



# P.I.A.O.

**Piano integrato di attività e  
organizzazione**

**2023-2025**

## Indice

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione .....	7
1.1 Il Patrimonio .....	10
1.2 La Direzione Strategica .....	10
1.3 Il Contesto Territoriale e le Caratteristiche .....	11
Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione .....	13
2.1 Sottosezione di Programmazione: Valore Pubblico .....	13
2.2. Sottosezione di Programmazione: Performance .....	18
2.2.1 Il Sistema degli Obiettivi .....	19
2.2.2 Fasi, Soggetti e Tempi del Piano. Mappa della Performance .....	21
2.2.3 Il Processo di <i>Budgeting</i> .....	23
2.2.4 La Scheda di <i>Budget</i> .....	24
2.2.5 La Flessibilità degli Strumenti .....	25
2.2.6 I Tempi del Processo di <i>Budgeting</i> .....	25
2.2.7 L'attività di <i>Reporting</i> .....	26
2.2.8 Il Coordinamento tra Piano della Performance e Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza .....	27
2.2.9 Il Sistema Premiante e il Regolamento Aziendale sulla Performance .....	27
2.2.10 Gli Obiettivi Aziendali .....	28
2.2.11 Obiettivi Generali e Regionali / Salute .....	29
2.2.12 La Coerenza con la Programmazione Economico-Finanziaria e di Bilancio .....	34
2.3 Sottosezione di Programmazione: Rischi Corruttivi e Trasparenza .....	35
Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano .....	90
3.1 Sottosezione di Programmazione: Struttura Organizzativa .....	90
3.1.1 Livelli di Responsabilità Organizzativa .....	93
3.2 Sottosezione di Programmazione: Organizzazione del Lavoro Agile .....	95
3.2.1 Condizioni e Fattori Abilitanti .....	97
3.2.2 Modalità Attuative .....	99
3.3 Sottosezione di Programmazione: Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale .....	100
3.3.1 Programmazione Strategica delle Risorse Umane .....	102
3.3.2 Strategie di Copertura del Fabbisogno .....	105
3.3.3 Formazione del Personale e Rilevazione dei Bisogni Formativi .....	106
Sezione 4: Monitoraggio .....	107

## ACRONIMI E SIGNIFICATI

Inizialmente, attesa la natura Informativa del documento, si ritiene opportuno descrivere in estrema sintesi il significato degli acronimi e delle espressioni a valenza tecnica, impiegati nel corso del documento:

- P.I.A.O.: Piano Integrato delle Attività e di Organizzazione (ovvero, il presente documento);
- D. Lgs.: Decreto Legislativo;
- D. L.: Decreto Legge;
- U.O.C.: Unità Operativa Complessa. Sono le Unità organizzative che compongono l'Azienda;
- U.O.S.: sono articolazioni interne delle U.O.C.;
- Stakeholders: si intende il gruppo di individui che ha interesse all'andamento dell'Azienda in quanto i risultati degli obiettivi della stessa o, in generale, della sua attività incidono direttamente o indirettamente su detto gruppo;
- Performance: si intende il contributo che un soggetto (unità organizzativa o gruppo d'individui o singolo) fornisce per il raggiungimento di obiettivi stabiliti dall'Amministrazione in cui opera;
- Performance Organizzativa: ci si riferisce ai risultati ottenuti dall'Azienda nel suo complesso o dalle sue articolazioni aziendali, rispetto agli obiettivi;
- Performance Individuale: in questo caso, ci si riferisce ai risultati ottenuti dai singoli rispetto agli obiettivi assegnati a ciascuno;
- Ciclo di Gestione della Performance: rappresenta il processo posto in essere dall'Amministrazione per la definizione degli obiettivi e per i piani di attività ad essi legati, compreso il monitoraggio durante l'annualità di riferimento;
- Misurazione della Performance: consiste nella attività di verifica dei risultati, attraverso cui si misurano (quantificano) gli scostamenti dei primi rispetto agli obiettivi prefissati;
- Valutazione della Performance: rappresenta la attività di analisi ed interpretazione dei valori misurati che tiene conto dei fattori che possono avere determinato l'allineamento o lo scostamento rispetto ai target, ovvero agli obiettivi da raggiungere;
- Rendicontazione sulla Performance: attività di rendiconto, a beneficio degli Stakeholder, dei cittadini in generale e degli organi di indirizzo politico-amministrativo (Assessorato della Salute), circa i risultati dell'attività di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda, delle sue articolazioni e dei singoli dipendenti;
- Indicatore: sono gli elementi che si utilizzano per avere le informazioni e/o i dati necessari per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi e dunque per poter misurare e valutare la Performance;
- Input / Output / Outcome: il primo termine inglese identifica i dati, le informazioni e le risorse che sono immesse dall'Azienda nella fase iniziale di un processo, finalizzato alla erogazione di un proprio servizio. Il secondo termine identifica cosa e/o quanto è stato "creato" (prodotto) alla fine del processo / attività. Il terzo, invece, fa riferimento al risultato finale, ovvero all'effetto o all'impatto creato dalle attività aziendali sugli Stakeholders e non solo;

- **Valore Pubblico:** costituisce l'obiettivo ultimo / finale della Pubblica Amministrazione chiamata a realizzarlo. In definitiva, si riferisce all'innalzamento del benessere collettivo sotto i diversi aspetti: sociale, economico, ambientale, sanitario etc. che ogni Pubblica Amministrazione deve perseguire nello svolgimento delle attività di competenza.

## PREMESSA

L'articolo 6 del decreto-legge 09/06/2021 n.80, *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*, convertito con modificazioni dalla legge del 6 agosto 2021, n.113, ha introdotto per le PP.AA. l'obbligo di adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, **"Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)"**, quale nuovo strumento di pianificazione integrata e di *governance* delle attività di competenza. Quest'ultimo termine, risulta prorogato all'Anac al 31 marzo di questa, giusta comunicato del 24.01.2023.

La finalità del documento in questione, come precisato dal c.1, del citato art. 6, è quello di *"...assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e **migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso**"*.

In definitiva, nell'ottica del Legislatore, il Piano Integrato rimane uno strumento funzionale alla generale re-impostazione delle attività della Pubblica Amministrazione che, come più sopra precisato, dovrà essere diretta a *"migliorare la qualità dei servizi ai cittadini"*, ovvero allo *"innalzamento del livello di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario della collettività"*, quale obiettivo posto a fondamento di dette attività, da perseguire in un'ottica complessiva di semplificazione.

Tale obiettivo risulta poi - fra l'altro - sintetizzato dal Regolamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, n. 132 del 30.06.2022, nel concetto di **"Valore Pubblico"** alla cui creazione dovrà essere finalizzata l'azione di competenza della P.A. e, nel caso di specie, delle aziende sanitarie che sono ora chiamate, come precisato nel DPR n. 81 del 24.06.2022, a ricomprendere nel nuovo Documento (il PIAO), una serie di piani e di adempimenti che rimangono, per ciò, in esso assorbiti ed integrati fra loro, fino ad oggi predisposti distintamente, vale a dire:

- il Piano della Performance, con indicazione degli obiettivi strategici ed operativi;
- il Piano del Lavoro Agile;
- il Piano triennale del fabbisogno del Personale;
- il PTPCT, ossia il Piano di Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza.

Gli indirizzi dettati dalla competente Autorità, ai fini dell'elaborazione del Piano, suggeriscono una suddivisione dello stesso in 4 sezioni: **1.** Scheda Anagrafica dell'Amministrazione; **2.** Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, con relative sottosezioni; **3.** Organizzazione e Capitale

Umano e relative sottosezioni; **4. Monitoraggio.**

Il presente documento sarà, dunque, articolato secondo tali indicazioni e le altre desumibili dalla Linee guida del citato Dipartimento del 06.12.2021, con le ulteriori informazioni che si ritengono utili in rapporto alle peculiarità dell'Arnas Garibaldi.

**Rimane da precisare che** l'odierno Documento Programmatico - da predisporre su base triennale con aggiornamento annuale - viene elaborato in un contesto operativo che registra, da una parte, il recente insediamento del nuovo governo regionale e, dall'altra, la proroga delle Direzioni strategiche del s.s.r., nelle more della scelta della nuova *governance* aziendale.

Lo stesso documento, pertanto, potrà essere oggetto di rimodulazione / revisione dopo l'elaborazione del piano sanitario regionale e la connessa assegnazione dei relativi obiettivi strategici e di mandato da parte dell'Assessorato della Salute.

Il Presente P.I.A.O. è reso disponibile sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" sotto sezione "*Piano Integrato di Attività e di Organizzazione*" direttamente raggiungibile attraverso il seguente link:

<https://www.ao-garibaldi.ct.it/trasparenza/default.aspx?obligation=337&title=Piano-Integrato-di-Attivit%c3%a0-ed-Organizzazione>

## Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione

<b>DENOMINAZIONE</b>	<i>Azienda Ospedaliera di Alta Specializzazione e di Rilievo Nazionale «Garibaldi» di Catania</i>
<b>INDIRIZZO</b>	<i>Piazza Santa Maria di Gesù, 5- 95124 Catania</i>
<b>SITO INTERNET AZIENDALE</b>	<i>www.ao-garibaldi.catania.it</i>
<b>TELEFONO</b>	<i>095 / 7591111</i>
<b>PEC</b>	<i>protocollo.generale@pec.ao-garibaldi.ct.it</i>
<b>IPA (Indice Pubbliche Amministrazioni)</b>	<i>Codice: aorn_087</i>

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) "Garibaldi" è stata formalmente costituita con Legge Regionale n.5 del 14 aprile 2009 (art. 8) ed è stata attivata a decorrere dal 1° settembre 2009, giusta Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 337 del 31.08.2009.

L'Azienda, dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, quale ente erogatore di servizi di natura sanitaria è chiamata ad assicurare l'accoglienza, il conforto umano ed il trattamento clinico - assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza\urgenza o in quanto portatrici di bisogni di salute in fase acuta, nonché di patologie ad alta complessità o croniche o inguaribili.

Ai sensi dell'art. 5 della L. R. 5/2009, l'Azienda ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale". La sede legale è fissata in Catania, con indirizzo in Piazza S.M. del Gesù, 5 ed il codice fiscale/ partita IVA dell'Azienda è il seguente: 04721270876.

Il logo Aziendale è quello di seguito raffigurato:



**L'Azienda è costituita da due Presidi Ospedalieri:**

- **"Garibaldi-Nesima"**, collocato nella parte nord della città di Catania, in via Palermo n. 636;
- **"Garibaldi-Centro"**, situato invece in pieno centro cittadino, in Piazza S. Maria di Gesù n. 5, ove è fissata la sede legale e dove insistono - anche - gli Uffici Amministrativi e Tecnici.

✓ **IL P.O. GARIBALDI-NESIMA**, fra le altre specializzazioni, è sede del Dipartimento Oncologico di Terzo livello. Le prestazioni sanitarie oncologiche erogate dalle strutture afferenti al Dipartimento si caratterizzano per multidisciplinarietà, complessità e peculiarità oncologica, con collaborazioni nel campo della ricerca e della formazione.

Inoltre, è sede del Dipartimento Materno-Infantile con la presenza del Pronto Soccorso Ostetrico e del Pronto Soccorso Pediatrico, e di tutte le altre discipline medico-chirurgiche, di media ed elevata specialità, che ne caratterizzano l'attività;

✓ **IL P.O. GARIBALDI-CENTRO** accoglie il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (D.E.A. di II Livello), che ne identifica la vocazione, con le relative strutture medico - chirurgiche ed i servizi di supporto, quali, tra le altre, le Unità Operative di Cardiologia, Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza, Neurochirurgia, Rianimazione, Medicina Trasfusionale e Neurologia con Stroke.

Nel complesso, quindi, l'Azienda Garibaldi si posiziona in relazione alle attività istituzionali svolte in ambito oncologico, materno- infantile e nell'area dell'emergenza - urgenza, oltre che nel campo delle elevate specialità medico-chirurgiche che concorrono a qualificarla quale «A.R.N.A.S.» e ad assegnarle un ruolo centrale nell'ambito della programmazione sanitaria regionale.

Entrambi i Presidi, alla data del 28 febbraio 2023, hanno una dotazione di posti letto totale pari a n. 561, così come in dettaglio:

<b>Presidio Ospedaliero</b>	<b>PL Regime Ordinario</b>	<b>PL Regime DH/DS</b>	<b>PL Lungodegenza</b>	<b>PL COVID</b>	<b>Posti Letto Totali</b>
<b>Garibaldi - Centro</b>	143	15	11	16	185
<b>Garibaldi - Nesima</b>	329	37	4	6	376
<b>Totale</b>	472	52	15	22	561

Accessi	Pronto Soccorso Generale				Pronto Soccorso Ostetrico				Pronto Soccorso Pediatrico			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Codice bianco	1.712	860	555	652	514	609	536	252	1.113	667	590	643
Codice verde	33.867	25.287	28.574	29.480	11.342	9.758	10.653	11.145	30.430	14.775	19.370	28.090
Codice giallo	28.611	16.095	13.089	9.612	1.002	955	1.036	713	2.629	1666	2.048	1098
Codice rosso	2.260	1.636	1.799	1.377	3	4	6	6	12	11	15	11
<b>Totale 12 mesi</b>	<b>66.450</b>	<b>43.878</b>	<b>44.017</b>	<b>41.121</b>	<b>12.861</b>	<b>11.326</b>	<b>12.231</b>	<b>12.116</b>	<b>34.184</b>	<b>17.119</b>	<b>22.023</b>	<b>29.842</b>

Prestazioni	Pronto Soccorso Generale				Pronto Soccorso Ostetrico				Pronto Soccorso Pediatrico				
	Anno	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
<b>Totale 12 mesi</b>		<b>905.417</b>	<b>690.270</b>	<b>757.574</b>	<b>735.761</b>	<b>56.862</b>	<b>55.533</b>	<b>64.352</b>	<b>70.909</b>	<b>93.987</b>	<b>53.979</b>	<b>72.275</b>	<b>99.367</b>

#### Attività Ambulatoriale

	2020	2021	2022
Valore prestazioni	17.529.688	20.557.698	22.334.950
Numero prestazioni	1.189.262	1.385.091	1.468.548

#### INDICATORI DI ATTIVITA' OSPEDALIERI

ANNO 2022	Regime ORDINARIO						Regime DAY HOSPITAL				Regime DAY SERVICE		
	Ricoveri	Dimessi	Giornate degenza	Indice occup.	Degenza media	Casi chir.	Ricoveri	Accessi	Indice occup.	Casi chir.	Ricoveri	Accessi	Casi chir.
P.O. Garibaldi - Centro	3.889	3.703	42.111	75,11	10,83	1469	733	6.113	69,03	274	1.120	2.875	222
P.O. Garibaldi - Nesima	15.516	15.703	108.941	87,94	7,02	6.926	4.380	13.421	65,40	2.655	9.061	27.118	5.079
<b>Totale Azienda</b>	<b>19.405</b>	<b>19.406</b>	<b>151.052</b>	<b>83,93</b>	<b>7,79</b>	<b>8.395</b>	<b>5.113</b>	<b>19.534</b>	<b>66,55</b>	<b>2.929</b>	<b>10.181</b>	<b>29.993</b>	<b>5.301</b>

<b>DATI ECONOMICI</b>		<b>ARNAS GARIBALDI</b>			
<b>4° TRIMESTRE 2021_2022</b>					
<b>Produzione</b>	<b>ANNO 2021</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>Variazione assoluta</b>	<b>Variazione %</b>	
Ricoveri ordinari	€ 76.070.045	€ 78.008.631	€ 1.938.586	2,55%	
Ricoveri DH	€ 5.622.909	€ 7.038.089	€ 1.415.179	25,17%	
SDAO	€ 6.074.097	€ 6.972.606	€ 898.509	14,79%	
Prestazioni Ambulatoriali per esterni (Flusso C)	€ 20.560.385	€ 22.334.995	€ 1.774.610	8,63%	
Prestazioni Sanitarie a pagamento	€ 933.081	€ 702.276	-€ 230.805	-24,74%	
Ricavi per Cessione Sangue alle altre UU.OO. dell'Azienda	€ 2.163.873	€ 2.145.606	-€ 18.267	-0,84%	
<b>Totale produzione</b>	<b>€ 111.424.391</b>	<b>€ 117.202.202</b>	<b>€ 5.777.812</b>	<b>5,19%</b>	
<b>Rimborso farmaci</b>	<b>ANNO 2021</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>Variazione assoluta</b>	<b>Variazione %</b>	
Farmaci File T	€ 8.556.025	€ 10.218.876	€ 1.662.851	19,43%	
Farmaci File F	€ 29.945.661	€ 30.305.570	€ 359.908	1,20%	
<b>Totale rimborso farmaci</b>	<b>€ 38.501.686</b>	<b>€ 40.524.446</b>	<b>€ 2.022.759</b>	<b>5,25%</b>	
<b>TOTALE RICAVI</b>	<b>€ 149.926.077</b>	<b>€ 157.726.648</b>	<b>€ 7.800.571</b>	<b>5,20%</b>	

\*\*\*\*\*

## 1.1 Il Patrimonio

Il patrimonio dell'Azienda Garibaldi è costituito da tutti i beni mobili e immobili presenti nel libro cespiti ed in ogni altro documento previsto ai sensi della normativa vigente, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o in seguito ad atti di liberalità.

Tutte le informazioni relative al patrimonio sono pubblicate sul sito web istituzionale, nella sezione Amministrazione Trasparente \ Beni Immobili e Gestione del Patrimonio:

<http://www.ao-garibaldi.ct.it/servizi-e-attivit/amministrazione-trasparente/beni-immobili-e-gestione-del-patrimonio/>

\*\*\*\*\*

## 1.2 La Direzione Strategica

Il Legale rappresentante dell'Azienda è il **Direttore Generale** designato dalla Giunta di Governo regionale.

Quest'ultimo, a sua volta, per completare la Direzione Strategica, nomina il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario aziendale.

Nell'attuale periodo, pervenuto a scadenza il mandato triennale dei Direttori Generali delle Aziende del servizio sanitario regionale, nominati nell'anno 2019, gli stessi sono stati, dapprima, prorogati nelle funzioni fino al 31 dicembre 2022, quindi ulteriormente prorogati, quali Commissari Straordinari, fino al 30 giugno 2023, giusta D.A. n. 53 del 29.12.2022, successivamente rettificato con D.A. n. 1 del 02.01.2023.

\*\*\*\*\*

### 1.3 Il Contesto Territoriale e le Caratteristiche

Per la città di Catania "l'Ospedale Garibaldi" rappresenta uno dei principali e più attrattivi poli di attività sanitaria, complessivamente erogata nel territorio di "pertinenza, cui fanno ricorso anche un numero importante di utenti provenienti dalle altre provincie siciliane.

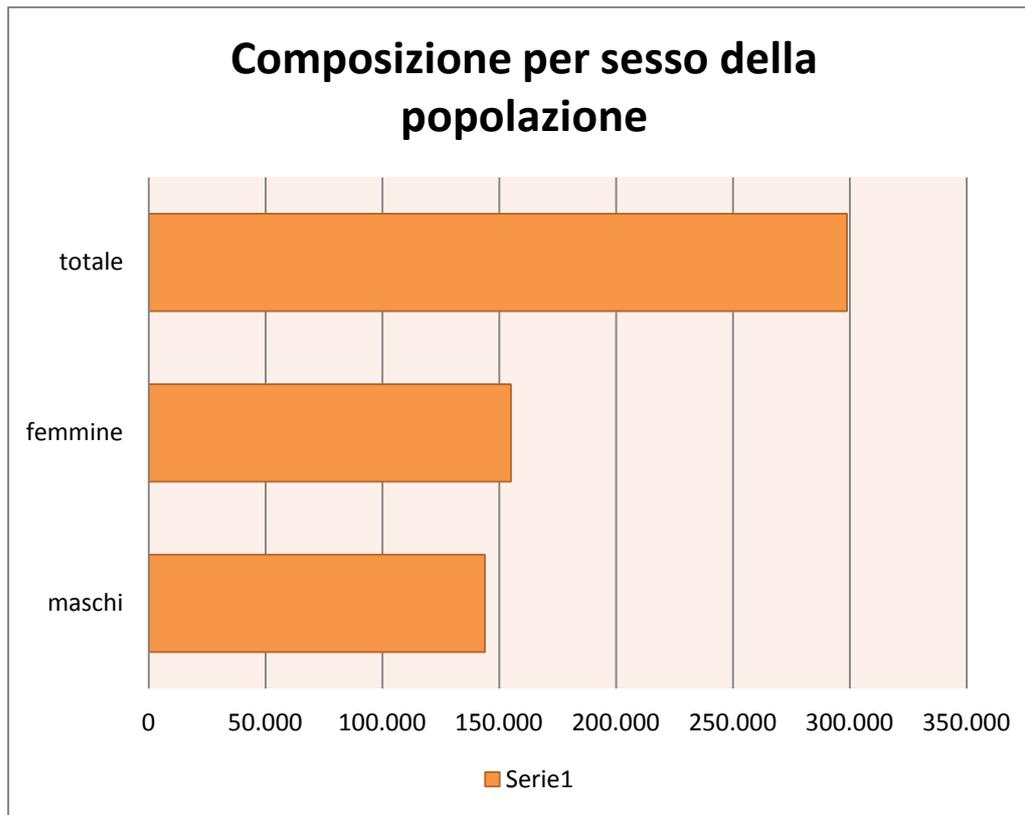
Al 31/12/2022, le **caratteristiche Demografiche** della provincia di Catania sono quelle rappresentate nelle tabelle riportate di seguito

Provincia	Numero Comuni	Popolazione residente	Superficie in Km <sup>2</sup>	Densità abitanti per Km <sup>2</sup>
Catania	58	1.072.249	3.574	302

Il contesto urbano della sola città di Catania conta su una popolazione residente di 298.762 abitanti (dato Istat provvisorio) al 31/12/2022. L'attuale struttura demografica, correlata al declino generalizzato della fecondità, è caratterizzata da un leggero, anche se costante, decremento della popolazione residente (ad eccezione dell'anno 2020)

Popolazione totale al 31/12/2019	Popolazione totale al 31/12/2020	Popolazione totale al 31/12/2021	Popolazione totale al 31/12/2022	Variazione 2021-2022	Variazione % 2021-2022
296.266	300.356	298.324	298.762	+ 438	+ 0,15

La struttura demografica, inoltre, risulta caratterizzata da una prevalenza (costante da diversi anni) della componente femminile rispetto a quella maschile.



La più ampia incidenza demografica è ravvisabile nella fascia di età che va tra i 15 anni e i 64 anni, corrispondente al 62,93% della popolazione residente.

In termini di impatto sul sistema sanitario locale va evidenziato l'incremento costante della percentuale di popolazione appartenente alla fascia degli over 65 anni, che determina un maggior ricorso ai servizi sanitari.

Gli abitanti con più di 65 anni, infatti, sono passati da 64.200 a 68.350, tra il 2015 e il 2022, con un conseguente incremento del relativo indice di vecchiaia (32,2 anni in più rispetto al 2010).

Quest'ultimo aspetto ha determinato una età media della popolazione residente anch'essa crescente, pari a 44,8 anni (2,7 anni in più rispetto al 2010), che, come detto, costituisce una delle cause del maggior ricorso ai servizi sanitari.

\*\*\*\*\*

## Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

### 2.1 Sottosezione di Programmazione: Valore Pubblico

Attesa la natura informativa dell'odierno Documento, è opportuno soffermarsi brevemente sull'elemento del "**Valore Pubblico**" in epigrafe, con cui il Legislatore ha ridisegnato il "*Paradigma di Valutazione dell'azione Pubblica*" (ovvero delle Performance della stessa) già attraverso le Linee Guida 2017 - 2019 attraverso le quali il Dipartimento della Funzione Pubblica ha indirizzato l'attività della Pubblica Amministrazione verso un nuovo modello di *governance* teso al "*miglioramento del livello di benessere economico, sociale, ambientale*" (in cui si sostanzia il Valore Pubblico) a beneficio della collettività.

La crisi determinata negli ultimi anni dalla nota emergenza sanitaria da Covid-19, ha reso ineludibile ed urgente la necessità di dotarsi di nuovi modelli di *governance*, in grado di rispondere all'obiettivo fondamentale rappresentato dalla creazione del Valore in questione (ad esito delle attività e delle azioni di competenza), funzionale ai fini della "*Ripresa*" ed alla "*Resilienza*" sociale prefigurata dal relativo Piano Nazionale (PNRR) che rappresenta, contestualmente, un'occasione di accelerazione del cambiamento organizzativo fondato, anche, sulla semplificazione e la digitalizzazione dei processi.

Da ciò, l'esigenza di finalizzare la programmazione delle attività delle aziende sanitarie - in termini di Performance Istituzionali, Organizzative ed Individuali - nella direzione dell'innalzamento del benessere sanitario in favore della collettività.

A tal fine, l'Assessorato regionale della Salute e l'Agendas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) elaborano una serie di macro-obiettivi proiettati sul lungo periodo, ciclicamente assegnati alle aziende del servizio sanitario regionale, che costituiscono lo strumento strategico diretto a dare concretezza al Valore Pubblico programmato.

L'Azienda, a sua volta, provvede ad articolare i suddetti macro-obiettivi strategici - integrati con altri della stessa natura, in rapporto allo specifico mandato istituzionale ed alle esigenze del contesto di riferimento - in obiettivi di natura operativa, di breve periodo, volti a determinare "l'impatto" programmato sulla comunità in termini di assistenza e qualità dei servizi, senza trascurare le misure in grado di diminuire le possibilità che si realizzi erosione del Valore in questione, atteso che, come è stato osservato, "*Solo attraverso una gestione integrata delle leve di creazione e delle leve di protezione è possibile generare Valore Pubblico*".

A tutto ciò è dunque ispirato il presente Piano Integrato.

\*\*\*\*\*

Tanto precisato, in questa sottosezione si provvede a definire: **a)** i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici, in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria; **b)** le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; **c)** l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le procedure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati, dall'Agenda Digitale, sulla base degli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti.

#### ➤ **A) RISULTATI ATTESI IN TERMINI DI OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI**

La *mission* dell'ARNAS "Garibaldi", in quanto azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, ad alto livello di specializzazione, è quella di garantire ai cittadini i più elevati livelli di salute possibili nel territorio di riferimento. A tal fine:

- ⇒ **assicura** il perseguimento di obiettivi di salute, definiti dalla programmazione sanitaria regionale, funzionali alla realizzazione di "Valore Pubblico", quale miglioramento del livello di benessere sanitario della comunità di riferimento;
- ⇒ nel contesto, **assicura** la centralità del paziente, prestando attenzione al servizio erogato come valore aggiunto della componente tecnico-professionale e parte integrante e sostanziale della prestazione stessa;
- ⇒ **garantisce** ai pazienti ed ai loro familiari ascolto, informazione, conforto e facilità di accesso, fisico e digitale;
- ⇒ **valorizza** ed integra le competenze, sviluppando conoscenze ed abilità tecnico-professionali, organizzative e direzionali;
- ⇒ **valorizza** la gestione per percorsi assistenziali e clinici.

Per la realizzazione della propria *mission* l'Azienda intende perseguire una serie di macro-obiettivi (*vision*), a partire da quelli descritti nel proprio Atto Aziendale, in funzione della realizzazione di quelli di Valore Pubblico (sanitario, sociale, economico e ambientale) posti a fondamento dell'intera attività.

Fra essi, durante il triennio 2023-2025, l'Azienda intende proseguire nell'implementazione dei seguenti Obiettivi che, sotto la dimensione del Valore Pubblico, si descrivono in maniera aggregata:

<b>Obiettivi</b>  <b>Valore Pubblico</b>	<b>Risultati Attesi</b>	<b>Target</b>  <b>2023-2025</b>
<b>1. Tempestività e Appropriatelyzza rispetto ai Bisogni di Salute del cittadino / Utente</b>  <b>(Benessere Sanitario)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione del Linee Guida di cui al D.A. 1584/2018 per la gestione del sovraffollamento e del fenomeno del boarding nei PP.SS. dell'Azienda per migliorare la tempestività e l'appropriatezza della risposta sanitaria alle esigenze degli utenti.</li> <li>• Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa (prenotazioni / erogazione) previsti dal Piano Nazionale e dal Piano Regionale 2019 - 2021.</li> <li>• Garantire l'accesso alle prenotazioni ed alle prestazioni richieste in maniera equa e tempestiva, nel rispetto dei previsti codici di priorità.</li> <li>• Piano Nazionale Esiti: 1. Colicistectomia Laparoscopica; 2. Frattura Femore over 65; 3. Parti Cesarei.</li> </ul>	<p>Diminuzione del tempo medio di permanenza registrato nell'anno precedente.</p> <p>Rispetto tempi di attesa (secondo i codici di priorità) sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri programmati.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimissione dei pazienti dopo intervento di Colicistectomia per via Laparoscopica entro giorni 0 - 3 dall'intervento;</li> <li>2. Intervento su pazienti over 65 affetti da frattura del femore entro giorni 2 dal ricovero;</li> <li>3. Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su donne non precesarizzate.</li> </ol>
<b>2. Sviluppo e Innovazione. Sistemi di Supporto</b>  <b>(Benessere Sanitario / Sociale)</b>	<p>Incremento degli investimenti nel campo informatico e digitale finalizzati al miglioramento della qualità di tutti i servizi dell'Azienda ed a facilitare la fruibilità degli stessi da parte dei cittadini più fragili.</p> <p>Evoluzione dei sistemi di interazione con gli assistiti.</p> <p>Implementazione sistemi di accoglienza.</p>	<p>Avvio, sviluppo e messa a regime.</p>
<b>3. Ammodernamento Strutture Edilizie</b>  <b>(Benessere Sanitario / Sociale / Ambientale)</b>	<p>Realizzazione di nuove Strutture edilizie in grado di innalzare il livello qualitativo, sotto l'aspetto del confort, dell'accessibilità, della tempestività della risposta sanitaria e della sicurezza a beneficio degli utenti: Riqualficazione del Complesso Ospedaliero Garibaldi Centro di Catania. Avvio delle attività per la realizzazione II Plesso.</p>	<p>2023: Aggiudicazione servizi di Ingegneria.</p> <p>2024: Avvio dei lavori.</p>
<b>4. Equilibrio di Bilancio</b>  <b>(Benessere Economico / Sociale)</b>	<p>Il rispetto dell'equilibrio di Bilancio, essenziale per la sostenibilità delle azioni dell'Azienda ai fini della realizzazione degli obiettivi e per la verifica dell'eventuale erosione di Valore Pubblico.</p>	<p>Equilibrio di Bilancio</p>

\*\*\*\*\*

➤ **B. OBIETTIVI ED AZIONI FINALIZZATE A REALIZZARE LA PIENA ACCESSIBILITA', FISICA E DIGITALE, ALLE AMMINISTRAZIONI DA PARTE DI TUTTI I CITTADINI.**

✓ **b.1 Obiettivi accessibilità digitale**

L'Arnas Garibaldi aderisce al Programma regionale di intervento denominato "Sanità Digitale della Regione Siciliana". Tale programma, in corso di sviluppo, in coerenza con gli investimenti previsti dal "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR), prevede la realizzazione di obiettivi finalizzati all'innalzamento del livello del benessere sanitario e sociale a beneficio dei cittadini utenti e degli *Stakeholder* in generale.

Detto programma, infatti, stabilisce non tanto la semplice informatizzazione / digitalizzazione dei processi, bensì, un reale ripensamento di come i servizi sanitari vengano fruiti da cittadini e pazienti ed erogati dai professionisti sanitari.

<b>Obiettivo Strategico</b>	<b>Risultati Attesi</b>	<b>Target</b>	<b>Responsabilità</b>
<b>Sviluppo e Innovazione in ambito tecnologico e dei sistemi ICT.</b>  <b>PNRR</b>	Implementazione delle infrastrutture di comunicazione sia locali (Lan) che geografiche (Wan) mediante avvio dei Piani Operativi per le centrali telefoniche e dei piani esecutivi relativi alle reti locali.	<b>2023:</b> Completamento e messa a regime degli Interventi.	UU.OO.  Sistemi Informatici / Tecnico / Provveditorato
<b>Reingegnerizzazione e / Digitalizzazione dei Processi</b>  <b>P.N.R.R.</b>	Ammodernamento Parco Tecnologico e Digitale Ospedaliero (Missione 6 PNRR).  Digitalizzazione Strutture Ospedaliere DEA di Livello I e II.  Sistema Informatico ed Informativo Integrato Gestione dei Processi sanitari medico assistenziali Aziendali - SIO. Implementazione nuovo SIO: <i>(F.S.E.; Cartella Clinica Informatizzata; informatizzazione PDTA; dematerializzazione documentazione sanitaria e Amministrativa; interoperabilità tra i sistemi informativi aziendali con quelli regionali / nazionali.)</i>	<b>2023:</b> Completamento e messa a regime degli Interventi..	UU.OO.  Responsabile Transizione Digitale / Sistemi Informatici / Tecnico / Provveditorato
<b>Sistemi di Supporto agli Assistiti e</b>	Evoluzione dei Sistemi di interazione soprattutto in mobilità (app) e utilizzo dei sistemi di rilevazione (anche da remoto) dei	<b>2023:</b> Completamento e messa a regime degli	UU.OO.  Responsabile

<b>Visitatori</b>	parametri vitali e clinici. Implementazione sportelli automatici, Totem multifunzione, sistemi di accoglienza e tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.	Interventi..	Transizione Digitale / Sistemi Informatici / Tecnico / Provveditorato
-------------------	--	--------------	---

Può essere opportuno precisare che il precedente Obiettivo: *"Sviluppo e Innovazione in ambito tecnologico e dei sistemi ICT"*, rappresenta il presupposto per la corretta attivazione e sviluppo del successivo Obiettivo rappresentato dalla *"Reingegnerizzazione / Digitalizzazione dei Processi"*, fondato essenzialmente sullo sviluppo del SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) nel cui ambito sono ricompresi sotto obiettivi rappresentati, fra gli altri, da

<b>Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)</b>	Garantisce la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale - da parte degli assistiti e degli operatori - ai servizi ed alla propria storia sanitaria. Funzioni Chiave: <b>1.</b> punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione dei servizi essenziali erogati dal servizio sanitario; <b>2.</b> base dati per i professionisti sanitari contenenti informazioni cliniche omogenee che includono la storia clinica del paziente; <b>3.</b> strumento per le aziende sanitarie per l'utilizzo delle informazioni cliniche per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi.
<b>Piattaforma di Interoperabilità</b>	Garantisce l'alimentazione del FSE per consentire agli Stakeholder del sistema sanità l'uso e la condivisione dei documenti e dei dati clinici strutturati all'interno delle Aziende Sanitarie.
<b>Servizi di Sanità Digitale</b>	Parte del programma che prevede la realizzazione di una piattaforma regionale multicanale che faciliti l'ingaggio ed il coinvolgimento dei cittadini nella tutela e cura della propria salute.
<b>Sicurezza Informatica</b>	Nel garantire la sicurezza informatica delle Aziende, l'obiettivo tende alla raccolta del consenso informato da parte dei cittadini ed a rendere più efficiente la gestione del rischio clinico e assicurativo..

Ai fini della realizzazione delle azioni funzionali al programma di cui si discute, l'Azienda con deliberazione n. 785 del 8.06.2022, ha designato il proprio Referente Unico per la Sanità Digitale, già individuato, con deliberazione n. 327 del 23.03.2021, quale Responsabile per la "Transizione Digitale"

\*\*\*\*\*

## ✓ **b.2 Obiettivi accessibilità fisica**

Gli obiettivi in considerazione, come i precedenti, costituiscono lo strumento strategico diretto alla realizzazione degli obiettivi di Valore Pubblico, di cui al punto A di questa sezione.

Ci si limita in questa sede alla individuazione dell'obiettivo concernente la riqualificazione del P.O. di Nesima, particolarmente finalizzato al miglioramento dell'accessibilità e fruibilità dello stesso.

Obiettivo Strategico	Risultati Attesi	Target	Responsabilità
<p><b>Riqualificazione Ambientale del P.O. di Nesima</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi di Manutenzione per la riqualificazione complessiva finalizzata al miglioramento dell'accessibilità e fruibilità delle strutture.</li> <li>• Miglioramento della segnaletica e individuazione dei percorsi interni per aree cromatiche.</li> <li>• Realizzazione ed Integrazione dei percorsi di collegamento a seguito della prossima attivazione della fermata della Metropolitana all'interno dell'area del P.O. di Nesima</li> </ul>	<p><b>2023 / 2024</b> Completamento e messa a regime dei percorsi di collegamento fra l'uscita pedonale della Metropolitana ed il P.O. Nesima.</p>	<p>UU.OO.  Tecnico / Provveditorato</p>

\*\*\*\*\*

## 2.2. Sottosezione di Programmazione: Performance

In questa parte del documento si descrive il Piano Triennale della Performance dell'Azienda, con particolare indicazione degli obiettivi strategici 2023 - 2025 ed operativi per l'annualità corrente.

In proposito, occorre delineare il contesto in cui si inserisce il suddetto Piano Triennale, con declinazione annuale, caratterizzato dalla scadenza di mandato dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie siciliane, prorogati nelle funzioni, come già precisato al precedente punto 1.2, fino al prossimo mese di giugno.

Si dà atto, pertanto, che il Piano delle Performance 2023-2025 descritto nel prosieguo di questo documento viene adottato nella descritta fase di cambiamento e nelle more dell'emanazione delle regole di sistema da parte delle competenti strutture regionali, per l'anno 2023.

Ciò premesso, il Piano della Performance, ai sensi del D. Lgs 150/2009 e s.m.i., rappresenta il documento programmatico all'interno del quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, l'Azienda Ospedaliera (A.R.N.A.S.) "Garibaldi" di Catania coerentemente alle linee strategiche declina su base triennale

obiettivi, indicatori e risultati attesi sui quali si fonda la misurazione e la valutazione dei risultati ottenuti (Performance) dalle strutture assegnatarie, dai singoli dipendenti e dall'Azienda nel suo complesso, che sarà oggetto di rendicontazione in sede di Relazione sulla Performance.

Con l'adozione del Piano, l'Azienda si dota di uno strumento idoneo a fornire informazioni sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, rendendo così più trasparente la successiva rendicontazione del proprio operato a beneficio degli *stakeholders*.

\*\*\*\*\*

---

### 2.2.1 Il Sistema degli Obiettivi

---

Ai sensi dell'articolo 5 del D.Lgs 150/2009 e s.m.i., gli obiettivi delle Aziende Sanitarie si articolano in **a) obiettivi generali**, *che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali...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;* **b) obiettivi specifici** *di ogni pubblica amministrazione, individuati...nel Piano della Performance...*

Secondo le ulteriori previsioni della stessa norma, **gli obiettivi generali** sono determinati con **apposite Linee Guida** adottate su base triennale con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, mentre gli **obiettivi specifici** sono programmati, in coerenza con gli obiettivi generali, su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, *dagli organi di indirizzo politico-amministrativo sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative*". ... in coerenza con gli obiettivi di bilancio. Il loro conseguimento costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa.

Ai sensi del comma 2, lett. c) dello stesso articolo, gli obiettivi *"sono tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi"* (Benessere Sanitario / Valore Pubblico).

Ora, nelle more dell'emanazione delle Linee Guida per la definizione degli "Obiettivi Generali", il punto di partenza del processo rimane costituito, a livello territoriale, dalla programmazione prevista dal Piano Sanitario regionale con cui si definiscono le linee politiche, organizzative ed amministrative di tutela e di promozione della salute della collettività, con riferimento alle aree prioritarie di intervento ed ai livelli essenziali di assistenza da assicurare nel triennio di validità del Piano.

In coerenza con tale piano, vengono individuati dalla Regione Sicilia ed assegnati alla Direzione Generale dell'Azienda i relativi obiettivi strategici e generali (o di mandato).

Definiti gli obiettivi, da parte del *Commitment* politico, l'Azienda provvede all'articolazione di essi traducendoli in obiettivi operativi che assegna ai Responsabili delle diverse Unità Operative aziendali, tenendo conto della diversa competenza di ciascuna, della quota di rilevanza rispetto ai bisogni della collettività (outcome) e dell'orizzonte temporale di riferimento.

In proposito, è utile precisare che gli **obiettivi strategici**, che hanno riguardo al mandato della Direzione ed alla missione dell'Azienda, sono assunti con riferimento ad un arco temporale pluriennale (tre anni) corrispondente alle previsioni della programmazione regionale sanitaria.

Tali obiettivi, di promanazione regionale, sono integrati dagli ulteriori definiti dall'Azienda in rapporto alle specifiche necessità ed assumono particolare rilevanza rispetto alle priorità "politiche" dell'amministrazione e, più in generale, rispetto ai bisogni ed alle attese degli *stakeholder* ed alla missione istituzionale.

**Gli obiettivi operativi**, invece, sono obiettivi di breve periodo - solitamente un anno - in quanto declinano l'orizzonte strategico nell'ambito dei singoli esercizi.

Per ogni obiettivo, sia esso strategico od operativo, vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target*, al fine di consentire la misurazione e la valutazione dei risultati ottenuti, ovvero della Performance.

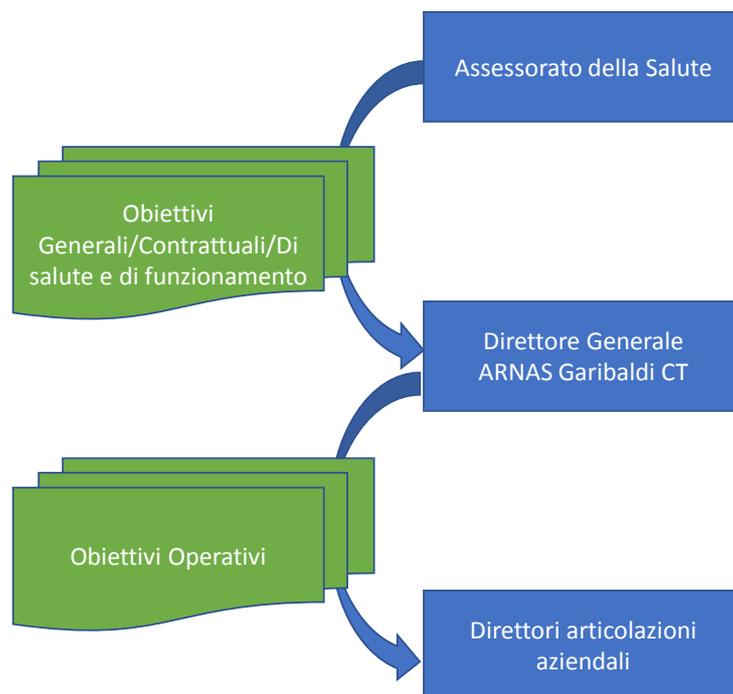
Il sistema obiettivi, secondo lo schema delineato, individua un meccanismo "a cascata" che, partendo dal Livello Politico (superiore), attraverso la programmazione manageriale di ambito aziendale, giunge fino ai Dipartimenti ed alle singole Unità Operative che, nel concreto, gestiscono le azioni e le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi in parola. Ciò fa sì che ad ogni livello dell'organizzazione possa svolgersi la funzione di gestione, monitoraggio, misurazione e valutazione dei risultati ottenuti, intervenendo ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità e/o l'opportunità per la modifica o integrazione degli obiettivi medesimi, in rapporto alle situazioni di contesto ovvero delle mutate esigenze dei bisogni assistenziali nell'ottica della loro migliore soddisfazione.

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

Ad essi, come più sopra detto, l'Azienda potrà aggiungerne altri (strategici, di lungo periodo, ed operativi, di breve periodo) in funzione del contesto specifico in cui opera, ovvero delle ulteriori assegnazioni da parte dell'articolazione regionale competente, in corso d'anno.

Mentre i primi, sub a), (contrattuali generali) sono riferiti al mandato del Direttore Generale e comportano, in caso di mancato conseguimento, la decadenza automatica dello stesso, ai sensi della L.R. 5/2009; i secondi, sub b), (di salute e di funzionamento dei servizi) oltre che rappresentare gli obiettivi di lungo periodo (strategici), sono anche correlati all'attribuzione dell'indennità da corrispondere in proporzione al livello di raggiungimento degli stessi, con il limite minimo del 60% che, se non conseguito, comporterà, ancora una volta, la decadenza del Direttore Generale prevista dalla citata legge, giusta art. 20, comma 6.

Lo schema può rappresentarsi come segue:



\*\*\*\*\*

## 2.2.2 Fasi, Soggetti e Tempi del Piano. Mappa della Performance

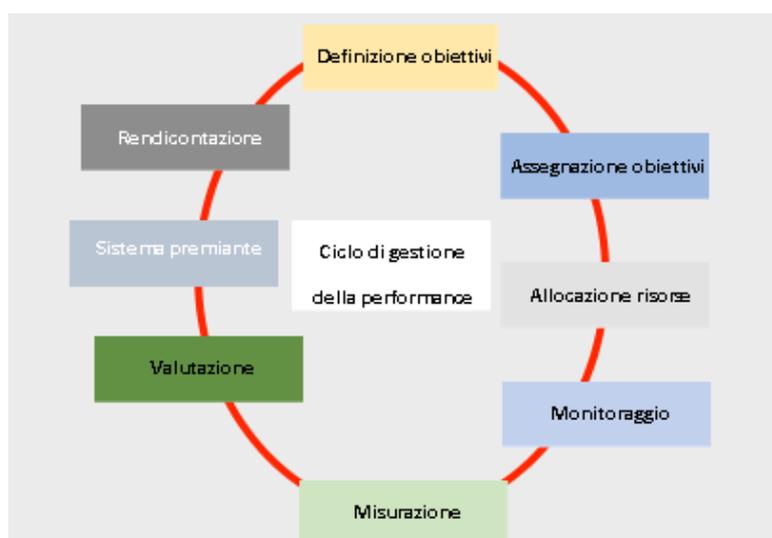
Dopo la fase precedente, al punto 2.2.1, l'Azienda provvede ad articolare al proprio interno gli obiettivi assegnati dall'Assessorato declinandoli alle proprie articolazioni sulla base, appunto, dei diversi livelli organizzativi, del livello di rilevanza rispetto ai bisogni della collettività (outcome) e dell'orizzonte temporale di riferimento. A tal fine, predispone il relativo Piano della Performance che oggi rappresenta una sezione dell'odierno Piano Integrato nell'ambito del più ampio, complessivo, processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il presente P.I.A.O., dunque, rappresenta lo strumento che dà avvio al "*Ciclo di Gestione della Performance*", così come previsto dal D. Lgs 150/2009, che si conclude al termine dell'annualità dopo la misurazione e valutazione dei risultati connessi agli obiettivi, con il riconoscimento degli incentivi economici e l'applicazione degli altri istituti premiali previsti dai cc.nn.ll. di categoria in favore del personale. Tali risultati sono oggetto di rendicontazione nella prevista "*Relazione sulla Performance*" che costituisce il presupposto indefettibile ai fini della erogazione dei suddetti incentivi.

L'attuale Piano Integrato, aggiornato annualmente, è formalmente adottato dalla Direzione Strategica e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda.

Complessivamente, il Ciclo di Gestione in parola rimane articolato nelle seguenti fasi:

- 1) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- 2) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- 3) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- 4) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- 5) 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;
- 6) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito.



---

### 2.2.3 Il Processo di *Budgeting*

---

Chiuso il ciclo della Performance 2022, fortemente condizionato dagli effetti determinati dal noto periodo di emergenza sanitaria, il Ciclo relativo alla corrente annualità, nel rispetto della tempistica prevista dal processo di *budgeting* avviato nel mese di febbraio, viene definito entro il mese di marzo, durante il quale si concludono normalmente le negoziazioni di budget fra la Direzione Strategica, i capi Dipartimento ed i Direttori delle singole Unità Operative.

Anche se, ad oggi, non sono stati delineati gli obiettivi strategici regionali, a motivo del recente insediamento del nuovo Governo regionale, la Direzione strategica ha comunque provveduto alla delimitazione degli stessi a livello aziendale.

Il suddetto processo rappresenta per l'Azienda il momento di traduzione dei programmi generali in obiettivi specifici di ogni singola struttura (Centro di responsabilità), correlati alle cosiddette "*variabili controllabili*" del sistema aziendale, quelle cioè che il destinatario del processo (in questo caso il dirigente responsabile) riesce a controllare e sulle quali, pertanto, egli potrà incidere.

Nell'ambito dello stesso processo, attraverso la produzione di reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamento dai programmi.

In ambito aziendale il processo in esame risulta così articolato:

**A.** Predisposizione dell'architettura base di supporto al processo di budget. Si tratta di una fase tecnica di competenza del Comitato di Budget che agisce sulla base delle indicazioni ricevute dalla Direzione Strategica;

**B.** Precompilazione delle schede di budget, ordinariamente presentate ai Responsabili delle diverse Unità Operative (o Centri di Responsabilità (C.d.R.), con le informazioni relative alla struttura, ai fini di un approfondimento di analisi sui dati di attività rilevati nell'ultimo biennio e sui dati di costo. Le schede descrivono gli obiettivi riconducibili alla specificità della struttura nonché una griglia di indicatori finalizzati alla misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi stessi;

**C.** Analisi dei dati e formulazione delle proposte da parte del Responsabile del C.d.R.. Durante questa fase viene avviato il processo negoziale attraverso il quale il responsabile della struttura:

- acquisisce la scheda di budget, ricevendo contestualmente, oltre alle informazioni "storiche" ed alle risorse a disposizione, anche gli indirizzi in termini di obiettivi specifici e relativi "misuratori";

- formula le proprie osservazioni e proposte che, ovviamente, dovranno sempre riflettere ed integrare gli obiettivi contenuti nella scheda in questione.

In questa fase, possono aver luogo appositi incontri fra i responsabili dei CC.DD.RR. e la Direzione aziendale per un esame congiunto e confronto su dati, obiettivi e proposte;

**D.** Valutazione delle proposte, da parte della direzione aziendale, ed accreditamento degli obiettivi, dei risultati attesi e dei relativi indicatori per la misurazione del grado di raggiungimento degli stessi;

**E.** Svolgimento delle sedute di negoziazione e sottoscrizione delle schede per Dipartimento.

Il processo di cui si discute, che per scelta direzionale si sviluppa sotto una forte guida della Direzione aziendale, risponde alla natura negoziale dello stesso. Gli obiettivi assegnati alle singole strutture, infatti, rappresentano il frutto di un percorso di condivisione ed "accordo", anche sulla scorta dei cc.nn.ll. di categoria e della disciplina generale di riferimento. Lo stesso, da anni in uso nell'Azienda Garibaldi, adattato alle linee guida elaborate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, è svolto nel dialogo costante con l'Organismo Indipendente di Valutazione con il supporto del quale l'Azienda ha provveduto alla modifica del Regolamento aziendale delle Performance.

\*\*\*\*\*

---

#### **2.2.4 La Scheda di *Budget***

---

La scheda di budget, cui si è fatto cenno, rappresenta lo strumento operativo e di sintesi attraverso il quale il Centro di Responsabilità concorda/negozia i propri obiettivi per l'anno di *budget* considerato. Essa costituisce, dunque, lo strumento chiave dell'intero processo in quanto prevede, tramite la sua compilazione, la formalizzazione in numeri e dati delle performance di ogni singola Unità Operativa interessata e, all'interno delle varie tipologie di attività, anche un gruppo di obiettivi vincolati e a negoziazione fortemente limitata.

In via di principio, sarebbe opportuno che la scheda negoziata contenga non più di cinque obiettivi complessivi, compresi quelli vincolati. Tuttavia, il numero degli stessi rimane fortemente condizionato dalla quantità di obiettivi assegnati all'Azienda da parte del competente Assessorato e dell'Agenas.

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.5 La Flessibilità degli Strumenti

---

Il budget ed i suoi strumenti vanno necessariamente gestiti secondo logiche di flessibilità. Non vi sarebbe infatti alcuna utilità aziendale nel mantenere un obiettivo non più raggiungibile, perdendo così l'opportunità di riconvertire gli sforzi di un C.d.R. verso il perseguimento di nuovi obiettivi.

E' pertanto prevista la possibilità di modificare in corso d'anno gli obiettivi concordati attraverso il processo di budget, ove si accerti che gli stessi non siano più raggiungibili, ovvero non utili in rapporto a mutate condizioni di contesto.

Modificare un obiettivo significa, nella sostanza, modificare un accordo che ha natura contrattuale, stante i rimandi al budget operati dai contratti individuali di lavoro dei dirigenti responsabili di struttura.

Pertanto, la revisione infra annuale potrà essere limitata al verificarsi dei seguenti eventi:

- risultati effettivi di attività che comportano la necessità di una riallocazione interna delle risorse strutturali;
- modificazioni significative nelle risorse strutturali assegnate (personale, tecnologia e spazi);
- sopravvenuta impossibilità di avviare e/o portare a compimento specifici progetti.

In oltre, in sede di negoziazione, è sempre fatta salva la possibilità di modifica e/o integrazione in relazione: **a)** all'esito della verifica intermedia; **b)** nel caso di intervenute modifiche nelle strategie aziendali intervenute dopo l'assegnazione degli obiettivi; **c)** per effetto di ulteriori obiettivi / programmi e/o azioni conseguenti alla negoziazione delle risorse fra Assessorato della Salute e Azienda ovvero ad ulteriori obiettivi assegnati nel corso del periodo. In tutti i casi, il processo di modifica del budget si attiva su iniziativa della Direzione Aziendale o su specifica richiesta del Responsabile del CdR, in relazione all'interesse prevalente.

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.6 I Tempi del Processo di *Budgeting*

---

La Direzione Generale, di norma, avvia il Ciclo di Gestione della Performance con l'adozione del relativo Piano entro il mese di gennaio di ogni anno. Subito dopo, si impegna ad avviare concretamente il processo di *budgeting* durante il mese di febbraio e concluderlo entro il mese di marzo di ogni anno, compatibilmente con la negoziazione delle risorse con l'Assessorato e la definizione del sistema degli obiettivi regionali e assegnazione di essi all'Azienda.

Facendo salvi gli effetti delle variabili descritte al punto precedente, il cronoprogramma del

suddetto processo viene rappresentato come segue:

Entro il 20 Febbraio	<i>Predisposizione dell'architettura base di supporto al processo di budget da parte del Comitato di Budget</i>
Entro il 5 marzo	<i>Precompilazione delle schede di budget e presentazione ai Responsabili delle diverse Unità Operative</i>
Entro il 15 marzo	<i>Analisi dei dati e formulazione delle proposte da parte del Responsabile del C.d.R..</i>
Entro il 20 marzo	<i>Valutazione delle eventuali proposte, da parte della direzione aziendale, ed accredito degli obiettivi, dei risultati attesi e dei relativi indicatori per la misurazione del grado di raggiungimento degli stessi</i>
Entro il 31 marzo	<i>Svolgimento delle sedute di negoziazione e sottoscrizione delle schede</i>

\*\*\*\*\*

### **2.2.7 L'attività di Reporting**

Una volta concluso il processo di *budget* e consolidati gli obiettivi l'Ufficio Controllo di Gestione attiva un sistema di monitoraggio periodico e di verifica delle attività e dei costi al fine di verificarne, nel contesto del Comitato di Budget, la conformità o il grado di scostamento rispetto agli obiettivi programmati (analisi degli scostamenti).

L'onere di trasmettere o inserire nei sistemi aziendali le informazioni necessarie è posto a carico di quanti all'interno dell'organizzazione rivestono responsabilità gestionali compresi gli "uffici" individuati nel contesto delle schede di budget al fine di una più efficace attività di monitoraggio e verifica.

L'esito di dette attività è quindi sottoposto - attraverso specifici *report* - all'Organismo Indipendente di Valutazione che, giusta art. 6 del D. Lgs 150/2009, segnala alla Direzione Strategica, qualora lo ravvisi, *"...la necessita' o l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio...anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione"*.

Da ciò, l'importanza delle procedure di *reporting*, periodiche e ricorrenti, da intendersi come momento di esame per comprendere, in tempo, se le attività programmate risultano in linea con quelle attese e se gli obiettivi prefissati possano essere conseguiti.

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.8 Il Coordinamento tra Piano della Performance e Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

---

Il processo di redazione del Piano di Attività, come più volte precisato, si inserisce nell'ambito del più complessivo processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda che, come previsto dalle relative disposizioni, va svolto in maniera integrata e coerente tra i diversi Piani e documenti, singolarmente abrogati, ora ricompresi in questo Unico documento.

In tale ottica, occorre richiamare l'attenzione sulla necessaria coerenza tra la Pianificazione delle attività degli obiettivi di Performance e quelle afferenti il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che, come avvertito dell'ANAC, andrà verificata, nel minimo, sotto due aspetti:

- le politiche sulla performance dovranno tendere alla costruzione di un clima organizzativo che favorisca la prevenzione della corruzione;
- le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

L'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza viene dunque a rappresentare un'area strategica della programmazione aziendale, diretta all'individuazione delle misure di carattere generale che l'Azienda intende adottare per prevenire il rischio di corruzione.

Come si vedrà nella sezione dedicata alla Prevenzione della Corruzione, l'attuazione delle relative misure richiede un concorso di azioni positive da parte di tutto il personale.

Conseguentemente, su proposta formulata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, sono individuati gli obiettivi correlati, inseriti nella sezione della Performance ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali attraverso la negoziazione di budget.

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.9 Il Sistema Premiante e il Regolamento Aziendale sulla Performance

---

Come già sopra brevemente descritto, al termine dell'annualità si provvede all'attività di misurazione e valutazione delle Performance registrate, dalle singole Unità Operative, dai singoli dipendenti operanti nelle stesse e dall'Amministrazione nel suo complesso, rispetto agli obiettivi assegnati.

La misurazione e valutazione della **Performance Organizzativa** riguarda i risultati connessi

agli obiettivi descritti nella scheda di *budget*, i cui esiti costituiscono al contempo valutazione dei Direttori delle stesse.

La misurazione della **Performance Individuale** - dirigenza e comparto - risponde ai criteri previsti dalla vigente normativa e dal quadro contrattuale nazionale e aziendale; Rappresenta il contributo di ciascun dipendente al conseguimento degli obiettivi dell'articolazione cui afferisce; presuppone la condivisione degli obiettivi e favorisce una comune visione dell'operatività basata sull'integrazione e sulla sinergia di differenti professionalità.

In proposito, il vigente regolamento aziendale della Performance, prevede un sistema abbastanza articolato, finalizzato in ad una adeguata valorizzazione dell'apporto fornito da ciascuno alla Performance di struttura, in funzione della valorizzazione del merito e della corretta applicazione dei diversi istituti premiali previsti dai CC.NN.LL. di categoria.

Tale Regolamento è visionabile nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito aziendale, sottosezione "*Performance*", direttamente accessibile attraverso il seguente link:

<https://www.ao-garibaldi.ct.it/trasparenza/default.aspx?obligation=176&title=Sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-Performance>

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.10 Gli Obiettivi Aziendali

---

Richiamate le precisazioni svolte in premessa, anche con riguardo all'attuale contesto, caratterizzato dal recente insediamento del nuovo Governo regionale e della scadenza di mandato dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie siciliane, la attuale Direzione Generale (dal 1 gennaio di quest'anno nella veste di Commissario Straordinario, fino al prossimo mese di giugno) provvede all'elaborazione degli obiettivi aziendali, secondo quanto delineato nell'odierno documento, con riserva di ogni integrazione e/o modifica, eventuale, da parte della nuova Direzione Generale, una volta insediata.

L'odierno Piano, che comunque si muove anche nel solco delle Linee Strategiche disegnate dall'Assessorato della Salute per la realizzazione della "*Missione 6 - Salute*" di cui al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), rappresenta un ulteriore sviluppo degli obiettivi aziendali perseguiti durante lo scorso anno - compresi quelli di mandato - integrati con gli ulteriori obiettivi che l'Azienda ha comunque programmato in funzione del miglioramento della qualità dei propri servizi.

Gli obiettivi aziendali, tenuto conto delle modifiche portate dal D.L. 80/2022, risultano complessivamente articolati in: **a)** obiettivi di Valore Pubblico, già più sopra descritti; **b)**

obiettivi Generali di Mandato; c) obiettivi regionali di Salute e di funzionamento dei servizi;  
d) obiettivi di efficientamento energetico.

\*\*\*\*\*

## 2.2.11 Obiettivi Generali e Regionali / Salute

⇒ **Gli Obiettivi Generali** assegnati all'Azienda, fanno riferimento al contratto di mandato del Direttore Generale per gli anni 2019-2020. Gli stessi, sono mantenuti in funzione dell'ulteriore sviluppo degli stessi - laddove non esauriti - fino a nuove assegnazioni da parte della Regione. Sono inoltre integrati con gli ulteriori obiettivi, che l'Azienda assume, sia in ottica strategica che operativa, in rapporto a quelle esigenze specifiche riconosciute dall'Assessorato regionale con gli eventuali stanziamenti.

Obiettivo Generale	Risultato Atteso	Indicatore	Target	Responsabilità	Dimensione di Analisi
<b>Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio</b>	Equilibrio di Bilancio	Equilibrio di Bilancio	Equilibrio di Bilancio	Dipartimento Amministrativo. UU.OO. della Direzione Strategica	Risultati di Efficacia / Efficienza
<b>PNRR</b>	Realizzazione delle azioni legate agli interventi relativi al PNRR	Realizzazione delle azioni legate agli interventi relativi al PNRR		Tutte le articolazioni interessate	Risultati di Efficacia / Efficienza
<b>Osservanza delle Politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa</b>	Internalizzazione contratti Co.Co.Co.; Acquisto Beni e servizi /Consip - Mepa) nel rispetto della normativa vigente per servizi e relative categorie merceologiche; Rispetto tetti di spesa secondo D.A. 1380/2015.	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	Tutte le articolazioni interessate	Efficacia Organizzativa
<b>Flussi Informativi. Osservanza Obblighi</b>	Rispetto dei Tempi di trasmissione. Qualità e Completezza dei dati.	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto progr.	Controllo di Gestione	Risultati di Efficacia / Efficienza
<b>Anticorruzione e Trasparenza</b>	Realizzazione del Piano	Rispetto puntuale del Piano	2023: 100% di quanto	Tutte le articolazioni	Risultati di

	Anticorruzione. Pubblicazione Tempestiva dei dati e delle informazioni concernenti l'attività dell'Azienda, con particolare riferimento alle prescrizioni dell'Anac.	Triennale, attraverso l'applicazione puntuale delle misure previste..	programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	aziendali.	Efficacia / Efficienza
<b>Libera Professione</b>	Puntuale Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia.	Controllo volumi Alpi.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	Tutte le articolazioni sanitarie aziendali.	Efficacia Organizzativa
<b>Customer Satisfaction</b>	Partecipazione dei cittadini utenti al Processo di misurazione della Performance.	Risultato delle schede somministrate ai fini della rilevazione.	2023: 100% di quanto progr.; 2024: 100% di quanto progr.; 2025: 100% di quanto progr.	Tutte le articolazioni aziendali.	Efficacia Organizzativa
<b>Ammodernamento Strutture Edilizie</b>	Consegna del Nuovo Plesso dell'Area dell'Emergenza.	Definizione attività di dettaglio.	2023: Trasferimento dell'U.O. di P.S. e dei Servizi collegati nel nuovo Plesso dell'Emergenza	UU.OO. Dipartimento di Emergenza. / Settore Tecnico / Settore Provveditorato	Efficacia Organizzativa
<b>Ammodernamento Strutture Edilizie</b>	Realizzazione della II Torre dell'Emergenza nell'ambito del P.O. Garibaldi Centro	Avvio delle Procedure di Gara.	2023: Procedura di appalto per la realizzazione della struttura; 2024: Lavori di Realizzazione della Struttura	UU.OO. Settore Tecnico / Settore Provveditorato	Risultati di Efficacia / Efficienza

Gli obiettivi di cui sopra risultano concretamente declinati in obiettivi operativi verso le diverse Unità Operative aziendali, per la cui dettagliata descrizione si rimanda all'**allegato 1** del presente Piano.

\*\*\*\*\*

⇒ **Gli obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi** (Strategici) a suo tempo elaborati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali e dell'Assessorato della Salute, allegati al contratto di mandato del Direttore Generale sin ora sviluppati, fanno riferimento agli ambiti di intervento - in ottica e finalità strategica - individuati nella sottostante tabella che l'Azienda

assume di mantenere complessivamente, per il triennio 2023-2025, in relazione alle esigenze specifiche di miglioramento dei servizi erogati a beneficio degli utenti e dell'intera collettività:

<b>Obiettivo Strategico</b>	<b>Risultato Atteso</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Responsabilità</b>	<b>Dimensione di Analisi</b>
<b>Screening Oncologici</b>	Interventi di II e III livello sui pazienti inviati dall'Asp territorialmente competente, per Tumori Cervice Uterina, Mammella, Colon Retto.	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	Dipartimenti: Chirurgico e Materno Infantile.	Risultati di Efficienza / Efficacia
<b>Piano Nazionale Esiti</b>	Realizzazione del PNE. Qualità e Tempestività degli interventi con riferimento a: Parti Cesarei; Colicistectomia Laparoscopica; Frattura Femore over 65.	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	Dipartimenti: Chirurgico, Materno Infantile Emergenza	Risultati di Efficienza / Efficacia
<b>Liste di Attesa. (Monitoraggio e Garanzia dei Tempi)</b>	Rispetto dei Tempi di Attesa previsti dal Piano Nazionale e dal Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa in relazione alle Prestazioni Ambulatoriali e di Ricovero.	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	Le articolazioni aziendali incaricate	Risultati di Efficienza / Efficacia Organizzativa
<b>Pronto Soccorso. Gestione del Sovraffollamento</b>	Implementazione degli interventi volti al contrasto ed alla gestione del sovraffollamento ed al fenomeno del boarding nei P.S.	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	Dipartimento Emergenza	Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa
<b>Donazione Organi</b>	Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico. Incremento del procurement di cornee. Riduzione del tasso di opposizione alla	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	Dipartimento Emergenza	Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa

	donazione.				
<b>Fascicolo Sanitario Elettronico</b>	Pieno utilizzo degli applicativi informativi funzionali all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2022: 100% di quanto programmato; 2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato.	Tutte le articolazioni aziendali sanitarie.	Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa
<b>PAC (Percorso di Attuazione alla Certificazione del Bilancio)</b>	Realizzazione delle misure previste dalla disciplina relativa ai PAC e Conseguimento della Certificazione dei Bilanci aziendali.	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2023: 100% di quanto programmato;	Tutte le articolazioni aziendali interessate	Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa
<b>Piani di Efficientamento e Riqualficazione</b>	Realizzazione delle misure programmate per: Efficientamento Blocchi Operatori; Appropriatezza Consumo Farmaci; Implementazione dei PDTA.	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	2023: 100% di quanto programmato; 2024: 100% di quanto programmato; 2025: 100% di quanto programmato.	Tutte le articolazioni aziendali interessate	Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa

\*\*\*\*\*

#### ⇒ **Obiettivi di Efficientamento Energetico**

La Circolare n. 2 / 2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica, ha evidenziato l'importanza del contributo che può essere apportato dalle amministrazioni pubbliche agli obiettivi nazionali legati al risparmio e all'efficientamento energetico anche alla luce dell'attuale crisi energetica internazionale, raccomandando agli enti ed alle aziende pubbliche di prevedere nei propri atti di programmazione la definizione di specifici obiettivi di risparmio da conseguire.

A tal fine, con deliberazione n. 1509 del 6 Dicembre 2022 è stato adottato il Documento Aziendale sull'uso Razionale dell'Energia con riguardo, appunto, ai temi del suo uso intelligente e del risparmio energetico nel luogo di lavoro.

L'Arnas Garibaldi potrà supportare le necessarie attività, che andranno in capo alle U.O.C. aziendali, finalizzate agli obiettivi di efficientamento energetico, cogliendo l'opportunità offerta dalla citata Circolare rappresentata dalla leva premiale - "dividendo dell'efficienza" - messa a disposizione che consente di mettere a disposizione della contrattazione integrativa una quota parte delle eventuali economie di spesa (derivanti dalle riduzioni dei consumi) per sostenere gli istituti premianti previsti dal d.lgs n. 150/2009.

Tanto premesso, l'Azienda, durante il triennio 2023-2025, si propone lo sviluppo dei seguenti obiettivi di efficientamento e risparmio energetico:

<b>Obiettivo Strategico</b>	<b>Risultato Atteso</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Responsabilità</b>	<b>Dimensione di Analisi</b>
<b>Attivazione della produzione di energia elettrica fotovoltaica per il nuovo edificio pronto soccorso del P.O. Garibaldi Centro</b>	Attivazione	Attivazione.	2023: 100% di quanto programmato;	Settore Tecnico.	Risultati di Efficienza / Efficacia
<b>Avvio delle attività di realizzazione di un sistema di trigenerazione presso il P.O. Garibaldi Nesima (ossia produzione combinata di energia elettrica, termica e frigorifera a partire da un'unica fonte di energia primaria con aumento della resa energetica complessiva)</b>	Avvio delle Attività	Adozione degli atti funzionali	2023: definizione delle procedure necessarie.  2024: 100%  Completamento e messa in esercizio del sistema di trigenerazione presso il P.O. Garibaldi Nesima	Settore Tecnico:	Risultati di Efficienza / Efficacia
<b>Progettazione ed esecuzione del Relamping presso i PP.OO. Aziendali</b>	Conseguimento dell'obiettivo.	Sostituzione di corpi illuminanti tradizionali con soluzione innovative a LED in grado di ridurre i consumi e migliorare la resa ed il comfort luminoso).	2025: 100% di quanto programmato;	Settore Tecnico	Risultati di Efficienza / Efficacia Organizzativa

\*\*\*\*\*

Tutti gli obiettivi sin qui descritti, risultano concretamente declinati in obiettivi operativi verso le diverse Unità Operative aziendali, per la cui dettagliata descrizione, con particolare riferimento agli obiettivi di natura sanitaria, si rimanda all'**allegato 2** del presente Piano.

\*\*\*\*\*

---

### **2.2.12 La Coerenza con la Programmazione Economico-Finanziaria e di Bilancio**

---

Come previsto dal D. Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del (cessato) Piano della Performance avviene in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Ciò in quanto il sistema di obiettivi risulta sostenibile solo se viene garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli stessi ed i relativi target.

L'integrazione e il collegamento logico tra la pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio si realizza - di norma - tramite:

- un parallelo percorso annuale di programmazione economica e finanziaria e di pianificazione delle performance da confluire in un unico *gant* temporale;
- un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nei processi: dalla Contabilità Economica e Patrimoniale al Controllo di gestione, all'Organismo Indipendente di Valutazione, agli uffici ordinatori e alle singole strutture aziendali, sanitarie e non;
- l'utilizzo di strumenti integrati dei suddetti processi, primo fra tutti il supporto della contabilità analitica per centri di costo.

L'elaborazione del bilancio di previsione che deve realizzarsi entro il mese di febbraio di ogni anno, costituisce la base economico-finanziaria per la valutazione delle scelte strategiche aziendali e la declinazione degli obiettivi alle varie strutture aziendali.

Nel quadro delineato, oltre al sistema autorizzativo per l'acquisto di beni e servizi, posto in essere nei confronti degli uffici ordinatori anche per la verifica delle risorse effettivamente disponibili che costituisce già un limite alla spesa, va considerato l'obiettivo contrattuale fondamentale dell'equilibrio economico di bilancio assegnato dalla Regione alla Direzione Generale (il cui mancato conseguimento determina la decadenza dello stesso) che necessariamente definisce i confini entro i quali può realizzarsi la programmazione aziendale.

In ogni caso, l'Azienda ha provveduto alla stima delle risorse necessarie in rapporto agli obiettivi programmati sulla delle linee guida predisposte dal competente Assessorato della Salute, nelle more della prossima egoiazione degli obiettivi e delle correlate risorse.

Di seguito, si riporta la tabella contenente i dati economici del Conto Economico Previsionale 2023.

VOCI DI BILANCIO	CE PREVISIONALE ANNO 2023 [€.]
(A) VALORE DELLA PRODUZIONE	285.579.461
(B) COSTI DELLA PRODUZIONE	276.250.730
(C) PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	-100.361
(D) RETTIFICHE DI VALORI DI ATTIVITA' FINANZIARIE	0
(E) PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	0
<b>RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)</b>	<b>9.228.370</b>
IMPOSTE	9.228.370
<b>UTILE DI ESERCIZIO</b>	<b>0</b>

\*\*\*\*\*

### **2.3 Sottosezione di Programmazione: Rischi Corruttivi e Trasparenza**

#### **➤ Premessa**

Nella presente sezione, è definita la strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'ARNAS sulla base di un'analisi dell'organizzazione, mappatura dei processi e valutazione del diverso livello di esposizione al rischio delle attività degli uffici, nonché, attraverso l'individuazione e la programmazione di interventi puntuali e specifici volti a prevenire e/o ad incidere sul medesimo rischio corruttivo.

Il Piano per l'Anticorruzione riportato in questa sottosezione è predisposto dalla dirigente Responsabile per la prevenzione della Corruzione e la Trasparenza.

\*\*\*

Il documento programmatico definisce la strategia di prevenzione della corruzione e trasparenza dell'ARNAS sulla base di un'analisi dell'organizzazione, mappatura dei processi e valutazione del diverso livello di esposizione al rischio delle attività degli uffici, nonché, attraverso l'individuazione e la programmazione di interventi puntuali e specifici volti a prevenire e/o ad incidere sul medesimo rischio corruttivo.

Con il PTPCT che costituisce la sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” del Piano Integrato di attività ed organizzazione (PIAO) dedicata alla gestione dei rischi corruttivi ed alla trasparenza, l’Amministrazione si pone l’obiettivo di gestire i rischi corruttivi mediante l’implementazione di misure organizzative sostenibili ed efficaci finalizzate a favorire il buon andamento e l’imparzialità, efficienza ed economicità di tutte le attività amministrative, con il fine di costruire e proteggere il valore pubblico generato dalla effettiva realizzazione delle strategie di prevenzione della corruzione ed inteso come miglioramento del livello di benessere delle comunità di riferimento, come benessere economico, sociale, ambientale degli utenti, degli stakeholder. Ciò anche mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi, valore pubblico orientato allo sviluppo della cultura dell’integrità di coloro che sono addetti alla cura di interessi pubblici.

In un’ottica di miglioramento dei processi decisionali il legislatore ha ritenuto necessaria l’integrazione del PTPCT con altri strumenti di programmazione e di valutazione, quale il Piano della performance, o il POLA, che oggi rappresentano sezioni del Piano Integrato di attività ed organizzazione (PIAO), con l’obiettivo di integrazione degli strumenti di programmazione e pianificazione con il fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti.

Infatti, la strategia di contrasto della corruzione e delle forme di “cattiva amministrazione” assume sempre maggiore centralità, rafforzandosi attraverso strumenti integrati e obiettivi strategici condivisi, in un’ottica di miglioramento dei processi organizzativi.

Tuttavia, lo stesso Consiglio di Stato nel parere sullo schema di D.P.R. relativo al PIAO ha chiarito che il processo dei Piani confluiti nel PIAO debba avvenire in modo progressivo e graduale anche attraverso strumenti di tipo non normativo quali ad es la formazione ed il monitoraggio.

Il presente documento programmatico si colloca in una fase storica caratterizzata da forte complessità e cambiamento normativo correlato agli impegni assunti dall’Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), alla pandemia e agli eventi bellici in corso nell’Europa dell’Est.

L’ingente flusso di denaro a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per garantire la fattibilità e celerità della realizzazione di molti interventi richiedono inevitabilmente il rafforzamento dell’integrità pubblica e la programmazione di presidi efficaci di prevenzione della corruzione per evitare fenomeni di cattiva amministrazione ed il verificarsi di eventi corruttivi.

In particolare, una corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione contribuisce a rinnovare una sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non sia da intendere come onere aggiuntivo all’agire quotidiano delle amministrazioni, ma sia considerata

nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa, quale strumento tendente a garantire il miglior funzionamento dell'amministrazione.

La struttura del PTPCT, sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO relativa al triennio 2023-2025 riflette una logica che aiuta a comprendere in modo efficace e comprensibile l'importanza che riveste il sistema di prevenzione della corruzione nella creazione del bene comune e nello sviluppo della cultura dell'integrità ed etica pubblica.

La presente sezione descrive alcune fasi trasversali (monitoraggio e consultazione del Piano) e sequenziali (analisi del contesto esterno e interno, con particolare riguardo alla mappatura dei processi, e valutazione dei rischi) del processo di gestione del rischio, il quale rappresenta nell'ambito del processo decisionale il momento più importante per effettuare scelte ed azioni consapevoli finalizzate al continuo miglioramento organizzativo e gestionale.

In particolare, illustra il trattamento dei rischi identificati nella fase di mappatura dei processi e l'individuazione, programmazione e aggiornamento delle misure calibrate al livello di rischio emerso, analizzato e ponderato.

In particolare, vengono descritte ed aggiornate le misure di prevenzione di carattere generale, quali strumenti di mitigazione dei rischi di tipo trasversale, con alcuni approfondimenti su misure soggettive di imparzialità dei dipendenti (conflitto di interessi, inconfiribilità e incompatibilità, rotazione ordinaria del personale) e di carattere specifico, quali strumenti di impatto sui rischi corruttivi riconducibili ad aree di rischio generali ed aree di rischio specifiche identificate e collegate al settore sanitario.

Una parte rilevante è incentrata sulla promozione della "trasparenza" con indicazione delle attività e degli obiettivi concernenti gli obblighi di pubblicazione e le tipologie di accesso previsti dalla normativa vigente.

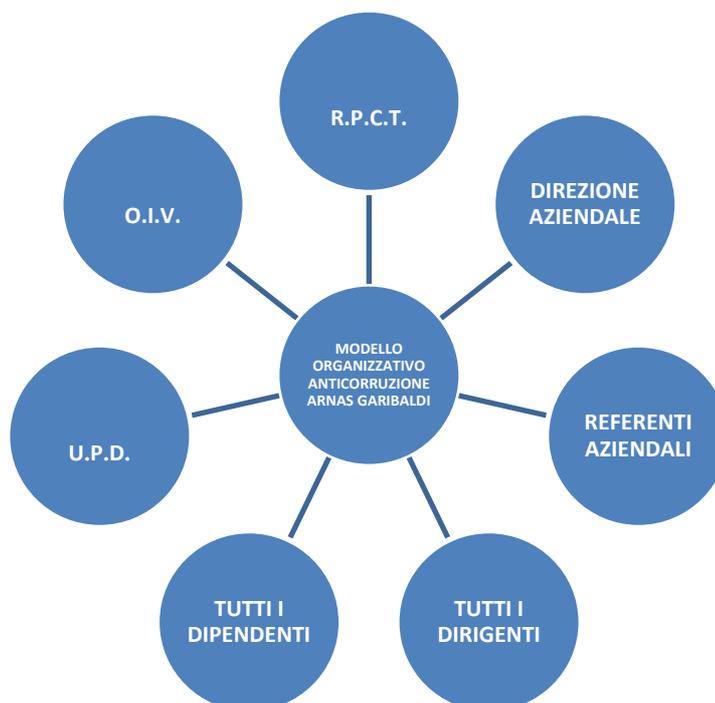
## **CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE**

Al fine di favorire il più ampio coinvolgimento e una maggiore partecipazione dei cittadini, delle associazioni o di altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, nella elaborazione della presente sottosezione dedicata alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza, è stata realizzata una procedura di consultazione pubblica rivolta ai soggetti portatori di interessi mediante la pubblicazione di apposito avviso, corredato dal modulo per la raccolta di osservazioni e proposte, sulla home page del sito internet istituzionale e sull'intranet aziendale.

Allo stesso tempo, analoga comunicazione è stata data all'OIV dell'Azienda, al fine di condividere azioni, obiettivi risultati del sistema di prevenzione della corruzione. Anche in questo caso nessuna nota o integrazione è pervenuta al RPCT, anche in considerazione del fatto

che tra il RPCT e l'OIV sussiste un aperto e costante rapporto dialogico improntato alla sinergia e collaborazione.

## I SOGGETTI E I RUOLI DELLA STRATEGIA DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA NELL'ARNAS



I soggetti che concorrono all'adozione ed attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione all'interno dell'ARNAS Garibaldi sono vari e ciascuno è chiamato a fornire il proprio apporto in relazione al ruolo ricoperto e ai compiti effettivamente svolti.

**Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT):** propone le strategie della Prevenzione della Corruzione e del rispetto degli obblighi di Trasparenza, adottate dalla Direzione Strategica, prima tramite il Piano per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza ed oggi mediante la sottosezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” del PIAO.

**Direzione Aziendale:** nomina l'RPCT e adotta il PTPCT. Condivide le proposte formulate dal RPCT attraverso il sostegno organizzativo e la messa a disposizione di risorse finalizzate.

**Referenti Aziendali:** collaborano con il RPCT ed il Dirigente della struttura cui afferiscono, svolgendo attività di supporto all'implementazione delle singole misure di prevenzione previste nel PTPCT, informando il RPCT ed il Dirigente di eventuali inosservanze rilevate. I soggetti

individuati quali Referenti Aziendali sono riportati nell'**Allegato 3**.

**Dirigenti responsabili delle strutture aziendali:** concorrono con il RPCT e la Direzione alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti che afferiscono alla struttura cui sono preposti.

### **I soggetti destinatari delle strategie della prevenzione della Corruzione.**

**Dipendenti dell'ARNAS Garibaldi:** osservano e rispettano le misure contenute nel P.T.P.C.T., partecipano al processo di gestione del rischio, provvedono a segnalare situazioni di conflitto di interesse nonché situazioni di illecito di cui siano venuti a conoscenza durante lo svolgimento delle proprie mansioni, rispondono alle richieste di contatto, di collaborazione e di informativa da parte del RPCT e dei Referenti Aziendali;

Il presente PTPCT si applica altresì a:

- tutto il personale dipendente ed in servizio presso l'ARNAS Garibaldi con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando o assimilata;
- tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico;
- soggetti delle imprese affidatarie di lavori, beni e servizi;
- tutti coloro che, a qualsiasi titolo, operano all'interno delle articolazioni aziendali e/o in nome e per conto dell'ARNAS "Garibaldi", dunque anche a specializzandi, borsisti, stagisti, tirocinanti e frequentatori volontari.

**Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD):** collabora con il RPCT all'aggiornamento del Codice di Comportamento e fornisce informazioni sulle segnalazioni di violazione dello stesso, provvedendo inoltre alla raccolta degli atti delle condotte illecite accertate e sanzionate.

**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):** L' OIV riveste nella realtà aziendale un ruolo molto importante nel coordinamento tra il sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, secondo quanto stabilito dal d.lgs. 150/2009, n. 150 e s.m.i. In particolare, l'OIV verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico- gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Detto organismo promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza nei termini indicati annualmente dall'ANAC. L' attestazione va pubblicata, da parte del RPCT, entro il 30 aprile di ogni anno.

## **Il Responsabile della funzione di AUDIT.**

Si tratta di una figura istituita per la realizzazione di attività di controllo interno, quali audit di conformità, operativo, finanziario-contabile e follow-up.

Nell'Arnas con deliberazione n° 199 del 01.03.2018 è stato nominato l'Internal Auditor.

Questa Azienda ha inoltre proceduto alla nomina:

- ai sensi del D.L. 179/2012, del nuovo **RASA** (Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti), con deliberazione n° 379 del 01.08.2019.
- ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679, del **RPD** (Responsabile della Protezione dei Dati personali), con deliberazione n° 556 del 23.05.2018;
- ai sensi del D.M. del Ministero dell'Interno 25 settembre 2015, del soggetto "gestore" delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo, con deliberazione n° 24 del 17.01.2017.

## **Il Coordinamento regionale dei RR.PP.CC.TT.**

A completamento dei soggetti che concorrono all'adozione ed attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione all'interno dell'ARNAS Garibaldi di cui sopra, con D. A. n. 992 del 23 maggio 2019 è stato costituito il "Coordinamento regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle Aziende e degli Enti del S.S.R.", finalizzato alla creazione di una rete unica sul territorio regionale dedita al monitoraggio e alla prevenzione dei potenziali eventi distorsivi in sanità, alla progressiva uniformazione delle condotte in materia di anticorruzione ed alla corretta e puntuale applicazione del compendio di direttive e circolari in materia.

## **Il Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale nella veste di organo di controllo interno, partecipa di fatto alle strategie poste in essere dal RPCT nell'ambito dei propri compiti istituzionali.

Il Collegio Sindacale ha invero, effettuato un'attività di monitoraggio effettuando controlli a campione sulle procedure di reclutamento del personale, sulla gestione della cassa economale, nonché, le verifiche di magazzino presso le farmacie ubicate nei PP.OO. dell'Azienda.

## PERCORSO METODOLOGICO

### ANALISI DEL CONTESTO ( ESTERNO ED INTERNO) E IL PROCESSO DI GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

L'analisi del contesto nella fase dell'avvio del processo di gestione del rischio rappresenta un momento di particolare rilevanza cui il PNA 2019 ed il PNA 2022 hanno attribuito assoluta centralità. Ciò in quanto mediante questa fase si acquisiscono le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture, di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne.

Nell'ottica del legislatore del PIAO, quale strumento unico ed integrato, l'analisi del contesto esterno ed interno rappresenta strumento fondamentale dell'intero processo di pianificazione per guidare sia nella scelta delle strategie che producono valore pubblico che nella predisposizione delle diverse sottosezioni del PIAO.

Secondo il PNA 2022 è dunque, importante, in un'ottica di sempre maggiore integrazione, che le amministrazioni svolgano una sola volta le attività di analisi funzionali per le diverse sezioni di cui si compone il PIAO, da ciò risultando rafforzata l'integrazione tra performance e prevenzione della corruzione che l'ANAC ha da tempo propugnato.

Tuttavia per le finalità specifiche della sezione anticorruzione e trasparenza occorre analizzare gli elementi utili e significativi in relazione alle esigenze della gestione del rischio corruttivo.

#### **Analisi del contesto esterno**

In particolare, l'analisi deve partire dal territorio di riferimento in relazione a :

- sviluppo economico e dell'occupazione.
- scenario criminologico di riferimento.

Secondo l'ultimo report della fondazione Open Polis la Sicilia è la principale beneficiaria dei fondi del PNRR nel settore Cultura: 175 milioni di euro. Dei quali quasi sessantadue per l'attrattività dei borghi, nove per l'efficientamento di cinema, teatri, musei, 104 milioni per il restauro dei luoghi di culto. È la Regione dove sono arrivati più soldi sul totale del miliardo e mezzo stanziato.

Tuttavia per trasformare le risorse del PNRR in risultati concreti sono necessarie capacità organizzative, e di programmazione.

I cantieri meridionali sono ad alto rischio fallimento, come denuncia l'ultimo rapporto Svimez. L'economia è sostanzialmente ripartita a livello europeo e nazionale e questo determina significative ricadute nel contesto regionale, già evidenti con le tendenze espresse dalla stagione turistica estiva dell'anno 2022 e con l'andamento delle esportazioni.

Una ripresa che, si spera possa consentire di ricostruire un tessuto produttivo lacerato da decenni di crisi, aggravato dal crescente divario nord – sud e con una pesante perdita di base produttiva, come recentemente rilevato da SVIMEZ ed ampiamente illustrato nella Nota di aggiornamento al DEFR della Regione Siciliana.

Secondo quanto risulta dal rapporto semestrale della DIA nella relazione afferente al secondo semestre 2021 (ultimo dato disponibile) del Ministro dell'Interno al Parlamento, “la città di Catania epicentro dell'area metropolitana più densamente popolata della Sicilia rappresenta il fulcro economico e infrastrutturale del distretto del sud-est della Sicilia oltre che il principale polo industriale, logistico e commerciale dell'isola, peraltro sede di un aeroporto internazionale che è il quarto in Italia per traffico passeggeri e di un grande porto commerciale e turistico che rappresenta uno snodo strategico per il trasporto pesante su gomma da e verso i porti più importanti del centro e nord Italia”

“Storica è la vocazione di cosa nostra catanese ad addentrarsi e confondersi nel tessuto economico legale del capoluogo, in quello imprenditoriale e nelle dinamiche della gestione locale della cosa pubblica. Nel tempo anche le altre organizzazioni di tipo mafioso hanno perseguito la medesima strategia rinunciando il più possibile ad affermarsi sul territorio attraverso azioni eclatanti e destabilizzanti per la sicurezza pubblica preferendo, quindi, individuare all'interno delle amministrazioni pubbliche locali e delle professioni o delle imprese soggetti di riferimento in grado di garantire il perseguimento dei propri interessi illeciti. Le indagini condotte negli ultimi anni dimostrano proprio la capacità delle mafie catanesi di reinvestire importanti profitti derivanti dai traffici criminali, in attività economiche apparentemente lecite ma realizzate o acquisite con metodi mafiosi con il conseguente depotenziamento e inquinamento dell'iniziativa imprenditoriale “sana”

“In questo scenario di stagnazione economico-produttiva che risente ancora della crisi pandemica e che aggrava le aspettative soprattutto della popolazione giovanile trovano terreno fertile le consorterie criminali che potrebbero infiltrare le risorse della Regione anche in considerazione dei fondi del PNRR destinati all'Isola”.

L'attività investigativa svolta dalla Squadra Mobile ha permesso di assicurare alla giustizia numerosi criminali responsabili di svariati reati, che spaziano dall'associazione mafiosa alle estorsioni e all'usura, allo spaccio ed al traffico di sostanze stupefacenti.

## **Relazioni con gli Stakeholders**

Coerentemente a quanto previsto dall'All. 1 al PNA 2019 e dal PNA 2022, la fase di consultazione è trasversale, e potenzialmente contestuale, a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio e consiste, tra le altre, "nell'attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, etc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, etc.) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione".

A tal proposito, l'Arnas ha costituito con deliberazione n. 73 del 29/01/19 il Comitato Consultivo che ad oggi risulta composto da 30 Organizzazioni/Associazioni.

## **Analisi del contesto interno**

L'analisi dell'organizzazione interna è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità (struttura organizzativa), dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione (mappatura dei processi), rappresentando ambedue i profili sopra citati, il contesto del sistema di prevenzione della corruzione.

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) "Garibaldi" è un'azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, ad alto livello di specializzazione, deputata ad assicurare il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza\urgenza o in quanto portatrici di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità o croniche o inguaribili.

L'ARNAS "Garibaldi" è stata formalmente costituita con Legge Regionale n.5 del 14 aprile 2009 (art. 8) ed è stata attivata a decorrere dal 1° settembre 2009, giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 337 del 31.08.2009. Essa è subentrata nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze della soppressa ARNAS "Garibaldi, San Luigi - Santi Currò, Ascoli-Tomaselli", succedendone in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi di qualunque genere nonché nel patrimonio già di titolarità della stessa.

In particolare, la struttura organizzativa dell'ARNAS è definita nell'atto aziendale di cui all'art. 3 bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i. adottato con deliberazione n. 546 del 30/09/2019, modificato ed integrato con provvedimento n. 16 del 09/01/2020.

Per il raggiungimento degli obiettivi in termini di Livelli Essenziali di Assistenza l'ARNAS si avvale oltre che di mezzi strumentali, dell'impiego di risorse umane che alla data del 31/12/2022 ammontano a complessive 2.117 unità come di seguito ripartite, tra lavoratori a tempo indeterminato ed a tempo determinato.

### Personale al 31/12/2022 suddiviso tra Tempo Indeterminato e Tempo Determinato

Tempo indeterminato	1.895
Tempo determinato	222
<b>Totale al 31/12/2022</b>	<b>2.117</b>

Personale dirigenza	590
Personale comparto	1527
<b>Totale al 31/12/2022</b>	<b>2.117</b>

### L'organizzazione dell'Arnas

L'ARNAS Garibaldi garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed attua la sua "Mission" attraverso una organizzazione che si declina in strutture caratterizzate da autonomia, individuate nell'Atto Aziendale che definisce la struttura organizzativa adottato con deliberazione n. 546 del 30.09.2019, quindi modificato ed integrato con successivo provvedimento n. 16 del 09 gennaio 2020.

A tal fine, l'ARNAS adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa finalizzato alla realizzazione dell'Integrazione delle professionalità eterogenee, la condivisione di tecnologie, razionalizzazione delle risorse, miglioramento della qualità dei processi assistenziali.

In relazione al citato modello organizzativo, la struttura complessiva dell'Azienda si articola in:

- dipartimenti;
- strutture complesse;
- strutture semplici a valenza dipartimentale;
- strutture semplici articolazioni interne di strutture complesse.

La realizzazione delle attività aziendali è garantita attraverso i Presidi Ospedalieri di cui è composta in atto l'ARNAS: il P.O. Garibaldi Nesima ed il P.O. Garibaldi Centro. Il Presidio Ospedaliero Garibaldi – Nesima è sede di Dipartimento Oncologico ed eroga prestazioni sanitarie caratterizzate dalla multidisciplinarietà, complessità e peculiarità oncologica. Il Presidio è inoltre sede del Dipartimento Materno-Infantile con la presenza del Pronto Soccorso Ostetrico e del Pronto Soccorso Pediatrico. Al suo interno trovano, infine, allocazione ulteriori discipline chirurgiche e mediche di media ed elevata specialità. Il Presidio Ospedaliero Garibaldi-Centro accoglie il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA) con le relative strutture a specialità mediche e chirurgiche ed i servizi di supporto. All'interno del presidio del Garibaldi –

Centro trovano altresì ubicazione la sede legale dell'Ente e gli Uffici Amministrativi e Tecnici.

*Si omettono le tabelle relative all'attività svolta ed ai dati economici relativamente all'anno 2022, per evitare duplicazioni e quindi in una logica di integrazione con la sezione dedicata alla Performance, in linea con quanto stabilito dal PNA 2022.*

### **Conclusioni analisi del contesto**

Il contesto esterno ed interno alla realtà aziendale, può avere un impatto devastante sulla pubblica amministrazione, diretto ed indiretto cioè può anche generare un diffuso sentimento di sfiducia nei confronti della pubblica amministrazione.

La corruzione percorre infatti, le reti di relazioni che intercorrono tra portatori di interessi e pubblica amministrazione e la manipolazione, la strumentalizzazione e la tossificazione di tali relazioni costituiscono terreno fertile per l'emersione dei fenomeni corruttivi.

Quanto al contesto interno, i bisogni e le aspettative legittime degli utenti impattando con il processo organizzativo interno potrebbero esercitare una "pressione" sulla pubblica amministrazione a cui compete di realizzare e promuovere esclusivamente gli interessi primari.

In tal caso occorre operare delle valutazioni che coinvolgono la presenza dei requisiti, l'organizzazione, i processi che potenzialmente potrebbero influenzare la sensibilità della struttura al rischio corruttivo, l'assenza di pregiudizio ad interessi superiori. In questo ambito rileva la conoscenza, l'analisi del sistema delle responsabilità, il livello di complessità organizzativa della amministrazione rivestendo particolare rilevanza la capacità di adattamento alla cultura organizzativa orientata all'etica ed alla buona amministrazione.

## **IL PROCESSO DI GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI**

In conformità alle indicazioni metodologiche dell'ANAC ( in particolare PNA 2019 e PNA 2022) si riporta in sintesi la descrizione del processo di valutazione e di gestione del rischio adottato dall'ARNAS.



La metodologia che si è inteso adottare utilizza un approccio di tipo preventivo che si basa sulla responsabilizzazione del personale chiamato ad essere parte attiva nella identificazione dei fattori di rischio e dei rimedi per contrastare il fenomeno corruttivo.

Il processo gestionale del rischio corruttivo si sviluppa attraverso tre fasi fondamentali che riguardano:

- mappatura dei processi : identificazione delle attività a rischio corruttivo cui è esposta l'Amministrazione.
- valutazione dei rischi
- individuazione e programmazione delle misure generali e specifiche di prevenzione per il trattamento dei rischi rilevati.
- misure per la Trasparenza
- monitoraggio e valutazione

### **La Mappatura dei processi e valutazione dei rischi**

I principi e la metodologia di analisi e valutazione del rischio, sono stati aggiornati alla luce di principi ispirati a standard internazionali di “ risk management” che contribuiscono a realizzare un approccio valutativo (qualitativo) adottato nel PNA 2019, che risulta validamente mantenuto anche alla luce del nuovo PNA 2022.

L'approccio mira alla prevenzione della corruzione allo scopo di ridurre i rischi corruttivi tramite un processo sostanziale che deve essere inteso non come un mero adempimento formale.

In particolare, l'ANAC con il PNA 2019 suggerisce, infatti, di adottare un approccio di tipo qualitativo secondo cui stimare l'esposizione al rischio, tramite il coinvolgimento attivo degli operatori nel processo di analisi e con la formulazione di un giudizio sintetico sul rischio che applica una scala di misurazione ordinale e non numerica.

Quanto sopra ha reso necessario un ripensamento della strategia di valutazione utilizzata per allinearla alle predette indicazioni.

Il nuovo percorso ha preso avvio da corsi formativi organizzati dal RPCT e rivolti al personale dipendente amministrativo e sanitario ed ai Direttori di Struttura.

I contenuti dei corsi puntando sull'etica e sulla buona amministrazione hanno focalizzato l'interesse sull'analisi e valutazione dei rischi secondo l'approccio metodologico indicato dal PNA 2019.

Gli incontri formativi hanno realizzato un pieno ed attivo coinvolgimento dei partecipanti creando un rapporto dialogico costruttivo nella creazione dell'impianto della mappatura dei rischi correlati ai vari processi.

Operativamente ciò si è tradotto nella somministrazione ai partecipanti di una scheda di rilevazione dei processi e dei rischi correlati finalizzata alla loro individuazione nell'ambito delle attività svolte nell'ambito delle UU.OO di appartenenza.

Questo nuovo approccio metodologico ha realizzato un'ampia partecipazione del personale coinvolto ed è stato facilitato anche in ragione del fatto che gli obiettivi strategici di performance sono stati costantemente allineati ed in armonia con le strategie anticorruptive.

Alla luce di ciò, le informazioni ed i dati inerenti i rischi di corruzione rilevati nei processi attraverso l'autovalutazione effettuata dai Responsabili delle UU.OO o dai loro delegati, (c.d. self assessment), sono soggetti a valutazione utilizzando indicatori di rischio (key risk indicators) individuati secondo le indicazioni del PNA 2019 che basandosi sulla nuova metodologia valorizza i seguenti elementi quali: il grado di discrezionalità del decisore, il livello di interesse esterno inteso come interesse economico, opacità del processo decisionale intesa come trasparenza sostanziale, potere decisionale sull'esito dell'attività in mano a più persone.

Si ritiene di mantenere la struttura descritta in quanto conforme anche alle indicazioni del PNA 2022.

### Key risk indicators

<b>Giudizio sintetico sul grado di rischio</b>	<b>Indicatori di valutazione del livello di esposizione al rischio</b>
<b>Basso</b>	Attività a bassa discrezionalità per presenza di : 1) Specifica normativa 2) Regolamentazione aziendale  Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone  Elevato livello di trasparenza sostanziale  Scarsa presenza di interessi , anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo
<b>Medio</b>	Attività a media discrezionalità  Presenza di interessi , anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo  Livello di trasparenza sostanziale  Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a poche persone  Sussistenza di specifici meccanismi di verifica e controllo interni ed esterni

<b>Alto</b>	<p>Attività ad alta discrezionalità.</p> <p>Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a singole persone</p> <p>Opacità del processo decisionale</p> <p>Elevata presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo</p>
-------------	---

Il processo di valutazione del rischio comunque, rappresenta una opportunità per analizzare ed ottimizzare la conoscenza della realtà aziendale i cui processi si mappano con "gradualità" cioè programmando il passaggio da soluzioni semplificate a soluzioni più evolute con descrizioni più puntuali ed analitiche dei processi e parametrando gli indicatori di stima del livello di rischio anche all'implementazione di ulteriori dati ed informazioni di carattere oggettivo.

Una volta completata la fase di valutazione del rischio si procede alla ponderazione ed alla consequenziale definizione ed individuazione delle misure di contenimento del rischio.

Ad esito dell'analisi dei processi svolta dai vari Responsabili delle UU.OO o loro delegati, applicando i nuovi parametri individuati dalla nuova metodologia segnalata da ANAC nel PNA 2019, i processi sono stati classificati secondo una scala di tipo : rischio alto, medio, basso.

Per quanto riguarda i processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura definiti attraverso il coinvolgimento diretto dei Responsabili delle competenti Strutture, sono state individuate, nel PTPCT 2021-2023 le aree di rischio sotto riportate che si confermano nella presente sezione.

- Area di rischio 1 - Contratti Pubblici- Contratti con fondi PNRR
- Area di rischio 2 - Gestione delle Risorse Umane e Incarichi e nomine
- Area di rischio 3 - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Area di rischio 4 - Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Area di rischio 5 - Affari Legali e Contenzioso
- Area di rischio 6 - Attività libero professionale e liste di attesa
- Area di rischio 7 - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Area di rischio 8 - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Area di rischio 9- Servizio di ambulanze private
- Area di rischio 10– Dialisi
- Area di rischio 11 – Covid 19

- Area di rischio 12- Altri rischi

La strategia di prevedere un'articolazione descrittiva del livello di rischio ha permesso di formulare non solo una valutazione più concreta sul livello di rischio analizzata, ma anche di comprendere quali sono i processi aziendali che, essendo maggiormente vulnerabili in quanto sottoposti a un maggior rischio di corruzione, richiedono un intervento – in un'ottica preventiva – più mirato ed immediato.

### **Individuazione e programmazione delle misure generali e specifiche di prevenzione per il trattamento dei rischi rilevati.**

A seguito della valutazione effettuata come sopra, si è provveduto di conseguenza, ad individuare le misure di prevenzione per neutralizzare il rischio.

Al riguardo occorre precisare che le misure di prevenzione si distinguono in due categorie.

- **misure generali** (di governo di sistema) che incidono, cioè, sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione;
- **misure specifiche** che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio.

Le misure generali sono 13, e segnatamente:

1. Codice di comportamento;
2. Conflitto di interesse;
3. Rotazione del personale;
4. Conferimento e autorizzazione incarichi extra istituzionali;
5. Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e degli incarichi amministrativi di vertice;
6. Formazione del personale;
7. Attività successive alla cessazione dal servizio (pantouflage – revolving doors);
8. Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica Amministrazione;
9. Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblowing policy);
10. Patti di integrità negli affidamenti;
11. Monitoraggio dei termini procedimentali;
12. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.
13. Trasparenza

Le misure specifiche adottate da questa Azienda sono individuate sulla base delle specificità funzionali e di contesto che contraddistinguono l'ARNAS Garibaldi, nonché, sulle eventuali criticità emerse e sulla base delle indicazioni fornite nei Piani nazionali che si sono succeduti nel tempo.

In **allegato 4** si riporta il dettaglio della **mappatura dei rischi**.

## **Il Monitoraggio delle misure**

Una idonea programmazione delle misure di prevenzione della corruzione impone una mappatura dei processi che valorizzi il lavoro già svolto negli anni per la elaborazione dei Piani per la prevenzione della corruzione e trasparenza, in una logica di integrazione degli obiettivi di performance con le misure di prevenzione della corruzione nel lungo periodo, considerando gli interventi e le misure di prevenzione della corruzione quali parametri orientati gradualmente su tutti i processi dell'Arnas.

Ciò premesso, tuttavia l'ANAC nel PNA 2022 focalizza l'attenzione, avuto riguardo all'attuale momento storico, tra gli altri, su alcuni processi in cui sono gestite le risorse finanziarie del PNRR e comunque, su processi caratterizzati da notevole impatto socio-economico in relazione alla gestione di risorse finanziarie, come quelli relativi ai contratti pubblici.

Fermo restando, dunque, l'indicazione di ANAC sui processi interessati dal PNRR e dai contratti pubblici, resta tuttavia valida la necessità di presidiare tutti quei processi che presentino l'esposizione a rischi corruttivi significativi relativi ad ambiti di attività funzionali alla creazione di valore pubblico e non limitati a singole politiche pubbliche o a specifici obiettivi di performance, valorizzando così gli ambiti ed i processi già individuati e potenziandone ove occorra, le relative misure di prevenzione.

Alla luce di quanto sopra esposto, se ne deduce che il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione rappresenta una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione, infatti, si tratta di una fase che non costituisce un mero adempimento formale, ovvero di minore importanza rispetto a quella della progettazione del Piano.

Dunque, il monitoraggio va considerato come la base informativa necessaria ed indispensabile da cui partire per elaborare un piano/ sezione PIAO che sia in grado di governare le criticità.

Il monitoraggio va quindi, progettato ed attuato nell'arco del triennio ed in tal senso consente di valutare le misure in relazione alla loro effettività, sostenibilità ed adeguatezza e di realizzare gli opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse.

Nello specifico, il monitoraggio si può progettare su base annuale su alcune misure, mentre su altre con periodicità più frequente, in relazione dunque alle caratteristiche della misura, come ad es. nel caso della trasparenza.

Può anche essere effettuato un monitoraggio su diversi livelli: **monitoraggio di primo livello** assegnato in autovalutazione ai responsabili degli uffici e dei servizi responsabili delle misure, che informano il RPCT sul se e come le misure di trattamento del rischio sono state attuate. Il

RPCT in questa attività di monitoraggio può avvalersi degli organi di controllo interni all'amministrazione (Internal audit).

**Il monitoraggio di secondo livello** è compito del RPCT che può essere coadiuvato dagli organi di controllo interno (Internal Audit) che rappresentano un utile strumento migliorativo.

Questo tipo di monitoraggio può essere effettuato anche attraverso un campionamento delle misure da sottoporre a verifica.

Nel corso dell'anno si possono svolgere degli audit specifici sul campo con i Responsabili dell'attuazione delle misure, per ottimizzare lo svolgimento del monitoraggio di secondo livello.

Le risultanze del monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione costituiscono oggetto della relazione annuale che viene predisposta dal RPCT sulla base della griglia fornita dall'ANAC che seleziona determinati campi specifici.

La Relazione annuale, il cui termine è stato spostato con comunicato del Presidente dell'ANAC al 31/15/2023, è stata pubblicata su "Amministrazione Trasparente", nella sotto sezione "Altri contenuti" del sito internet dell'Arnas.

Di ciò è stata data comunicazione alla direzione Strategica e all'OIV.

Il RPCT tuttavia, a prescindere dal monitoraggio di cui sopra, effettua periodiche verifiche sulle sull'attuazione delle misure di prevenzione come ad es. nel caso della misura generale della trasparenza, formulando relazioni periodiche sugli adempimenti in materia di pubblicazione, monitorando quindi, costantemente il rispetto e l'osservanza degli obblighi di pubblicazione.

Le predette relazioni vengono in seguito pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente".

## **Le Misure di prevenzione generali ed il loro monitoraggio.**

### **1) Codice di Comportamento**

Rappresenta lo strumento individuato dalla legge n. 190/2012 per regolare le condotte dei dipendenti pubblici ed orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in raccordo con il PTPCT.

In attuazione dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001, come modificato dall'art. 1 comma 44 della Legge n. 190/2012, nonché in applicazione delle Linee Guida di cui alla delibera ANAC (ex CIVIT) n. 75/2013 e n. 12/2015, questa Azienda - in seguito ad una specifica fase di consultazione pubblica - ha adottato con deliberazione n. 57 del 29 gennaio 2016 il "Codice di Comportamento del Personale dell'ARNAS Garibaldi", che integra e specifica il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013.

Il Codice di comportamento si applica ai dipendenti dell'Ente e prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione, dei titolari di organi, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Il Codice di Comportamento del Personale dell'ARNAS Garibaldi:

- è stato pubblicato sul sito internet nonché sulla rete intranet aziendale, unitamente alla relazione illustrativa di accompagnamento, alla modulistica, al Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013 ed ai Codici Disciplinari per l'area della dirigenza e per l'area del comparto;
- è stato oggetto di diffusione capillare presso tutte le strutture aziendali.

Successivamente, è stata avviata e definita l'attività istruttoria per adeguamento dell'attuale Codice di Comportamento del Personale dell'ARNAS Garibaldi alle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale", emanate dall'ANAC con determina n. 358/2017.

In seguito alla emanazione delle nuove "Linee Guida in materia di codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche", si ritiene di dover adeguare il vigente codice di Comportamento dell'ARNAS alle stesse.

#### **Indicatori e monitoraggio**

Nell'attività di monitoraggio il RPCT si avvale della collaborazione del Dirigente Responsabile degli UPD individuati per la dirigenza e per il Comparto.

Il monitoraggio sull'attuazione delle misure previste in relazione al Codice di Comportamento è stato impostato mediante la definizione di un'apposita procedura in esito alla quale viene elaborata una tabella:

<b>Misura</b>		
<b>Codice di comportamento</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Procedimenti disciplinari di competenza dell'UPD</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Numero dei procedimenti Personale Dirigenza	20/12/2023	UPD/ RPCT

Numero dei procedimenti Personale Comparto	20/12/2023	UPD/ RPCT
<b>Misura</b> <b>Codice di comportamento</b>		
<b>Azione</b> <b>Aggiornamento del Codice di Comportamento del Personale dell'ARNAS Garibaldi</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	RPCT
<b>Misura</b> <b>Codice di comportamento</b>		

## 2.Conflitto di Interessi – Conflitto di interesse nei contratti pubblici.

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

Si configura una situazione di conflitto di interesse laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata, con pregiudizio dell'imparzialità o dell'immagine della pubblica amministrazione, per favorire gli interessi personali del funzionario stesso, o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore.

La descritta situazione a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria determina il rischio di comportamenti dannosi, con l'operatività della disciplina stabilita in materia indipendentemente dal concretizzarsi di un effettivo vantaggio.

Come indicato dal Consiglio di Stato , Sez. atti consultivi , parere n. 667/2019 sullo schema di linee guida ANAC, il conflitto di interessi è definito infatti, dalla categoria della "potenzialità".

Il Legislatore è intervenuto disciplinando il conflitto di interessi mediante disposizioni all'interno sia del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, sia sulla legge sul procedimento amministrativo, in cui è previsto l'obbligo per il dipendente/ responsabile del procedimento di comunicazione della situazione in conflitto e di astensione.

Inoltre, con il D.Lgs n. 39/2013 attuativo della L. n. 190/2012 sono state individuate fattispecie di incompatibilità ed inconferibilità di incarichi .

Alla luce delle superiori disposizioni, l'ARNAS Garibaldi ha provveduto a regolamentare la verifica e la gestione del conflitto di interesse attraverso il proprio Codice di Comportamento prevedendo, nell'art. 7, commi 2, 3, 4 e 5. una specifica procedura.

Inoltre, poiché il conflitto di interesse può insistere su diversi ambiti di attività, l'Azienda ha altresì, provveduto alla predisposizione della seguente modulistica:

- dichiarazione attestante l'assenza di condanne penali e di situazioni di conflitto di interessi, resa da parte dei componenti delle Commissioni di Concorso / Gara, del Rup ;
- dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, resa da parte del legale incaricato della difesa dell'Ente;
- dichiarazione pubblica sul conflitto di interessi, resa da parte dei componenti del Comitato Etico e da ciascuno Sperimentatore;
- dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, resa da parte dei soggetti affidatari di incarichi di consulenza e collaborazione nonché assegnatari di borse di studio.

Ulteriore azione specifica di prevenzione è stata attuata con riferimento alla partecipazione dei dipendenti ad eventi di formazione offerti da un Ente Privato /Operatore Economico. All'uopo, con deliberazione n. 284 del 10 luglio 2019 è stato approvato il "Regolamento per la partecipazione del personale ad eventi formativi sponsorizzati da terzi".

Il Regolamento è stato pubblicato ed è disponibile, con la relativa modulistica, nel sito istituzionale dell'ARNAS, alla Sezione "Amministrazione Trasparente" sottosezione "Disposizioni generali" – "Atti generali" - Atti amministrativi generali".

Da ultimo, in adempimento della direttiva dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana prot. n. 19302 del 04/03/2019, è stato adottato il "modello di dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti", elaborato sulla falsariga del modello predisposto da AGENAS per la compilazione da parte dei Dirigenti della sanità.

L'obiettivo è quello di rendere conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nello espletamento di attività inerenti alla funzione, che implicino responsabilità nella gestione e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

**La gestione del conflitto di interessi riveste speciale rilievo nelle procedure di affidamento degli appalti che rappresenta uno degli ambiti a maggior rischio corruttivo.**

La normativa europea in materia di PNRR assegna un rilievo particolare alla prevenzione del conflitto di interesse 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"*

Il Legislatore ha recepito le misure stabilite dall'U.E. oltre che in ulteriori disposizioni normative, nello specifico negli atti adottati dal MEF, Dipartimento RGS, Servizio Centrale per il PNRR.

In particolare, nelle LLGG del MEF annesse alla circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022 è stato previsto non solo l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo dei soggetti partecipanti alle gare, ma anche quello, posto in capo alla Stazione Appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo di assenza di conflitto di interessi.

Per quanto concerne la nozione di titolare effettivo si rinvia a quanto stabilito nella normativa in materia di antiriciclaggio di cui al D. Lgs. n. 231/2007 e riportato nelle stesse Linee Guida del MEF.

La figura del " Titolare effettivo" viene definita dall'art. 1, co. 1, lett. pp) del Decreto antiriciclaggio 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 instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita" L'art. 20 del medesimo D.Lgs. 231/2007, detta una serie di criteri elencati secondo un ordine gerarchico, che verranno in prosieguo indicati, in modo che i successivi siano applicabili solo nel caso in cui i primi risultino inutilizzabili.

La disciplina del titolare effettivo risulta funzionale a garantire la riconducibilità di un'operazione alla persona fisica che di fatto ne trae vantaggio, per evitare che altri soggetti, trust e istituti giuridici affini siano utilizzati come schermo per occultare l'effettivo beneficiario e realizzare finalità illecite.

In particolare il PNA 2022 come detto focalizza l'attenzione sul conflitto di interessi in materia di contratti pubblici con l'obiettivo di evitare che la S.A. nella scelta del contraente possa accordare la preferenza a concorrenti in ragione di particolari interessi soggettivi , a tutela quindi, del prestigio ed imparzialità della pubblica amministrazione e del principio di concorrenza.

**L'art. 42 co. 2 definisce le ipotesi di conflitto di interessi nell'ambito delle procedure di affidamento dei contratti pubblici.**

Si ha conflitto di interessi quando il personale di una S.A. o di un prestatore di servizi – che anche per conto della S.A. , interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato- ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nell'ambito della procedura di appalto o concessione.

Il co. 3 dell'art. 42 individua quali rimedi nel caso in cui si verifichi il rischio di un possibile conflitto di interessi ,” *l’obbligo di darne comunicazione alla S.A.*” e di “*astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni*” pena la responsabilità disciplinare del dipendente pubblico e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale”

Quanto all’ambito soggettivo di applicazione dell’art. 42 la norma si applica a tutto il personale dipendente delle Stazioni Appaltanti a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse ed a tutti coloro che siano in grado di impegnare l’ente nei confronti di terzi o comunque, rivestano di fatto o di diritto un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l’attività esterna. (LL GG.ANAC . n. 15 del 2019). Inoltre si applica ai prestatori di servizi coinvolti nell’affidamento ( ad es. Direttore dei Lavori/ Direttore dell’esecuzione e ove nominati eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l’esperto per l’accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/ soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti).

Ai professionisti coinvolti per conto della S.A. negli affidamenti legati ai fondi PNRR. (Soggetti che compongono organi politici laddove svolga una funzione amministrativo-gestionale).

Al Presidente e tutti i componenti sia di parte pubblica che di parte privata dei collegi consultivi tecnici.

Il progettista esterno non dipendente che elabora il progetto a base di gara non è obbligato a rilasciare la dichiarazione e di conseguenza di astenersi dalla gara , ma è previsto uno specifico divieto di assegnazione del contratto di appalto o subcontratto alla cui base c’è la progettazione dallo stesso redatta. Cfr. art. 24 co. 7 D. Lgs. 50/2016 e s. m. i.

### **Gli indicatori e il monitoraggio**

In attuazione della misura di che trattasi è prevista nelle procedure di appalto l’acquisizione di apposite dichiarazioni attestanti l’assenza di conflitto di interessi distinguendo due diverse ipotesi:

L’Anac infatti nel PNA 2022, in un’ottica di rafforzamento dei presidi di prevenzione, ritiene che in caso di contratti che utilizzano fondi PNRR, i dipendenti, per ciascuna gara in cui siano coinvolti, forniscano un’aggiornamento della dichiarazione con le informazioni significative in relazione all’oggetto dell’affidamento. Ciò infatti si desume proprio dall’art. 42, co. 3 del Codice dei contratti pubblici che prevede un obbligo di comunicazione alla S.A. e di astensione dal partecipare alla specifica procedura di aggiudicazione di appalti. Nel caso in cui emergano successivamente, nel corso delle varie fasi dell’affidamento , ipotesi di conflitto di interessi non dichiarate, occorrerà integrare detta dichiarazione.

<b>Misura</b>		
<b>Conflitto di interessi nei contratti con fondi PNRR</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Aggiornamento dichiarazione sull'assenza del conflitto di interessi nei contratti che utilizzano fondi PNRR</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Settori Provveditorato e Tecnico

Riguardo ai contratti che non utilizzano fondi PNRR le LL.GG. n. 15/2019 di Anac prevedono che venga rilasciata una dichiarazione solo al momento di assegnazione dell'ufficio o all'attribuzione dell'incarico. Resta fermo l'obbligo di rendere la dichiarazione ove i soggetti tenuti ritengano di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alla specifica procedura di gara ed alle circostanze conosciute che potrebbero fare insorgere detta situazione.

Resta fermo comunque l'obbligo di rendere la dichiarazione per ogni singola gara da parte del RUP e dei Commissari di gara.

<b>Misura</b>		
<b>Conflitto di interessi nei contratti</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Dichiarazione sull'assenza del conflitto di interessi</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Settori Provveditorato e Tecnico

### 3. Rotazione del personale

#### 3.1 La rotazione ordinaria

La rotazione del personale c.d. "ordinaria" è stata introdotta dall'art. 1, comma 5, lett. b) della L. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire «procedure appropriate

per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari».

Lo stesso art. 1, comma 4 lett. e), della L. 190/2012 dispone poi che l'ANAC (già CIVIT) ha il compito di definire i criteri che le amministrazioni pubbliche sono tenute a seguire per assicurare la rotazione nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'Autorità è più volte intervenuta con indicazioni, interpretazioni e suggerimenti indirizzati a facilitare l'entrata a regime negli enti di una misura, che, considerata cardine della strategia anticorruzione, rappresenta quella di più difficile applicazione.

Per questo motivo, ha dedicato all'argomento un apposito approfondimento nel PNA 2019 (Allegato 2), ove, sulla scia delle indicazioni già fornite nel P.N.A. 2016 e 2013, ha ribadito che sul piano soggettivo essa deve essere applicata a tutti i pubblici dipendenti, ampliando quindi la platea dei destinatari individuati dalla normativa.

In tal modo l'adozione della misura della rotazione ordinaria diviene uno strumento organizzativo di carattere generale che applicato a tutto il personale funge da rimedio preventivo alla corruzione e alle cattive pratiche favorite dal fatto di occuparsi per lungo tempo delle stesse attività, rappresentando, al contempo, un'occasione di crescita per i dipendenti in termini di preparazione e conoscenze.

È di tutta evidenza allora lo stretto legame tra la misura della rotazione e la misura della formazione – di cui si tratterà in seguito – che rappresenta lo strumento per garantire l'acquisizione da parte dei lavoratori le competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Valorizzare la formazione, dunque, consente di instaurare un processo di pianificazione che rende fungibili competenze tra loro diverse, ponendo le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

Come è noto, in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità oggettive e peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste., soprattutto, nello svolgimento delle funzioni apicali, criticità di cui l'ARNAS Garibaldi, quindi, non va esente. Da un canto, il personale operante in ambito clinico è vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, oltre e soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un settore in cui la rotazione è di scarsa applicabilità. Ma, da altro canto, anche il personale operante in ambito amministrativo e tecnico possiede, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es. ingegneri, fisici, informatici, avvocati ecc.) che rendono poco attuabile questa misura, non trascurando la circostanza che questa categoria di personale potrebbe avere acquisito competenze che difficilmente possono essere trasmesse ad altro dipendente.

Consapevole delle difficoltà applicative, l'ANAC ha chiarito, in più occasioni, che la misura in discussione, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in coerenza con la specificità della

Pubblica Amministrazione e nel rispetto del CCNL di riferimento, dovrà essere attuata nel limite del possibile.

In coerenza con quanto sopra esposto, nel 2019 si è proceduto ad effettuare una rotazione del personale della Dirigenza e del Comparto amministrativo, adottando all'uopo con deliberazione n. 176 del 12 giugno 2019 il "Piano della rotazione del personale dirigente e del comparto dell'area amministrativa" che ha riguardato n. 10 unità di personale del comparto e n. 3 unità di personale dirigenziale. Successivamente, nel corso dell'anno 2020 con deliberazione n. 515 del 17/06/2020 si è provveduto alla modifica e riorganizzazione delle competenze nell'ambito dei Settori Amministrativi e della Direzione Amministrativa dell'ARNAS che ha riguardato anche la rotazione di una unità di Dirigente Amministrativo e di un unità del personale del comparto.

Nel corso del 2021 si è provveduto, con disposizione di servizio, relativa all'ambito dei Settori Amministrativi, ad una rotazione di due unità di personale con qualifica di Dirigente Amministrativo, che sono stati destinati ad altri Settori, al fine di presidiare delle aree particolarmente rilevanti e sensibili ( Settore del Personale e Settore Affari Generali).

Nel 2022 la rotazione ordinaria è stata realizzata in riferimento an. 3 figure dirigenziali.

Per il monitoraggio della misura in argomento si adotta il seguente report:

<b>Misura</b>		
<b>Rotazione del personale</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Realizzazione o meno della misura e</b>		
<b>Numero di dipendenti della Dirigenza e Comparto oggetto di rotazione</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no / numero	Annuale	Direzione Strategica

### 3.2 La rotazione straordinaria

L'art. 16, comma 1, lett. l - quater del D.Lgs. n. 165/2001 ha introdotto nell'ordinamento italiano la c.d. "rotazione straordinaria". La citata norma prevede l'obbligo da parte del datore di lavoro di procedere alla rotazione del personale "... nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva". Il testo normativo, tuttavia, non individua le fattispecie di illecito che l'amministrazione è chiamata a tenere in conto ai fini della decisione di far scattare o

meno la misura della rotazione straordinaria, a differenza di quanto previsto per il “trasferimento a seguito di rinvio a giudizio” disciplinato dall’art. 3, co. 1, della Legge n. 97/2001.

La lacunosità del testo normativo e la regolare assenza di comunicazione di avvio di procedimenti penali da parte dei dipendenti coinvolti costituiscono per l’ANAC la ragione della mancata attuazione di questa misura da parte delle pubbliche amministrazioni. Tuttavia, nel PNA 2019 l’Autorità ha rammentato di avere chiarito nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 - recante le linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria - che l’espressione “avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva” di cui all’art. 16, co. 1, lett. l-quater, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all’art. 335 c.p.p., poiché è proprio con quell’atto che inizia un procedimento penale.

#### **4. Conferimento e autorizzazione incarichi extra istituzionali**

La misura si ricollega sia all’obbligo di pubblicazione previsto dal D. L.gs 33/2013 in materia di trasparenza sia agli invii periodici alla banca dati Anagrafe delle Prestazione del sistema integrato PERLAPA del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Nel corso del 2020 con la deliberazione n. 1222 del 22/12/2020 è stato approvato il “Regolamento aziendale in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali del personale dipendente compatibili con il rapporto di lavoro presso l’Arnas Garibaldi”. In questa materia Il Servizio Ispettivo ha il compito dell’accertamento dell’osservanza da parte dei dipendenti delle disposizioni normative in materia di esclusività del pubblico impiego e di incompatibilità nell’esercizio di altre attività nel rispetto della normativa e del regolamento aziendale vigente.

Quale monitoraggio di questa attività è stata prevista la procedura che si riassume nella seguente tabella che riporta un resoconto annuale:

<b>Misura</b>		
<b>Conferimento e autorizzazione incarichi extra istituzionali.</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Controlli a campione sul personale finalizzati al rispetto della disposizioni in materia</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Numero	Annuale	Servizio Ispettivo

## **5. Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e degli incarichi amministrativi di vertice**

In osservanza alle disposizioni in ordine alla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, è stato emanato il D.Lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico.

Con delibera del 22 dicembre 2014, n. 149, L'Anac ha precisato che "Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, ...devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".

Inoltre, la delibera ANAC 4 agosto 2020 n. 713 "*Interpretazione e applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario*" ha stabilito che gli incarichi svolti nell'ambito degli enti del SN - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria - sono sottoposti ai limiti e alle preclusioni in materia di inconferibilità e incompatibilità; di conseguenza i dirigenti tecnico-amministrativi che operano nel contesto delle Aziende Ospedaliere sono sottoposti al regime di cui al D.Lgs. n. 39/2013.

Alla luce di quanto sopra, è pertanto necessario acquisire, da parte dell'interessato, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza delle condizioni previste dal decreto legislativo 39/2013. La dichiarazione viene pubblicata sul sito internet istituzionale (art. 20 d.lgs. 39/2013).

Con riferimento all'anno 2020, si è provveduto ad acquisire e pubblicare la dichiarazione / il rinnovo annuale del Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario e nel corso dell'anno 2021 si è proseguito con detta acquisizione e pubblicazione.

Alla luce di quanto stabilito dalla Delibera ANAC del 2020 n. 713 di cui sopra, sono stati altresì pubblicati sul sito internet istituzionale anche le dichiarazioni di incompatibilità degli incarichi dirigenziali relative ai dirigenti tecnico-amministrativi.

Quale monitoraggio di questa misura si riassume nella seguente tabella :

<b>Misura</b> <b>Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e degli incarichi amministrativi di vertice.</b>		
<b>Azione</b> <b>Rinnovo dichiarazioni sull'insussistenza di cause di inconferibilità o sulla presenza di situazioni di incompatibilità.</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione</b> <b>Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Direzione Strategica /RPCT

## 6. Formazione del personale

La Legge 190/2012 prevede l'organizzazione di attività di formazione del personale dipendente al fine di diffondere la conoscenza dei temi dell'etica pubblica, anticorruzione, trasparenza codice di comportamento, buona amministrazione etc, nella consapevolezza che solo un cambiamento culturale degli operatori può scoraggiare comportamenti improntati alla corruzione.

Nel corso dell'anno 2021 vari sono stati gli interventi formativi finalizzati alla diffusione tra il personale dipendente dei menzionati temi , in quanto l'importanza e l'immanenza della formazione rappresenta un valore di leva del cambiamento e forma insostituibile di creazione di consapevolezza e conoscenza dei comportamenti idonei da porre in campo per evitare condotte illecite.

Nel corso dell'anno 2021, quindi, in linea anche con le emanate direttive assessoriali, sono stati organizzati ed effettuati i seguenti interventi formativi, che hanno coinvolto tutto il personale dirigenziale ed il personale del comparto.

In particolare, atteso che la Direzione Strategica ha condiviso con il RPCT quali obiettivi di performance per i direttori/ responsabili delle UU.OO. Amministrative la partecipazione ad un evento formativo dai contenuti mirati, nonché il rispetto degli obblighi di trasparenza ex Legge 33/2013, è stato organizzato un evento formativo in modalità videoconferenza, rivolto anche ai Responsabili delle pubblicazioni dei dati ai sensi del sopra citato D.Lgs 33/2013. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto. Il Titolo del Corso di aggiornamento : "Amministrazione trasparente:

dalla teoria alla pratica” tenutosi il 15/10/2021 presso l’Aula Dusmet dell’Arnas Garibaldi.

E’ stata quindi diversificata la formazione dedicata al personale sanitario, e sempre in condivisione con la Direzione Strategica è stato assegnato come obiettivo di performance la partecipazione ad un corso di aggiornamento svoltosi in due edizioni, in videoconferenza nelle date del 24 /11/2021 e 1/12/2021.

Il corso dal titolo : “ I percorsi giuridici dell’Etica pubblica, prevenzione della corruzione e buona amministrazione” , ha coinvolto il personale Medico ed il personale del comparto con il rispetto del criterio di rotazione nella individuazione dei partecipanti, atteso che la formazione in materia di prevenzione della corruzione deve necessariamente coinvolgere la totalità del personale dipendente. Lo scopo dell’evento è stato quello di fornire le competenze e gli strumenti necessari per applicare al contesto di riferimento le misure volte alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza amministrativa tramite l’approccio conoscitivo di questi temi. L’obiettivo di performance è stato pienamente raggiunto per la partecipazione della totalità degli iscritti che hanno seguito attivamente l’evento.

Per l’anno 2022 i quattro percorsi formativi inseriti nel Piano Formativo sono stati pienamente realizzati con la piena partecipazione dei Responsabili delle strutture amministrative e dei loro collaboratori e dei Dirigenti Medici e del personale del comparto di tutte le strutture sanitarie.

Per il 2023 sono già stati previsti nel Piano relativo al fabbisogno formativo vari interventi finalizzati alla diffusione capillare ed al potenziamento della formazione del personale dipendente in tema di integrità, prevenzione della corruzione ed etica pubblica.

<b>Misura</b>		
<b>Formazione del personale</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Organizzazione corsi di formazione sull’etica pubblica, prevenzione della corruzione rivolti al personale sanitario ed amministrativo dell’ARNAS</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no / numero	Annuale	RPCT / Ufficio Formazione

## 7. Attività successiva alla cessazione del servizio (pantouflage – revolving doors)

La parola “ pantouflage” indica il passaggio dei dipendenti pubblici al settore privato.

Ciò in alcuni casi potrebbe, laddove non adeguatamente gestito, rappresentare un rischio per l'imparzialità della pubblica amministrazione.

L'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. 165/2001, introdotto dall'art. 1, comma 42, della Legge n. 190/2012, ha posto una disciplina per contenere il rischio che il dipendente, durante il periodo di servizio, abbia potuto preconstituirsì situazioni di vantaggio da sfruttare successivamente alla cessazione del rapporto.

Nello specifico, è dettagliato che *“i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali (dirigenti, funzionari, titolari di funzioni dirigenziali, responsabili del procedimento) per conto dell'amministrazione non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego (qualunque sia la causa di cessazione e, quindi, anche in caso di collocamento in quiescenza), attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri”*.

In caso di violazione del divieto sono previste specifiche sanzioni che hanno effetti sul contratto di lavoro e sull'attività dei soggetti privati.

La norma configura, come sottolineato dall'Autorità una fattispecie di “ incompatibilità successiva” alla cessazione del servizio del dipendente pubblico.

Al riguardo sempre l'ANAC nel PNA 2022 ha precisato che rientrano nei “ poteri autoritativo negoziali per conto delle P.A. “ , sia i provvedimenti afferenti specificamente alla conclusione dei contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la P.A., sia provvedimenti adottati unilateralmente dalla P.A., quale manifestazione del potere autoritativo che incidono modificandole, sulle situazioni giuridiche dei destinatari.

L'ANAC ha inoltre, precisato che l'espressione “ attività lavorativa o professionale” va estesa a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale con i soggetti privati e quindi a rapporti di lavoro a tempo determinato o indeterminato, incarichi o consulenze a favore di soggetti privati.

Ai fini dell'applicazione della presente disposizione normativa, l'ARNAS Garibaldi ha disposto l'inserimento:

- nei contratti di assunzione del personale sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, della clausola di divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, dell' obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non aver

concluso, contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'ARNAS Garibaldi, **per quanto di conoscenza**, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

- promozione da parte del RPCT di attività di approfondimento, percorsi formativi, aggiornamento e sensibilizzazione in materia di pantouflage.

Per la verifica sul divieto di pantouflage il RPCT si avvale della collaborazione degli uffici interessati : uffici gare ed ufficio del personale.

Per il monitoraggio della misura in argomento si adotta il seguente report:

<b>Misura</b>		
<b>Attività successive alla cessazione dal servizio (pantouflage– revolving doors)</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Inserimento nei contratti di assunzione, nei bandi di gara, lavoro della clausola relativa al pantouflage</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	RPCT /Settori Amministrativi coinvolti
<b>Misura</b>		
<b>Attività successive alla cessazione dal servizio (pantouflage– revolving doors)</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Formazione dedicata</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	RPCT /Formazione

### **8. Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la Pubblica Amministrazione**

La Legge n. 190/2012 ha introdotto il nuovo art. 35 *bis* del D.Lgs. n. 165/2001 il quale stabilisce che 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:

- non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Alla luce delle superiori disposizioni, l'ARNAS Garibaldi ha adottato apposita modulistica con la quale i componenti delle commissioni di concorso e di gara devono attestare l'assenza di condanne penali oltreché di assenza di situazioni di conflitto di interesse al fine della verifica ed eventuale rinnovo delle autocertificazioni per coloro che sono assegnati, anche con direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie (Settore Economico-Finanziario) o all'acquisizione di beni, servizi e forniture (Settore Provveditorato – Settore Tecnico) attestante l'assenza di condanne penali e di situazioni di conflitto di interesse rispetto all'incarico conferito.

<b>Misura</b>		
<b>Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica Amministrazione.</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Verifica ed eventuale rinnovo delle autocertificazioni per coloro che sono assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie o all'acquisizione di servizi e forniture, attestante l'assenza di condanne penali e situazioni di conflitto di interesse rispetto all'incarico conferito.</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	RPCT/ Settori Amministrativi coinvolti

### **9.Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing policy)**

Si tratta di una misura finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito e, più in generale, di condotte riprovevoli nell'ambito delle amministrazioni pubbliche, introdotta dall'art. 54 bis del d.lgs. n.165/2001.

Tenuto conto dell'importanza della misura ai fini della prevenzione dell'illegalità, l'ARNAS ha dato concreta attuazione alla misura mediante account dedicato di posta elettronica denominato [whistleblowing@ao-garibaldi.ct.it](mailto:whistleblowing@ao-garibaldi.ct.it), e approvando e pubblicando sul proprio sito internet il "Regolamento per la tutela del dipendente che segnala illeciti", adottato con deliberazione n. 179 del 30 marzo 2015, poi aggiornato con deliberazione n. 774 del 13/07/2018 alle modifiche normative introdotte dalla Legge 30 novembre 2017, n. 179.

La citata legge, recante "disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato", ha infatti modificato l'art. 54 bis del d.lgs. n.165/2001 ed ha integrato la tutela del soggetto che segnala l'illecito rispetto alla normativa precedente.

Per questo motivo, nella sezione "Anticorruzione" del sito istituzionale è stato creato il link alla piattaforma dell'ANAC, possibile destinatario della denuncia, in aggiunta al preesistente indirizzo di posta elettronica, all'uopo dedicato.

Infine, in adempimento della direttiva dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana prot. n. 25687 del 25/03/2019 l'Azienda ha adottato una piattaforma informatica strutturata secondo le garanzie della legge 30 novembre 2017, n. 179. È quindi stata attivata sul sito istituzionale dell'ARNAS la piattaforma "WistleblowingPA" messa a disposizione gratuitamente da Transparency International che consente di gestire le segnalazioni nel rispetto delle predette garanzie, e con ciò uniformando la propria azione a quella condivisa in ambito regionale da altre aziende sanitarie che ne hanno già sperimentato l'adeguatezza.

Successivamente, le "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)", sono state approvate in via preliminare dal Consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione nell'adunanza del 23 luglio 2019 e poste in consultazione pubblica dal 24 luglio 2019 al 15 settembre 2019 sul sito dell'Autorità.

In relazione a ciò è stato reso parere dal Garante per la protezione dei dati personali, in data 16 dicembre 2019. Inoltre, il Consiglio di Stato (Sezione Prima, Adunanza di Sezione del 4 marzo 2020, n. 615) ha formulato parere sulle "Linee Guida Anac in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. n. 165/2001 (whistleblowing)".

Il Consiglio dell'Autorità nazionale anticorruzione nell'adunanza del 1° luglio 2020 con Delibera n. 690, in vigore dal 3 settembre 2020 (pubblicato nella G.U. - Serie Generale n. 205 del 18.08.2020) ha approvato il nuovo Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro.

Il nuovo regolamento è finalizzato a consentire all'Autorità Nazionale Anticorruzione di esercitare il potere sanzionatorio in modo più efficiente e celere per svolgere un ruolo attivo nell'opera di emersione di fatti illeciti commessi nelle amministrazioni pubbliche. Nel corso dell'anno 2022 non si sono registrate segnalazioni.

<b>Misura</b>		
<b>Tutela del dipendente che segnala illeciti</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Presentazione delle segnalazioni sulla piattaforma dedicata</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no / numero	Annuale	RPCT

### 10. Patti di integrità negli affidamenti

In attuazione dell'art. 1, comma 17, della Legge n. 190/2012, nonché ai sensi del D.Lgs. n. 50/2016, l'ARNAS Garibaldi ha proceduto con deliberazione n. 848 del 16/11/2016 all'adozione del documento denominato "Patto di Integrità" destinato a regolamentare i comportamenti degli operatori economici e dei dipendenti dell'ARNAS Garibaldi nel settore relativo alle procedure di affidamento e gestione degli appalti (servizi, lavori e forniture).

Conseguentemente, questa Azienda ha provveduto ad inserire negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito, una specifica clausola di salvaguardia - a pena di esclusione - di conoscenza e rispetto del patto di integrità, garantiti attraverso la sottoscrizione del documento per presa visione e accettazione.

<b>Misura</b>		
<b>Patti di integrità negli affidamenti</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Inserimento negli avvisi, bandi di gara, lettere invito etc della clausola del rispetto del patto di integrità</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	RPCT / Settori amministrativi

## 11. Monitoraggio dei termini procedurali.

L'art. 1, comma 9, lett. d del D.Lgs. n. 190/2012 stabilisce che *“ogni amministrazione pubblica ha l’obbligo di monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti amministrativi”*.

Al rispetto dei termini previsti dalla legge o da eventuali regolamenti aziendali per la conclusione dei procedimenti provvedono i Dirigenti responsabili per quanto di competenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provvede, invece, al monitoraggio del rispetto dei predetti termini, acquisendo dai Dirigenti Responsabili (ciascun Dirigente struttura amministrativa e ciascun Direttore Medico di Presidio) un report sullo stato dei procedimenti amministrativi condotti nel semestre precedente, attestante il rispetto del relativo termine di conclusione oppure le motivazioni che ne hanno determinato l’inosservanza.

Per garantire l’effettività della misura, i Responsabili delle strutture ospedaliere, anche nella qualità di Referenti, ai sensi del presente piano, inoltrano al Responsabile della prevenzione della corruzione un prospetto contenente :

- numero di procedimenti conclusi nel semestre di riferimento;
- numero di procedimenti per i quali sono stati rispettati i termini;
- numero di procedimenti conclusi con ritardo oltre il termine previsto;
- ragioni che hanno determinato il ritardo;
- azioni correttive adottate

Per il monitoraggio della misura in argomento si adotta il seguente report:

<b>Misura</b>		
<b>Monitoraggio dei termini procedurali</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Presentazione dei report relativi ai procedimenti</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
numero	Annuale	RPCT / Settori amministrativi

## 12. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Poiché uno degli obiettivi principali dell'azione di prevenzione della corruzione è l'emersione di episodi di cattiva amministrazione e, di conseguenza, di fenomeni corruttivi altrimenti silenti, diventa fondamentale - in ultima analisi - implementare una reale collaborazione ovvero un concreto dialogo con gli attori esterni all'Amministrazione (c.d. stakeholders), rappresentati dai cittadini, dalle associazioni di tutela degli utenti e delle imprese che usufruiscono delle prestazioni erogate da questa Azienda Ospedaliera.

In tale ottica, è stata attivata - al di fuori dei meccanismi già previsti dalla normativa - una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile, in cui un ruolo chiave è svolto dall'U.R.P. che rappresenta la prima interfaccia con la cittadinanza.

Al fine di ottimizzare il rapporto dialogico e collaborativo con il Comitato Consultivo di questa Arnas costituito con deliberazione n. 73 del 29/01/2019 e che rappresenta un importante strumento di partecipazione dei cittadini al Sistema Sanitario, si prevede di attuare un coinvolgimento anche in occasione di interventi formativi in materia di prevenzione della corruzione.

Ciò in quanto il fine prioritario di tale organismo è rappresentato dalla tutela dei diritti degli utenti del settore sanitario e dalla evoluzione e crescita del cittadino al fine di renderlo partecipe e responsabile degli eventi che lo riguardano, attribuendogli un ruolo proattivo nella gestione della propria salute.

Per il monitoraggio della misura in argomento si adotta il seguente report:

<b>Misura</b>		
<b>Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Presentazione report segnalazioni utenza</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no /numero	Annuale	RPCT / URP

## 13. La Trasparenza

Nelle strategie di prevenzione della corruzione ruolo fondamentale è riconosciuto alla trasparenza amministrativa la cui completa realizzazione rappresenta una misura fondamentale

per la prevenzione della corruzione e cattiva amministrazione. La centralità di questa misura è confermata dal PIAO che assegna alla trasparenza un ruolo di primo piano in quanto misura che contribuisce al buon andamento del servizio pubblico ed alla corretta gestione delle relative risorse.

Come previsto dal D. Lgs 33/2013 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 “accesso civico generalizzato” introdotto dal D. Lgs 33/2013 e s.m.i. che amplia l’accesso nella sua originaria versione, radicando il diritto di accesso ai dati e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

In applicazione di quanto sopra, è disponibile sulla home page del sito web istituzionale, l’apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente". La sezione è aggiornata in base al dettato della Legge n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, e della Determinazione ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016” nonché del relativo Allegato.

Riguardo all’adempimento degli obblighi di pubblicazione introdotti dal D.Lgs 33/2013 e di cui alla deliberazione n. 1310/2016 di ANAC, si è provveduto ad individuare nominativamente i soggetti responsabili dell’elaborazione dei dati e della loro pubblicazione.

Si rimanda all’**Allegato 5 “Obblighi di pubblicazione D.Lgs. n. 33/2013”** del PTPCT 2021-2023”.

Il sistema così delineato si basa sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi soggetti individuati cui compete l’elaborazione/ trasmissione dei dati e delle informazioni, nonché la loro pubblicazione. I dirigenti delle strutture dell’Azienda garantiscono, ciascuno per quanto di competenza, il regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e sono conseguentemente responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell’aggiornamento dei dati da pubblicare nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Il dirigente responsabile di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità dell’esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione

Il RPCT svolge un ruolo di coordinamento e monitoraggio sulla pubblicazione dei dati, ma non sostituisce gli uffici nell’elaborazione, nella trasmissione, e nella pubblicazione dei dati. Riguardo al rispetto degli obblighi di pubblicazione l’OIV ha attestato la pubblicazione dei dati ed in particolare, la griglia di rilevazione relativa all’anno 2022 finalizzata ad una

verifica/monitoraggio degli obblighi di pubblicazione previsti ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. ha avuto esito positivo ed è stata già pubblicata entro il termine previsto, nella sezione “Amministrazione Trasparente”.

Il Programma della trasparenza posto in essere dall’ARNAS Garibaldi inoltre, in una logica di massima apertura all’esterno, ha previsto nella sezione “Amministrazione Trasparente”– “Dati ulteriori” diverse informazioni richieste da specifiche disposizioni normative, ovvero previste da norme intervenute successivamente, quali : dall’anno 2015, la pubblicazione degli Esiti Monitoraggio delle attività assistenziali ai sensi dell’art. 1, comma 522, della Legge 28 dicembre 2015 n. 208; a partire dal 2017, la “Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi” ai sensi dell’art. 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208; a partire dal 2012, i “Dati relativi a tutti i risarcimenti erogati” ai sensi dell’art. 4, comma 3, della legge 8 marzo 2017, n. 24, la graduale pubblicazione delle informazioni sulla gestione delle sperimentazioni, ai sensi del D.Lgs 52/2019, il censimento delle autovetture di servizio ai sensi dell’art. 4 del DPCM 25 settembre 2014 etc.

Il RPCT ha in ogni caso vigilato sugli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, anche in occasione di nuovi obblighi introdotti da recenti normative. Ci si riferisce in particolare all’obbligo di pubblicazione della rendicontazione degli atti di liberalità ai sensi dell’art. 9, c. 5 del d.l. 18/2020 convertito con legge n. 27/2020, in ossequio anche alle indicazioni ANAC . Analogamente, in un ottica di massima trasparenza è stata prevista la pubblicazione di una tabella riassuntiva delle donazioni ricevute in emergenza Covid -19, ritenendo prioritario escludere ogni opacità sul corretto utilizzo anche delle donazioni ricevute.

Il RPCT nel corso dell’anno 2022 ha effettuato i seguenti monitoraggi alla data del 30/06/2022 e 31/12/2022 relativamente all’osservanza degli obblighi di pubblicazione, come da relazioni pubblicate sul sito web sotto la sezione Amministrazione Trasparente- Sotto sezione : Altri contenuti : Prevenzione della Corruzione.

La trasparenza declinata negli obblighi di pubblicazione è stata oggetto di costante sensibilizzazione, tramite anche interventi formativi mirati a fornire orientamento, supporto e informazione teoriche ed anche pratiche in relazione agli obblighi ed ai dati oggetto di pubblicazione.

Per il monitoraggio della misure in argomento si adotta il seguente report:

<b>Misura</b>		
<b>Trasparenza</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Aggiornamento pubblicazione dati nella sezione Amministrazione Trasparente</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	30/06/2023 31/12/2023	Responsabili di Struttura (Allegato n.3 )

Inoltre, l'Azienda assicura l'efficacia e la piena disponibilità del diritto di accesso civico a tutti i dati e documenti per i quali è prevista dalla normativa vigente l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente". Garantisce altresì, il diritto di accesso ai dati e ai documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti ai sensi del D. Lgs. n.33/2013 (e s.m.i.).

Al fine di fornire un quadro organico dei profili applicativi relativi alle sopra esposte tipologie di accesso ed al più tradizionale accesso documentale e di coordinare le condotte aziendali in ordine alle eventuali richieste in materia, l'ARNAS Garibaldi con deliberazione n. 177 del 26/10/2017 ha adottato il "Regolamento per l'esercizio del diritto accesso agli atti ed ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato". Il presente Regolamento è stato pubblicato sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente e diffuso a tutte le strutture aziendali.

All'interno della predetta sezione, sotto-sezione Accesso Civico è stata, inoltre, creata un'area dedicata contenente una breve descrizione degli istituti dell'Accesso Civico e dell'Accesso Civico Generalizzato e delle relative modalità di esercizio nonché la modulistica predisposta. Parimenti è pubblicato il "Registro degli accessi", con cadenza periodica semestrale, liberamente consultabile di chiunque ne abbia interesse.

<b>Misura</b>		
<b>Trasparenza</b>		
<b>Accesso ex L. 241/1990, civico semplice, e generalizzato di cui al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Pubblicazione richieste con indicazione della tipologia e delle informazioni richieste dalla funzione Pubblica</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Responsabili di Struttura (Allegato n.3 )

### 13.1 La Trasparenza in materia di contratti pubblici

IL PNA 2022 dedica una parte speciale ai contratti pubblici ed al PNRR poiché la disciplina di questa materia recentemente è stata interessata da un copioso avvicinarsi di normative che l'hanno resa complessa e stratificata.

Il flusso di risorse economiche erogate mediante il PNRR impone una maggiore profondità ed allo stesso tempo ampiezza della trasparenza in questa materia.

Infatti, secondo l'Autorità 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 valorizzato il ruolo della Trasparenza da intendersi quale 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 nella fase dell'aggiudicazione che dell'esecuzione di opere, servizi e forniture.

**Ciò significa che la Trasparenza rappresenta un indeclinabile principio posto a presidio di garanzia, ex ante, di una effettiva competizione per l'accesso alla gara ed ex post, di un efficace controllo sull'operato dell'aggiudicatario.**

Riguardo agli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici la L. 190/2012 ed il codice dei contratti dettano la disciplina disponendo che le pubbliche amministrazioni assicurino livelli essenziali di trasparenza mediante la pubblicazione di tutti gli atti delle procedure di gara.

Alla luce di ciò le pubbliche amministrazioni sono dunque chiamate a dare corretta attuazione agli obblighi di pubblicazione che includono oggi, oltre a quelli delle tradizionali fasi della programmazione ed aggiudicazione, anche quelli della fase esecutiva.

Inoltre anche per quest'ultima fase si dovrà assicurare la più ampia trasparenza mediante l'accesso civico generalizzato .

Sul punto è intervenuta la A.P. del Cds n. 10 del 2020 che ha posto in risalto l'importanza che ha assunto la Trasparenza, intesa come forma di prevenzione della corruzione e strumento ordinario e primario di riavvicinamento del cittadino alla p.a. che concorre al soddisfacimento dei diritti fondamentali della persona.

Alla luce del complesso quadro normativo in materia, l'ANAC nel prendere atto delle modifiche intervenute e degli orientamenti giurisprudenziali espressi in materia, ha revisionato l'elenco degli atti da pubblicare in merito alle procedure di gara che scaturiva dagli allegati alle delibere 1310/2016 e 1134/2017 che si intendono sostituite dall'allegato n. 9 al PNA 2022. (sostitutivo degli obblighi elencati per la sottosezione "Bandi di gara e contratti" dell'allegato 1 alla delibera Anac 1310/2016 e dell'allegato 1 alla delibera anac 1134/2017).

Alla luce di quanto sopra, pertanto gli **obblighi di pubblicazione relativi ai contratti pubblici** sono quelli previsti nel PNA 2022, come riportati nel citato **Allegato 6** di questo documento.

Ciò al fine di assicurare la trasparenza e la realizzazione degli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici.

### **13.2 La Trasparenza degli interventi finanziati con fondi del PNRR.**

Il PNRR, come detto, ha come obiettivo prioritario quello di garantire che le ingenti risorse finanziarie restino immuni da gestioni illecite, nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, assenza di conflitto di interesse, frodi e corruzione.

A questa esigenza risponde innanzitutto il Ministero dell'economia e finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello stato RGS che ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione, specificando che le Amministrazioni centrali titolari degli interventi ed i soggetti attuatori sono tenuti, in quanto pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del D.Lgs. n. 165/2001, al rispetto della disciplina nazionale in materia di trasparenza.

Restano, dunque fermi gli obblighi di pubblicazione nella “ Sezione Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale e l'applicazione dell'accesso civico semplice e generalizzato.

Tuttavia la RGS introduce anche ulteriori obblighi di pubblicazione con riguardo agli interventi inclusi nel PNRR.

Quindi, le Amministrazioni titolari di interventi al fine di consentire una modalità di accesso standardizzata ed immediata ad informazioni aggiornate sullo stato di attuazione del PNRR sono tenute ad individuare nell'ambito del sito web una sezione denominata “ Attuazione Misure PNRR” con indicazione della missione, componente di riferimento e investimento.

In particolare, l’Autorità ritiene che al riguardo gli obblighi in questione possano essere assolti inserendo nella corrispondente sottosezione di “ Amministrazione Trasparente “ *un link*”che rinvia alla sezione dedicata all’attuazione delle misure del PNRR.

La misura è descritta nel report che segue:

<b>Misura</b>		
<b>Trasparenza degli interventi finanziati con fondi PNRR</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Realizzazione nella sezione Amministrazione Trasparente della sotto- sezione “ Attuazione Misure PNRR”</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Semestrale	Responsabile Struttura PNRR /SIA/RPCT

Tenuto conto della importanza della Trasparenza e del rilievo recentemente assegnato a questa misura dal PIAO, e delle ricadute positive che si sono registrate in termini di rispetto degli obblighi di pubblicazione, da parte dei soggetti che vi sono tenuti, si ritiene di prevedere interventi formativi dedicati alla materia della trasparenza amministrativa ed agli aspetti pratici che la riguardano.

Infine, la trasparenza viene potenziata dall’utilizzo della telematica incentivato dalla legge, infatti tutta l’evoluzione legislativa dagli anni 70 ad oggi è contrassegnata dall’incremento della c.d. “trasparenza digitale”.

Per quanto sopra, è di immediata comprensione che l’approccio alla realizzazione della trasparenza, non può necessariamente disgiungersi dalla informatizzazione che deve permeare tutti i processi aziendali.

Nell’Arnas, particolare rilievo viene assegnato a questo aspetto e pertanto, possono essere evidenziate alcune azioni avviate che dimostrano inequivocabilmente che vi è in atto un processo verso l’informatizzazione capillare dei processi aziendali:

1. Portale Whistleblowing
2. Nuovo portale intranet

3. Mailing List - tutte le news e le informative pubblicate sul sito intranet aziendale vengono inviate via mail a tutti gli account aziendali degli operatori e medici.
4. Implementazione del nuovo portale Mail, al fine di migliorare la circolazione dei dati/documenti aziendali.
5. Attivazione di diversi canale social (youtube, facebook) al fine di amplificare la divulgazione delle informative a carattere pubblico incrementando la trasparenza delle attività dell'azienda
6. Di prossima adozione è il SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) che impatta pesantemente sulle attività procedurali interne al fine di aumentare la riservatezza e la profilazione per l'accesso ai dati privati sensibili dei pazienti. (cartelle cliniche informatizzate, gestione sale operatorie integrata, laboratorio analisi, somministrazione farmaci, gestione posti letto, prenotazioni, gestione ambulatoriale, gestione liste di attesa, cruscotto manageriale, reportistica, flussi regionali)
7. Informatizzazione del processo di gare e appalti
8. Sito internet pubblico con creazione di sezione x la registrazione degli utenti/pazienti con possibilità di accesso ai propri fascicoli sanitari
9. NSO - piattaforma di ordini telematici.
10. Piattaforme collaborative per una maggiore produttività (Google Workspace)
11. Gestione delle code ambulatoriali con monitor in sala d'aspetto
12. Piattaforma dedicata online per i concorsi pubblici.

### **Le misure specifiche di prevenzione.**

Come per le misure di prevenzione generali, anche nel caso delle misure specifiche - in aggiunta a quelle già in essere individuate ed attuate sulla scorta dell'analisi del rischio effettuata nei precedenti Piani - si dettagliano di seguito le misure che si reputa adottare per l'anno 2023, per le aree ove il processo di analisi sul rischio di corruzione ha evidenziato necessità di ulteriori interventi.

In rispetto al principio della gradualità del processo di gestione del rischio e del miglioramento ed implementazione continua, le misure specifiche individuate nel presente atto sono frutto di una analisi e valutazione relativa alla possibilità di essere attuate rispetto al contesto di riferimento.

Per l'anno 2023 si è ritenuto di confermare alcune delle misure specifiche già previste nel PTPCT 2021-2023, atteso che le misure specifiche rappresentano gli strumenti tramite cui attenzionare ciclicamente le aree ritenute particolarmente delicate in quanto soggette potenzialmente a rischi corruttivi in un particolare momento storico.

Al fine di evitare la stratificazione di misure che possono rimanere inapplicate, si rappresenta che, prima dell'identificazione di nuove misure, è stata necessaria un'analisi sulle eventuali misure previste nei Piani precedenti e su eventuali controlli già esistenti (sul rischio e/o sul processo in esame) per valutarne il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti. In particolare, in caso di misure già esistenti e non attuate, si ritiene prioritaria la loro attuazione, mentre in caso di inefficacia occorre identificarne le motivazioni al fine di modificare/integrare le misure/i controlli esistenti.

Alla luce di quanto sopra detto particolare attenzione meritano le misure relative ai contratti pubblici, ciò in linea con quanto indicato da ANAC nel nuovo PNA 2022.

### **Area di rischio n.1: Contratti Pubblici – Contratti finanziati con fondi PNRR**

La materia dei contratti pubblici è stata recentemente interessata da vari interventi normativi che l'hanno resa complessa e stratificata per via dell'introduzione di legislazioni di carattere speciale e derogatorio tra cui il D.L. 77/2021 caratterizzato da un alto grado di eterogeneità per struttura e finalità.

Infatti, il D.L. in parola proroga parzialmente il regime derogatorio temporaneo già previsto nel D.L. n. 32/2019 e nel D.L. 76/2020 in tema di procedure di aggiudicazione di contratti pubblici sopra e sotto soglia, verifiche antimafia e protocolli di legalità etc, in secondo luogo dispone modifiche ad alcuni importanti istituti del D.Lgs. 50/2016 in tema di subappalto, trasparenza, digitalizzazione e Banca Nazionale dei Contratti Pubblici.

Inoltre, alcune norme del Codice dei Contratti sono state modificate con il D.L. 27/01/2022 n. 4 e il D.L. 1/03/2022, n. 17, in materia di revisione dei prezzi e compensazione alla luce dell'aumento dei prezzi delle materie prime.

Infine, il D.L. n. 77/2021 è intervenuto anche in materia di procedure di affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici finanziati a valere sulle risorse del PNRR.

L'insieme di norme ha prodotto una legislazione complessa e non sempre chiara con il conseguente rischio di ampliare i rischi corruttivi e di cattiva amministrazione che possono insinuarsi nelle varie fasi del ciclo dell'appalto: affidamento ed esecuzione.

Inoltre, come detto il Legislatore Nazionale recependo le misure stabilite dall'U.E. oltre che in ulteriori disposizioni normative, nello specifico nelle LL.GG del MEF, Dipartimento RGS, Servizio Centrale per il PNRR e nella circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022, ha previsto non solo l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo dei soggetti

partecipanti alle gare, ma anche quello, posto in capo alla Stazione Appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo di assenza di conflitto di interessi.

Per quanto concerne la nozione di titolare effettivo si rinvia a quanto stabilito nella normativa in materia di antiriciclaggio di cui al D. Lgs. n. 231/2007 e riportato nelle stesse Linee Guida del MEF.

La figura del “ Titolare effettivo” viene definita dall’art. 1, co. 1, lett. pp) del Decreto antiriciclaggio 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 instaurato, la prestazione professionale è resa o l’operazione è eseguita” L’art. 20 del medesimo D.Lgs. 231/2007, detta una serie di criteri elencati secondo un ordine gerarchico, in modo che i successivi siano applicabili solo nel caso in cui i primi risultino inutilizzabili.

La disciplina del titolare effettivo risulta funzionale a garantire la riconducibilità di un’operazione alla persona fisica che di fatto ne trae vantaggio, per evitare che altri soggetti, trust e istituti giuridici affini siano utilizzati come schermo per occultare l’effettivo beneficiario e realizzare finalità illecite.

Per le superiori motivazioni nella predisposizione ed approvazione del Bando di gara la pubblica amministrazione deve mettere in campo specifiche misure per la prevenzione e contrasto ai conflitti di interesse e utili alla verifica del titolare effettivo di cui al Decreto Ministeriale MEF n. 55 dell’11/03/2022.

Le “Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti Attuatori” specificano i criteri in materia di individuazione del titolare effettivo facendo riferimento al D.Lgs . n. 231/2007 ( art. 2 Allegato Tecnico) ed al D.Lgs . n. 125 del 2019.

Le LL.GG di che trattasi si segnalano tre criteri alternativi per l’individuazione del “ Titolare effettivo”:

- Criterio dell’assetto proprietario : sulla base del presente criterio si individua il titolare/i effettivo/i quando una o più persone detengono una partecipazione del capitale societario superiore al 25%. Se questa percentuale di partecipazione societaria è controllata da un’altra entità giuridica non fisica, è necessario risalire la catena proprietaria fino a trovare il titolare effettivo;
- criterio del controllo: sulla base di questo criterio si provvede a verificare chi è la persona, o il gruppo di persone, che tramite il possesso della maggioranza dei voti o vincoli contrattuali, esercita maggiore influenza all’interno del panorama degli shareholders. Questo criterio è fondamentale nel caso in cui non si riuscisse a risalire al titolare effettivo con l’analisi dell’assetto proprietario .

- criterio residuale: questo criterio stabilisce che, se non sono stati individuati i titolari effettivi con i precedenti due criteri, quest'ultimo vada individuato in colui che esercita poteri di amministrazione o direzione della società.

**Di seguito le Misure specifiche per la prevenzione della corruzione nei contratti finanziati con fondi PNRR**

Misura n. 1		
Contratti pubblici PNRR		
Azione		
Previsione nel bando di gara di apposito format per i partecipanti alle procedure di gara per la comunicazione dei dati necessari per l'identificazione del Titolare effettivo ( D.M. MEF n. 55/2022)		
Risultato atteso/ indicatori	Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT	Soggetto/ Struttura Responsabile
Si/no	Semestrale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico
Misura n. 2		
Contratti pubblici PNRR		
Azione		
Previsione nel bando di gara di apposito format di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per il Titolare effettivo		
Risultato atteso/ indicatori	Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT	Soggetto/ Struttura Responsabile
Si/no	Semestrale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico

Le sottostanti tabelle propongono, altresì, una analitica descrizione delle misure delineate in rapporto alle varie fasi dell'appalto valida anche per gli appalti finanziati dal PNRR.

<b>Misura n. 1</b> <b>Contratti pubblici</b> <b>Fase di programmazione fabbisogno</b>		
<b>Azione</b> <b>Pubblicazione su</b> <b>“ Amministrazione Trasparente” sez.</b> <b>“ Bandi di gara e contratti “ degli atti di programmazione approvati</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione</b> <b>Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico
<b>Misura n. 2</b> <b>Contratti pubblici</b> <b>Fase di progettazione della gara</b>		
<b>Azioni</b> <b>Rispetto delle norme, bandi tipo ANAC, adozione Albo Fornitori, Formazione Rup e collaboratori</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione</b> <b>Autovalutazione della</b> <b>Struttura</b>  <b>o</b> <b>Monitoraggio a campione</b> <b>RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico
<b>Misura n. 3</b> <b>Contratti pubblici</b> <b>Fase Selezione del contraente</b> <b>Nomina della Commissione giudicatrice</b>		
<b>Azione</b> <b>Rilascio di specifica dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità e di astensione da parte dei membri della Commissione</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione</b> <b>Autovalutazione della</b> <b>Struttura</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>

	<b>o</b> <b>Monitoraggio a campione</b> <b>RPCT</b>	
Si/no	Annuale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico
<b>Misura n. 4</b> <b>Contratti pubblici</b> <b>Fase di valutazione delle offerte</b>		
<b>Azioni</b> <b>Collaborazione tra il Rup e il personale che collabora nella valutazione delle offerte anomale e verbalizzazione attività ed esiti della verifica</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione</b> <b>Autovalutazione della</b> <b>struttura</b> <b>o</b> <b>Monitoraggio a campione</b> <b>RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico
<b>Misura n. 5</b> <b>Contratti pubblici</b> <b>Fase di aggiudicazione e stipula contratto</b> <b>Richiesta documentazione per stipula contratto</b>		
<b>Azione</b> <b>Check list controlli sulle procedure di gara</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione</b> <b>Autovalutazione della</b> <b>struttura</b> <b>o</b> <b>Monitoraggio a campione</b> <b>RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico
<b>Misura n. 6</b> <b>Contratti pubblici</b> <b>Fase di aggiudicazione e stipula contratto</b>		

<b>Azione</b>		
<b>Effettuazioni comunicazioni    esclusione ed aggiudicazione</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Autovalutazione della Struttura  o Monitoraggio a campione RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico
<b>Misura n. 7</b>		
<b>Contratti pubblici</b>		
<b>Fase di esecuzione del contratto</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Autorizzazioni al subappalto</b>		
<b>Comunicazioni sub-contratti</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Autovalutazione della struttura  o Monitoraggio a campione RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Settore Provveditorato/ Settore Tecnico

#### **Area di rischio n. 5: Affari legali e contenzioso**

Con deliberazione n. 724 del 28 novembre 2019 è stato adottato il Regolamento di organizzazione e funzionamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS) dell'ARNAS Garibaldi di Catania, con il quale è stata proceduralizzata la gestione dei sinistri, anche alla luce della legge 8 marzo 2017, n. 24, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Da ultimo, con deliberazione n. 22 del 9 gennaio 2020 si è provveduto alla nomina dei componenti del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, interessato dalla una rotazione di alcuni componenti a seguito della riorganizzazione aziendale.

Per quanto concerne l'area di rischio su cui è intervenuta l'Anac con apposite linee guida n. 12/2018, recepite dall'Assessorato alla Salute, in merito alla necessità della formalizzazione di un apposito regolamento disciplinante l'affidamento di incarichi legali a professionisti esterni all'Azienda, tale misura specifica preventivata per l'anno 2020, è stata attuata con l'adozione di uno specifico regolamento.

Anche l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana con nota prot. n. 25687 del 25/03/2019, ha disposto la formalizzazione di un regolamento sul conferimento degli incarichi di patrocinio legale sulla base delle indicazioni fornite dalla determina ANAC n. 12/2018.

La misura preventiva stabilita per l'anno 2020 è stata realizzata in quanto con deliberazione n. 622 del 10/07/2020 è stato adottato il "Regolamento per l'affidamento di incarichi legali a professionisti esterni all'Azienda".

Inoltre, con deliberazione n. 01 del 04/01/2021 si è provveduto all'Approvazione dell'Albo Avvocati, che concerne la formazione di un elenco di avvocati fiduciari cui affidare incarichi di rappresentanza e difesa dell'ARNAS e dei suoi dipendenti coinvolti in procedimenti giudiziari.

La misura programmata per l'anno 2021 individuata nella predisposizione di modulo per la dichiarazione dell'assenza di conflitto di interessi per gli avvocati destinatari di conferimento incarico, è stata pienamente raggiunta.

**Area di rischio n. 6: Attività libero professionale e liste di attesa**

La gestione dell'attività libero professionale e delle liste d'attesa era già ritenuta di prioritaria importanza dall'ANAC ed anche il D.Lgs. n. 97/2016, intervenendo sulle disposizioni in materia di trasparenza con riferimento alle liste di attesa contenute nell'art. 41, co. 6, D.Lgs. n. 33/2013, ha previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste.

In linea con tale rafforzamento torna utile il mantenimento costante del monitoraggio delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali.

<b>Misura</b>		
<b>Monitoraggio liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Pubblicazione liste d'attesa sul sito istituzionale dell'ARNAS</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Continuativo	Direzione Sanitaria

L’A.R.N.A.S “ Garibaldi” favorisce lo sviluppo di un’ area organizzativa di erogazione di servizi a pagamento, che vengono offerti sul mercato sanitario - in parallelo ed in coordinamento con l’attività istituzionalmente dovuta .

L’espletamento dell’attività libero professionale deve essere effettuato come sopra detto senza compromettere in alcun modo l’attività istituzionale e garantendone la piena funzionalità.

Al fine di regolamentare la materia è in atto vigente un regolamento interno aziendale risalente al 2014 che disciplina le modalità di svolgimento dell’ALPI, stabilendo espressamente che tale attività deve essere svolta al di fuori dell’orario di servizio, ed in spazi dedicati .

Al riguardo, la mutata organizzazione Aziendale ha determinato l’avvio di un iter finalizzato alla revisione del regolamento in atto vigente. A tal fine è stato costituito un tavolo tecnico multidisciplinare con referenti individuati dai Settori del Personale, Economico Finanziario e Patrimoniale e UU.OO di Staff che si è insediato in data 08/04/2022 per la condivisione del riaggiornamento del regolamento in adeguamento alla nuova organizzazione.

La misura individuata per l’anno 2023 è quindi sotto indicata:

<b>Misura</b>		
<b>Regolamento ALPI</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Aggiornamento Regolamento ALPI</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
<b>Monitoraggio RPCT</b>		
Si/no	Annuale	Ufficio ALPI/ Staff D.G.

**Area di rischio n. 7: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni**

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono naturalmente i medesimi principi generali, ed analoghi i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione inerenti il ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto.

In questo ambito prendendo spunto da audit effettuati dall’Internal Auditor di questa Azienda con il Servizio di Farmacia, si è rilevato che vi sono margini di ottimizzazione e di miglioramento del percorso di attuazione di una corretta gestione delle scorte di magazzino dei farmaci.

Al riguardo, la misura programmata per l’anno 2021 non si è ancora realizzata in quanto il

subentro del nuovo progetto del S.I.O (Sistema Informativo Ospedaliero) potrebbe impattare anche in questi ambiti.

Si è ritenuto quindi, attesa l'importanza della questione, mantenerla anche per il 2023:

<b>Misura</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Implementazione software in mobilità sul gestionale di magazzino.</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Servizio di Farmacia /SIA

### **Sponsorizzazioni**

Con deliberazione n. 284 del 10 luglio 2019 è stato adottato il "Regolamento per la partecipazione del personale ad eventi formativi sponsorizzati da terzi", con allegati Modello proposta di partecipazione ad evento sponsorizzato, Modulo di designazione partecipante/i, Modello dichiarazione sostitutiva atto di notorietà assenza conflitto di interessi.

In esso sono stati dettagliatamente disciplinati i criteri e le procedure per la partecipazione sponsorizzata del personale dipendente dell'ARNAS Garibaldi a: eventi formativi, corsi, seminari, convegni, congressi, giornate studio, advisory boards, tavole rotonde, incontri, trial clinici ed altre iniziative assimilabili.

Atteso che Farmaindustria ha adottato il Codice Etico in data 155 aprile 2021 volto a stabilire, nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria, gli obblighi degli sponsor e ad indicare le modalità organizzative degli eventi di formazione atte ad evitare conflitti di interesse.

Considerato quindi, la necessità di modificare il regolamento in atto vigente, anche in adeguamento alle indicazioni fornite dalla Direttiva dell'Assessorato della Salute 19302, si programma per l'anno 2023 la seguente misura specifica:

<b>Misura</b>		
<b>Regolamento Sponsorizzazioni</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Aggiornamento Regolamento sulle sponsorizzazioni</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Responsabili Ufficio Formazione / RPCT

### Sperimentazioni

Con deliberazione n. 29 del 15/01/2020 è stato adottato il “Regolamento per la disciplina delle sperimentazioni cliniche e delle attività di ricerca per conto terzi”.

Con detto regolamento l’ARNAS ha aggiornato il “Regolamento Clinical Trial Center”, adottato con deliberazione n. 252 del 13/05/2015 ed il “Regolamento organizzativo per l’attività di sperimentazione clinica, sperimentazione clinica multicentrica e studi osservazionali“, adottato con deliberazione n. 1140 del 28/12/2012, facendo confluire entrambi in un nuovo unico testo adeguato alla disciplina specifica.

Le misure programmate per l’anno 2021 sono state realizzate con l’aggiornamento della modulistica inerente al conflitto di interessi .

Per l’anno 2023 si ritiene, quindi, di adottare la seguente misura specifica:

<b>Misura</b>		
<b>Sperimentazioni</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Pubblicazione all’interno della sezione Amministrazione Trasparente di un report delle sperimentazioni autorizzate</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Comitato Etico

### Area di rischio n. 8: Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

<b>Misura</b>		
<b>Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Catania e Provincia, esposti presso l'obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica iniziale</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	Direzioni Mediche di Presidio- RPCT

### Area di rischio n. 11: Covid 19

Il verificarsi della Pandemia da Covid 19, come sopra descritto, ha chiamato l'Arnas a fronteggiare nuove emergenze, imponendo impegni su fronti inesplorati dove anche i potenziali rischi hanno rappresentato un banco nuovo di prova.

Sulla base dell'esperienza maturata nel corso dell'anno 2020 l'Azienda si è misurata in aree di intervento eterogenee, dandosi nell'urgenza delle regole, protocolli e linee guida per affrontare i percorsi in maniera quanto più corretta e trasparente.

Ciò si è verificato sotto il profilo squisitamente sanitario ed anche nei processi amministrativi.

Si è ritenuto di individuare, pertanto, una specifica area di rischio Covid 19 che ha interessato principalmente alcuni processi ai quali applicare conseguenti misure di prevenzione del fenomeno corruttivo.

### Gestione donazioni e liberalità

Un'area di rischio individuata, all'interno della macro – area Covid 19, è quella della gestione delle donazioni ed accettazioni delle liberalità. A tal proposito si evidenzia che la rendicontazione delle donazioni e liberalità in tempo di pandemia da Covid 19, è stata oggetto di vari comunicati dell'ANAC che si è preoccupata di analizzare questo fenomeno che può essere occasione di comportamenti corruttivi e malaffare.

Pertanto, la materia di che trattasi è stata oggetto di specifica regolamentazione dell'Azienda che ha varato il “ Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni, delle donazioni e delle erogazioni liberali” approvato con deliberazione n 114 del dicembre 2020.

Come misura programmata per l'anno 2021 e per il 2022 è stata realizzata la predisposizione di un elenco delle donazioni e liberalità effettuate a favore dell'ARNAS Garibaldi, al fine di realizzarne un monitoraggio.

### Procedure di reclutamento Covid-19

Considerato che la pandemia da Covid 19 ha determinato la necessità di effettuare nuove assunzioni di personale, si è ritenuto opportuno individuare una misura per monitorare e rendere più trasparenti i processi di assunzione del menzionato personale.

<b>Misura</b>		
<b>Gestione donazioni e liberalità</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Predisposizione elenco accettazioni liberalità e donazioni e pubblicazione sul sito</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no	Annuale	SEFP / RPCT
<b>Misura</b>		
<b>Procedure di reclutamento del personale assunto per l'emergenza da Covid 19</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Predisposizione e pubblicazione elenco del personale assunto</b>		
<b>Risultato atteso/ indicatori</b>	<b>Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT</b>	<b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>
Si/no /numero	Annuale	SEFP / RPCT

### COORDINAMENTO E MONITORAGGIO INTEGRATO

In linea con il PNA 2022 si è realizzata una "cabina di regia" per il coordinamento tra RPCT e i Responsabili delle altre sezioni del PIAO cui hanno partecipato i responsabili delle sezioni del PIAO per allineare gradualmente obiettivi, processi ed attività di monitoraggio anche mediante il supporto di procedure digitalizzate.

Particolare sinergia ed allineamento verranno costantemente realizzate tra il Piano della Performance e le strategie di prevenzione della corruzione sotto due diversi profili:

- le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;

- le misure di prevenzione della corruzione si traducono in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

## DISPOSIZIONI FINALI

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 8, della L. 190/2012 il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è stato adottato entro il 31 gennaio di ogni anno, quest'anno in ragione del Comunicato del Presidente dell'ANAC n. 7 del 17/01/2023 il termine di adozione dello stesso e del P.I.A.O. sono stati differiti al 31/03/2023.

Una volta adottato [nel contesto della odierna sezione], il Programma Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è altresì pubblicato:

- nella sezione "Amministrazione Trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione", così come definito a norma del D.Lgs. n. 33/2013, unitamente ai documenti degli anni precedenti.

\*\*\*\*\*

## Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

### 3.1 Sottosezione di Programmazione: Struttura Organizzativa

L'attuale struttura organizzativa dell'Azienda è definita nell'atto Aziendale di cui all'art. 3 *bis* del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., adottato con deliberazione n. 16 del 09.01.2020, approvato con D.A. n. 114 del 19.02.2020 e modificato con deliberazione n. 1136 del 08.09.2022 a seguito del provvedimento della Giunta regionale di Governo n. 419 del 04.08.2022.

Sulla base del sopra citato Atto Aziendale, l'ARNAS Garibaldi garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso una adeguata articolazione in strutture organizzative, caratterizzate da autonomia, nell'ambito delle competenze stabilite dallo stesso Atto; responsabilità funzionale e/o gestionale; assegnazione di risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate e amministrare in spazi fisici definiti e omogenei.

A tal fine, l'ARNAS adotta l'organizzazione "dipartimentale" quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture, allo scopo di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali e di ricerca nonché una gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali. In relazione al citato modello organizzativo, la struttura complessiva dell'Azienda si

articola in:

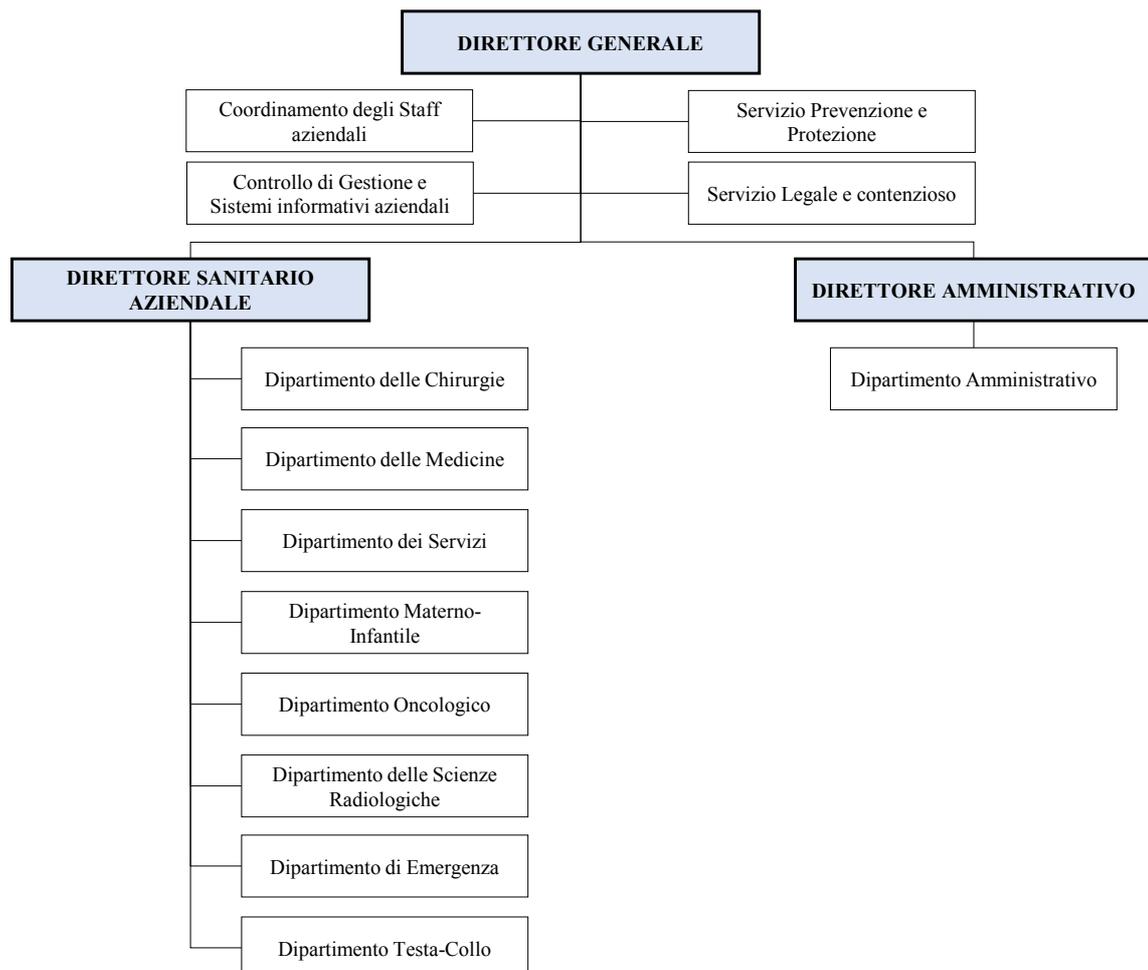
- Dipartimenti;
- Strutture complesse;
- Strutture semplici a valenza dipartimentale;
- Strutture semplici sanitarie, articolazioni interne di strutture complesse.

La composizione e l'articolazione di ciascun dipartimento, trovano puntuale descrizione nell'allegato 1, punto 1.1 dell'Atto Aziendale.

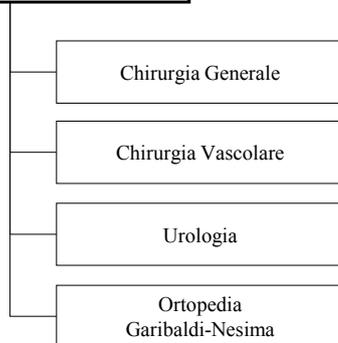
Nello svolgimento delle attività, mediante le proprie articolazioni, l'Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione, indirizzo e controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il

decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

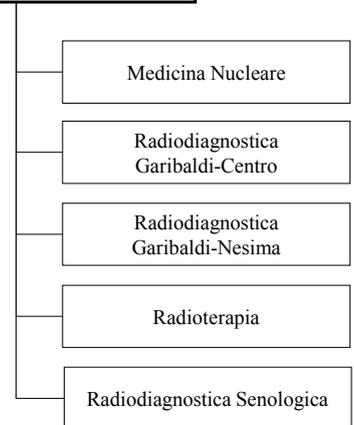
Di seguito l'organigramma aziendale:



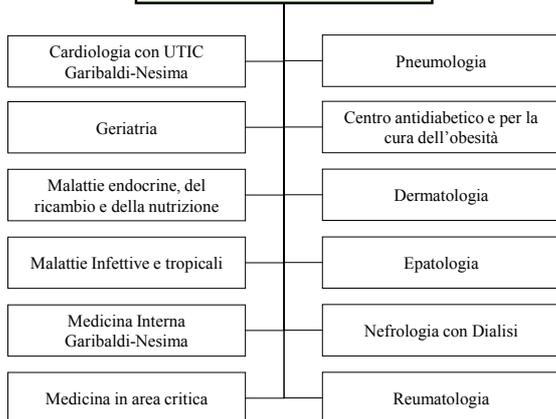
**DIPARTIMENTO DELLE  
CHIRURGIE**



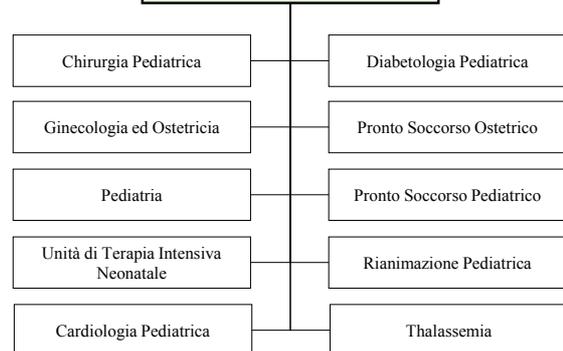
**DIPARTIMENTO DELLE  
SCIENZE RADIOLOGICHE**



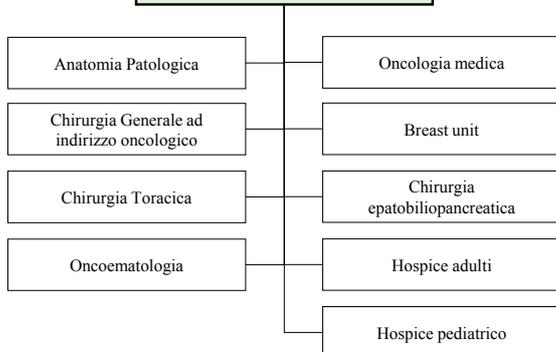
**DIPARTIMENTO DELLE  
MEDICINE**



**DIPARTIMENTO MATERNO-  
INFANTILE**

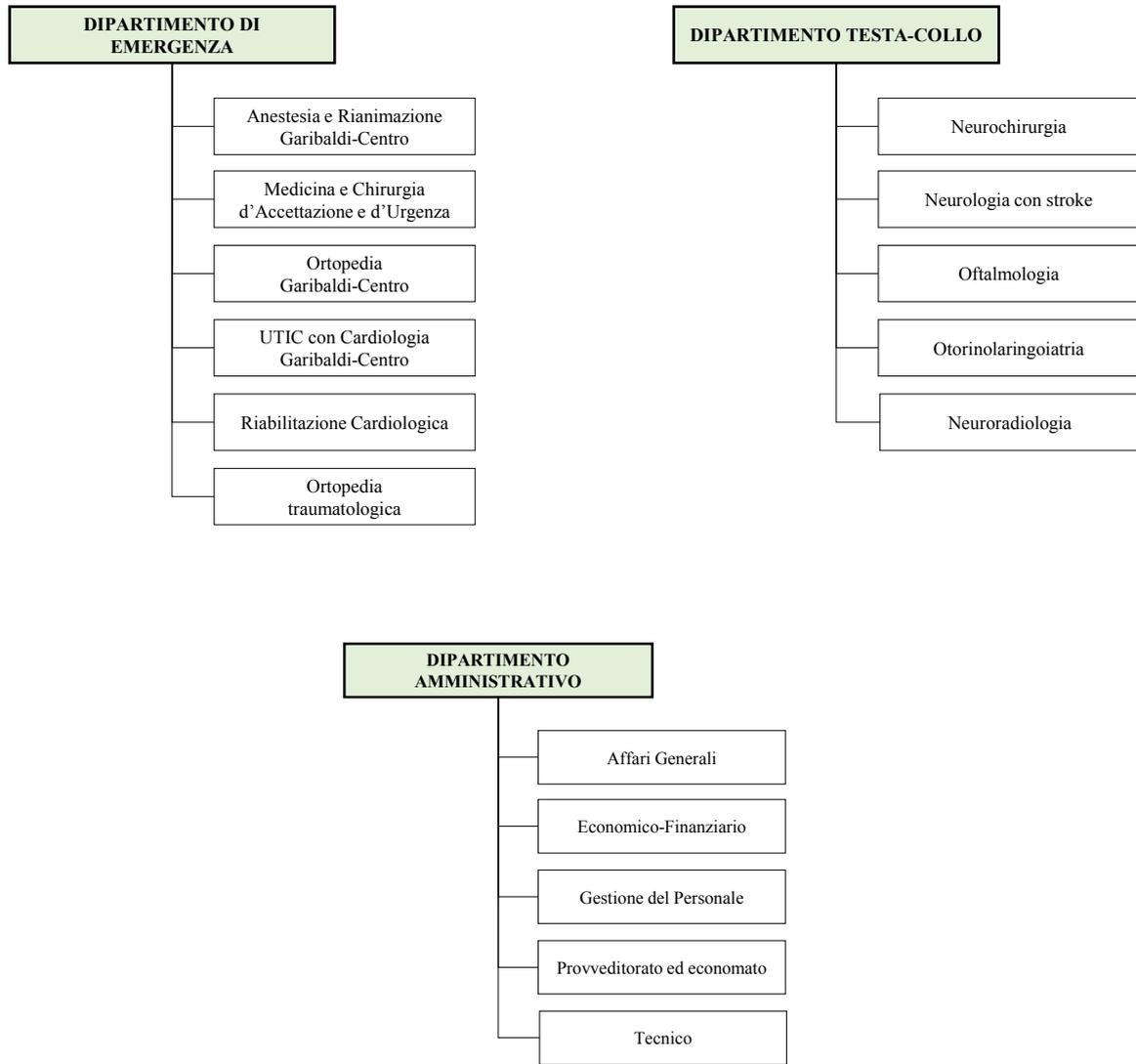


**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**



**DIPARTIMENTO DEI SERVIZI**





### 3.1.1 Livelli di Responsabilità Organizzativa

L'Azienda Garibaldi, ha disciplinato la materia correlata alla definizione e regolamentazione dei livelli di responsabilità per il personale dirigente attraverso la stesura di appositi Regolamenti interni predisposti sulla base delle articolazioni individuate dai vigenti, rispettivi, cc.nn.ll. delle diverse aree contrattuali.

I Regolamenti aziendali per il Conferimento degli incarichi professionali e per la Graduazione delle posizioni dirigenziali, con le relative deliberazioni di adozione, sono pubblicati sul sito aziendale, sezione "Amministrazione Trasparente" / "Personale" / "Titolari di Incarichi Dirigenziali (dirigenti non generali)".

Gli incarichi in questione, secondo le previsioni del ccnl per l'area medica del 2019 e dei rispettivi Regolamenti aziendali, sono articolati in incarichi di natura gestionale ed incarichi di natura professionale, come esplicitati nel seguente prospetto.

TIPOLOGIA INCARICO	Descrizione	Nr. Incarichi
Incarico di direttore di dipartimento	<b>Incarico Gestionale</b> che prevede il coordinamento delle U.O.C. afferenti al Dipartimento e la responsabilità e la gestione diretta di risorse umane, strumentali ed economiche.	8
Incarico di direzione di struttura complessa	<b>Incarico Gestionale</b> che prevede la responsabilità e la gestione diretta di risorse umane, strumentali ed economiche.	39
Incarico di responsabilità di unità operativa semplice a valenza dipartimentale	<b>Incarico Gestionale</b> di Unità Operativa, articolazione interna del dipartimento che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna, lo stesso può comportare, inoltre, la responsabilità di gestione diretta di risorse finanziarie. E' conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico.	19
Incarico di responsabilità di unità operativa semplice quale articolazione interna di struttura complessa	<b>Incarico Gestionale</b> , include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. E' conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico.	26
Incarico professionale di altissima professionalità a valenza dipartimentale	<b>Incarico Professionale:</b> Incarico che, pur collocato funzionalmente all'interno di una struttura complessa, rappresenta un punto di riferimento di altissima professionalità per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnicoprofessionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici. E' conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico.	16
Incarico professionale di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa	<b>Incarico Professionale:</b> Si tratta di incarico collocato all'interno di una struttura complessa, che rappresenta un punto di riferimento di altissima specializzazione per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per le attività svolte nella suddetta struttura o di strutture tra loro coordinate, nell'ambito di specifici settori	40

	disciplinari.	
Incarico professionale di alta specializzazione fascia a)	<b>Incarico Professionale:</b> Si tratta di un'articolazione funzionale che - nell'ambito di una struttura complessa o semplice - assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza. È caratterizzata da funzioni orientate ad una attività specifica e prevalente, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici. E' conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;	123
Incarico professionale di alta specializzazione fascia b)	<b>Incarico Professionale:</b> Si tratta di una articolazione funzionale che - nell'ambito di una struttura complessa o semplice - assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza. È caratterizzata da funzioni orientate ad una attività specifica e prevalente. E' conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;	143
Incarico professionale di consulenza, di studio, di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo (art. 18 c. 1, par. II, lett. C) dirigente anzianità = o > 20 anni	<b>Incarico Professionale:</b> Tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche. E' conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;	129

\*\*\*\*\*

### 3.2 Sottosezione di Programmazione: Organizzazione del Lavoro Agile

La fruizione della modalità lavorativa "lavoro agile" dell'Azienda Garibaldi, quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa, è volta a promuovere, dal punto di vista del lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo; dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità

del lavoro oltre ad una maggior flessibilità organizzativa.

La modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività, che nella stragrande maggioranza dei casi richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda, come nel nostro caso.

Infatti, la tipologia di personale maggiormente coinvolta è stata quella relativa al ruolo amministrativo, in ragione delle peculiarità delle attività di assistenza sanitaria erogate dall'Azienda Garibaldi che devono essere necessariamente fornite in presenza.

Sul piano della relativa disciplina, superata la fase critica determinata dalla pandemia da Covid, il D.L. 34/2020 ha previsto la possibilità del ricorso al lavoro agile per, almeno, il 15 per cento del personale (percentuale così ridotta dall'art. 11 bis del D.L. 52/2021, in luogo dell'originario 60 per cento). Il "rientro" in servizio del personale è stato quindi oggetto del Decreto del Ministero della Pubblica Amministrazione del 8 ottobre 2021, in attuazione del quale sono state adottate le relative Linee Guida del dicembre 2021 con cui sono state delineate le modalità di svolgimento del lavoro agile nel settore pubblico, nelle more dell'entrata in vigore dei nuovi contratti collettivi relativi al triennio 2019-2021.

A tale ultimo proposito, in data 02.11.2022, è stato sottoscritto il c.c.n.l. relativo al personale del Comparto Sanità, ove rimane disciplinato, al titolo IV, il lavoro a distanza (artt. 76-82)

Nel rispetto della citata disciplina, tutto il personale dell'Azienda può fare ricorso al lavoro agile se addetto a funzioni non sanitarie o che, comunque, non prevedano lavori in turno, nè richiedano l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non remotizzabili, previa richiesta dell'interessato e sottoscrizione di apposito accordo che individua: a) la durata dell'accordo; b) le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro; c) le modalità di recesso; d) le ipotesi di giustificato motivo di recesso; e) l'indicazione della fascia di contattabilità e di inoperabilità, di cui all'art. 79 comma 1, lett. a) del citati c.c.n.l.; f) i tempi di riposo del lavoratore; g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione; h) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

Qui di seguito, si rappresentano i dati relativi al totale dei dipendenti e del relativo personale, suddiviso per Area, che a decorrere dal mese di Marzo del 2020 ha fatto richiesta di lavorare in modalità agile:

	31/12/2020	31/12/2021	31/12/2022
Totale dipendenti	1999	2047	2117

#### Personale in Lavoro Agile

	2020	% (arr.)	2021	% (arr.)	2022	% (arr.)
<b>Comparto</b>	90	4,5	17	0,83	2	0,09
Dirigenza (Amm.-Tec. Professionali)	9	0,45	1	0,05	0	0,00
Dirigenza Sanitaria	3	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Totale</b>	102	5,1	18	0,88	2	0,09

I dati sopra descritti, inducono a ritenere che, superata la fase critica della pandemia, i dipendenti sono ritornati gradualmente al lavoro in presenza, privilegiando la relazione sociale ad una condizione lavorativa isolata.

\*\*\*\*\*

---

### 3.2.1 Condizioni e Fattori Abilitanti

---

L'adesione al lavoro agile, come anticipato, si svolge su base volontaria. L'Azienda individua, principalmente, nelle attività amministrative quelle che possono essere effettuate in lavoro agile, previo confronto con le organizzazioni sindacali, fermo restando che sono comunque esclusi quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili. I lavoratori possono accedervi presentando la richiesta dove occorrerà precisare le condizioni di compatibilità con le attività da svolgere e gli obiettivi dell'Unità Operativa di appartenenza.

Nel caso in cui presso lo stesso servizio siano presentate più istanze, e non sia possibile l'accoglimento di tutte per motivi organizzativi, l'Ente stabilisce l'ordine di priorità correlato a stati personali e familiari di fragilità e bisogno.

Una volta accolta l'istanza, il dipendente sottoscrive un accordo integrativo al contratto di lavoro individuale che disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali aziendali, nonché gli specifici adempimenti in materia di sicurezza sul lavoro e riservatezza e protezione dei dati.

Fra gli altri adempimenti è previsto l'invio della comunicazione all'INAIL per la tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi all'attività lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali.

L'azienda Garibaldi, grazie alla propria infrastruttura informatica ed all'impiego di linee VPN, in coerenza con le relative Linee Guida 2021, è in grado di garantire condizioni tecnologiche, di privacy e sicurezza, essenziali attesa la natura dei dati trattati. A tal proposito, l'Azienda assicura il costante aggiornamento dei meccanismi di sicurezza ed il monitoraggio del rispetto dei livelli minimi di sicurezza.

In alternativa, previo accordo con la Direzione, potranno anche essere utilizzate dotazioni tecnologiche del lavoratore che rispettino i requisiti di sicurezza di cui al periodo precedente.

- Se il dipendente è in possesso di un cellulare di servizio, deve essere prevista o consentita, nei servizi che lo richiedano, la possibilità di inoltrare le chiamate dall'interno telefonico del proprio ufficio sul cellulare di servizio.
- L'accesso alle risorse digitali ed alle applicazioni dell'amministrazione raggiungibili tramite la rete internet avviene, come detto, attraverso l'attivazione di una VPN (Virtual Private Network, una rete privata virtuale che garantisce privacy, anonimato e sicurezza). Inoltre, l'amministrazione ha in programma di implementare i sistemi gestionali e di protocollo raggiungibili da remoto per consentire la gestione in ingresso e in uscita di documenti, la ricerca della documentazione, etc.
- Non può essere utilizzata, di norma, una utenza personale o domestica del dipendente per le ordinarie attività di servizio, salvo i casi preventivamente verificati e autorizzati. In quest'ultima ipotesi, sono fornite dall'amministrazione puntuali prescrizioni per garantire la sicurezza informatica.

\*\*\*\*\*

---

### 3.2.2 Modalità Attuative

---

In aderenza allo sviluppo dei processi di digitalizzazione della documentazione e dei relativi processi, oltre che nel rispetto della percentuale di dipendenti ammissibili al lavoro agile prevista dalla vigente normativa, ivi comprese le disposizioni dei cc.nn.ll. di categoria, l'Azienda si prefigge di sviluppare un programma articolato in fasi di: avvio, sviluppo intermedio, sviluppo avanzato.

Il programma in questione terrà conto, in particolare:

- della invarianza dei servizi resi all'utenza;
- dell'adeguata rotazione del personale autorizzato;
- dell'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni trattate durante lo svolgimento del lavoro;
- la previsione di un eventuale piano di smaltimento del lavoro arretrato;
- la fornitura di idonea dotazione tecnologica;
- il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti.

Al fine di consentire il monitoraggio e la verifica delle prestazioni rese in modalità agile, da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, e attestare la coerenza fra le attese e i risultati conseguiti, lo *smart worker* rendiconta le attività rese, con cadenza mensile, mediante apposita scheda da inviare al Responsabile, a cui spetta dimostrare il grado di raggiungimento degli obiettivi concordati.

\*\*\*\*\*

---

### 3.2.3 Soggetti e Processi nel P.O.L.A.

---

I soggetti che a livello aziendale sono coinvolti nella pianificazione del lavoro agile e nella connessa individuazione dei relativi obiettivi, coerenti con i target aziendali e regionali sono, in primo luogo, i dirigenti responsabili dei vari livelli dell'organizzazione, con la specifica collaborazione del SIA, del Servizio di Prevenzione e Protezione, del DPO, nonché del Comitato Unico di Garanzia (CUG).

I dirigenti sono chiamati, pertanto:

- ad assumere un ruolo fondamentale nella definizione dei contenuti del P.O.L.A. ed in particolare nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi in esso

individuati;

- a realizzare un cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, improntando le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca e spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati;
- ad individuare le attività che possono essere svolte con la modalità del lavoro agile, definendo per ciascun lavoratore le priorità e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- individuare il personale da avviare in modalità di lavoro agile;
- promuovere percorsi informativi e formativi;
- operare un monitoraggio mirato e costante, ponendo attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica in termini di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa.

\*\*\*\*\*

### **3.3 Sottosezione di Programmazione: Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale**

L'Azienda Garibaldi, con deliberazione n. 294 del 28.02.2022, ha adottato il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022 - 2024 (visionabile all'Albo Pretorio on line dell'Azienda, al seguente link - ( <https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=14393> ) aggiornato con il successivo provvedimento 1281 del 12.10.2022 ( <https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=15510> ) . Lo stesso Piano rimane confermato anche per la corrente annualità, con eccezione delle variazioni stabilite dall'azienda nell'ulteriore aggiornamento del documento in questione, per il triennio 2023-2025, come meglio chiarito nel successivo punto 3.3.1.

#### ➤ **Consistenza del Personale**

Si riportano qui di seguito i dati relativi al personale in servizio, sia a tempo indeterminato che determinato, al 31 dicembre di ogni anno con riferimento all'ultimo triennio 2020/2022:

Andamento Personale in servizio		
Anno	Categoria	Totale
2020	Dirigenti Medici	496
	Dirigenti non Medici	47
	Comparto	1.456
	<b>Tot.</b>	<b>1.999</b>
2021	Dirigenti Medici	513
	Dirigenti non Medici	52
	Comparto	1.482
	<b>Tot.</b>	<b>2.047</b>
2022	Dirigenti Medici	538
	Dirigenti non Medici	52
	Comparto	1.527
	<b>Tot.</b>	<b>2.117</b>

Dai dati in tabella si evince un incremento nell'ultimo anno del numero complessivo di dipendenti, sia per il personale della dirigenza medica che per quello del comparto, grazie in particolar modo allo sblocco - e relativa conclusione - delle procedure concorsuali nonché all'attivazione delle procedure di stabilizzazione.

A seguire, il dettaglio del personale in servizio al 31/12/2022 per rapporto di lavoro e per tipologia di ruolo e profilo:

<b>Personale al 31/12/2022</b>	Tempo Indeterminato	1.895
	Tempo Determinato	222
	<b>Totale dipendenti</b>	<b>2.117</b>

<b>Personale al 31/12/2022</b>	Dirigenza Medica Tempo Indeterminato	512
	Dirigenza Sanitaria Tempo Indeterminato	33
	Dirigenza PTA Tempo Indeterminato	17
	Comparto Tempo Indeterminato	1333
	<b>TOTALE TEMPO INDETERMINATO</b>	<b>1895</b>
	Dirigenza Medica Tempo Determinato	26
	Dirigenza Sanitaria Tempo Determinato	0
	Dirigenza PTA Tempo Determinato	2
	Comparto Tempo Determinato	194
	<b>TOTALE TEMPO DETERMINATO</b>	<b>222</b>
	<b>TOTALE DIPENDENTI</b>	<b>2.117</b>

Alla luce dell'incremento riportato alla data del 31/12/2022, si nota tuttavia che la crescita in tale valore è dovuta più che altro all'aumento (+ 105 unità) del personale a tempo determinato.

\*\*\*\*\*

---

### 3.3.1 Programmazione Strategica delle Risorse Umane

---

Il piano triennale dei fabbisogni del personale si inserisce quale strumento propedeutico dell'attività di programmazione complessiva dell'Azienda ed è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed agli *stakeholder* del territorio.

In particolare, il **Piano (triennale) dei fabbisogni del personale** rappresenta lo strumento che individua, sia in termini qualitativi (per profilo) che quantitativi (per unità e linea di attività), le risorse umane necessarie a porre in essere le prestazioni che le Aziende sanitarie sono tenute ad

erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli istituti utilizzati; la **Dotazione organica** è, invece, lo strumento che, sulla base delle informazioni contenute nel Piano (triennale) dei fabbisogni del personale, individua in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per numero di teste) il personale con rapporto di lavoro dipendente che le Amministrazioni ritengono necessari per garantire le prestazioni che sono tenute ad erogare.

Attraverso la corretta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali di cui l'amministrazione ha bisogno, l'Azienda cerca di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili al fine di perseguire gli obiettivi di valore pubblico e di *performance* in termini di offerta alla collettività.

Ora, con deliberazione 294 del 28.02.2022 (cui si rinvia per ogni informazione di dettaglio: <https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=14393> ) l'Azienda ha adottato l'Aggiornamento del Piano Triennale del Fabbisogno 2022-2024, ai sensi del D.A. 2201 / 2019, con cui sono state dettate *"Linee Guida per la determinazione dei Piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche"*, e dell'Appendice alle stesse linee, giusta nota assessoriale del 29.01.2021, *"...per la rideterminazione dei piani triennali di fabbisogno...e relative tabelle"*, con cui sono stati fra l'altro adeguati i tetti di spesa delle aziende sanitarie. Ha conseguentemente (con lo stesso deliberazione) adottato la nuova dotazione organica dell'Azienda, in conformità con le previsioni del suddetto Piano.

Successivamente, con deliberazione n. 1281 del 12.10.2022 ( <https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=15510> ) questa Azienda ha proceduto all'aggiornamento del Piano Triennale di cui sopra, nel rispetto delle previsioni portate dal suddetto D.A. e delle afferenti Linee Guida.

Nello specifico, le Linee Guida in questione prevedono che, una volta definito l'*iter* di verifica da parte dell'Assessorato Regionale della Salute, le Aziende hanno facoltà di procedere annualmente *"... a modifiche qualitative parziali dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche, ad invarianza del tetto di spesa, nell'ottica prioritaria di riqualificare i servizi sanitari, tenuto conto del diverso fabbisogno di personale in termini di profili professionali \ discipline...."* e che, inoltre, *"..... a seguito della rideterminazione dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche e della verifica del rispetto del tetto di spesa, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario nazionale, anche in connessione con l'andamento dei processi di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, dovranno... predisporre un programma annuale di revisione della consistenza di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato ed altre tipologie di lavoro flessibile"*.

Sulla scorta di quanto precede, l'Azienda ha già provveduto, per il triennio 2022-2024,

all'aggiornamento della dotazione organica, prevedendo un incremento strategico di personale.

MACROPROFILI	2021			2022			2023		
	Personale dipendente								
	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mgl)
<b>PERSONALE DIRIGENTE</b>									
di cui Medici	139	619	59.275	22	641	61.382	8	649	62.148
di cui Veterinari	-	-	-	-	-	-	-	-	-
di cui Altri Dirigenti Sanitari	27	54	4.172	1	55	4.253	2	57	4.403
di cui Dirigenti PTA	10	20	1.761	-	20	1.761	-	20	1.761
<b>TOTALE DIRIGENTE</b>	<b>176</b>	<b>693</b>	<b>65.208</b>	<b>23</b>	<b>716</b>	<b>67.396</b>	<b>10</b>	<b>726</b>	<b>68.312</b>
<b>PERSONALE COMPARTO</b>									
di cui Infermiere	144	995	38.694	21	1.015	39.465	14	1.028	40.060
di cui Altro Comparto Sanitario	47	178	7.098	8	186	7.424	2	188	7.497
di cui OSS-OTA-ASA	96	336	9.808	23	359	10.489	29	388	11.343
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapia	8	30	1.137	3	33	1.254	-	33	1.254
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	32	132	4.339	17	149	4.942	1	150	4.976
di cui Altro Comparto Tecnico	40	119	3.830	5	124	4.009	2	126	4.077
<b>TOTALE COMPARTO</b>	<b>367</b>	<b>1.790</b>	<b>64.906</b>	<b>77</b>	<b>1.866</b>	<b>67.583</b>	<b>48</b>	<b>1.913</b>	<b>69.208</b>
<b>TOTALE FABBISOGNO PERSONALE</b>	<b>543</b>	<b>2.483</b>	<b>130.114</b>	<b>100</b>	<b>2.582</b>	<b>134.978</b>	<b>58</b>	<b>2.639</b>	<b>137.519</b>

Nelle more della completa adozione del Piano Triennale 2023-2025, da elaborare sulla scorta delle nuove indicazioni ministeriali che troveranno concreta attuazione attraverso i relativi atti di indirizzo regionale, l'Azienda - ad invarianza dei saldi numerici e nel rispetto del tetto di spesa previsto per il personale (€ / mgl 116.116) - con deliberazione 1614 del 30.12.2022, ha ritenuto opportuno adottare, a stralcio, l'ulteriore aggiornamento del Piano, attesa l'esigenza di assicurare la migliore funzionalità di alcune aree assistenziali e di internalizzare, parzialmente, alcuni servizi.

L'aggiornamento 2023 e la citata, relativa, deliberazione 1614/2022, sono visionabili al seguente link: <https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=15884>

In ogni caso si riporta la tabella delle variazioni ivi descritta:

<b>Variazioni a Stralcio (+ / -) rispetto a PTFP 2022 / 2024)</b>		
Dirigente Medico	Chirurgia Vascolare	1,00
Dirigente Medico	Angiologia	- 1,00
Dirigente Medico	Chirurgia Generale	2,00
Dirigente Medico	Chirurgia Plastica e Ricostruttiva	- 1,00
Dirigente Medico	Geriatrics	1,00
Dirigente Professionale Ingegnere		- 1,00
Collaboratore Professionale Sanitario	Ostetrica	4,00
Collaboratore Amministrativo		2,00

Professionale		
Collaboratore Amministrativo		- 2,00
Professionale Avvocato		
Collaboratore Professionale Tecnico	Programmatore	- 1,00
Assistente Tecnico	Programmatore	1,00
Assistente Amministrativo		2,00
Operatore Tecnico Specializzato	Autista di ambulanza	16,00
Operatore Tecnico	Addetto al CED	-12,00
Coadiutore Amministrativo		5,00
Assistente Tecnico	Informatico Addetto al Centro Unico di prenotazione	10,00
Commesso		-2,00
Ausiliario Specializzato		-24,00
<b>SALDO VARIAZIONI</b>		<b>0,00</b>

\*\*\*\*\*

### 3.3.2 Strategie di Copertura del Fabbisogno

Per soddisfare le esigenze programmatiche dell'Azienda, tenuto conto della compatibilità con la cornice finanziaria assegnata, si provvede allo svolgimento delle procedure concorsuali, sia a valenza interna che esterna. In generale, la strategia in questione si fonda su tre principali elementi:

- recupero del turn over;
- compatibilità economica del piano di assunzione con il costo del Personale;
- copertura completa della dotazione organica e rafforzamento dei profili professionali in relazione al *core* aziendale.

Le misure adottate consistono in:

- procedure esterne, per l'ordinario reclutamento, e precisamente:
  - concorso pubblico e successivo scorrimento della graduatoria interna;
  - avviso pubblico per titoli e colloquio e successivo scorrimento della graduatoria interna;
  - avviso di Mobilità Volontaria per titoli e colloquio;
  - utilizzo reciproco delle graduatorie concorsuali;
  - reclutamento categorie protette ex L. 68/99;
- procedure interne, per favorire la mobilità del personale nelle diverse aree e settori

dell'Azienda, tramite procedure di mobilità internache consentono al personale di trasferirsi su posizioni vacanti, oppure su posizioni diverse;

- stabilizzazioni.

Nell'ambito considerato, possono anche richiamarsi le procedure connesse allo sviluppo di carriera, sia per il personale dirigente che non dirigente, reso possibile attraverso l'applicazione dei relativi istituti contrattuali, quali:

- ✓ Direzione Dipartimento;
- ✓ Direzione Struttura Complessa;
- ✓ Direzione Struttura Semplice;
- ✓ Incarichi di Altissima Professionalità;
- ✓ Incarichi di Alta Specializzazione;
- ✓ Incarichi di Funzione e Coordinamento;
- ✓ Progressioni Economiche Verticali.

---

### 3.3.3 Formazione del Personale e Rilevazione dei Bisogni Formativi

---

Anche con riguardo alla Formazione del Personale, l'Azienda ha provveduto con deliberazione n. 328 del 20.03.2023 all'adozione del relativo. Di esso pertanto si riportano alcuni punti salienti, rinviando per una completa verifica all'Albo Pretorio *on line* del sito istituzionale ovvero al documento reso accessibile attraverso il seguente link:

<https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=16256>

In ottemperanza agli indirizzi nazionali e regionali, la Direzione Strategica intende allineare l'Arnas Garibaldi alle direttive sulla formazione da realizzare per disposizione di legge, tramite la programmazione formativa programmata dalle Unità Operative dedicate: i vari tipi di rischio collegati alla sicurezza dei lavoratori, la prevenzione della corruzione, la privacy e sicurezza dei dati, la Medicina di Genere, il contrasto alle infezioni ospedaliere, i requisiti necessari all'accREDITAMENTO di alcune unità operative.

Le aree formative prioritarie sono rappresentate da: Sviluppo organizzativo, Comunicazione/Relazione/ Umanizzazione, Emergenza/Urgenza, Aggiornamento tecnico professionale, Aggiornamento area gestionale e amministrativa, Sicurezza dei pazienti, Sicurezza dei lavoratori, Trasparenza e Anticorruzione, Privacy, protezione e trattamento dei dati sensibili

Fra gli obiettivi anche i corsi in tema di: prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, la donazione di organi, l'implementazione della chirurgia robotica, l'elaborazione e gestione di

progetti europei a gestione diretta, la prevenzione del contenzioso.

La gestione delle Risorse Umane è da sempre orientata alla realizzazione di efficaci politiche di formazione continua, nell'ottica di un processo di valorizzazione delle stesse, atte anche a sostenere i processi di cambiamento con l'obiettivo ultimo di migliorare le prestazioni ed i servizi resi agli *stakeholder*.

A tal fine, l'Azienda ha preliminarmente provveduto alla rilevazione dei bisogni formativi, anche secondo le indicazioni fornite da tutti i direttori di Struttura, con particolare riferimento ai Direttori di Dipartimento, ai quali è stata sollecitata sia l'elaborazione di proposte formative integrate e coerenti con le peculiarità assistenziali di ciascuno, sia di valutare il gap esistente tra ciò che i professionisti sono in grado di fare e lo *standard* ritenuto ottimale, per garantire la migliore qualità del servizio all'utenza, consultando preliminarmente gli operatori di ciascuna professione all'interno dei relativi Comitati ove è garantita la rappresentanza plurale di ruoli e professioni.

Le risorse economiche a disposizione della competente Unità Operative ammontano ad € 200.000,00.

Il dettaglio dei corsi di formazione programmati è raggiungibile attraverso il seguente link:  
<https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=16256>

\*\*\*\*\*

## Sezione 4: Monitoraggio

L'attività di Monitoraggio nell'ambito dell'Azienda Garibaldi è posta in essere, a diversi livelli, attraverso gli strumenti di cui è dotata e gli Organismi a ciò deputati.

Tutti gli obiettivi richiamati nelle varie sezioni dell'odierno P.I.A.O. sono periodicamente monitorati sulla base della normativa di riferimento e del Regolamento aziendale relativo al Ciclo di Gestione della Performance, di struttura ed individuale.

Con riferimento alla valutazione della Performance Organizzativa (di struttura), le schede di budget, infatti, individuano "gli uffici" tenuti verificare lo stato di avanzamento degli obiettivi e ad acquisire le informazioni ed i dati necessari alla verifica, da inviare all'Organismo Indipendente di Valutazione, con proprie preliminari valutazioni. L'Organismo, a sua volta, dopo avere verificato l'andamento degli obiettivi, redige i verbali di seduta relativi alle verifiche e

riferisce alla Direzione Generale suggerendo, nel confronto con la stessa, eventuali interventi correttivi.

Per favorire il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti esterni ed interni al processo di misurazione della performance organizzativa, l'amministrazione ha adottato sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione ed ha predisposto una apposita mail "[oivsegnalazioni@ao-garibaldi.ct.it](mailto:oivsegnalazioni@ao-garibaldi.ct.it)" attraverso cui l'OIV può ottenere eventuali segnalazioni, proposte e suggerimenti, di cui tenere conto ai fini dell'attività di competenza.

Detta attività di monitoraggio è svolta nel raccordo con il Responsabile per l'Anticorruzione e la Trasparenza che durante l'anno provvede, dal canto suo, al monitoraggio dei rischi corruttivi e dell'andamento degli obiettivi descritti nella relativa sezione dell'odierno PIAO, sollecitando gli uffici in caso di inerzia o ritardi, riferendo periodicamente alla Direzione Strategica e allo stesso OIV.

Nel contesto dei monitoraggi, si inserisce l'attività dell'*Internal Auditor*, particolarmente riferita alle procedure interne dell'Azienda in funzione della Certificabilità del Bilancio, il quale, mediante periodici report, informa puntualmente sia il competente Dipartimento regionale dell'Assessorato della Salute, sia la Direzione Strategica e l'O.I.V.