure il RPCT svolge comunque un ruolo di coordinamento nel monitoraggio sull’effettiva pubblicazione, per la tipologia di informazioni, delle dimensioni dell’Azienda e del numero di strutture coinvolte sia di area tecnica – professionale amministrativa che sanitaria, quindi, per assicurare la trasparenza ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 basata sulla responsabilizzazione di ogni singola struttura e dei relativi dirigenti, evitando che tutti gli oneri siano in capo ai RPCT.

Nell’ottica di partecipare alla creazione di valore pubblico ed alla costruzione del sistema di prevenzione della corruzione, l’OIV ha il potere di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni date ogni anno da ANAC. L’organismo non attesta solo la mera presenza/assenza del dato o documento nella sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale, ma si esprime anche su profili qualitativi che investono la completezza del dato pubblicato (ovvero se riporta tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative), se è riferito a tutti gli uffici, se è aggiornato, se il formato di pubblicazione è aperto ed elaborabile. In particolare, ai fini dello svolgimento delle verifiche sull’assolvimento degli obblighi di trasparenza, l’OIV indica la data di svolgimento della rilevazione, le procedure e le modalità adottate per la rilevazione nonché gli aspetti critici riscontrati nel corso della rilevazione ed eventuale documentazione da allegare. Il RPCT, successivamente alla pubblicazione dell’attestazione OIV ed all’invio ad ANAC, assume le iniziative – implementa le misure di trasparenza già adottate e ne individua e adotta di ulteriori – utili a superare le criticità segnalate dall’OIV, ovvero idonee a migliorare la rappresentazione dei dati per renderli più chiari e fruibili. Le misure assunte dal RPCT sono valutate da ANAC nell’ambito dell’attività di controllo sull’operato dei RPCT di cui all’art. 45, co. 2, del d.lgs. n. 33/2013. L’OIV verifica le misure adottate dal RPCT circa la permanenza o il superamento delle criticità esposte nei documenti di attestazione. Gli esiti delle verifiche dell’OIV, in coerenza con il principio di distinzione tra le funzioni di indirizzo spettanti agli organi di governo e quelle di controllo spettanti agli organi a ciò deputati, vengono trasmessi all’organo di indirizzo affinché ne tenga conto al fine dell’aggiornamento degli indirizzi strategici.

E’ previsto il monitoraggio sistematico degli accessi alla sezione “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale di questa azienda. Tale attività è effettuata dall’ICT, anche se occorre evidenziare che, come riportato nella relazione annuale del RPCT anno 2022, il sito istituzionale relativamente alla sezione “Amministrazione trasparente”, traccia il numero delle visite, dalla data di messa on-line della pagina (anno 2019) e non è possibile estrarre statistiche per singolo anno, pertanto,

si programma specifica misura per riuscire a tracciare il numero di visite per un periodo temporale o quantomeno per anno e per singola sezione.

Per realizzare la massima trasparenza sull'attività dell'Azienda ed assicurare il controllo sociale diffuso alla collettività, alla programmazione del monitoraggio segue la verifica circa la corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. n. 33/2013, nel rispetto dei criteri di qualità, per evitare che il monitoraggio sulla trasparenza assuma un ruolo meramente formale, in modo da porre rimedio a ipotesi di assente o carente pubblicazione dei dati, la cui ostensibilità consente di assicurare quel controllo sociale diffuso che lo stesso legislatore intende perseguire con la disciplina del d.lgs. n. 33/2013.

In adesione al principio di usabilità delle informazioni e tenuto conto del processo di verifica e aggiornamento annuale della sezione dedicata alla trasparenza del PIAO, risulta particolarmente importante l'attività di raccolta dei feedback dei cittadini e degli stakeholder sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate, ovvero in merito ai ritardi e alle inadempienze riscontrate.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, qualora nella sua attività periodica di verifica e vigilanza, riscontri ritardi o inadempimenti nella pubblicazione dei dati rispetto a quanto previsto nel Piano, dopo aver sollecitato in via formale il responsabile della struttura interessata, assegna un tempo massimo per adempiere. In caso di mancato rispetto del termine procede alla segnalazione nei confronti dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e dell'organo di indirizzo politico.

La violazione degli obblighi di pubblicazione dà luogo ad una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della violazione, direttamente comminata dall'ANAC, e l'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa a carico del Responsabile della Trasparenza e dei Dirigenti fornitori dei dati, nonché l'applicazione di sanzioni amministrative.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) approvato con deliberazione n. 7 del 17.01.2023 dall'ANAC, per quanto riguarda la trasparenza dei contratti pubblici, ha rivisto le modalità di pubblicazione: non dovranno più avvenire sui siti delle amministrazioni in ordine temporale di emanazione degli atti, ma ordinando le pubblicazioni per appalto, in modo che l'utente e il cittadino possano conoscere l'evolversi di un contratto pubblico, con allegati tutti gli atti di riferimento. Pertanto, non si può non tenere in debito conto delle indicazioni contenute dallo stesso, che sono state riportate in appendice, come indicato dall'ANAC.

Per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi, sono state adottate specifiche misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e considerata la numerosità dei dati e delle strutture di questa AOUI si allega il quadro degli obblighi di pubblicazione con l'individuazione dei soggetti responsabili, la periodicità dell'aggiornamento ed il monitoraggio, come esplicitati nella tabella allegata al Piano (All. 4.7). rappresentativa di:

- a)** obblighi di trasparenza, compresi gli obblighi dei contratti pubblici disposti nel PNA 2022;
- b)** strutture responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- c)** tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio.

Come già esplicitato, al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce le strutture aziendali, come individuate nell'Allegato 4, nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati.

L'Ufficio Trasparenza è l'Ufficio di supporto del RPCT: collabora con il Responsabile nella predisposizione della sezione anticorruzione e della Relazione annuale; cura l'aggiornamento normativo degli obblighi in materia, anche con riferimento alle delibere/determinazioni dell'ANAC; coordina gli adempimenti rapportandosi con i Referenti delle strutture e predisponendo, laddove necessario, i format omogenei per la pubblicazione dei dati; verifica la congruità dei dati trasmessi dalle strutture per la pubblicazione; predispone il materiale utile all'OIV inerente le attestazioni e i controlli di competenza del suddetto Organismo; provvede al monitoraggio dello stato di avanzamento degli adempimenti, riferendone i risultati al RPCT, il quale provvederà alle eventuali necessarie azioni correttive ad esso conseguenti.

ACCESSO CIVICO

Fondamentale ai fini della trasparenza è il novellato art. 5 del d.lgs. 33/2013, che disciplina un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, secondo cui chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può esercitare l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Al tal proposito, l'ANAC è intervenuta con appositi atti di regolazione, le Linee guida contenenti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, e art. 5 bis, comma 6, del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recanti «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni» (Linee guida accesso civico, c.d. FOIA), in ottemperanza alle quali il RPCT pro tempore di questa AOU ha predisposto specifica pagina web nella sezione "Amministrazione Trasparente", al fine di consentirne l'esercizio a qualsiasi cittadino.

Al fine di assicurare l'efficacia dell'istituto dell'Accesso Civico, semplice e generalizzato, l'Azienda ha attuato misure specifiche, ed ha aggiornato ad inizio anno 2023 l'apposita sottosezione sul sito istituzionale, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente" e della sottosezione "Altri contenuti", denominata, come previsto nella delibera CIVIT n.50/2013 "Accesso Civico", con l'indicazione dei contatti del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e del Titolare del potere sostitutivo per l'Accesso Civico.

È necessario identificare i dati, le informazioni o i documenti che si desidera richiedere, come specificato nel modulo di richiesta scaricabile nella relativa sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Accesso Civico" del sito web istituzionale.

La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT che si pronuncia sulla stessa.

L'Azienda, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione.

La richiesta di accesso civico va inviata all'A.O.U. "G. Martino" di Messina con una delle seguenti modalità:

- Tramite posta ordinaria all'indirizzo - A.O.U. "G. Martino", Via Consolare Valeria - 98125 Messina
- Tramite consegna diretta presso l'Ufficio Protocollo Generale dell'A.O.U. "G. Martino" Via Consolare Valeria 98125 Messina (orari apertura uffici)
- Tramite posta elettronica certificata: anticorruzione.trasparenza@pec.polime.it o in alternativa protocollo@pec.polime.it;
- Tramite posta elettronica ordinaria: rpct@polime.it

Ai sensi del comma 3 dell'art. 5 del d. lgs. n. 33/2013 l'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal D. Lgs. n.82/2005, ed è valida se:

- sottoscritta mediante la firma digitale o la firma elettronica qualificata;
- l'istante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID), nonché carta di identità elettronica o la carta nazionale dei servizi;
- è sottoscritta e presentata unitamente alla copia del documento d'identità;
- trasmessa dall'istante mediante la propria casella di posta elettronica certificata.

In caso di ritardo o mancata risposta nel termine di 30 giorni, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo per l'accesso civico (come previsto dall'art.2 comma 9 bis della Legge n.241/90), secondo le modalità indicate di seguito, il quale tramite il Responsabile della Trasparenza, previa verifica della sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, attiva una specifica istruttoria procedimentale. Il termine per la conclusione di tale procedura è fissato in 15 giorni dal ricevimento dell'istanza.

L'ufficio a supporto del RPCT monitora costantemente le istanze di accesso civico aventi ad oggetto documenti la cui pubblicazione è obbligatoria.

Nel 2022 è pervenuta 1 richiesta di accesso civico "semplice", che ha dato luogo ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati.

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

del procedimento all'UOC Affari Generali, deputata ad aggiornare il registro pubblicato. Per l'anno 2023 è prevista specifica misura relativa alla procedura per la circolazione delle informazioni necessarie per alimentare il registro degli accessi e proprio al fine del puntuale monitoraggio della corretta attuazione dell'accesso civico semplice e generalizzato e l'eventuale adozione di comportamenti disomogenei tra le strutture aziendali, si prevede la misura specifica di adottare, anche sotto forma di regolamento interno di una disciplina ad hoc, con individuazione delle strutture competenti a decidere sulle richieste di accesso e la procedura per la valutazione delle richieste.

È inoltre previsto, a cura dell'ufficio di supporto del RPCT, l'aggiornamento dei dati nella sottosezione "Accesso civico" della sezione A.T., per l'accesso civico generalizzato e dell'elenco nominativo e relative email dei detentori dei dati. Così come, le informazioni necessarie per presentare istanza semplice.

APPENDICE SEZIONE TRASPARENZA

La trasparenza dei contratti pubblici trova fondamento giuridico nel Codice dei contratti pubblici e nella disciplina in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. La profondità e l'ampiezza che il legislatore ha voluto imprimere alla trasparenza dei contratti pubblici si traduce, innanzitutto, in specifici obblighi per le stazioni appaltanti di pubblicare atti, dati e informazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente" che afferiscono ad ogni tipologia di appalto – di servizi, forniture, lavori e opere, concorsi pubblici di progettazione, concorsi di idee e di concessioni - e ad ogni fase - dalla programmazione alla scelta del contraente, dall'aggiudicazione fino all'esecuzione del contratto. La giurisprudenza ha ammesso la conoscibilità degli atti dei contratti pubblici, ove non soggetti a pubblicazione obbligatoria, anche mediante l'accesso civico generalizzato. Devono inoltre considerarsi interventi volti a rafforzare la trasparenza dei contratti pubblici le disposizioni finalizzate sia a potenziare la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) gestita da ANAC sia ad incentivare il percorso di digitalizzazione dei contratti, in linea con le indicazioni del legislatore europeo e del Codice dei contratti (previsioni in tal senso emergono anche nello schema del nuovo codice dei contratti pubblici).

Le amministrazioni, anche a garanzia della legalità, sono chiamate a dare corretta attuazione, per tutti i contratti, agli obblighi di pubblicazione disposti dalla normativa, che includono oggi, oltre a quelli delle tradizionali fasi della programmazione e aggiudicazione, anche quelli della fase esecutiva. Dovranno, inoltre, anche per la fase esecutiva, assicurare la più ampia trasparenza in quanto, oltre agli atti, ai dati e alle informazioni che le amministrazioni sono tenute a pubblicare ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 e del Codice dei contratti, trova applicazione anche l'istituto dell'accesso civico generalizzato (cd. FOIA), facendo salvi i soli limiti previsti dalla legge. Resta ferma, in ogni caso, la possibilità, in un'ottica di rafforzamento della trasparenza, di pubblicare, nella sezione "Amministrazione Trasparente", dati, informazioni, documenti come "dati ulteriori" rispetto a quelli obbligatori, procedendo, ai sensi dell'art. 7-bis, co. 3, del d.lgs. n. 33/2013, a oscurare i dati personali presenti e nel rispetto degli stessi limiti indicati per l'accesso civico generalizzato.

Ad avviso dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, in questa fase storica in cui il legislatore ha introdotto regimi derogatori nelle procedure di affidamento degli appalti in considerazione dell'emergenza sanitaria, prima, e per favorire il raggiungimento degli interventi del PNRR, poi, va senza dubbio valorizzato il ruolo della trasparenza come misura cardine per assicurare un importante presidio in funzione di anticorruzione, oltre che di controllo sociale sull'operato e sui risultati ottenuti dalle stazioni appaltanti, sia nell'aggiudicazione che nell'esecuzione di opere, di servizi e forniture, infatti, pertanto, come già indicato, è stata introdotta nel PNA 2022 una parte speciale dedicata ai contratti pubblici ed in appendice alle misure di trasparenza ulteriori obblighi di pubblicazione.

Alla luce del complesso quadro normativo, tra cui la disciplina sull'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'Anac ha fornito una elencazione dei dati, atti e informazioni da pubblicare, che però ha ritenuto di dover ulteriormente revisionare in specifico elenco, a seguito delle modifiche nel frattempo intervenute alle disposizioni normative, nonché gli orientamenti espressi dalla giurisprudenza investita della risoluzione di questioni riguardanti l'accessibilità degli atti delle procedure di gara, inserito nell'allegato 7 al PNA 2022, dedicato appunto agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici, proprio in considerazione della rilevanza delle misure di prevenzione da attuare tenuto conto delle ingenti risorse disponibili destinate alla realizzazione degli investimenti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse previste dal PNRR.

La garanzia di elevati livelli di trasparenza dei contratti pubblici è obiettivo dell'AOU, anche qualora questa operi in deroga al regime ordinario, pertanto, oltre ad aver aggiornato l'allegato 4 alla presente sottosezione relativo al quadro degli obblighi di pubblicazione, ritiene utile oltre all'appendice descrittiva allegare gli obblighi di trasparenza interamente riportati nell'allegato 9 al PNA 2022 che elenca, per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici oggi vigenti cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sotto-sezioni di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente" sostitutivo dell'allegato 1) della delibera ANAC 1310/2016 e dell'allegato 1) alla delibera 1134/2017 nella parte in cui elenca i dati da pubblicare per i contratti pubblici (All. 4.7). Tale impostazione consente una migliore comprensione dello svolgimento delle procedure contrattuali. Considerato l'impatto organizzativo di questa modalità di pubblicazione, il pieno raggiungimento dell'obiettivo si ritiene possa essere informato al principio di gradualità e progressivo miglioramento.

In attuazione delle indicazioni dell'ANAC si è ritenuto più agevole anche per consentire agli operatori un rapido confronto, in fase di prima applicazione, inserire un'appendice alla sezione trasparenza in cui vengono riprodotti i nuovi obblighi di trasparenza in materia di contratti che sostituiranno i precedenti ancora visibili nel piano complessivo.

2.3.7. IL MONITORAGGIO E IL RIESAME

Il monitoraggio è un'attività fondamentale e continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame – con frequenza almeno annuale – è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Il monitoraggio della sezione apposita del PIAO è programmato, secondo le modalità di svolgimento della verifica delle singole misure, comprese quelle relative alla formazione e alla rotazione come indicato nei paragrafi precedenti e come riportato nei relativi allegati, ove è stata evidenza per ciascuna misura dei processi, le attività oggetto del monitoraggio e la periodicità delle verifiche.

Come precisato nel PNA 2022, il monitoraggio sulla sezione anticorruzione del PIAO riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio. L'obiettivo è considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione, se necessario modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati, potenziando e rafforzando gli strumenti in atto, eventualmente promuovendone di nuovi. Per la progettazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO occorre ripartire dalle

risultanze del ciclo precedente utilizzando l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione.

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

Così come previsto dalla vigente normativa in materia, l'attività di monitoraggio periodico, verrà effettuata sia dal RPCT che dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Il Monitoraggio Interno è svolto dal RPCT, con la collaborazione del Gruppo di lavoro e per il tramite degli uffici interni proposti ed è relativo al processo di attuazione del Piano attraverso la scansione delle attività e l'indicazione degli scostamenti dal piano originario.

Tutti gli uffici dell'Amministrazione ed i relativi Dirigenti sono coinvolti nella realizzazione del Piano nei tempi e nei modi stabiliti dalla normativa di riferimento, concorrendo in base ai rispettivi ruoli.

In questa prospettiva, il RPCT si avvale, in primis, degli esiti del monitoraggio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO per la definizione della programmazione per il triennio successivo. Gli esiti del monitoraggio consentono di identificare l'elemento organizzativo di base (processo) dell'attività dell'Azienda da sottoporre a maggiore attenzione. La rilevazione e l'analisi prima e il monitoraggio poi dei processi non appesantiscono il sistema, piuttosto, rappresentano l'occasione attraverso i quali l'Azienda misura, controlla e soprattutto migliora se stessa.

Le risultanze del monitoraggio dell'anno 2022, come sintetizzate nella relazione del RPCT pubblicata nel sito aziendale come generata dalla piattaforma ANAC ed a cui si fa espresso rinvio, sono state utilizzate, e quelle dell'anno in corso saranno utilizzate, per la migliore programmazione delle misure, secondo una logica sequenziale e ciclica che favorisce il continuo miglioramento del processo di gestione del rischio. Infatti, la logica sequenziale e ciclica con cui viene condotto il monitoraggio consente, in un'ottica migliorativa, di tener conto e ripartire dalle risultanze del ciclo precedente ed utilizzare l'esperienza acquisita per apportare i necessari ed opportuni aggiustamenti alla strategia di prevenzione adottata.

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

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

- a) a monte, realizzare una programmazione il più possibile coordinata. Il RPCT avrà cura di raccordare la sezione anticorruzione e trasparenza alle altre sezioni del PIAO; vanno allineate, per quanto possibile, le mappature dei processi in vista di mappature uniche, ove non ancora realizzate
- b) prevedere nel PIAO un coordinamento tra il RPCT e i Responsabili delle altre sezioni del PIAO. Tutti i soggetti coinvolti sono in una condizione di parità tra loro. Ognuno dei responsabili, per la propria parte, verifica quanto degli obiettivi programmati, per la sezione che segue, sia stato realizzato e l'adeguatezza della realizzazione degli obiettivi medesimi e condivide gli esiti delle verifiche con gli altri responsabili
- c) al fine di realizzare tale coordinamento tra il RPCT e i Responsabili delle altre sezioni di PIAO è già stata prevista, seppur non è stata ancora apportata alcuna modifica organizzativa, la costituzione di una cabina di regia, con l'individuazione di un Coordinatore, che svolgerà anche le funzioni di monitoraggio cui partecipano in posizione di parità assoluta tra loro i Responsabili delle varie sezioni del PIAO. I Responsabili non si limitano alla parte di propria competenza del PIAO ma ognuno aiuta e coadiuva l'altro per la realizzazione di una effettiva ed efficace sinergia di lavoro e raccordo costruttivo, fatta di continui confronti, aggiornamenti, scambi di buone pratiche e criticità
- d) ricorrere - nei limiti delle risorse economiche a disposizione - a procedure automatizzate (ad es. software) che consentano di costruire un monitoraggio che non si limiti solo ad una forma di controllo ex post, ma sia volto a verifiche in corso d'opera al fine di apportare misure correttive a fronte di criticità via via riscontrate, anche mediante il raccordo e l'interazione con altri soggetti responsabili delle diverse sezioni del PIAO

Le indicazioni si concludono con la maggiore valorizzazione del ruolo proattivo che è altamente auspicabile abbia il RPCT, in quanto, dal monitoraggio delle misure anticorruptive e dell'intera sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, si possono trarre elementi utili per capire se sia necessario – ai fini di una effettiva attuazione del sistema di prevenzione – chiedere di intervenire in altre sezioni.

Nell'ottica della gradualità, la sezione verrà realizzata nel prossimo aggiornamento del PIAO.

Attività diversa ma strettamente collegata al monitoraggio è poi l'attività di riesame periodico, volta a valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, in una prospettiva più ampia. Ciò allo scopo anche di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono, in ogni caso, utilizzati per effettuare il riesame.

Il riesame periodico viene eseguito all'esito del monitoraggio annuale che vede coinvolti, anche a tal fine, attraverso il confronto e il dialogo con tutti i soggetti e che permettono una reale programmazione dell'attività dell'Azienda in sede di riesame dei principali passaggi e risultati, per potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

Il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione

del rischio. Tale attività è coordinata dal RPCT, con il contributo metodologico dell'OIV, deputato all'attività di valutazione delle performance e dell'audit interno.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Riferimento atti Deliberativi:

Delibere C.S. n. 1087 del 24 giugno 2021 e n. 1187 del 1 luglio 2021

L'A.O.U. "G. Martino" di Messina, in conformità a quanto previsto dall'Atto Aziendale, si articola come di seguito:

D.A.I. di Scienze Mediche

Area	Codice	Unità Operativa
SM	52	U.O.C. Dermatologia
SM	19	U.O.C. Endocrinologia
SM	58	U.O.C. Gastroenterologia e Malattie Intestinali croniche
SM	24	U.O.C. Malattie Infettive
SM	26	U.O.C. Medicina ad ind. Epatologico
SM	26	U.O.C. Medicina Interna
SM	26	U.O.S. Diabetologia
SM	29	U.O.C. Nefrologia e Dialisi
SM	68	U.O.C. Pneumologia
SM	68	U.O.S. Patologia respiratoria
SM	40	U.O.C. Psichiatria
SM	71	U.O.C. Reumatologia
SM	58	U.O.S. DIP. Endoscopia Digestiva
SM	01	U.O.S. DIP. Allergologia e Immunologia Clinica
SM	18	U.O.S. DIP. Talassemia
SM	26	U.O.S. DIP. Geriatria

D.A.I. di Chirurgia

Area	Codice	Unità Operativa
C	09	U.O.C. Chirurgia Generale e d'urgenza
C	12	U.O.C. Chirurgia Plastica
C	35	U.O.C. Odontoiatria e Odontostomatologia
C	34	U.O.C. Oftalmologia
C	38	U.O.C. Otorinolaringoiatria
C	SX01	U.O.C. Servizio di Anestesia
C	09	U.O.S. DIP. Chirurgia Endocrina
C	38	U.O.S. DIP. Microchirurgia auricolare

D.A.I. Oncologico

Area	Codice	Unità Operativa
O	09	U.O.C. Chirurgia Generale ad ind. Oncologico
O	09	U.O.S. Fast Truck Surgery
O	18	U.O.C. Ematologia
O	64	U.O.C. Oncologia Medica con Hospice
O	43	U.O.C. Urologia
O	09	U.O.S. DIP. Senologia
O	82	U.O.S. DIP. Terapia del dolore

D.A.I. Trauma

Area	Codice	Unità Operativa
T	10	U.O.C. Chirurgia Maxillo-facciale
T	14	U.O.C. Chirurgia Vascolare
T	56	U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa
T	DT15	UOS Medicina dello sport
T	30	U.O.C. Neurochirurgia
T	36	U.O.C. Ortopedia e Traumatologia
T	13	U.O.S. DIP. Chirurgia Toracica
T	13	U.O.S. DIP. Endoscopia Toracica
T	SX01	U.O.S. DIP. Neuro-Anestesia

D.A.I. di Diagnostica per Immagini

Area	Codice	Unità Operativa
DI	61	U.O.C. Medicina Nucleare
DI	69	U.O.C. Neuroradiologia
DI	DT69	U.O.C. Radiodiagnostica
DI	DT69	U.O.S. Radiologia Interventistica
DI	70	U.O.C. Radioterapia Oncologica
DI	DT69	U.O.S. DIP. Radiologia Oncologica

D.A.I. di Emergenze Tempo Dipendenti

Area	Codice	Unità Operativa
ETD	49	U.O.C. Anestesia e Rianimazione con Terapia Intensiva
ETD	32	U.O.C. Neurologia e Malattie Neuromuscolari
ETD	75	UOS Riabilitazione Neurologica
ETD	73	U.O.C. Patologia e TIN
ETD	73	UOS Terapia Intensiva Pediatrica
ETD	62	UOS Patologia Sub Intensiva
ETD	51	U.O.C. Pronto Soccorso Generale con O.B.I.
ETD	50	U.O.C. UTIC
ETD	08	U.O.S. Cardiologia
ETD	32	U.O.S. DIP. Stroke Unit
ETD	32	U.O.S. DIP. Neurofisiopatologia e disturbi del movimento
ETD	DTA2	U.O.S. DIP. Cardiologia Interventistica

D.A.I. Materno Infantile

Area	Codice	Unità Operativa
MI	11	U.O.C. Chirurgia Pediatrica
MI	37	U.O.C. Ginecologia e Ostetricia
MI	33	U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
MI	39	U.O.C. Pediatria
MI	39	UOS Reumatologia Pediatrica
MI	DTA6	U.O.C. Pronto Soccorso Pediatrico con O.B.I.
MI	08	U.O.S. DIP. Cardiologia Pediatrica
MI	58	U.O.S. DIP. Gastroenterologia Pediatrica e Fibrosi Cistica
MI	77	U.O.S. DIP. Nefrologia Pediatrica con dialisi
MI	62	U.O.S. DIP. Neonatologia
MI	33	U.O.S. DIP. Neurologia Infantile

D.A.I. Diagnostico

Area	Codice	Unità Operativa
D	DT03	U.O.C. Anatomia Patologica
D	DT03	UOS Anatomia patologica Biomolecolare
D	MICROB	U.O.C. Microbiologia Clinica
D	DTA3	U.O.C. Patologia Clinica
D	DTA2	UOS Tossicologia e monitoraggio di farmaci e sostanze d'abuso
D	DTA3	U.O.S. DIP. Biochimica Clinica
D	MICROB	U.O.S. DIP. Virologia
D	DTA3	U.O.S. DIP. VEQ Aziendale, Immunometria e Servizi di Diagnostica di Laboratorio

Area	Codice	Unità Operativa
S	SX11	U.O.C. Farmacia
S	SX04	U.O.C. Fisica Sanitaria
S	DTA1	U.O.C. Medicina Trasfusionale
S	DT27	U.O.S. DIP. Medicina Legale
S	DT55	U.O.S. DIP. Farmacologia Clinica
S	DTA3	U.O.S. DIP. Genetica e Farmacogenetica
S	SX90	U.O.S. DIP. Igiene Ospedaliere
S	DT25	U.O.S. DIP. Medicina del Lavoro

(ALLEGATO 5)

3.1 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

ADOZIONE RE.DI.TE. (REGOLAMENTO DISCIPLINA TELELAVORO)

L'A.O.U. "G. Martino" ha avviato già da tempo processi di revisione delle impostazioni tradizionali di prestazione dell'attività lavorativa, sperimentando, ove applicabile, forme di lavoro flessibile volte ad assicurare l'effettivo bilanciamento delle esigenze lavorative con quelle di vita privata dei dipendenti.

L'avvio di tali processi è frutto di una spiccata sensibilità istituzionale verso forme di attenzione alle esigenze del personale in un contesto sociale sempre più complesso ma anche di una cultura organizzativa sempre più orientata al lavoro per obiettivi.

Nel quadro della c.d. "Riforma Madia" (L. 7 agosto 2015, n. 124), la quale prevede che le amministrazioni pubbliche adottino misure organizzative volte a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro attraverso meccanismi che favoriscano un'organizzazione flessibile delle attività, non più incentrata sulla presenza fisica ma su risultati misurabili, si prevede l'adozione, di un nuovo REgolamento per la Disciplina del Telelavoro – **RE.DI.TE.** -, adattando l'impostazione tradizionale dell'istituto alle nuove condizioni del contesto sociale, caratterizzate dalla necessità di maggiore flessibilità.

Il nuovo **RE.DI.TE** prevederà anche la possibilità di accedere al telelavoro in una forma semplificata, senza pubblicazione di apposito avviso, nella prospettiva di fronteggiare particolari situazioni di disagio o di urgenza. In occasione della gestione della pandemia da COVID-19 - per un anno - sono state adottate delle misure emergenziali per consentire lo svolgimento delle prestazioni lavorative in modalità agile relative alle attività non assistenziali.

Pertanto, già prima della fase emergenziale, ha consentito di maturare significative esperienze in tema di forme di lavoro flessibile e non solo in termini di regolamentazione ma anche di cultura gestionale. Entrambe le nuove articolazioni flessibili di svolgimento dell'attività lavorativa rispondono ad una filosofia di lavoro basata sulla qualità piuttosto che sulla quantità di ore lavorate.

In particolare, secondo il regolamento che disciplina il lavoro agile, l'adozione di questa modalità organizzativa del lavoro ha la finalità di:

- sperimentare soluzioni organizzative orientate al lavoro per obiettivi e risultati al fine di migliorare la produttività;
- rafforzare l'autonomia e la responsabilizzazione dei dipendenti nella gestione dei tempi di lavoro e nel raggiungimento dei risultati;
- adeguare l'organizzazione del lavoro all'evoluzione delle tecnologie di comunicazione;
- raggiungere una migliore conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- promuovere la mobilità sostenibile attraverso la riduzione degli spostamenti casa-lavoro. Grazie all'avvio tempestivo di questa esperienza organizzativo-gestionale (unitamente a quella del

telelavoro), l'AOU "G. Martino" si è fatta trovare pronta a raccogliere la sfida rappresentata dalla pandemia. Forte, inoltre, degli investimenti nella digitalizzazione delle banche dati e nell'acquisto di strumenti digitali per la produttività e la collaborazione, è stata in grado in tempi brevi di riorganizzare l'attività lavorativa (amministrativa e di ricerca) e la didattica, convertendole in modalità remota e assicurando l'erogazione dei propri servizi

essenziali.

QUADRO NORMATIVO

L'articolo 1, comma 5, del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione (DPCM 08.10.2021) recante "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni", ha individuato nel personale dipendente delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 l'ambito soggettivo di applicazione delle misure da esso previste, tra le quali rientrano quelle per l'accesso al lavoro agile.

L'articolo 1, comma 3, del medesimo decreto ha stabilito alcune condizionalità per il ricorso al lavoro agile. Ai sensi del comma 6 vengono adottate le Linee guida emanate dalla Funzione Pubblica che approfondiscono i profili relativi a:

- l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
 - a) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 - b) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
 - c) le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

MISURE ORGANIZZATIVE

L'avvio di esperienze di lavoro in modalità da remoto apre nuovi scenari anche con riferimento all'utilizzo degli spazi destinati agli uffici.

Difatti, l'alternanza – a regime – di giorni di svolgimento della prestazione lavorativa in sede e fuori sede implica anche il ripensamento della tradizionale configurazione dell'ufficio amministrativo, caratterizzato da uno spazio definito ad uso esclusivo dell'assegnatario, per approdare allo svolgimento della prestazione lavorativa e ad un'organizzazione delle risorse umane e strumentali basati sulla condivisione dell'ambiente di lavoro. Tale nuovo riassetto del layout ambientale comporta la necessità di specifici investimenti che oltre a riguardare la promozione delle modalità di lavoro agile, punteranno sugli aspetti distintivi di tale modalità organizzativa con particolare riguardo alle competenze digitali.

PROGRAMMAZIONE DI SVILUPPO DEL LAVORO AGILE

TEMPISTICA

2023

- Erogazione percorsi formativi sulle tecnologie digitali e competenze organizzative del lavoro agile
- Mappatura dei processi compatibili con il lavoro agile;
- Mappatura di tutti i servizi digitali esistenti in Azienda e loro classificazione;
- Avvio indagini strutturate sul benessere organizzativo
- Monitoraggio del gradimento dei servizi offerti (Good Practice e altri strumenti)

2024

- Monitoraggio soddisfazione lavoratori agili
- Incremento dei servizi digitalizzati e delle dotazioni per il personale
- Misurazione dell'impatto del lavoro agile sulla performance organizzativa

CONDIZIONI ABILITANTI

Si tratta di fattori abilitanti del processo di cambiamento che ogni Amministrazione dovrebbe misurare primadell'implementazione della *policy* e sui quali dovrebbe incidere in itinere o a posteriori, tramite opportune leve di miglioramento, al fine di garantire il raggiungimento di livelli standard ritenuti soddisfacenti. Di seguito, si forniscono alcune indicazioni preliminari sullo stato di salute dell'AOU G. Martino di Messina, al fine di individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile oltre che di eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo.

ORIENTAMENTO AI RISULTATI

Nel corso degli anni, l'AOU G. Martino ha puntato a rafforzare il proprio orientamento alla misurazione dei risultati nella gestione delle risorse umane. Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance è stato continuamente aggiornato per rendere tale orientamento più efficace e far sì che esso coinvolga tutti i livelli della gestione amministrativa dell'Azienda. Il complesso sistema di misurazione realizzato è lo strumento per la realizzazione del passaggio dalla cultura di mezzi (input) a quella di risultati (output ed outcome) e, soprattutto, alla cultura della valutazione ancorata a

parametri oggettivi di misurazione. Poggia sulla definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei relativi indicatori che consentono di misurare gli scostamenti dai valori attesi. È volto a coinvolgere i dipendenti nella implementazione delle strategie e nella realizzazione degli obiettivi dell'ente, favorendo la responsabilizzazione e l'autonomia del personale e la valorizzazione delle competenze individuali. In questo contesto è rilevante il ruolo svolto dai Dirigenti che, secondo la normativa in materia di lavoro agile, sono da considerarsi quali protagonisti della carica innovativa delle modalità flessibili di organizzazione del lavoro. Nella sua ultima versione, il piano di della performance illustra quali sono i criteri e la metodologia utilizzati dall'Azienda per la misurazione della performance nella sua dimensione organizzativa (risultato che un'intera organizzazione, grazie al lavoro delle sue singole articolazioni, consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi) e individuale (risultati raggiunti e i comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione). La performance organizzativa è la risultante da un lato della Performance organizzativa istituzionale, quale prestazione dell'Azienda nel suo complesso, e dall'altro della Performance organizzativa di struttura, quale misura della performance che l'Azienda intende ottenere attraverso le articolazioni delle sue strutture organizzative. La performance individuale viene valutata attraverso due dimensioni: i risultati e i comportamenti. La valutazione di risultato si basa sull'esito degli obiettivi annuali inseriti nel Piano della Performance, assegnati alla Struttura organizzativa di appartenenza o, laddove previsto, specificamente al dipendente.

IL BENESSERE ORGANIZZATIVO

L'Azienda, al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi, valorizza il ruolo centrale del personale nella propria struttura organizzativa.

In questa prospettiva, l'Azienda avvierà ogni anno, indagini sul benessere organizzativo del personale, i cui risultati rappresentano validi strumenti utili ad evidenziare la percezione dei dipendenti sulle tematiche indagate mettendo in risalto i punti di forza e le zone di criticità. L'indagine sarà rivolta a tutto il personale dell'Azienda in servizio alla data di rilevazione. Il raggiungimento di un'adeguata copertura dell'indagine è garantito dalla campagna di informazione svolta nel periodo d'avvio della rilevazione e durante la stessa. Il questionario sul benessere organizzativo suddiviso in diversi ambiti di indagine, ciascuna composta da una differente batteria di domande su cui il dipendente esprime il suo accordo o disaccordo, in base ad una scala di gradimento a sei livelli, in cui **1** rappresenta il totale disaccordo con la domanda e **6** il totale accordo.

LA SALUTE PROFESSIONALE

La formazione svolge un ruolo chiave nello sviluppo personale, professionale e organizzativo delle Risorse Umane e, conseguentemente, nel favorire il miglioramento continuo del livello qualitativo dei servizi erogati. Ciò viene realizzato attraverso un processo di apprendimento organizzativo basato sull'analisi e la sperimentazione di metodologie di valorizzazione e sviluppo sinergico delle competenze e sul supporto a processi di apprendimento attivo, collaborativo ed esperienziale su aspetti comunicativi, organizzativi e manageriali.

Lo sviluppo sistemico dei processi formativi si realizza attraverso un ciclo della formazione costituito da quattro fasi: mappature competenze, analisi delle esigenze formative, programmazione, realizzazione, valutazione degli interventi formativi.

3.2 PIANO AZIENDALE DELLA FORMAZIONE - PAF

Il Piano Aziendale della Formazione prosegue il percorso intrapreso negli anni passati e ripreso con nuove energie e nuovi obiettivi nel triennio 2023-2025.

Il Piano della formazione viene elaborato in coerenza con quanto già raggiunto nel 2022 consolidando i risultati ottenuti in ambito di Sicurezza dei Lavoratori e degli Ambienti di Lavoro ed in osservanza delle necessità per il triennio 2023-2025 partendo dai seguenti Domini:

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

FINALITA' PAF 2023

Per quanto su esposto il PAF 2023 dell'AOU "G. Martino" di Messina si prefigge, secondo una logica continuità con il biennio precedente, di porre in atto azioni di:

- *Facilitazione dello sviluppo di competenze utili per la programmazione, l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e potenziare le capacità di collaborazione e integrazione fra strutture, attività professionisti;*
- *Sviluppo della cultura e la pratica di una costante e sistematica valutazione delle qualità dei processi, degli esiti della qualità percepita nelle diverse attività svolte attraverso audit, revisione tra pari, al fine di mettere in atto un circuito di miglioramento continuo;*
- *Potenziamento della cultura della centralità del cittadino-paziente attraverso l'inserimento, nel sistema di tutela della salute, nell'ottica della implementazione del valore pubblico;*
- *Sviluppo delle competenze e le conoscenze tecnico professionali individuali nella disciplina di appartenenza;*
- *Sviluppo delle competenze per favorire in tutte le professioni sanitarie la diffusione delle tematiche della prevenzione, dell'educazione e promozione della salute e dei corretti stili di vita;*
- *Sviluppo della cultura e della pratica di una costante e sistematica valutazione del rischio Corruzione con specifici Focus in ambito Sanitario;*
- *Sviluppo delle competenze nell'ambito delle tematiche legate al Benessere Organizzativo;*
- *Miglioramento della comunicazione interna ed esterna e la qualità delle relazioni;*
- *Sviluppo delle politiche di contrasto alla violenza di Genere;*
- *Umanizzazione delle cure*
- *Programmi formativi previsti dalle Misure adottate per il contrasto dei fenomeni corruttivi e per il miglioramento della Trasparenza della PA*

OBIETTIVI PAF 2023

Gli obiettivi generali del PAF 2023, permangono così come già individuati nel biennio 2021-2022, raggruppati nelle seguenti tre macro aree:

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

METODOLOGIE OPERATIVE

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

Occorre, tuttavia, evidenziare che dall'analisi dei flussi di presenza dei discenti operata dalla UOS Formazione negli anni 2021-2022, con lo studio della distribuzione per tipologie professionali e per disciplina, permane una discreta disomogeneità nella partecipazione alle attività formative: *pertanto, nell'ottica di una coerente e corretta crescita professionale del personale è necessario individuare una nuova metodologia sia per la condivisione delle proposte formative che per il reclutamento dei discenti, anche alla luce delle attività specifiche legate alle misure di Anticorruzione e Trasparenza.*

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

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

Per quanto riguarda le attività in ambito di **Sicurezza negli ambienti di Lavoro [D.Lgs. 81/08]**, previa rendicontazione del numero dei dipendenti formati nel 2022, si provvederà al completamento del percorso formativo con un numero di corsi tali da consentire entro il 2023 la copertura del 100% dei dipendenti.

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

Infine per quanto attiene al Piano formativo con Accreditamento **AGENAS dell'AOU G. Martino nella Qualità di Provider ECM**, si rimanda a quanto previsto nel relativo piano **Formativo AGENAS ECM** che viene annualmente deliberato. [ALLEGATO 6](#)

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

RISORSE ECONOMICHE

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

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

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

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

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

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

Il Commissario Straordinario

Dr. Giampiero Bonaccorsi