



P.I.A.O.

**Piano Integrato di Attività e
Organizzazione**

2026-2028

Indice

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	8
1.1 - IL PATRIMONIO.....	10
1.2 - LA DIREZIONE STRATEGICA.....	11
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>	22
2.2.4 - La scheda di <i>Budget</i>	23
2.2.5 - La flessibilità degli strumenti.....	24
2.2.6 - I tempi del processo di <i>Budgeting</i>	24
2.2.7 - L'attività di <i>Reporting</i>	25
2.2.8 - Il coordinamento tra Piano della Performance e Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.....	26
2.2.9 - Il sistema premiante e il regolamento aziendale sulla Performance	26
2.2.10 - Gli obiettivi: obiettivi generali e regionali/salute.....	27
2.2.11 - La coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio	32
2.3 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	33
2.3.1 - Processo di redazione della Sottosezione Prevenzione, Corruzione e Trasparenza.....	35
2.3.2 - Soggetti e ruoli nella strategia della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza...	36
2.3.3 - Percorso metodologico: analisi del contesto (esterno ed interno) e del processo di gestione dei rischi corruttivi	38
2.3.4 - Le misure di prevenzione generali e speciali ed il loro monitoraggio	48
2.3.5 - Le misure specifiche di prevenzione della Corruzione	56
2.3.6 - Coordinamento e monitoraggio integrato	60
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	62
3.1 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	62
3.1.1 - Organigramma aziendale	62
3.1.2 - Livelli di responsabilità organizzativa	65
3.2 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	67
3.2.1 - Oggetto ed ambito di applicazione.....	70
3.2.2 - Livello di attuazione e di sviluppo	71
3.2.3 - Modalità attuative	72
3.2.4 - Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile	73
3.2.5 - Le condizioni abilitanti del Lavoro Agile	74
3.3 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	78
3.3.1 - Strategie di copertura del fabbisogno.....	81
3.3.2 - Il piano di copertura nel triennio 2026 - 2028.....	82
3.3.3 - Formazione del personale e rilevazione dei bisogni formativi.....	84

3.4 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PIANO DELLE AZIONI POSITIVE...	90
SEZIONE 4: MONITORAGGIO	95
ALLEGATI.....	96

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 di Attività e Organizzazione (ovvero, il presente documento);
- D. Lgs.: Decreto Legislativo;
- D. L.: Decreto Legge;
- U.O.C.: Unità Operativa Complessa;
- U.O.S.: Unità Operativa Semplice;
- U.O.S.D.: Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale;
- 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: 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.

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.

Il Regolamento adottato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento della Funzione Pubblica) con il Decreto n. 132 del 30.06.2022 ha quindi sintetizzato il superiore obiettivo nel concetto di **"Valore Pubblico"** alla cui creazione dovrà essere finalizzata l'azione di competenza degli enti e delle aziende della P.A. che sono ora chiamati, come precisato nel DPR n. 81 del 24.06.2022, a ricomprendere nel nuovo Documento (il PIAO) una serie di piani e di adempimenti, (sin ora predisposti distintamente) che rimangono, per ciò, in esso assorbiti ed integrati fra loro, fra cui:

- il Piano della Performance;
- il Piano organizzativo del Lavoro Agile;
- il Piano triennale del fabbisogno del Personale;
- il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- il Piano delle azioni positive.

Tale D.M. n. 132/22 definisce, inoltre, il contenuto del Piano, prevedendo quattro 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.

Infine, con Decreto Ministeriale del 30 Ottobre 2025 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, sono state approvate le **Linee Guida sul Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)** ed i relativi Manuali operativi per la sua redazione. A tali Linee guida, che propongono indicazioni metodologiche sintetiche valide per tutte le P.A. con focus sul processo e sui soggetti, sono associati dei Manuali Operativi, che forniscono indicazioni metodologiche analitiche e contestualizzate per comparto e tipologia di PA, con focus sui contenuti. Attualmente, però, non è stato pubblicato ed approvato il Manuale Operativo destinato alle Aziende Sanitarie.

Il presente Piano - predisposto su base triennale, con aggiornamento annuale - è predisposto dalla Direzione Strategica, insediata in data 1 febbraio 2024, a seguito della nomina del dr. Giuseppe Giammanco (v. paragrafo 1.2), sulla base delle indicazioni contenute nelle linee guida e con le ulteriori informazioni che si ritengono utili in rapporto alle peculiarità dell'Arnas Garibaldi.

Il Presente P.I.A.O. sarà disponibile nel 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

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

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (A.R.N.A.S.) "Garibaldi" di Catania 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 ad esempio 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 31.01.2026, hanno una dotazione di n. 614 Posti Letto totali, così come in dettaglio:

Presidio Ospedaliero	PL Regime Ordinario	PL Regime Day Hospital/ Day Surgery	PL Riabilitazione/ Lungodegenza	PL Psichiatria/ Hospice	Posti Letto Totali
Garibaldi - Centro	163	15	11	10	199
Garibaldi - Nesima	357	37	4	17	415
Totale	520	52	15	27	614

Si riportano di seguito, i dati al IV trimestre 2025, degli accessi e prestazioni di pronto soccorso e ambulatoriali:

ACCESSI E PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

Accessi	Pronto Soccorso Generale				Pronto Soccorso Ostetrico				Pronto Soccorso Pediatrico			
	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Codice bianco	652	669	775	793	252	404	545	479	643	500	296	1160
Codice verde	29.480	29.887	26.548	21.886	11.145	12.279	11.557	10433	28.090	26.947	24.304	20937
Codice azzurro	0	0	0	15.539	0	0	0	964	0	0	0	3276
Codice giallo	9.612	14.412	17.491	350	713	674	787	17	1098	2.299	3.600	98
Codice arancione	0	0	0	5.958	0	0	0	40	0	0	0	673
Codice rosso	1.377	1.764	2.334	2.313	6	4	6	11	11	5	9	9
Totale 12 mesi	41.121	46.732	47.148	46.839	12.116	13.361	12.895	11.944	29.842	29.751	28.209	26.153

Prestazioni	Pronto Soccorso Generale				Pronto Soccorso Ostetrico				Pronto Soccorso Pediatrico			
Anno	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Totale 12 mesi	735.761	633.885	624.196	620.149	70.909	64.967	63.725	72.301	99.367	68.543	98.768	107652

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

	2023	2024	2025
Valore prestazioni	22.509.452	20.808.495	23.679.497
Numero prestazioni	1.530.884	1.331.470	1.309.296

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:

<https://www.ao-garibaldi.ct.it/trasparenza/default.aspx?section=45&title=Beni-immobili-e-gestione-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.

In proposito, pervenuti a scadenza i mandati dei Direttori Generali designati nell'anno 2019, il Governo regionale, in esito alle relative selezioni, ha provveduto a nominare le nuove Direzioni Strategiche delle aziende del S.S.R.

Per l'Arnas Garibaldi il dr. Giuseppe Giammanco, giusta DPRS 321/Serv.1°/ 2024, è stato così nominato quale nuovo Direttore Generale dell'Azienda. Quest'ultimo, ha quindi designato il dott. Mauro Sapienza, quale Direttore Sanitario Aziendale (deliberazione n. 253 del 20.08.2024) e il dott. Carmelo Antonio Fabio Ferrara, quale Direttore Amministrativo (deliberazione n. 613 del 16.06.2025).

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 01/01/2025, le **caratteristiche Demografiche** della provincia di Catania sono quelle rappresentate nelle tabelle riportate di seguito (dati Istat):

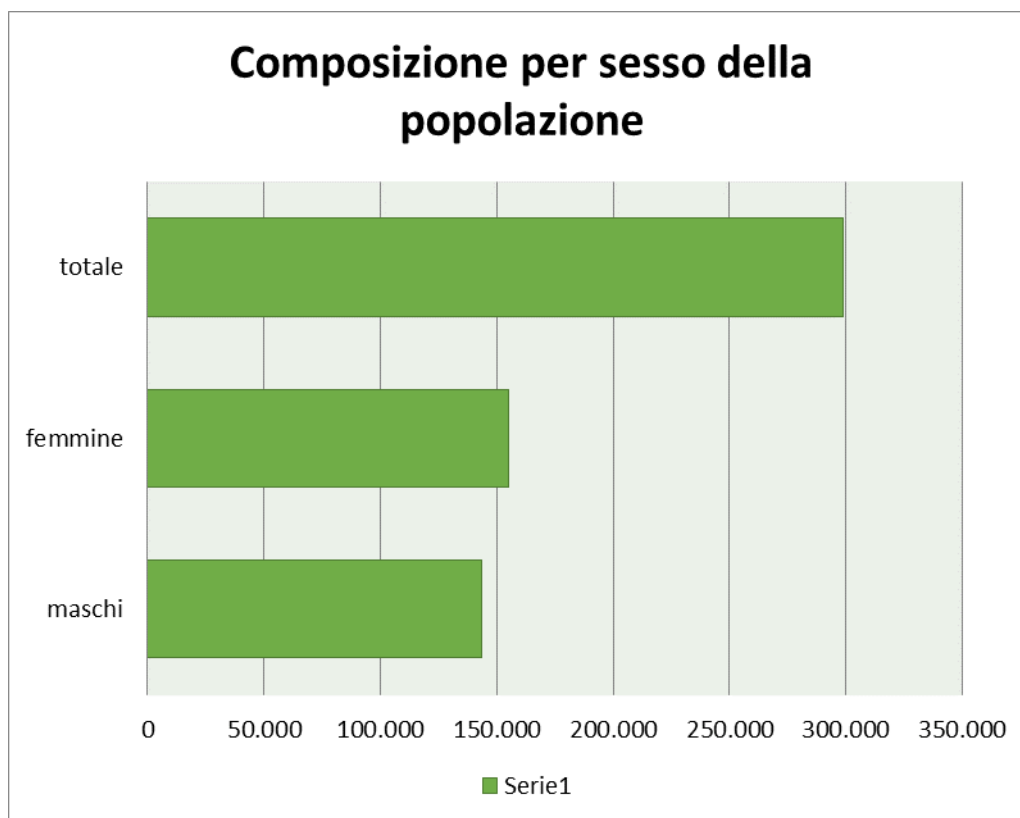
Provincia	Numero Comuni	Popolazione residente	Superficie in Km ^q	Densità abitanti per Km ^q
Catania	58	1.070.169	3.575,36	299

Il contesto urbano della sola città di Catania conta su una popolazione residente di 298.054 abitanti (dato Istat) al 01/01/2025. L'attuale struttura demografica, correlata al declino generalizzato della

fecondità, è caratterizzata da un leggero, anche se costante, decremento della popolazione residente.

Popolazione totale 01/01/2022	Popolazione totale 01/01/2023	Popolazione totale 01/01/2024	Popolazione totale 01/01/2025	Variazione 2024-2025	Variazione % 2024-2025
301.104	299.730	298.680	298.054	-626	-0,21

La struttura demografica, inoltre, risulta caratterizzata da una prevalenza (costante da diversi anni) della componente femminile rispetto a quella maschile (51,8% rappresenta la componente femminile pari a 154.330 donne, 48,2% quella maschile pari a 143.724 uomini).



La più ampia incidenza demografica è ravvisabile nella fascia di età che va tra i 15 anni e i 64 anni, corrispondente al 51,30% 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 69.155, tra il 2015 e il 2024, con un conseguente incremento del relativo indice di vecchiaia (40,2 anni in più rispetto al 2010).

Quest'ultimo aspetto ha determinato una età media della popolazione residente anch'essa crescente, pari a 45,10 anni (3,0 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 del presente Piano, 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 con 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.

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'Agenas (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 i risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici e le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini.

➤ A) 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 rispetto della persona, in condizioni di sicurezza, impiegando con la massima efficienza le risorse disponibili.

- ⇒ **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 2026 - 2028, tenuto conto degli obiettivi aziendali (di mandato), come da contratto del Direttore Generale del 4 luglio 2024 (valevoli per il triennio 2024-2026), nel contesto della dimensione del Valore Pubblico, si descrivono di seguito in maniera aggregata i principali obiettivi che la Direzione Strategica si prefigge:

Obiettivi Valore Pubblico	Risultati Attesi	Target 2026-2028
1. Tempestività e appropriatezza rispetto ai Bisogni di Salute del cittadino / paziente (Benessere Sanitario)	- Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (P.R.G.L.A.), in attuazione di quello Nazionale: ➤ monitoraggio e rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri erogati. - Rispetto del Piano aziendale di recupero delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri chirurgici. - Raggiungimento dei risultati/<i>outcome</i> previsti dagli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e del Piano Nazionale Esiti.	Rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità, sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri programmati (<i>ex ante</i> e tempistiche ricoveri in classe A). N. ricoveri con intervento di Colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni; N. interventi su pazienti over 65 di frattura del femore entro giorni 2 dal ricovero; - Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su donne non precesarizzate; N. interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con più di 150 interventi.

➤ Obiettivi relativi a **Protezione del Valore Pubblico - prevenzione della corruzione e trasparenza**

2. Equilibrio di Bilancio (Benessere Economico / Sociale)	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.	Equilibrio di Bilancio
3. Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	Assolvimento degli obblighi di trasparenza, attraverso la produzione e pubblicazione dei dati di competenza di ogni singola struttura sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente", nel rispetto dei termini stabiliti dalle disposizioni sulla Trasparenza, anche nel rispetto delle direttive Anac.	Anticorruzione. Per i dettagli si rinvia alla sotto-sezione del presente P.I.A.O.

➤ B. OBIETTIVI DI ACCESSIBILITA'

❖ 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.

Obiettivo Strategico	Risultati Attesi	Target	Responsabilità
Reingegnerizzazione / Digitalizzazione dei Processi sanitari P.N.R.R.	Sistema Informatico ed Informativo Integrato di Gestione digitalizzata dei Processi sanitari medico assistenziali Aziendali - SIO.	2026: messa in produzione dei moduli Cartella Clinica Elettronica, Prescrizione e Somministrazione, Integrazione Parametri Vitali del nuovo Sistema informatico Ospedaliero - SIO (avviato negli anni precedenti).	UU.OO. sanitarie / Sistemi Informatici Aziendali
Reingegnerizzazione / Digitalizzazione dei Processi amministrativi	Implementazione del sistema di Digital Process Management (DPM) per la gestione flussi amministrativi e la conservazione a norma	2026: messa in produzione dei moduli Protocollo Informatico, delibere e determine e gestione della performance aziendale	UU.OO. amministrative / Sistemi Informatici Aziendali
Telemedicina	Utilizzo delle soluzioni tecnologiche previste nella piattaforma regionale di Telemedicina, relative a: - continuità assistenziale: evitando ricoveri inappropriati e procedendo a dimissioni "protette" dei pazienti; - teleconsulto e televisita: al fine di effettuare la visita e consulti senza la necessità da parte dei pazienti di recarsi presso questa Azienda.	2026: sviluppo della soluzione sulla base delle indicazioni fornite dall'Assessorato Salute all'avvio della piattaforma regionale	UU.OO. sanitarie / Sistemi Informatici Aziendali / Provveditorato

Accesso Portale del Cittadino	Ampliamento delle modalità di accesso ai servizi digitali di questa ARNAS, tramite il Portale del Cittadino.	2026: implementazione dell'accesso al Portale del Cittadino aziendale mediante Carta d'Identità Elettronica (CIE), oltre al già utilizzato SPID.	Sistemi Informatici Aziendali
--------------------------------------	--	---	-------------------------------

Ai fini della realizzazione delle azioni funzionali al programma sopra citato, l'Azienda con deliberazione n. 785 del 08.06.2022, ha designato il proprio Referente Unico per le attività progettuali, precedentemente individuato, con deliberazione n. 327 del 23.03.2021, come Responsabile per la Transizione Digitale.

Infine, risultano conclusi gli interventi già previsti nel precedente PIAO relativi a:

- potenziamento infrastrutturale e tecnologico della rete aziendale, ai fini della corretta fruizione dei sistemi applicativi informatici ed informativi web based;
- integrazione del SIO con Sovracup Regionale, finalizzata alla semplificazione e ampliamento, a beneficio del cittadino, delle metodologie / canali di prenotazione delle prestazioni offerte dal S.S.R.;
- web App e totem elimina code.

❖ Accessibilità Fisica

Gli obiettivi, riportati di seguito, sono finalizzati al miglioramento dell'accessibilità e fruibilità degli spazi aziendali dedicati ai pazienti e costituiscono lo strumento strategico diretto alla realizzazione degli obiettivi di Valore Pubblico, di cui al punto A di questa sezione.

Obiettivo Strategico	Risultati Attesi	Target	Responsabilità
Riqualificazione e manutenzione degli spazi ricadenti nei PP.OO. aziendali	• Interventi di manutenzione finalizzati al rifacimento di pavimenti e rivestimenti murari, potenziamento dei livelli di illuminazione ambientale, rinnovo di arredi e ridefinizione dei percorsi di accesso, anche attraverso l'installazione di segnaletica e di wayfinding; • Interventi di manutenzione straordinaria e riqualificazione degli impianti ascensore; • Interventi di manutenzione presso	2026: Avvio e completamento delle attività di manutenzione previste mediante l'utilizzo di specifici accordi quadro.	Tecnico / Provveditorato

	le aree parcheggio del P.O. Nesima; • Installazione di una pensilina di protezione del percorso di collegamento tra l'uscita della linea metropolitana e l'accesso alle torri del P.O. Nesima.		
Miglioramento accessibilità pazienti non deambulanti	Miglioramento dell'accessibilità alle strutture aziendali, mediante l'acquisto di ulteriori sedie a rotelle impilabili salva spazio destinate agli spazi esterni aziendali	2026: completamento della fornitura delle sedie a rotelle impilabili salva spazio	Direzioni Mediche di Presidio / Provveditorato

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 ed operativi per l'annualità corrente.

Gli obiettivi di cui si discute sono il risultato dell'attività di negoziazione svoltasi a livello regionale tra i competenti organismi centrali e la Direzione Strategica aziendale.

Chiarito ciò, può ulteriormente precisarsi come il Piano della Performance, articolato in questa sezione di P.I.A.O., rappresenti 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 gli obiettivi, gli indicatori ed i 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).

Sono periodicamente individuati dalla Regione Sicilia ed assegnati alla Direzione Generale dell'Azienda i relativi obiettivi strategici e generali (o di mandato).

Definiti gli obiettivi, dall'indirizzo politico, l'Azienda provvede all'articolazione di essi, traducendoli in obiettivi operativi ed assegnandoli 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**, relativi 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, in particolare, assegnati a questa Azienda per il triennio 2024 – 2026, in linea con il mandato del Direttore Generale.

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

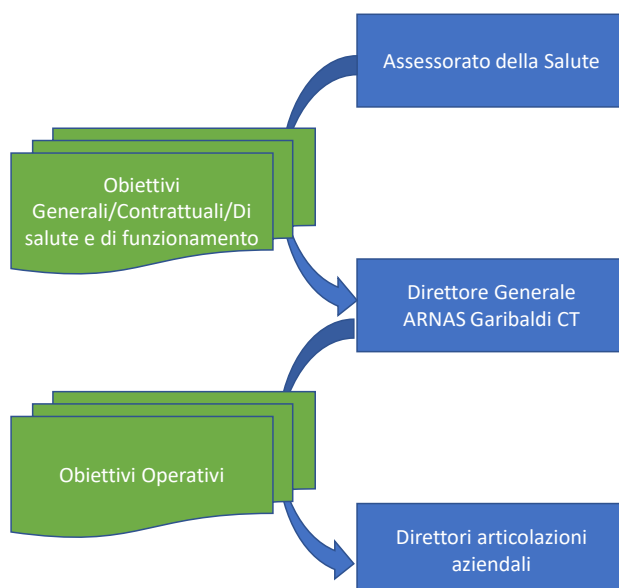
Per ogni obiettivo, sia esso strategico od operativo, vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi *target*, al fine di consentire la misurazione e la valutazione dei risultati ottenuti, ovvero della Performance.

Il sistema obiettivi, secondo lo schema delineato, individua un meccanismo "a cascata" che, partendo dal livello Politico, 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 loro raggiungimento. 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 l'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:

- contrattuali generali, riferiti al mandato del Direttore Generale, che in caso di mancato conseguimento, causa la decadenza dello stesso, ai sensi della L.R. n. 5/2009;
- di salute e di funzionamento dei servizi (obiettivi Strategici), correlati all'attribuzione dell'indennità di risultato del Direttore Generale, il cui limite minimo del 60%, qualora non raggiunto, causa la decadenza dello stesso, ai sensi della L.R. n. 5/2009.

Ad essi, come più sopra detto, l'Azienda potrà aggiungerne altri, in funzione del contesto specifico in cui opera, oppure per ulteriori assegnazioni da parte dell'Assessorato della Salute, in corso d'anno. Lo schema può rappresentarsi come segue:



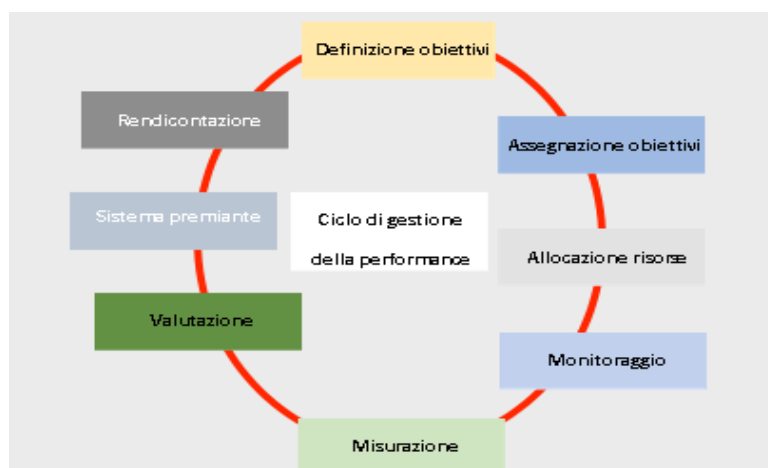
2.2.2 - Fasi, soggetti e tempi del piano. Mappa della Performance

In seguito alla fase precedente, l'Azienda provvede ad articolare al proprio interno gli obiettivi 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 P.I.A.O. nell'ambito del più ampio, complessivo, processo di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'Azienda.

Il presente Piano, dunque, rappresenta lo strumento che dà avvio al "*Ciclo di Gestione della Performance*", così come previsto dal D. Lgs 150/2009, che si concluderà 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 pertanto il presupposto indefettibile ai fini della detta erogazione della retribuzione di risultato del personale.

Complessivamente, il Ciclo di Gestione della Performance è 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*

Il ciclo della Performance, che trova avvio con il presente documento, sarà “completato” nel suo svolgersi entro il prossimo mese di marzo quando sarà possibile definire (una volta ottenuti i risultati definitivi di attività dell’anno precedente) la negoziazione degli obiettivi a livello aziendale tra la Direzione strategica e i Direttori delle diverse Unità Operative.

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:

- predisposizione dell’architettura base di supporto al processo di budget: fase tecnica di competenza del Comitato di Budget che agisce sulla base delle indicazioni ricevute dalla Direzione Strategica;
- precompilazione delle schede di budget: normalmente 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;

- analisi dei dati e formulazione delle proposte da parte del Responsabile del C.d.R.: avvio del 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;
- 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;
- svolgimento delle sedute di negoziazione e sottoscrizione delle schede per Dipartimento.

Il processo, per scelta direzionale, risponde alla natura negoziale dello stesso e pertanto gli obiettivi assegnati alle singole strutture, rappresentano il frutto di un percorso di condivisione ed "accordo". Inoltre, coerentemente alle Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, è svolto nel dialogo costante con l'Organismo Indipendente di Valutazione.

2.2.4 - La scheda di *Budget*

La scheda di budget 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.

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 raggiungibile, perdendo così l'opportunità di riconvertire gli sforzi di un C.d.R. verso il perseguimento di nuovi obiettivi.

È 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, all'esito della verifica intermedia del raggiungimento degli obiettivi assegnati, 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;
- nuovi obiettivi/programmi e/o azioni conseguenti alla negoziazione delle risorse fra Assessorato della Salute ed 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 dell'attuale 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 ed assegnazione di essi all'Azienda:

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 della 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'U.O.C. Controllo di Gestione attiva un sistema di monitoraggio periodico e di verifica delle attività e dei costi al fine di verificarne 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 della Performance, 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 ed ora ricompresi nel presente P.I.A.O.

In tale ottica, occorre richiamare l'attenzione sulla necessaria coerenza tra la pianificazione delle attività relative agli 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 la valutazione dei Direttori/Responsabili 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 ad un'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, da ultimo aggiornato (ex art. 7 del d. lgs 150/2009) con deliberazione n. 645 del 17.12.2024, 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: obiettivi generali e regionali/salute

⇒ **Gli Obiettivi Generali** assegnati all'Azienda, fanno riferimento al contratto di mandato del Direttore Generale. Gli stessi obiettivi sono inoltre integrati con quelli ulteriori 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	Responsabilità	Dimensione di Analisi
Equilibrio economico di bilancio	Raggiungimento annuale dell'equilibrio di Bilancio	Equilibrio di Bilancio	Dipartimento Amministrativo. UU.OO. della Direzione Strategica	Efficacia / Efficienza
Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (P.R.G.L.A.)	Rispetto dei tempi ordinari di Attesa e Recupero delle Liste di attesa sulla base del Piano Operativo che dovrà essere sottoposto all'approvazione del competente Assessorato della Salute.	Ricoveri Chirurgici: > 70% dei ricoveri rilevati alla data di riferimento del Piano o succ. aggiornamento; Prestazioni Ambulatoriali: > 80% delle prestazioni ambulatoriali rilevate alla data del riferimento del Piano	Tutte le articolazioni interessate	Efficienza / Efficacia Organizzativa

		o succ. aggiornamento.		
Osservanza politiche nazionali e regionali per il contenimento della Spesa	1. Rispetto tetto di spesa del personale; 2. Riduzione della spesa del personale a tempo determinato; 3. Rispetto normativa in materia di acquisto di beni e servizi, tramite ricorso esclusivo a Consip e Me.Pa.; 4. Rispetto risorse negoziate per assistenza farmaceutica.	100% di quanto programmato	Tutte le articolazioni interessate	Efficacia Organizzativa / Economicità
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)	Conseguimento degli Obiettivi previsti nel Piano Operativo Regionale (POR)	1. 100% delle azioni previste dal Piano rispetto al cronoprogramma; 2. Soddisfacimento del debito informativo nei confronti del Ministero e dell'Assessorato della salute, in relazione al monitoraggio sull'avanzamento procedurale e finanziario degli interventi.	Tutte le articolazioni interessate	Efficacia / Efficienza
Osservanza Obblighi in materia di Flussi Informativi	Rispetto dei Tempi di trasmissione, qualità e completezza dei dati.	Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.	Controllo di Gestione	Efficacia / Efficienza
Anticorruzione e Trasparenza	Realizzazione del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Pubblicazione tempestiva dei dati e delle informazioni concernenti l'attività dell'Azienda, con particolare riferimento alle prescrizioni dell'ANAC.	Rispetto puntuale del Piano, attraverso l'applicazione delle misure previste.	Tutte le articolazioni aziendali.	Efficacia / Efficienza
Libera Professione	Osservanza delle disposizioni regionali in materia.	Rispetto bilanciamento volumi Alpi - Istituzionale.	Tutte le articolazioni aziendali.	Efficacia Organizzativa
Tempi di Pagamento	Rispetto dei tempi di pagamento secondo quanto previsto dalla normativa e riduzione dello stock del debito pregresso.	Rispetto delle tempistiche previste e riduzione delle % dello stock di debito.	Dipartimento Amministrativo. UU.OO. della Direzione Strategica	Efficacia Organizzativa

⇒ **Gli obiettivi di Salute e di Funzionamento delle Aziende Sanitarie siciliane** (Strategici) elaborati dall'Assessorato della Salute, allegati al contratto di mandato del Direttore Generale, fanno riferimento agli ambiti di intervento - in ottica e finalità strategica - individuati nella sottostante tabella:

Obiettivo Strategico	Risultato Atteso	Indicatore	Responsabilità	Dimensione di Analisi
Piano Nazionale Esiti	Rispetto del Piano Nazionale Esiti (PNE), con riferimento agli interventi di: a. Frattura Femore per pazienti over 65 anni; b. Riduzione Parti Cesarei; c. Colectomia laparoscopica.	Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano: a. tempestività dell'intervento per frattura femore over 65 anni entro 2 giorni dal ricovero (96% val. da raggiungere); b. riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate (valore: val. da raggiungere max 20%); c. proporzione di colectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Dipartimenti: Chirurgico, Materno Infantile, Emergenza.	Efficienza / Efficacia Organizzativa
Garanzia degli standard e dei requisiti di sicurezza nei Punti Nascita	Raggiungimento dei requisiti previsti dalla Checklist di verifica degli standard operativi, di sicurezza e tecnologici dei Punti Nascita di II livello.	Requisiti rispettati / Requisiti previsti: 100%; 90% e 75%.	UOC Ostetricia e Ginecologia; UOC UTIN con Neonatologia; UOC Tecnico; UOC Provveditorato; UOC Gestione del Personale.	Efficienza / Efficacia Organizzativa
Gestione del sovraffollamento del Pronto Soccorso	Implementazione degli interventi volti al contrasto ed alla gestione del sovraffollamento nei PP.SS. aziendali.	1. Tempo Massimo di Permanenza (TMP), dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di P.S. entro 8 ore; 2. Boarding: % di pazienti con permanenza pre-ricovero maggiore di 44 ore.	Dipartimenti: Materno Infantile, Emergenza.	Efficienza / Efficacia Organizzativa

Screening Oncologici	Collaborazione con l'ASP per la gestione degli screening oncologici per tumore della cervice uterina, tumore della mammella, tumore del colon retto.	Registrazione dei casi, inviati dall'ASP per approfondimento o terapia, sul programma gestionale degli screening.	UOC Ostetricia e Ginecologia; UOC Chirurgia Oncologica; UOC Chirurgia Generale; UOSD Gastroenterologia.	Efficacia Organizzativa
Donazione Organi	Aumento dei livelli di donazione organi.	1. Numero di accertamenti di morte con criterio neurologico; 2. Incremento del <i>procurement</i> di cornee in toto (da cadavere a cuore fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%; 3. Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%.	UOC Anestesia e Rianimazione Centro; UOC Anestesia e Rianimazione Nesima; UOSD Rianimazione Pediatrica; UOSD Hospice adulti.	Efficacia Organizzativa
Fascicolo Sanitario Elettronico	Pieno utilizzo degli applicativi informatici dedicati all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Raggiungimento degli obiettivi previsti per il corretto popolamento del FSE del cittadino con lettera di dimissione, verbale di PS, referti di laboratorio, referti ambulatoriali, referti di radiologia e referti di anatomia patologica.	Tutte le articolazioni aziendali sanitarie.	Efficienza / Efficacia Organizzativa
Percorso Attuativo di Certificabilità del Bilancio (PAC)	Realizzazione delle misure previste dalla disciplina relativa ai PAC e Conseguimento della Certificazione dei Bilanci aziendali.	Piena attuazione delle procedure aziendali adottate per il raggiungimento degli obiettivi e delle azioni PAC relativi a ciascuna Area di Bilancio.	Tutte le articolazioni aziendali interessate	Efficienza / Efficacia Organizzativa
Approvvigionamento farmaci e gestione I ciclo di terapia	1. Garantire il recepimento delle risultanze delle procedure aggiudicate dalla Centrale Unica di Committenza regionale allo scopo di rendere tempestivo l'accesso alle terapie farmacologiche, soprattutto per i farmaci equivalenti e biosimilari a minor costo;	1. Recepimento entro 10 giorni dalla data di trasmissione del decreto di aggiudicazione; 2. Prestazioni di I ciclo per pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario maggiore dell'80%.	Tutte le articolazioni aziendali interessate	Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa

	2. Ottimizzazione della gestione del I ciclo di terapia a pazienti dimessi sia in DH che in ricovero ordinario.			
--	---	--	--	--

⇒ **La negoziazione aziendale. Gli Obiettivi Operativi.**

Come descritto in precedenza in esito alla negoziazione regionale la Direzione strategica provvede all'analoga attività verso i direttori di struttura ai quali in esito ad apposite sedute di negoziazione assegna i vari operati "operativi" con cui, in sostanza, sono declinati gli obiettivi strategici nell'ambito dei singoli esercizi di attività.

Per l'anno 2026 lo schema degli obiettivi che saranno oggetto di negoziazione a livello aziendale (in termini di indicatori, risorse disponibili ed ulteriori elementi di dettaglio) è riportato nell'**Allegato n. 1** del presente Piano.

La suddetta negoziazione, come previsto dalla tempistica del processo di budgeting (v. par. 2.2.6), sarà definita entro il prossimo mese di marzo, ovvero una volta consolidati i dati connessi ai risultati economici con l'Assessorato alla Salute, oltre che il Bilancio preventivo dell'Azienda.

⇒ **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.

L'Arnas Garibaldi di Catania ha già messo in atto, nell'ambito in cui opera, alcune delle "Dieci azioni per il risparmio energetico e l'uso intelligente e razionale dell'energia nella Pubblica Amministrazione" indicate dal Dipartimento Funzione Pubblica presso il consiglio dei Ministri. Infatti con Deliberazione n. 1509 del 06.12.2022 è stato adottato il Documento Aziendale sull'uso Razionale dell'Energia per il personale della propria amministrazione pubblica riguardo i temi dell'uso intelligente e razionale dell'energia e del risparmio energetico nel luogo di lavoro che senza spesa a carico dell'Azienda consentono di razionalizzare i consumi ed ottimizzare la spesa energetica.

Le attività di cui alle previsioni del P.I.A.O. a partire dal 2023 e completate nel 2024 con la produzione di energia elettrica dell'impianto fotovoltaico da 212,42 kWp installato sull'edificio delle emergenze del PO Garibaldi Centro, hanno condotto ad un risparmio energetico in termini di potenza elettrica non acquistata dalla rete nazionale per tutto l'anno 2025 per il PO Centro,

mentre con l'impianto di trigenerazione installato presso il PO Garibaldi Nesima, il cui regolamento di esercizio è stato validato in data 19-12-2024 da E-distribuzione e per il quale è stata avviata la produzione energetica nel terzo quadrimestre del 2025, si è raggiunto un altro obiettivo di efficientamento energetico con i primi risultati di risparmio sulla spesa energetica aziendale anche per il PO Nesima già nel corrente anno 2025 e che vedranno appieno i risultati nell'intero corso dell'anno 2026.

Gli obiettivi relativi al triennio oggetto del Piano possono essere riassunti come di seguito:

- prosecuzione attività preparatorie per step, finalizzate all'affidamento di progettazioni e realizzazioni del "relamping" dei PP.OO. Aziendali (ovvero il passaggio dal sistema esistente dei corpi illuminanti tradizionali a soluzioni a LED in grado di ridurre i consumi e migliorare la resa ed il comfort luminoso);
- avvio, prosecuzione e completamento delle nuove prestazioni di riqualifica previste nel PTE, di cui alla Deliberazione n.65 del 20/01/2025, il cui contratto sarà avviato nell'anno 2026 a cura delle figure designate alla gestione e controllo dell'appalto.

2.2.11 - La coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio

Come previsto dal D. Lgs 150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del 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, di norma, deve realizzarsi, nel massimo, 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.

Allo stato, non essendo stato ancora adottato il suddetto bilancio di previsione, l'Azienda ha delineato il quadro obiettivi sulla base di stime economiche da confermare e, soprattutto, nelle more della prossima negoziazione economica da tenere in sede regionale.

2.3 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente Sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" è stata redatta in ossequio:

- alla legge n. 190/2012, in materia di strategie per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
- allo schema previsto dal decreto 30 giugno 2022 n. 132, Regolamento recante la definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, ove il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è confluito;
- ai Piani Nazionali Anticorruzione approvati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, sino all'Aggiornamento 2023 del PNA 2022, approvato con la delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023;
- alla delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023 – Provvedimento di cui all'art 23 D.lgs. n. 36/2023 - Informazioni che le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti a trasmettere alla BDNCP;
- alla delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 – Provvedimento di cui all'art. 28 del D.lgs n. 36/2023 - Trasparenza;
- alla delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023, come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023;
- alla delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023: Adozione comunicato relativo all'avvio del processo di digitalizzazione;

- al Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici”;
- al Decreto Legislativo 31 dicembre 2024 n. 209 “Disposizioni integrative e correttive al Codice dei Contratti Pubblici”;
- all’aggiornamento 2024 al PNA 2022 adottato dall’ANAC con Delibera n. 31 del 30/01/2025;
- al documento recante “indicazioni per la predisposizione della sottosezione 2.3” Rischi corruttivi e trasparenza “approvato dall’ANAC nell’adunanza del 23/07/2025;
- alla decisione del Consiglio dell’Autorità del 30/07/2025 con cui è stato approvato lo schema di PNA 2025;
- al Decreto Legislativo n. 39/2013 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni” aggiornato con Legge n. 21 del 05/03/2024.

Il presente 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.

In particolare, questa sezione del PIAO risponde all’obiettivo di protezione del valore pubblico creato/atteso dall’amministrazione quale “miglioramento del livello di benessere economico, sociale, ambientale, culturale di una comunità amministrativa”. Di fatti, il testo della sezione mira a focalizzare i rischi che potrebbero impedire il raggiungimento dell’obiettivo individuato e le misure sostenibili, ritenute necessarie ed efficaci al contenimento dei rischi stessi o alla promozione della trasparenza, in coerenza con le altre sezioni del PIAO, con particolare riferimento alla sezione relativa alla Performance.

Nel merito, la presente sotto sezione prende in considerazione, in quanto sempre valide, le indicazioni contenute nell’Aggiornamento 2023 al PNA 2022, alla luce della disciplina introdotta con il D.lgs n. 36/2023 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”, intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC e in un quadro normativo che, come a suo tempo già indicato nel PNA 2022, presenta profili di complessità per via delle numerose disposizioni derogatorie via via introdotte. Si è tenuto altresì conto del D.Lgs 31 dicembre 2024 n. 209 noto come correttivo al Codice dei Contratti Pubblici e del documento relativo al PNA 2025. La struttura della sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” del PIAO relativa al triennio 2026-2028 descrive alcune fasi trasversali (monitoraggio) e sequenziali (analisi del contesto esterno e interno,

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 con l'obiettivo prioritario del raggiungimento del valore pubblico.

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

2.3.1 - Processo di redazione della Sottosezione Prevenzione, Corruzione e Trasparenza

La sottosezione in argomento, a seguito della nota n. 07/CDG-SIL del 08/01/2026, è articolata dalla Responsabile per l'Anticorruzione e proposta alla Direzione Strategica ai fini della sua approvazione, dopo le consultazioni interne, anche con la medesima Direzione.

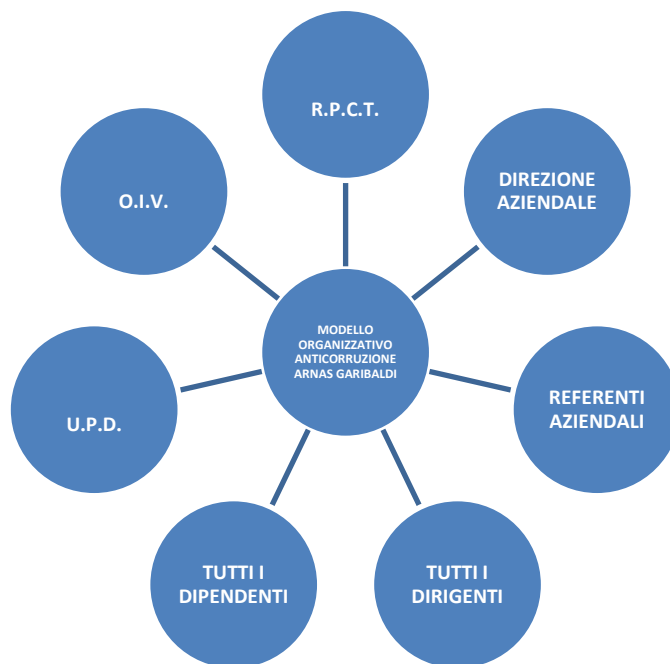
Il processo di redazione della sottosezione in epigrafe, può dunque articolarsi nel modo seguente:

- Informativa e confronto preliminare sullo schema e le misure oggetto del Piano;
- Trasmissione della bozza della sezione ai fini dell'inserimento nella relativa sezione del PIAO;
- Adozione del PIAO, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale;
- Pubblicazione del PIAO sul sito dell'ARNAS Garibaldi in apposita sezione;
- Pubblicazione sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della sezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO, in uno con il documento complessivo (salvo diverse indicazioni da parte dell'ANAC).

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, informano i rispettivi dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo, della pubblicazione del PIAO sul sito web e sulla intranet aziendale, al fine del rispetto delle misure anticorruptive e di trasparenza ivi indicate. Attesa la valenza programmatica, che si articola in un triennio, anche la sezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO è soggetta a modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, oltre che nell'immediato a fronte di specifiche emergenti necessità, nonché di coordinamento di tutti gli atti programmatici aziendali, che confluiranno nel PIAO.

2.3.2 - Soggetti e ruoli nella strategia della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

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



In particolare:

- **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 PIAO. 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 PIAO, informando il RPCT ed il Dirigente di eventuali inosservanze rilevate. I soggetti individuati quali Referenti Aziendali sono riportati nell’**Allegato n. 2**.
- **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 PIAO, 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.

La presente sezione del PIAO 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 e s.m.i. In particolare, l'OIV verifica che il PIAO sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico- gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance, si tenga conto degli obiettivi connessi 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 o diversa data indicata dall'Autorità.
 - ✓ **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.

Questa Azienda, con deliberazione n. 441 del 30.04.2025 ha provveduto a nominare il nuovo Internal Auditor, individuato nella persona della dott.ssa Michela Digrazia. Inoltre, nel corso degli anni, ha già provveduto:

- ai sensi del D.L. 179/2012, alla nomina del nuovo **RASA** (Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti), con deliberazione n. 25 dell'11.01.2024;
- ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679, all'individuazione del **DPO** (Data Protection Officer), con deliberazione n. 1101 del 26.10.2023.

✓ **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 dedicata 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.

2.3.3 - Percorso metodologico: analisi del contesto (esterno ed interno) e del processo di gestione dei rischi corrutivi

L'analisi del contesto nella fase dell'avvio del processo di gestione del rischio rappresenta un momento di particolare rilevanza, mediante il quale 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.

⇒ **Analisi del contesto esterno**

Attraverso l'analisi del contesto esterno si possono ricavare delle informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa infiltrarsi in relazione a:

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

Sotto il primo aspetto, si rileva che dopo un lungo periodo di divergenza, l'economia meridionale è tornata a crescere a tassi superiori a quelli del Centro Nord, grazie all'incremento della produttività del lavoro e, soprattutto, alla rilevante espansione dell'occupazione.

La crescita è stata particolarmente forte, anche in virtù del "bonus edilizio" nelle costruzioni che hanno beneficiato dei generosi incentivi per la riqualificazione edilizia. Segnali positivi sono però giunti anche dai servizi privati, in particolare quelli dell'informazione e della comunicazione (ICT) e quelli professionali.

La ripresa economica ha coinciso con alcuni segnali di rafforzamento del tessuto produttivo e delle condizioni di contesto in cui le imprese operano. A fronte di una limitata riallocazione del fattore lavoro verso le imprese di maggiore dimensione, sono migliorate le condizioni economico-finanziarie delle imprese. Sono stati registrati inoltre progressi nel contesto istituzionale, soprattutto con riferimento al funzionamento della giustizia civile e agli indicatori relativi alla capacità ed efficienza amministrativa.

Il divario del meridione ed in particolare della Sicilia, in termini di reddito pro capite con il Centro Nord resta tuttavia eccezionalmente ampio.

Sotto il secondo aspetto, nella città di Catania e la sua provincia il contrasto ai delitti contro la Pubblica Amministrazione è tanto maggiore, a causa della scarsità delle risorse pubbliche e dell'esigenza di ottimizzare tali risorse per migliorare la qualità mediamente bassa ma assai costosa dei servizi pubblici resi per soddisfare i diritti fondamentali della persona. Inoltre spesso la corruzione costituisce l'humus nel quale si alimenta il cancro della criminalità organizzata di tipo mafioso, particolarmente forte nel nostro distretto come nel resto del Meridione d'Italia.

In questo scenario trovano terreno fertile le consorterie criminali che potrebbero infiltrare le risorse della Regione anche in considerazione dei fondi del PNRR destinati all'Isola.

⇒ **Relazioni con gli Stakeholders**

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 ormai da tempo costituito con deliberazione n. 73 del 29.01.2019 il Comitato Consultivo che ad oggi risulta composto da numerose 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.

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 31/12/2025 sono quelle rappresentate nella sottostante tabella:

Personale al 31/12/2025 suddiviso tra Tempo Indeterminato e Tempo Determinato

Tempo indeterminato	2.302
Tempo determinato	83
Totale al 31/12/2025	2.385

Personale dirigenza	661
Personale comparto	1.724
Totale al 31/12/2025	2.385

⇒ **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.

⇒ Conclusioni analisi del contesto

Nell'ambito dell'analisi di contesto, un ruolo rilevante assumono la verifica e la valutazione del livello di cultura etica condivisa, in quanto quest'ultima rappresenta un elemento di forte deterrenza a commettere atti di natura corruttiva. Si precisa che il contesto interno riguarda elementi in qualche modo controllabili dall'organizzazione, mentre il contesto esterno riguarda fattori difficilmente controllabili che influenzano l'organizzazione.

Gli esiti delle due analisi di contesto consentono di trarre conclusioni informate che possono guidare la scelta della strategia e delle misure di prevenzione della corruzione.

⇒ Il processo di gestione dei rischi corruttivi

In conformità alle indicazioni metodologiche dell'ANAC si riporta in sintesi la descrizione del processo di valutazione e di gestione del rischio adottato dall'ARNAS:



La metodologia adottata è quella di un approccio di tipo preventivo, basato 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.

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 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 nonché tramite la formulazione di un giudizio sintetico sul rischio che applica una scala di misurazione ordinale e non numerica.

Pertanto, considerato l'approccio strategico alla valutazione del rischio, si è confermata la struttura sotto riportata:

Key risk indicators

Giudizio sintetico sul grado di rischio	Indicatori di valutazione del livello di esposizione al rischio
Basso	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.
Medio	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.
Alto	Attività ad alta discrezionalità: - Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a singole persone; - Opacità del processo decisionale; - Elevata presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo.

Il processo di valutazione del rischio 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, si mantengono le seguenti aree di rischio, come da **Allegato n. 3** al presente PIAO:

- 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.

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

In conseguenza della valutazione come sopra effettuata, si è provveduto, ad individuare le misure di prevenzione per neutralizzare il rischio, avuto riguardo al già richiamato principio di gradualità delle misure da programmare, in quanto si è cercato di aggiornare le misure prescelte alle modifiche del contesto, per assicurare l'efficacia e la sostenibilità delle stesse.

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 procedurali;
12. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
13. Trasparenza.

Le misure specifiche sono quelle adottate da questa Azienda e sono individuate sulla base delle peculiarità 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.

⇒ **Il Monitoraggio delle misure**

Il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione costituisce 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 progettato ed attuato su base annuale e/o nell'arco del triennio, nell'ottica di valutare le misure in relazione alla loro effettiva efficacia, sostenibilità ed adeguatezza e di realizzare gli opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse.

Il **monitoraggio di primo livello** è 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 affidato all'RPCT, che può essere coadiuvato dagli organi di controllo interno (Internal Audit) che rappresentano un utile strumento migliorativo.

Il monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione svolto in relazione alle misure individuate nella sottosezione del PIAO 2025-2027:

➤ **Il Conflitto di interessi nei contratti pubblici**

Particolare attenzione è da sempre riservata al tema del conflitto di interesse nei contratti pubblici, considerato anche i risvolti applicativi conseguenti all'entrata in vigore dell'art. 16 del D.Lgs. n. 36/2023, che ha modificato sostanzialmente quanto stabilito nell'art. 42 del D.lgs. n. 50/2026.

La misura individuata nel precedente PIAO dell'ARNAS, ossia quella di adeguare la modulistica sull'assenza del conflitto di interessi al nuovo Codice D.Lgs 36/2023, è già a regime e quindi può considerarsi pienamente realizzata.

➤ **Contratti finanziati con fondi PNRR - Il conflitto di interessi in materia di fondi PNRR**

La materia dei contratti pubblici, come noto, è stata 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, il D.L. 4/2022, il D.L. 17/2022.

In particolare, 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.

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 sopra, sono state previste delle misure specifiche quali la "Previsione nel bando di gara di apposito format per i dati necessari all'identificazione del Titolare effettivo e per dichiarare l'assenza di conflitto di interesse".

Anche questa misura è stata realizzata.

➤ **Codice di comportamento**

La misura prescelta dell'Aggiornamento del Codice di Comportamento del Personale dell'ARNAS Garibaldi è stata pienamente realizzata con l'approvazione del nuovo testo adottato con deliberazione n 738 del 15/07/2025.

➤ **La rotazione ordinaria**

Nel corso dell'anno 2025 si è realizzata la rotazione di n. 1 Dirigente dell'Area Tecnica alla UOS Formazione e di n. 1 unità del personale del comparto dalla UOC Affari Generali alla UOC Provveditorato ed Economato.

➤ **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.

Tale misura seppure prevista non è stata applicata per assenza di avvio di procedimenti penali a carico del personale.

➤ **Conferimento e autorizzazione incarichi extra istituzionali**

La misura si ricollega all'obbligo di pubblicazione previsto dal D. Lgs. 33/2013 in materia di trasparenza da anni ormai integrato con il collegamento alla banca dati Anagrafe delle Prestazione del sistema integrato PERLAPA del Dipartimento della Funzione Pubblica.

In relazione alla misura in oggetto, il Comitato Ispettivo ha comunicato di aver eseguito i previsti controlli.

➤ **Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e degli incarichi amministrativi di vertice**

In ordine all'attuazione della superiore misura, si segnala che essa è stata pienamente raggiunta, in quanto, con riferimento all'anno 2025, sono state pubblicate, nell'apposita sezione, le dichiarazioni del Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario, in merito alle situazioni in argomento.

➤ **Formazione**

Anche tale misura è stata raggiunta, in quanto nel corso del 2025, in data 11 novembre, si è tenuto un evento formativo sull'etica pubblica e prevenzione della corruzione rivolto al personale sanitario ed amministrativo dell'ARNAS.

➤ **Area di rischio: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni**

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono naturalmente i medesimi principi generali, e i potenziali rischi e le 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, si è preso spunto da audit effettuati dall'Internal Auditor di questa Azienda con il Servizio di Farmacia e si è constatato 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 ossia quella della “Implementazione del software in mobilità sul gestionale di magazzino” è stata raggiunta.

➤ **Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing policy)**

In ordine a tale misura, nel corso del 2025 è pervenuta una sola segnalazione qualificata dal segnalante quale whistleblowing.

Tuttavia, a seguito della relativa istruttoria, è emerso che essa non rientrava nel perimetro di competenza del RPCT.

➤ **La trasparenza**

Tale misura 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.

In applicazione di quanto sopra, l’apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente" fruibile sul sito web istituzionale dell’ARNAS, viene costantemente aggiornata, come da attestazione rilasciata dall’OIV in merito all’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30/11/2025 giusta attestazione rilasciata in data 13/01/2026 (**Allegato n. 4**).

2.3.4 - Le misure di prevenzione generali e speciali ed il loro monitoraggio

➤ **Codice di Comportamento**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Incremento della formazione in materia di integrità e sulle regole di comportamento per il personale dell’ARNAS, anche ai fini della promozione del Valore Pubblico.

Misura			
Codice di comportamento			
Azione			
Formazione sul Codice di Comportamento del Personale dell’ARNAS Garibaldi			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione	Soggetto/ Struttura Responsabile

		Monitoraggio	
Assolvimento	Si/No	Annuale	RPCT / Formazione

➤ **Conflitto di Interessi**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Miglioramento della gestione del conflitto di interessi tramite interventi formativi / focus rivolti al personale dipendente.

Misura			
Conflitto di Interessi			
Azione			
Realizzazione di interventi formativi / focus rivolti al personale dipendente			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Si/No	Annuale	Tutti gli uffici interessati

➤ **La Rotazione del personale**

La seguente misura viene declinata nell'obiettivo strategico:

Evitare la consolidazione di rapporti impropri e posizioni di potere monopolistico in capo al personale dipendente dell'ARNAS.

Misura			
La Rotazione del personale			
Azione			
Realizzazione della rotazione di n. 2 dipendenti del Comparto e/o della Dirigenza			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	100%	Annuale	Direzione Strategica

➤ **Conferimento e autorizzazione incarichi extra istituzionali**

La superiore misura viene declinata nell'Obiettivo strategico:

Assicurare la compatibilità della attività extra lavorativa del dipendente con il corretto espletamento della prestazione istituzionale dovuta all'ARNAS.

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

➤ **Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e degli incarichi amministrativi di vertice**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Garantire l'imparzialità ed il buon andamento dell'amministrazione.

Misura			
Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e degli incarichi amministrativi di vertice			
Azione			
Aggiornamento dichiarazioni sull'insussistenza di cause di inconferibilità o sulla presenza di situazioni di incompatibilità secondo la delibera ANAC n. 464/2025			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Si/No	Annuale	Direzione Strategica

➤ **Formazione del personale**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Creare una cultura di integrità, trasparenza e legalità per prevenire i fenomeni corruttivi nella Pubblica Amministrazione, rafforzare l'etica pubblica, migliorare l'efficienza e l'affidabilità dell'ARNAS.

Misura			
Formazione del personale			
Azione			
Organizzazione eventi formativi sull'etica pubblica, prevenzione della corruzione, integrità e trasparenza rivolti al personale sanitario ed amministrativo dell'ARNAS			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Attività formativa	Annuale	RPCT / Ufficio Formazione

➤ **Attività successiva alla cessazione del servizio (*pantouflage – revolving doors*)**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Prevenire la corruzione ed i conflitti d'interesse, impedendo al dipendente di sfruttare conoscenze, relazioni o poteri acquisiti nella PA per ottenere vantaggi illeciti, garantendo così l'integrità dell'azione pubblica.

Misura			
Attività successiva alla cessazione del servizio (<i>pantouflage – revolving doors</i>)			
Azione			
Inserimento nei contratti di assunzione, nei bandi di gara, lavoro della clausola relativa al pantouflage			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Si/No	Annuale	Settori Amministrativi coinvolti

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

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Garantire l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, impedendo che soggetti condannati per reati contro la PA possano gestire funzioni sensibili.

Misura			
Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la Pubblica Amministrazione			
Azione			
Rinnovo delle autocertificazioni per coloro che sono assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie o all'acquisizione di personale, servizi e forniture, attestante l'assenza di condanne penali e situazioni di conflitto di interesse rispetto all'incarico conferito			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Si/No	Annuale	Settori Amministrativi coinvolti

➤ **Tutela del dipendente che segnala illeciti (*whistleblowing policy*)**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Prevenire e contrastare la corruzione e le irregolarità interne, proteggendo l'integrità dell'organizzazione e incentivando l'emersione di comportamenti illeciti attraverso la garanzia di riservatezza e la protezione da ritorsioni (licenziamento, sanzioni, demansionamento), trasformando la segnalazione in un dovere di partecipazione civica e rafforzando la trasparenza e la conformità normativa.

Misura			
Tutela del dipendente che segnala illeciti (<i>whistleblowing policy</i>)			
Azione			
Adeguamento agli aggiornamenti delle Linee Guida n. 1 - 2025			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Regolamento	Annuale	RPCT e struttura di supporto

➤ **Patti di integrità negli affidamenti**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Prevenire la corruzione e promuovere trasparenza e lealtà negli appalti pubblici, in rispetto dei principi di correttezza di fiducia pubblica e legalità.

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

➤ **Monitoraggio dei termini procedurali**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Migliorare efficienza, efficacia, trasparenza e integrità, riducendo i tempi di conclusione dei procedimenti, identificando scostamenti e anomalie, e garantendo la conformità gli obiettivi di performance e di qualità del servizio.

Misura			
Monitoraggio dei termini procedurali			
Azione			
Presentazione dei report relativi ai procedimenti			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Numero dei procedimenti definiti nei termini	Semestrale	RPCT / Settori amministrativi

➤ **Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile**

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Costruire fiducia, trasparenza e integrità, coinvolgendo cittadini e stakeholder, per far emergere malfunzionamenti amministrativi.

Misura			
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile			
Azione			
Presentazione report segnalazioni utenza			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Numero delle segnalazioni pervenute	2026	RPCT / URP

➤ La Trasparenza

La superiore misura viene declinata nel seguente obiettivo strategico:

Rendere l'azione della pubblica amministrazione chiara, accessibile e controllabile dai cittadini, riducendo le asimmetrie informative e prevenendo la corruzione attraverso la pubblicazione di dati, processi e decisioni.

Misura 1			
Trasparenza			
Azione			
Razionalizzazione della pubblicazione di dati e documenti pubblici per una maggiore accessibilità e fruibilità			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Attestazione positiva OIV	2026	RPCT / Responsabili di Struttura

Misura 2			
Trasparenza			
Azione			
Adeguamento agli schemi di pubblicazione revisionati da ANAC con deliberazione n. 481 del 03/12/2025			

Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Attestazione positiva OIV / monitoraggio RPCT	2026	RPCT e Struttura di supporto

Misura 3 Trasparenza Accesso ex L. 241/1990, civico semplice, e generalizzato di cui al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.			
Azione Pubblicazione richieste con indicazione della tipologia e delle informazioni richieste dalla Funzione Pubblica			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Attestazione positiva OIV / monitoraggio RPCT	Semestrale	Responsabili di Struttura

Misura 4 Trasparenza Trasparenza degli interventi finanziati con fondi PNRR		
Azione Implementazione dati nella sezione Amministrazione Trasparente della sotto- sezione "Attuazione Misure PNRR"		
Risultato atteso / Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Si/No	Semestrale	Responsabile Struttura PNRR / SIA / RPCT

2.3.5 - Le misure specifiche di prevenzione della Corruzione

Nel 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 analisi e valutazione relativa alla possibilità di essere sostenibili ed effettivamente efficaci rispetto al contesto di riferimento.

Per l'anno 2026 si è ritenuto di confermare alcune delle misure specifiche già previste, atteso che tale categoria di misure specifiche rappresenta uno strumento ulteriore tramite cui attenzionare ciclicamente le aree ritenute particolarmente delicate.

In ossequio alle indicazioni metodologiche suggerite dall'ANAC, ed in particolare in osservanza del **principio di gradualità nelle misure anticorruzione** individuato dall'Autorità, questa stazione appaltante ha puntato ad un approccio progressivo nell'implementazione di ulteriori misure, spesso supportate da apposita formazione e da forme di digitalizzazione, allo scopo di rafforzare integrità e trasparenza, di cui monitorarne l'efficacia.

- **Area di rischio: Contratti Pubblici**

Come è noto, i contratti pubblici rappresentano una delle aree a maggior rischio corruttivo e quindi necessita della programmazione di adeguate misure di prevenzione del fenomeno corruttivo. Già da tempo l'adozione degli atti afferenti ai singoli contratti è implementata dall'ARNAS Garibaldi, per il tramite di una Piattaforma di Approvvigionamento Digitale (PAD), all'interno del sistema della Banca Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) in tutte le fasi: dalla programmazione alla esecuzione. Considerato quanto sopra nonché le previsioni di modifica introdotte dal D. Lgs n. 209/2024, si è ritenuto opportuno ripensare alle ipotesi di rischio che possono profilarsi mediante l'introduzione di nuove possibili misure o il miglioramento di quelle esistenti.

Allo scopo, ci si è concentrati su alcuni profili quali quello connesso all'utilizzo delle PAD in relazione alla gestione di alcune delle fasi del ciclo di vita dei contratti, quello relativo ad eventuali ritardi nella verifica dei requisiti, quello riguardante il caso di un erroneo utilizzo del Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico (FVOE), il ruolo del RUP, il possibile concretizzarsi di un conflitto di interessi nell'ambito dei contratti.

Per quanto sopra, si è quindi ritenuto individuare le seguenti misure:

Misura			
Digitalizzazione dei contratti pubblici – Corretto utilizzo delle PAD e del FVOE			
Azione			
Specifica formazione ai dipendenti che utilizzano le PAD a partire dal RUP e dai responsabili di Fase			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Formazione specifica	2026 – 2027 - 2028	Responsabili di Struttura

- **Area di rischio: Attività libero professionale e liste di attesa**

Per la gestione dell'attività libero professionale e delle liste d'attesa, già ritenuta area di prioritaria importanza dall'ANAC, 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 ormai previsto l'obbligo di pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste.

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

Misura			
Monitoraggio liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali			
Azione			
Pubblicazione liste d'attesa sul sito istituzionale dell'ARNAS e collegamento con A.T.			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Pubblicazione	Tempestivo	Direzione Sanitaria

Quanto all'attività libero – professionale, 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 il regolamento aziendale 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 vigente, che ha coinvolto i Settori Risorse Umane, Economico Finanziario e Patrimoniale oltre alle UU.OO. di Staff, e che ad oggi si è concluso con la redazione del nuovo regolamento ALPI, in vista della successiva entrata in vigore nel mese di Marzo p.v.

La misura individuata è dunque la seguente:

Misura ALPI			
Azione Pubblicazione Regolamento ALPI			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Regolamento Si/No	Semestrale	Ufficio ALPI/ Staff D.G.

- **Area di rischio: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni**

- 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 15 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, considerata la necessità di modificare il regolamento in atto vigente, anche in adeguamento alle indicazioni fornite dalla Direttiva dell'Assessorato della Salute n. 19302, si mantiene la programmazione della seguente misura specifica:

Misura			
Regolamento Sponsorizzazioni			
Azione			
Aggiornamento Regolamento sulle sponsorizzazioni			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Regolamento	2026	Ufficio Formazione

- Sperimentazioni -

La misura prescelta della Pubblicazione all'interno della sezione Amministrazione Trasparente di un report delle sperimentazioni autorizzate, precedentemente introdotta, è stata mantenuta per garantire maggiore trasparenza nell'ambito considerato.

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.

Recentemente si è profilata la necessità di aggiornare ulteriormente il Regolamento in atto vigente e quindi l'opportunità di introdurre la seguente misura:

Misura 1			
Sperimentazioni			
Azione			
Aggiornamento del Regolamento sulle sperimentazioni cliniche			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Regolamento	Annuale	Affari Generali

Misura 2			
Sperimentazioni			
Azione			
Pubblicazione all'interno della sezione Amministrazione Trasparente di un report delle sperimentazioni autorizzate			
Risultato atteso	Indicatore	Tempi di realizzazione Monitoraggio	Soggetto/ Struttura Responsabile
Assolvimento	Pubblicazione dati Si/No	Annuale	Affari Generali

2.3.6 - 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 coerenza ed allineamento si è costantemente attuata 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.

In continuità con quanto disposto dalle linee guida sul PIAO, l'ARNAS ha previsto e conferma gli obiettivi in materia di Prevenzione della corruzione e della trasparenza che si coordinano con le politiche di performance, sia individuale che organizzativa, quali l'osservanza degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i, nonché la organizzazione di interventi formativi in materia di integrità, etica pubblica, prevenzione della corruzione e trasparenza.

⇒ **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 adottato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Anche per quest'anno la sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" costituisce parte del PIAO introdotto dall'art. 6 del D.L. 9/06/2021 n. 80 convertito in Legge 6/08/2021 n. 113.

Il PIAO verrà pubblicato nelle modalità e forme disposte dal Dipartimento della Funzione Pubblica entro il 31/01/2026.

Una volta adottato, la sotto sezione del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza" verrà pubblicata:

- 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;
- nella rete intranet dell'Azienda;

ed entrerà in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione sul sito web dell'ARNAS Garibaldi. Per quanto non espressamente previsto nella presente sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" / PTPCT, si rinvia a tutte le disposizioni vigenti.

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, ulteriormente modificato, da ultimo, giusta deliberazione n. 479/2025.

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 amministrate in spazi fisici definiti e omogenei.

3.1.1 - Organigramma aziendale

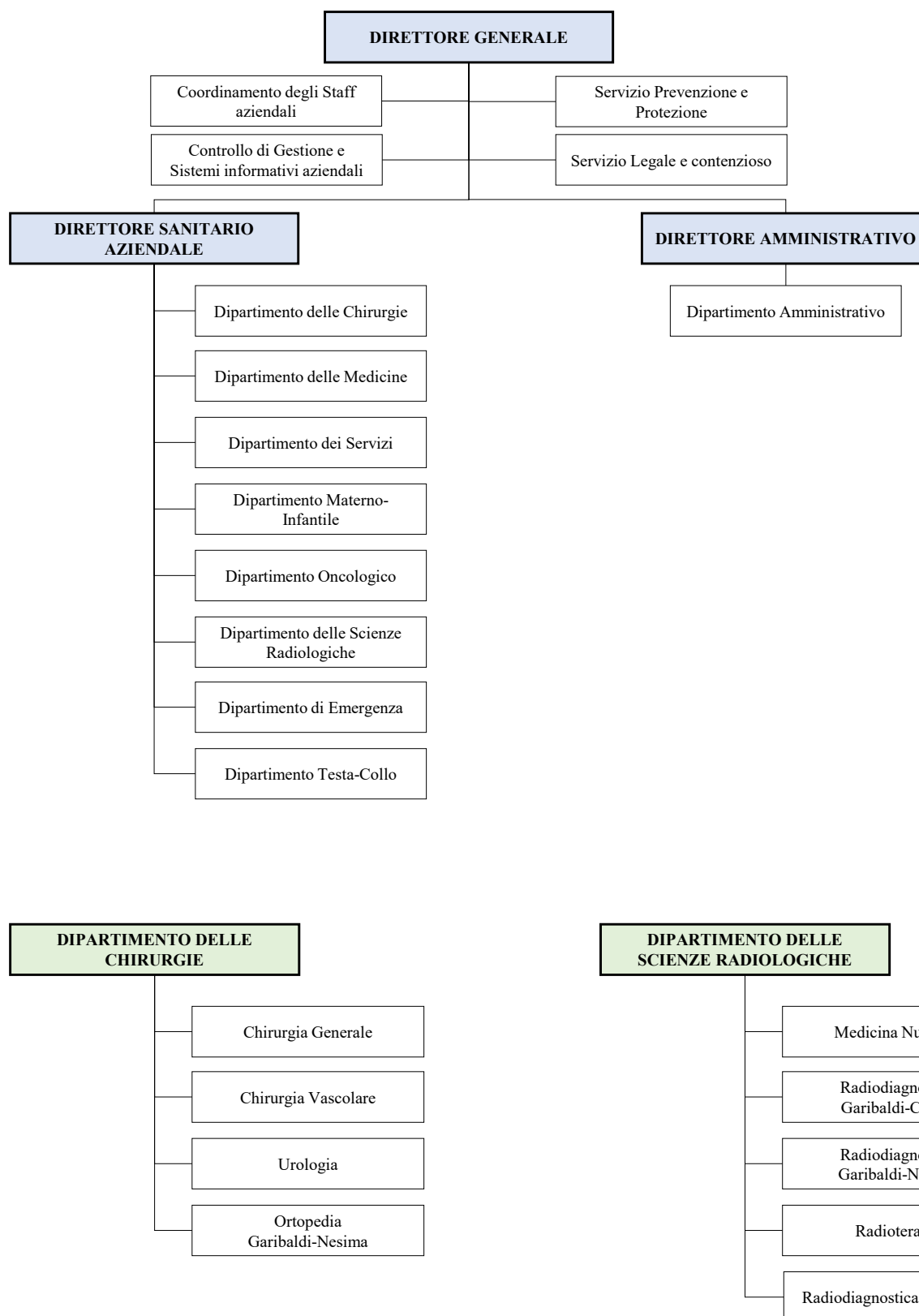
Per quanto sopra detto, l'ARNAS adotta l'organizzazione "dipartimentale" quale modello ordinario di gestione operativa di tutte le sue strutture, allo scopo di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali e di ricerca nonché una gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali.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

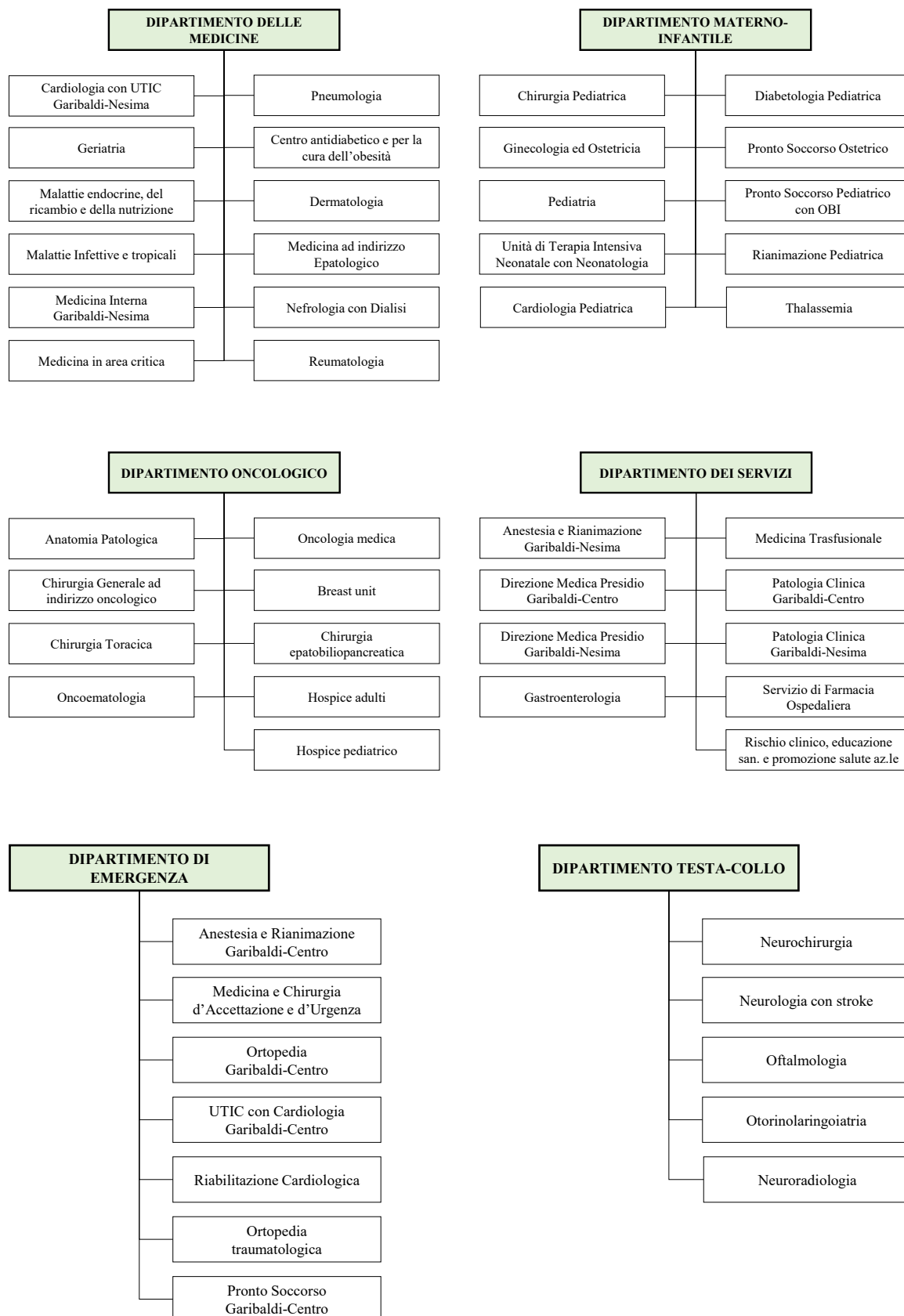
- Dipartimenti;
- Strutture complesse;
- Strutture semplici a valenza dipartimentale;
- Strutture semplici sanitarie, articolazioni interne di strutture complesse.

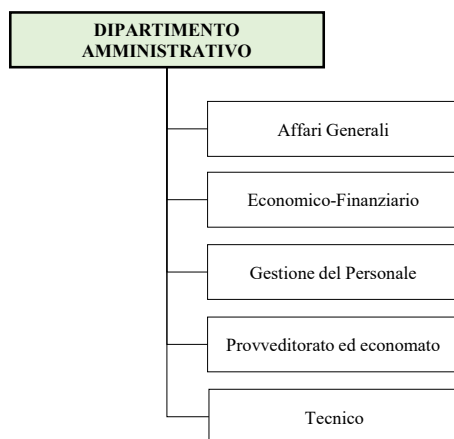
La composizione e l'articolazione di ciascun dipartimento, trovano puntuale descrizione nell'allegato 1, punto 1.1 dell'Atto Aziendale.

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:







3.1.2 - 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, del CCNL area delle funzioni locali del 2020 e dei rispettivi Regolamenti aziendali, sono articolati in incarichi di natura gestionale ed incarichi di natura professionale, come esplicitati nel seguente prospetto (diverse posizioni risultanti ancora vacanti):

Tipologia Incarico	Descrizione	N. Incarichi
Incarico di direttore di dipartimento	Incarico Gestionale 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	Incarico Gestionale che prevede la responsabilità e la gestione diretta di risorse umane, strumentali ed economiche.	38

Incarico di responsabilità di unità operativa semplice a valenza dipartimentale	Incarico Gestionale 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. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico.	24
Incarico di responsabilità di unità operativa semplice quale articolazione interna di struttura complessa	Incarico Gestionale , include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico.	24
Incarico professionale di altissima professionalità a valenza dipartimentale	Incarico Professionale: 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 tecnico professionali 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. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico.	11
Incarico professionale di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa	Incarico Professionale: 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 disciplinari.	25
Incarico professionale di alta specializzazione	Incarico Professionale: 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.	96

Incarico professionale di consulenza, di studio, di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo (art. 18, c. 1, par. II, lett. c) dirigente anzianità uguale o superiore a 20 anni	Incarico Professionale: Tale tipologia prevede in modo prevalente responsabilità tecnico-specialistiche. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico	202
Incarico professionale iniziale che corrisponde all'ex incarico professionale di base di cui all'ex art. 18, c. 1, par. II, lett. d) (Tipologie d'incarico) del CCNL 19.12.2019	Incarico Professionale: Tale incarico è conferito ai dirigenti con meno di cinque anni di attività che abbiano superato il periodo di prova: tali incarichi hanno precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. Detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso i momenti di valutazione e verifica di cui all'art. 15, comma 5 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i. come disciplinati altresì dagli art. 59, comma 2, lett. a) del CCNL 19.12.2019 (Modalità ed effetti della valutazione positiva delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte del Collegio tecnico) e art. 58, comma 4 del CCNL 19.12.2019 (Effetti della valutazione positiva dei risultati raggiunti da parte dell'organismo indipendente di valutazione).	220

3.2 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Lo *Smart Working* si è diffuso in modo esponenziale in Italia, in particolare durante l'emergenza Covid-19, per consentire lo svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza.

Al termine dell'emergenza sanitaria, l'istituto è stato disciplinato in modo chiaro e programmatico sia nel settore pubblico che in quello privato, al fine di modernizzare l'organizzazione lavorativa e conciliare le esigenze di vita-lavoro dei dipendenti.

Per *Smart Working* o "lavoro agile", com'è noto, si intende una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Il **Piano Organizzativo del Lavoro Agile (P.O.L.A.)** costituisce lo strumento per giungere ad una adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile. Esso si colloca, quindi, quale strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle sue modalità di attuazione e sviluppo.

⇒ Normativa di riferimento

Sia per il settore pubblico che per quello privato, quando si parla di *Smart Working* in Italia la disciplina di riferimento è la Legge 22 Maggio 2017, n.81 (articoli 18-24), modificata nel tempo a

più riprese. Le modifiche riguardano soprattutto, i lavoratori fragili, i lavoratori con figli fino a 14 anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli disabili e i caregivers.

Le disposizioni sullo Smart Working (e successive modifiche) si applicano, in quanto compatibili, anche ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del Decreto Legislativo n. 165/2001. A stabilirne le regole è la Direttiva Ministeriale del 29/12/2023 in vigore, insieme alle novità che sono state introdotte nel 2025 con il rinnovo dei C.C.N.L. Funzioni Centrali e Comparto Sanità, nonché alla luce della Legge 106/2025 entrata pienamente in vigore dall'01/01/2026.

Il lavoro agile, disciplinato dagli artt. da 18 a 24 della L. 81/2017, viene definito come una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici, eseguita in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale (stabiliti dalla legge e dalla contrattazione collettiva).

La suddetta disciplina si applica, in quanto compatibile e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente previste, secondo le direttive adottate in base a quanto previsto dall'art. 14 della L. 124/2015.

La Direttiva del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 3 del 2017 ha poi individuato gli strumenti organizzativi e operativi che le pubbliche amministrazioni devono porre in essere per lo sviluppo del lavoro agile.

In attuazione del Decreto del Ministero della Pubblica Amministrazione dell'08 ottobre 2021 sono state di seguito adottate le Linee Guida (Dicembre 2021) che hanno delineato le modalità di svolgimento del lavoro agile nel settore pubblico, avendo riguardo al diritto di disconnessione, alla formazione specifica, al regime dei permessi e delle assenze ed alla compatibilità con ogni altro istituto del rapporto di lavoro e previsioni contrattuali, in attesa dell'entrata in vigore dei nuovi contratti collettivi relativi al triennio 2019-2021.

Le superiori Linee Guida hanno avuto l'obiettivo di fornire indicazioni per la definizione di una disciplina tale da garantire condizioni di lavoro trasparenti, da favorire la produttività e l'orientamento ai risultati, da conciliare le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio fra vita professionale e vita privata.

Il Capo I del C.C.N.L. Comparto Sanità, sottoscritto in data 02/11/2022, intitolato "Lavoro Agile" è dedicato esclusivamente a tale modalità di lavoro ed è regolato dagli artt. 76 all'80, successivamente integrati ed in parte sostituiti dagli artt. 28 e 29 del C.C.N.L. Comparto Sanità, sottoscritto in data 27/10/2025.

Il P.O.L.A. è il sistema utilizzato dall'Azienda per pianificare ed attuare il lavoro agile ed è

obbligatorio (in quanto, tra l'altro, facente parte del P.I.A.O.).

Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le aziende devono redigere il POLA per migliorare le risorse strumentali e l'organizzazione aziendale al fine di incentivare il lavoro agile che deve coinvolgere in maniera stabile il 15% dei dipendenti garantendo a questi il riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera.

Presso il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri è stato inoltre istituito l'Osservatorio nazionale del lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, al fine di monitorare l'avanzamento degli sforzi aziendali per raggiungere migliori obiettivi sul lavoro agile. Il Ministero della Pubblica Amministrazione ha infine definito, attraverso circolari e direttive, indicazioni per tutte le amministrazioni pubbliche volte alla promozione e alla diffusione del lavoro agile e strumenti operativi per monitorarne l'applicazione.

Si ricorda ancora la Direttiva del 29/12/2023 con cui il Ministro Zangrillo ha invitato la Dirigenza delle amministrazioni pubbliche a garantire ai lavoratori, che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

L'accesso allo Smart Working nel 2026 è garantito in maniera semplificata per i lavoratori fragili, caregivers, genitori di under 14 e di figli disabili del settore sia pubblico che privato, secondo specifici accordi individuali o, nel caso delle PA, a discrezione del dirigente dell'ufficio competente.

Il nuovo C.C.N.L. Funzioni Centrali, entrato in vigore nel 2025, consente -per questa categoria di lavoratori- di concordare un numero di giorni di lavoro da remoto, che possono superare quelli in presenza. Gli accordi individuali, sottoscritti con la Presidenza del Consiglio dei Ministri o il dirigente capo struttura, definiscono gli obiettivi e le modalità della prestazione lavorativa.

Inoltre, il nuovo C.C.N.L. Funzioni Centrali ha previsto l'introduzione dello Smart Working nelle P.A. per i nuovi assunti presso i Ministeri, le Agenzie Fiscali ed altri Enti delle Funzioni Centrali. L'obiettivo è rendere più attrattivo l'impiego nel settore pubblico.

Le disposizioni introdotte dal D.D.L. Lavoro 2024, entrato in vigore dal 12 gennaio 2025, stabiliscono, per il settore privato, che il datore di lavoro deve comunicare, in modo telematico al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, i nomi dei lavoratori e le date di inizio e fine delle loro prestazioni in modalità agile. Questa comunicazione è obbligatoria e deve essere effettuata entro 5 giorni dall'inizio del periodo di lavoro agile o entro i 5 giorni successivi a eventuali modifiche o cessazione dello stesso.

Nel 2026 lo Smart Working avrà regole più garantiste e flessibili nelle P.A., mentre per il settore privato, i datori di lavoro potranno garantirlo con specifici accordi individuali e optando per la

preventiva comunicazione obbligatoria, prevista per legge.

Inoltre, anche nel 2026 i datori di lavoro (pubblici e privati), che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in Smart Working, sono tenuti a riconoscere delle priorità nell'accoglimento delle richieste, secondo quanto stabilito dal Decreto Conciliazione vita – lavoro ed in combinato disposto con la legge 106/2025 e legge di bilancio 2026 (L. n. 199/2025).

Si tratta di chi ha figli fino a 14 anni di età o senza alcun limite di età nel caso di figli in condizioni di disabilità. Ma anche di caregivers, ai sensi dell'articolo 1, comma 255, della Legge 27 Dicembre 2017, n. 205.

Di certo poi, l'attivazione del lavoro agile per entrambi i comparti, rispetto al 2025 ed agli anni precedenti, sarà molto più semplice in quanto garantita da norme certe e aggiornate. In ogni caso, l'adesione al lavoro agile deve avere natura consensuale e volontaria.

Nello specifico, nel 2026, come è stato già per il 2025, nelle P.A. i lavoratori fragili e altre categorie della Pubblica Amministrazione, come genitori di minori, caregivers e persone in temporanea difficoltà, possono richiedere lo Smart Working. La decisione di autorizzare il lavoro agile spetta ai dirigenti responsabili di ciascun ufficio; valgono le regole della Direttiva Ministeriale, di cui si è già detto. Ossia, lo Smart Working e il lavoro da remoto sono consentiti purché siano compatibili con le mansioni svolte. I lavoratori possono usufruire di periodi continuativi di Smart Working, senza limiti temporali definiti, a condizione di raggiungere gli obiettivi di performance e organizzativi stabiliti nell'accordo individuale; i lavoratori "fragili" possono adottare il lavoro agile in situazioni di gravi problemi di salute, personali o familiari, anche derogando dalla prevalenza del lavoro in presenza. La responsabilità di implementare misure organizzative per lo Smart Working del pubblico impiego spetta ai dirigenti di ciascuna Amministrazione, attraverso accordi individuali.

3.2.1 - Oggetto ed ambito di applicazione

Il presente P.O.L.A. disciplina la fruizione della modalità lavorativa " lavoro agile" dell'Azienda Garibaldi quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa 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.

Va detto che 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, come nel caso dell'Azienda Garibaldi, per le dimensioni e la complessità organizzativa dell'Azienda (2385 dipendenti al 31/12/2025).

Può avvalersi dello strumento "lavoro agile", pertanto, tutto il personale dell'Azienda Garibaldi addetto a funzioni non sanitarie, che svolge attività remotizzabile, appartenente al comparto e alla dirigenza, con rapporto a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale, ivi incluso il personale in regime di comando, di distacco, o di assegnazione provvisoria, previo assenso da parte dell'Amministrazione di appartenenza.

L'Azienda garantirà priorità alle richieste di lavoro agile dei lavoratori fragili.

3.2.2 - Livello di attuazione e di sviluppo

L'approccio al lavoro agile è stato condizionato inevitabilmente dal contesto epidemiologico. Nel mese di Marzo 2020, l'Azienda Garibaldi ha emanato apposita circolare di cui alla nota prot.n. 209 del 18/03/2020 ai fini dell'attivazione in via eccezionale del lavoro da remoto.

Ai fini della correlata regolamentazione di cui alle Linee Guida Aziendali rinvenibili sul sito intranet aziendale, il personale coinvolto ha provveduto alla compilazione della “dichiarazione di attivazione lavoro agile” in cui venivano specificati i seguenti punti: tempi e durata dell’attività lavorativa, modalità di attivazione del lavoro agile, definizione delle attività da svolgere, dotazione tecnologica, obblighi/facoltà del dipendente, monitoraggio e controlli, trattamento economico e revoca.

In uno alla dichiarazione, i dipendenti sono stati inoltre chiamati a sottoscrivere l'Informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile ai sensi dell’art. 22, comma 1, Legge 81/2017.

Si rappresentano di seguito i dati relativi al personale che a decorrere dal mese di Dicembre 2022 ha fatto richiesta di lavorare in modalità agile, suddivisi per Area (Dirigenza e Comparto):

Personale al 31 Dicembre	2022	2023	2024	2025
Totale Dipendenti	2118	2354	2376	2385

	2022	%	2023	%	2024	%	2025	%
Comparto	3	0,14	1	0,04	2	0,08	1	0,04
Dirigenza PTA	0	0	0	0	0	0	0	0
Dirigenza Sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	3	0,14	1	0,04	2	0,08	1	0,04

In considerazione del numero complessivo dei dipendenti pari a 2385, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato alla data del 31/12/2025, la percentuale complessiva di personale che ha fatto ricorso al lavoro agile è stata dunque pari a 0,04.

3.2.3 - Modalità attuative

L' Azienda Garibaldi già da tempo ha proceduto ad una graduale applicazione del P.O.L.A. attraverso l'elaborazione di un programma di sviluppo nell'arco temporale di tre anni, che si è articolato in tre fasi:

- fase di avvio;
- fase di sviluppo intermedio;
- fase di sviluppo avanzato.

In coerenza con le richiamate Linee Guida del 2021 in materia di lavoro agile nelle PP.AA. in conseguenza del rientro al lavoro dei dipendenti pubblici dopo la fase emergenziale, il suddetto programma ha tenuto conto, in particolare, dei profili di seguito specificati:

- l'invarianza dei servizi resi all'utenza;
- l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- la previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- la stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017,

n. 81, cui spetta il compito di definire:

- gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
- le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
- le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- la rotazione del personale in presenza, ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

3.2.4 - Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile

I soggetti che a livello aziendale sono coinvolti nella pianificazione del lavoro agile sono, in primo luogo, i dirigenti ai vari livelli dell'organizzazione con la specifica collaborazione del SIA, del Servizio di Prevenzione e Protezione, della Struttura dedicata alla valutazione della performance, del DPO nell'ambito della Privacy, del Servizio della Formazione, 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 alla luce della condotta complessiva dello stesso;
- 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 dell'azione amministrativa.

3.2.5 - Le condizioni abilitanti del Lavoro Agile

Per condizioni abilitanti si intendono i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa.

Nel caso del lavoro agile, coerentemente con quanto previsto dalle Linee Guida 2021, occorre fare riferimento a quanto di seguito specificato:

➤ ***Condizioni tecnologiche, privacy e sicurezza.***

- Si deve, di norma, fornire il lavoratore di idonea dotazione tecnologica.
- Per le attività da remoto devono essere utilizzate le postazioni di lavoro fornite dall'amministrazione, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui il lavoratore deve accedere. L'amministrazione deve assicurare il costante aggiornamento dei meccanismi di sicurezza, nonché il monitoraggio del rispetto dei livelli minimi di sicurezza. In alternativa, previo accordo con la Direzione, possono essere utilizzate anche 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 deve avvenire attraverso l'attivazione di una VPN (*Virtual Private Network*, una rete privata virtuale che garantisce privacy, anonimato e sicurezza). Inoltre, l'amministrazione, dovrà prevedere sistemi gestionali e sistema di protocollo raggiungibili da remoto per consentire la gestione in ingresso e in uscita di documenti e istanza, per 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.

➤ ***Accesso al lavoro agile.***

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentita a tutti i lavoratori assunti con contratto sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale.

L'Azienda individua nelle attività amministrative le uniche 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.

L'Ente, nel prevedere l'accesso al lavoro agile, ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve queste ultime e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative vigenti (dipendenti fragili, dipendenti con almeno un figlio con disabilità grave) nonché il principio di rotazione dei lavoratori al lavoro agile per quanto applicabile e l'obbligo di garantire prestazioni adeguate, l'Amministrazione, previo coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, avrà cura di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

➤ *Accordo individuale.*

L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova.

Ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017 e compatibilmente con la disciplina prevista dai rispettivi CCNL vigenti, esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'amministrazione, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo dell'amministrazione quale datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore.

L'accordo deve contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni. Detto termine è elevato a 90 giorni nel caso in cui il recesso da parte del datore di lavoro riguardi un rapporto di lavoro agile con un lavoratore disabile (per consentirgli un'adeguata riorganizzazione del proprio percorso lavorativo in relazione alle esigenze di vita e di cura);
- ipotesi di giustificato motivo di recesso. In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato;
- i tempi di riposo del lavoratore che, su base giornaliera o settimanale, non potranno essere inferiori a quelli previsti per i lavoratori in presenza nonché le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle

strumentazioni tecnologiche di lavoro;

- le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del dirigente responsabile sulla prestazione resa dal dipendente all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.

➤ ***Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione.***

La prestazione lavorativa in modalità agile è svolta senza un vincolo di orario nell'ambito delle ore massime di lavoro giornaliere e settimanali stabilite dai CC.CC.NN.LL.

Devono essere individuati periodi temporali nei quali il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tali periodi comprendono la fascia di inoperabilità (disconnessione), nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende in ogni caso il periodo di 11 ore di riposo consecutivo (cfr. disposizioni dei CC.CC.NN.LL. vigenti).

Il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per particolari motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi di cui all'art. 33 della legge 104/1992. Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio, il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruite.

➤ ***Formazione.***

Nell'ambito delle attività del piano della formazione saranno previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca della modalità lavorativa di che trattasi.

La formazione dovrà perseguire l'obiettivo di addestrare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'autodeterminazione, la delega

decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni. I percorsi formativi potranno, in oltre, riguardare gli specifici profili relativi alla salute e la sicurezza per lo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dell'ambiente di lavoro.

➤ **Lavoro da remoto.**

L'Amministrazione potrà autorizzare il lavoro da remoto.

Diversamente dal lavoro agile, il lavoro da remoto è prestato con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa che comporti la effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato.

Il lavoro da remoto realizzabile con l'ausilio di dispositivi tecnologici messi a disposizione dall'amministrazione oppure, previa autorizzazione, di proprietà del dipendente, può essere svolto attraverso il telelavoro domiciliare, che comporta la prestazione dell'attività lavorativa dal domicilio del dipendente.

Nel lavoro da remoto con vincolo di tempo, il lavoratore è soggetto ai medesimi obblighi derivanti dallo svolgimento della prestazione lavorativa presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento al rispetto delle disposizioni in materia di orario di lavoro. Sono altresì garantiti tutti i diritti giuridici ed economici previsti dalle vigenti disposizioni legali e contrattuali per il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio, con particolare riferimento a riposi, pause e permessi orari e trattamento economico accessorio.

L'Azienda potrà adottare il lavoro da remoto con vincolo di tempo - con il consenso del lavoratore e, di norma, in alternanza con il lavoro svolto presso la sede dell'ufficio - anche nel caso di attività, previamente individuate nel rispetto del sistema di partecipazione sindacale previsto dai contratti collettivi. In tal caso dovranno sussistere i requisiti tecnologici tali da consentire la continua operatività ed il costante accesso alle procedure di lavoro ed ai sistemi informativi oltreché affidabili controlli automatizzati sul rispetto degli obblighi derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro.

L'amministrazione concorderà con il lavoratore il luogo ove viene prestata l'attività lavorativa ed è tenuta alla verifica della sua idoneità, anche ai fini della valutazione del rischio di infortuni, nella fase di avvio e, successivamente, con frequenza almeno trimestrale. Nel caso di telelavoro domiciliare, concorda con il lavoratore tempi e modalità di accesso al domicilio per effettuare la suddetta verifica

3.3 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'Azienda Garibaldi, con apposita deliberazione, ha adottato il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2026 - 2028 (disponibile all'Albo Pretorio *on line* dell'Azienda), con separato provvedimento rispetto al presente PIAO, poichè in base alle Linee Guida dell'Assessorato della Salute (del dicembre 2019) è prevista la sua verifica e approvazione.

In questa sottosezione si richiama lo stralcio della Relazione di accompagnamento al Piano dei Fabbisogni del personale, rimandando all'**Allegato n. 5**, l'eventuale analisi delle informazioni di dettaglio per ciascun anno e per ciascun figura prevista dall'Arnas Garibaldi per il triennio 2026-2028.

Il Piano, è stato elaborato ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. n. 165/2001, a mente del quale le amministrazioni pubbliche *“definiscono l'organizzazione degli uffici in conformità al piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini”*.

Ai fini della elaborazione del medesimo Piano costituiscono altresì riferimento:

- le “Linee d’indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle pubbliche amministrazioni”, emanate dal Ministero della Pubblica Amministrazione e della semplificazione con Decreto Ministeriale 8 maggio 2018, con particolare riferimento al punto 7 dello stesso;
- le “Linee guida per la determinazione dei Piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche”, per la Regione siciliana, approvate con Decreto Assessorato della Salute n. 2201 del 6 dicembre 2019.

Il Piano, infine, tiene altresì conto del modello organizzativo (macro-organizzazione) previsto dall'atto aziendale approvato con D.A. 114/2020, come successivamente modificato ed integrato, nonché della deliberazione n. 1169 del 15 ottobre 2021, di presa d'atto del D.A. 992/2021 del 30 settembre 2021 ed adozione definitiva della dotazione organica dell'Ente e del precedente Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2025-2027, di cui alla deliberazione n. 110 del 30 gennaio 2025, di cui rappresenta adeguamento ed aggiornamento.

Le già menzionate linee guida regionali prevedono inoltre 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...".

Ulteriore tema strettamente correlato alla elaborazione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale è quello relativo alle procedure "straordinarie" di stabilizzazione, che appaiono ancor oggi legate da un paradossale vincolo di causa\effetto con il rapporto di lavoro a tempo determinato, rappresentandone - al verificarsi delle condizioni previste dalla legge - quasi una naturale evoluzione e, conseguentemente, principale strumento per la riduzione della spesa per il personale a tempo determinato.

Il quadro normativo di riferimento in materia di stabilizzazioni è attualmente rappresentato dall'art. 1 comma 268 lett. b) della Legge 234/2021 e s.m.i., che costituisce norma specifica ed esclusiva per il comparto sanità e che, alla luce dell'ultima modifica sopravvenuta alla norma originaria (legge 30 dicembre 2025, n. 199), continuerà a produrre per intero i suoi effetti sino al 31 dicembre 2026, con riferimento all'espletamento delle procedure di stabilizzazione nei confronti di soggetti in possesso dei previsti requisiti maturati alla data del 31 dicembre 2026.

Fondamentali, ai fini della predisposizione del PTFP aziendale sono state le valutazioni complessive in ordine:

- alle modalità con cui acquisire le risorse necessarie, privilegiando un modello finalizzato ad evitare la creazione di nuovi ambiti di precariato ed a contenere, al contempo, la spesa derivante dal ricorso a forme contrattuali flessibili favorendo il progressivo rientro della stessa nei limiti previsti dalla normativa di riferimento;
- ai processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione, realizzati attraverso le nuove tecnologie;
- alla organizzazione delle strutture, finalizzata ad accrescere l'efficienza, la razionalizzazione dei costi e la migliore allocazione delle risorse umane, tenuto conto della vigente normativa in materia di orario di lavoro del personale di assistenza.

Per ciò che concerne i vincoli economici e finanziari, ai fini della elaborazione del Piano si è tenuto conto dell'obbligo di contenere il costo complessivo dello stesso entro l'ammontare del tetto di spesa determinato, per l'ARNAS "Garibaldi" e a decorrere dal 2024, in €\mlg. **116.916,23** come da assegnazione di cui al Decreto Assessoriale n. 10 del 14 gennaio 2026, effettuata secondo le previsioni di cui all'art. 11 del D.L. 30 aprile 2019 n. 35 convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60. Il raggiungimento del predetto tetto di spesa è previsto, progressivamente, nell'arco del triennio anche se appare di tutta evidenza come la fase relativa al biennio 2027-28 sarà quella che prevederà i maggiori interventi in termini di reclutamento del personale che, in ogni

caso, andranno resi coerenti - attraverso una valutazione parallela - con l'andamento del valore della produzione. Una eventuale integrazione, da parte della Regione, del tetto di spesa di cui sopra determinerà una rivisitazione dei fabbisogni finalizzati al definitivo superamento delle criticità ancora esistenti oltre che alla implementazione dei programmi e dei piani aziendali (con specifico riferimento alla realizzazione del *cancer center* di cui all'art. 13 bis della Legge Regionale n. 5/2009, come introdotto dall'art. 117 della Legge Regionale n. 3 del 16 gennaio 2024, ed alla "internalizzazione" dei fabbisogni relativi alla entrata a regime delle attività della Endometriosi), consentendo altresì il traghettamento verso la nuova metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 5 del Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2024, n. 107.

⇒ 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 2023-2025:

Andamento Personale in servizio		
Anno	Categoria	Totale
2023	Dirigenti Medici	584
	Dirigenti non Medici	52
	Comparto	1.718
	Tot.	2.354
2024	Dirigenti Medici	587
	Dirigenti non Medici	60
	Comparto	1.729
	Tot.	2.376
2025	Dirigenti Medici	594
	Dirigenti non Medici	67
	Comparto	1.724
	Tot.	2.385

Dai dati in tabella si evince un leggero incremento nel 2025, rispetto all'anno precedente, del numero complessivo di dipendenti, sia per il personale della dirigenza medica che per quello della diregenza non medica, con una lieve diminuzione del personale del comparto.

A seguire, il dettaglio del personale in servizio al 31/12/2025 per rapporto di lavoro e per tipologia di ruolo e profilo:

Personale al 31/12/2025	Tempo Indeterminato	2.302
	Tempo Determinato	83
	Totale dipendenti	2.385

Personale al 31/12/2025	Dirigenza Medica Tempo Indeterminato	553
	Dirigenza Sanitaria Tempo Indeterminato	44
	Dirigenza PTA Tempo Indeterminato	16
	Comparto Tempo Indeterminato	1.689
	TOTALE TEMPO INDETERMINATO	2.302
	Dirigenza Medica Tempo Determinato	41
	Dirigenza Sanitaria Tempo Determinato	7
	Dirigenza PTA Tempo Determinato	0
	Comparto Tempo Determinato	35
	TOTALE TEMPO DETERMINATO	83
	TOTALE DIPENDENTI	2.385

3.3.1 - 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, come gli altri anni, 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.

3.3.2 - Il piano di copertura nel triennio 2026 - 2028

Premesso il rinvio al Piano triennale dei Fabbisogni di Personale, in allegato al presente PIAO, con riferimento alla complessiva programmazione dei fabbisogni di personale per il triennio 2026 - 2028, alla data del 1° gennaio 2026 risultano vacanti, complessivi 323 posti.

Nell'ambito dei predetti posti vacanti sono ricompresi anche quelli attualmente coperti con rapporti di lavoro a tempo determinato su posti di dotazione organica (n. 41 posti) che, tecnicamente, sono da considerare come posti liberi e disponibili.

Detti posti vacanti saranno - in via programmatica - così coperti nel triennio:

- 62 posti nel 2026 (di cui 18 destinati alle procedure "straordinarie" di stabilizzazione ai sensi dell'art. 1 comma 268 lett. b della Legge 234/2021 e smi);

- 134 posti nel 2027;
- 127 posti nel 2028.

La copertura dei posti vacanti è prevista prioritariamente mediante il ricorso a procedure di concorso pubblico, in coerenza con la programmazione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale. A tal fine risultano già bandite diverse procedure concorsuali.

Si precisa, infine, che la realizzazione delle previsioni del piano aziendale triennale 2026 - 2028 del fabbisogno di personale resta subordinata e condizionata dalla eventuale fissazione, da parte della Regione, di limiti di spesa o di vincoli di altra natura che ne condizionino la concreta attuazione. Inoltre, l'Azienda si riserva la possibilità, con riferimento ai soli profili sanitari (dirigenziali e non) per i quali è previsto il reclutamento a tempo indeterminato ed in caso di fattori non programmati che influenzano i tempi ordinari delle relative procedure, di ricorrere - in via straordinaria, temporanea ed alternativa - al ricorso al reclutamento a tempo determinato.

⇒ **Le procedure di Stabilizzazione**

Nell'ambito del Piano di Copertura dei fabbisogni in argomento, si ritiene opportuno evidenziare, in disparte, il percorso che l'Arnas continua a portare avanti in merito alla stabilizzazione del personale precario, in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni di legge in materia (art. 1 comma 268 lett. b, Legge 234/2021 e smi), dando compiuta e definitiva attuazione ai relativi protocolli d'intesa regionali.

L'ultima modifica sopravvenuta alla norma originaria, (legge 30 dicembre 2025, n. 199 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028*"), ha prorogato al 31 dicembre 2026 i termini per maturare i requisiti richiesti per la stabilizzazione "breve" e procedere all'espletamento delle relative procedure di stabilizzazione.

Le procedure di stabilizzazione, che avverranno nel rispetto delle indicazioni in materia di vincoli assunzionali previsti dagli atti della Conferenza Stato-Regioni e dagli indirizzi dell'Assessorato Regionale della Salute, sono prioritariamente finalizzate a valorizzare le professionalità formatesi all'interno dell'ARNAS, al fine di non perderne\disperderne le relative esperienze.

La normativa in materia di stabilizzazioni è oggi rappresentata, per la sanità, da una serie di disposizioni man mano intervenute, integrate da un compendio di atti (indirizzi Conferenza Stato-Regioni, protocolli d'intesa regionali, linee d'indirizzo assessoriali, ecc.) finalizzati a completare il quadro complessivo di riferimento ed a contestualizzarlo in ambito regionale.

Da ultimo, può darsi contezza, in questa sede, della nota assessoriale prot. 43887 del 4 agosto 2023 contenente precisazioni in ordine alle procedure di stabilizzazione ex art. 1 comma 268 lett. b della Legge 234/2021 attraverso la quale, fra l'altro e per quanto qui di interesse, viene evidenziata la

necessità – nell’adeguamento dei piani dei fabbisogni di personale – di dare priorità delle esigenze organizzativo/assistenziali, oltre che l’obbligo di garantire una riserva di almeno il 50% delle risorse assunzionali all’accesso dall’esterno.

Le procedure di stabilizzazione programmate per l’anno 2026, avverranno nel rispetto dell’obbligo di garantire una riserva di almeno il 50% delle risorse assunzionali all’accesso dall’esterno, come dimostrato nella successiva tavola sinottica:

Posti destinati alle Stabilizzazioni previste nell’anno 2026

Dirigente Sanitario Farmacista	Dirigenza Sanitaria	1,00	Un posto vacante viene destinato a procedura di stabilizzazione in favore di soggetto in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 co. 268 lett. b) della Legge 234/2021 e smi
Dirigente Medico Disciplina Medicina interna		3,00	Tre posti vacanti vengono destinati a procedura di stabilizzazione in favore dei soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 co. 268 lett. b) della Legge 234/2021 e smi
Infermiere	Comparto - Area dei Professionisti della Salute	13,00	Tredici posti vacanti vengono destinati a procedura di stabilizzazione in favore dei soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 co. 268 lett. b) della Legge 234/2021 e smi
Ortottista	Comparto - Area dei Professionisti della Salute	1,00	Un posto vacante sarà destinato a procedura di stabilizzazione ex art. 1 co. 268 della Legge 234/2021 e smi.
		18,00	

3.3.3 - Formazione del personale e rilevazione dei bisogni formativi

L’azienda ospedaliera ARNAS Garibaldi aderisce e si uniforma alla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14.01.2025, “*Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti*”, la quale sottolinea l’importanza della formazione come responsabilità fondamentale del datore di lavoro pubblico - in continuità con i precedenti atti di indirizzo del Ministro per la pubblica amministrazione (Direttive del 23 marzo 2023, in materia di formazione, e del 28 novembre 2023, in materia di leadership e valutazione della performance individuale) - introducendo importanti elementi di innovazione e ponendo la “dimensione del valore” al centro delle politiche di formazione delle amministrazioni pubbliche.

La Direttiva del 21.07.2025, “*Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale. Integrazione Direttiva del 28.11.2023 per l’area e il comparto sanità*”,

oltre ad integrare quanto previsto dalla Direttiva del 28.11.2023, fornisce indicazioni in ordine all'applicazione della Direttiva del 14 gennaio 2025 al personale delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto e nella prevalenza degli obblighi formativi specifici dell'Area e del Comparto sanità.

Invero, come specificato dalla su citata Direttiva, nelle Aziende ed Enti del SSN la formazione ha rivestito un ruolo centrale già a partire dalla riforma attuata con il D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. e, in particolare, l'art. 16 bis e ss., che prevedono regole specifiche per l'organizzazione delle molteplici iniziative volte in primis alla valorizzazione delle persone e, conseguentemente, alla produzione di valore pubblico in sanità.

Grande rilievo alla formazione in ambito sanitario viene dato anche in sede di contrattazione collettiva e, da ultimo, con il CCNL relativo al personale Comparto Sanità, sottoscritto il 27.10.2025 per il triennio 2022-2024, che vi dedica un capo nell'ambito della disciplina del rapporto di lavoro.

In questa prospettiva, la promozione della formazione costituisce uno specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente di Unità Operativa, che deve assicurare la partecipazione attiva delle persone dallo stesso gestite ai percorsi formativi, in modo da garantire il conseguimento di un numero minimo di ore di formazione pro-capite annue che, a partire dal 2025, è stata fissata in 40. Concorrono al raggiungimento delle 40 ore: la formazione obbligatoria per legge, la formazione trasversale per macro-aree (incluso *Syllabus*) e la formazione specifica.

Pertanto, oltre alla formazione aziendale programmata, ci si propone di abilitare tutti i dipendenti alla Piattaforma Ministeriale *Syllabus*, che offre la possibilità di accedere gratuitamente a molteplici corsi attinenti ai temi di interesse delle aziende sanitarie pubbliche, con particolare attenzione alla transizione digitale e amministrativa. Tale offerta si integra con gli eventi formativi da realizzare *in house* e i comandi presso terzi, contenuti nel presente Piano Formativo, per il raggiungimento dell'obiettivo formativo di 40 ore pro-capite.

➤ Le strategie aziendali

Per l'anno 2026, la Direzione Generale ha individuato i seguenti obiettivi prioritari:

- Linee guida per l'accreditamento istituzionale: ai fini del raggiungimento dell'obiettivo correlato all'accreditamento istituzionale, è stato costituito il *Team Core Qualità – Accredimento*, i cui componenti si formeranno quali Valutatori dell'Organismo Tecnicamente Accreditante e quali Auditor ISO 9001:2015 in sanità. Successivamente, a cascata, i componenti del Team formeranno la costituenda Rete dei Referenti Qualità;

- Privileges: l'implementazione dei Privileges, secondo il D.A. n. 1266 del 26.06.2012, riguarda le aree di Medicina e Chirurgia d'accettazione e Urgenza, Cardiologia, Ginecologia e Ostetricia; la formazione sul sistema dei *Privileges*, pertanto, dovrà essere strutturata con l'accordo e la collaborazione dei direttori delle relative Unità Operative, nonché con la condivisione con i professionisti interessati;
- Sicurezza negli ambienti di lavoro, Prevenzione Incendi e Radioprotezione: i temi collegati a questi obiettivi generali vengono variamente declinati all'interno del Piano Formativo e sono affiancati, inoltre, da ulteriori corsi presentati dal Servizio di Prevenzione e Protezione, come il rischio aggressioni e la prevenzione dello stress-lavoro correlato;
- Internazionalizzazione: l'obiettivo viene perseguito, in particolare, tramite la formazione dedicata al reperimento dei fondi nazionali e comunitari per lo sviluppo della sanità digitale, che diventa ulteriore obiettivo perseguito dall'azienda ospedaliera.

➤ La rilevazione dei bisogni formativi

La rilevazione dei bisogni formativi è stata avviata con nota n. 32 del 29.10.2025, inviata ai Direttori delle Unità Operative Sanitarie e Amministrative, nonché ai Direttori di Dipartimento. A questi ultimi è stato dato mandato di concordare e coordinare le proposte formative provenienti dalle UU.OO. afferenti a ciascun dipartimento, anche attraverso riunioni interprofessionali e interdisciplinari, in grado di contemperare le aspirazioni dei professionisti con le necessità aziendali e i bisogni dell'utenza. La rilevazione è stata effettuata tramite due schede pubblicate on line sulla intranet aziendale: corsi *in house* e comandi per corsi organizzati da terzi.

Alla progettazione breve ricevuta durante la rilevazione dei bisogni di formazione, come di consueto, seguirà la progettazione dettagliata, a cura di ciascun responsabile scientifico.

➤ Le metodologie previste

Per ciò che concerne la formazione *in house*, le tipologie previste sono la formazione sul campo e il corso *in house*; mentre la prima viene attuata tramite i Gruppi di Miglioramento e i *Training Individualizzati*, i corsi *in house* sono di solito destinati a gruppi medio-piccoli di 20/30 partecipanti, ovvero assumono la forma del Convegno, destinato ad un massimo di 100 partecipanti, utilizzando anche lo strumento della videoconferenza.

In relazione alla formazione presso terzi, si ricorre all'istituto del comando per favorire la partecipazione del personale dipendente alle attività formative organizzate all'esterno dell'Azienda. A tal proposito, si precisa che la partecipazione alle suddette attività deve essere autorizzata dal responsabile di struttura, dal Direttore di Dipartimento e dalla Direzione Aziendale,

previo inserimento dell'attività formativa medesima all'interno del Piano Annuale Formativo, così come stabilito dall'art. 22 del Regolamento aziendale in materia di formazione e aggiornamento professionale attualmente vigente.

Inoltre, nell'anno 2024, è stata diffusa circolare della Direzione Strategica avente ad oggetto il riordino dei criteri per l'autorizzazione:

- connessione con gli obiettivi dell'Unità Operativa di appartenenza e con gli obiettivi di sviluppo aziendali;
- connessione con l'attività lavorativa di competenza e/o con l'eventuale adeguamento alle innovazioni intervenute, anche per effetto di nuove disposizioni legislative;
- riconosciuta eccellenza dell'Ente Organizzatore;
- mantenimento del rapporto di lavoro con l'azienda ospedaliera almeno per i successivi 3 anni nel caso di spesa particolarmente onerosa;
- pari opportunità di partecipazione, all'interno dell'Unità Operativa, nell'accesso agli invii in comando per aggiornamento;
- spesa congrua con la ricaduta aziendale della formazione, nonché con il budget disponibile per l'Unità Operativa in rapporto al budget complessivo.

Ne deriva che le richieste pervenute dal singolo dipendente, in assenza della prescritta autorizzazione, come sopra meglio specificata, non potranno essere accolte, così come non potranno trovare accoglimento le richieste di comando aventi ad oggetto obiettivi non pertinenti con l'attività svolta dall'interessato e con le finalità perseguite dal Dipartimento di appartenenza. Pertanto, qualora la richiesta di comando per aggiornamento non soddisfi i suddetti criteri, la formazione rientrerà nell'ambito della formazione facoltativa, per la quale sono utilizzabili gli istituti dei permessi retribuiti, del diritto allo studio e dei congedi per formazione.

➤ **Il Piano Formativo. Le priorità.**

Dal prospetto allegato, si evincono gli obiettivi guida per ciascun dipartimento e l'integrazione degli stessi con le indicazioni fornite dalla direzione strategica.

❖ **Area Emergenza**

L'obiettivo di creare un centro di formazione autonomo e qualificato nel campo dell'emergenza-urgenza, di base e avanzata, si arricchisce anche quest'anno con i corsi che riflettono i principi scientifici e formativi delle Linee Guida 2025 dell'*American Heart Association* (BLS, PBLIS e ACLS), con l'obiettivo di implementare e migliorare la gestione di emergenze cardiovascolari,

respiratorie e metaboliche complesse. Si tratta del proseguimento di un percorso già intrapreso nel 2025 e che ha consentito all'ARNAS Garibaldi di conseguire l'onorificenza del titolo di *Training Site* SIMEU-AHA, afferente al *Training Center* Internazionale SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza) – AHA (*American Heart Association*), che ha trasformato questa azienda ospedaliera in un polo formativo autonomo e indipendente.

Un ulteriore e prestigioso obiettivo del 2026 riguarda il conseguimento, per 12 medici e infermieri coinvolti nella gestione del politrauma, della certificazione *European Trauma Course*, che attesta la capacità di lavorare efficacemente in team per la gestione del politrauma.

Per il 2026, l'area dell'Emergenza Urgenza aumenta gli eventi formativi dedicati soprattutto agli infermieri, per tutto quanto attiene alla gestione infermieristica della donazione di organi su proposta della Anestesia Rianimazione del P.O. Centro.

Nell'ambito del dipartimento, inoltre, assume rilevanza la funzione di servizio da parte della Cardiologia con Utic verso le altre Unità operative, mediante la messa a disposizione delle proprie competenze, in particolare in elettrocardiografia ed ecocardiografia.

❖ Area Materno Infantile

La formazione dell'area Materno Infantile è principalmente incentrata sui GOM e Gruppi di Miglioramento multidisciplinari, dando priorità e attenzione all'emergenza-urgenza e alla ricerca della continuità ospedale-territorio. All'interno degli eventi formativi, è presente una parte dedicata alla gestione del team, alla motivazione del personale, nonché alla comunicazione efficace per migliorare i conflitti e gestire lo stress.

I Gruppi multidisciplinari e i GOM coinvolgono diverse unità operative del P.O. Garibaldi Nesima, con particolare attenzione a tematiche quali la gravidanza a rischio, l'endometriosi, la PMA, l'uroginecologia e la ginecologia oncologica.

L'attenzione all'emergenza-urgenza si riflette, altresì, sulla gestione del neonato pretermine, con particolare attenzione alla nutrizione ed alla prevenzione delle complicanze legate all'immatunità metabolica e gastroenterica.

La continuità ospedale-territorio viene perseguita attraverso eventi creati dalla U.O.C. di Pediatria e dal P.S. Pediatrico, che coinvolgono i Pediatri di famiglia.

Non viene trascurata la diagnostica, tramite i corsi di elettrocardiografia pediatrica ed interpretazione dell'ECG.

❖ Area delle Medicine

La formazione proposta dal dipartimento di Medicina si caratterizza per il focus posto su precise patologie e aggiornamenti tecnico professionali, trattati dal punto di vista multidisciplinare, quali – in via esemplificativa e non esaustiva- le comorbilità cardio-nefrologiche ed il trattamento del paziente portatore di CIED.

Si rileva, inoltre, il GOM-T (Gruppo Oncologico Multidisciplinare Carcinoma tiroideo) anche per l'anno 2026, sul tema dell'applicazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del Carcinoma Tiroideo.

Nel campo della diagnostica, infine, viene approfondita l'ecocardiografia clinica e toracica.

❖ Area Oncologica

La formazione proposta dal Dipartimento Oncologico intende sviluppare e consolidare competenze utili a una comunicazione clinica efficace e a una gestione consapevole dei processi decisionali, favorendo una relazione di cura centrata sulla persona e condivisa tra équipe, paziente e familiari. Si propone, inoltre, di implementare e migliorare la gestione dei pazienti con bisogni palliativi complessi, con particolare attenzione ai sintomi refrattari, al decision marketing in condizioni di incertezza, all'integrazione ospedale-territorio e all'approccio etico clinico nelle fasi finali della malattia.

Per quanto riguarda gli aspetti tecnico-professionali, emerge il GOME, il Gruppo Ospedaliero Multidisciplinare Ematologico e i gruppi di comunicazione intervisionale in équipe e discussione casi clinici, in materia di cure palliative nell'adulto e nell'età pediatrica, con l'obiettivo di sviluppare e/o potenziare le competenze specifiche del personale sanitario che opera nell'ambito delle Cure Palliative e, in particolare, in Hospice.

❖ Area dei Servizi

La formazione per l'area dei Servizi vede emergere il Gruppo multidisciplinare di intervizione per il contrasto alla violenza di genere e un focus sulle tecniche di rilassamento (*Mindfulness*) nella prevenzione dello stress degli operatori sanitari, con l'obiettivo di fornire un utile strumento di prevenzione e promozione del benessere sul luogo di lavoro, riducendo lo stress e operando una decompressione emotiva in un contesto di condivisione.

Tra gli ulteriori obiettivi perseguiti, rileva la necessità di formare un adeguato numero di medici e infermieri aziendali al trattamento e alla gestione delle vie aeree, sia nel paziente adulto che pediatrico, attraverso un percorso teorico-pratico strutturato e orientato all'efficacia e alla sicurezza

clinica, nonché di migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai bambini gravemente malati o feriti, con conseguente miglioramento degli esiti.

❖ Area delle Scienze Radiologiche

Per l'area delle Scienze Radiologiche, la formazione mira a fornire corsi obbligatori per professionisti sanitari in base al D. Lgs. N. 101/2020, volti ad assicurare una corretta giustificazione, ottimizzazione e consapevolezza del rischio per i pazienti e la popolazione.

➤ Le risorse a disposizione

Le risorse economiche proposte dalla U.O.S. Formazione ammontano a € 250.000,00, come previsto per l'anno precedente, anche in considerazione dei corsi in house e comandi che annualmente si aggiungono per sopravvenute esigenze normative o di assistenza ai pazienti.

3.4 - SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE: PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

Preliminarmente si rappresenta che il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) ai sensi della Direttiva emanata dai Dipartimenti della Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità del 4 marzo 2011 – *“Linea guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni”*, ha funzioni propositive, consultive e di verifica.

In particolare, tra le funzioni del C.U.G. rientra la predisposizione del **Piano delle Azioni Positive** finalizzato a:

- promuovere misure idonee a garantire lo sviluppo lavorativo e professionale;
- promuovere azioni positive, indagini, ricerche, rivolte a favorire il benessere lavorativo ed individuare misure atte a creare effettive condizioni di parità tra i dipendenti;
- promuovere e/o potenziare ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione della vita privata con il lavoro e la diffusione della cultura delle pari opportunità;
- promuovere iniziative volte a dare attuazione a risoluzioni e direttive dell'Unione Europea per rimuovere comportamenti lesivi delle libertà personali, ivi compresi quelli relativi a molestie sessuali morali o psicologiche, compreso il mobbing;
- valutare fatti segnalati riguardanti azioni di discriminazione diretta ed indiretta e formulare proposte e misure per la rimozione delle cause determinanti;

- garantire adeguati flussi informativi e diffusione di conoscenze ed esperienze inerenti l'azione del C.U.G.;
- garantire il pieno rispetto della parità di genere, relativa alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Inoltre, il C.U.G. esercita **funzioni consultive** formulando pareri su:

- atti organizzativi e regolamenti che incidono sulle condizioni di lavoro del personale;
- piani di formazione del personale, incentivando i temi della parità di trattamento;
- scelta dei criteri per la valutazione delle prestazioni lavorative del personale, progressioni di carriera, conferimento di incarichi e sistemi premianti;
- modalità e termini di rendicontazione periodica da parte dei soggetti deputati finalizzata alla verifica dell'effettiva presenza, in seno alle commissioni esaminatrici, della parità di genere.

Il C.U.G. esercita, infine, **funzioni di verifica** su:

- i risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità e non discriminazione;
- gli esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;
- gli esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro (*mobbing*);
- l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età alle condizioni politiche e religiose per l'accesso al lavoro, al trattamento ed alle condizioni di lavoro, alla formazione professionale, alla promozione negli avanzamenti di carriera e alla sicurezza del lavoro.

Su queste linee d'azione, il C.U.G. aziendale presenta la programmazione da sviluppare per il triennio 2026 - 2028 e comunque durante il proprio mandato, da intendersi quale Piano Triennale delle Azioni Positive 2026 - 2028.

Di seguito, sono riportati in maniera schematica, per ciascun gruppo di lavoro di cui all'art. 7 del Regolamento approvato con deliberazione n. 250 dell'08.03.2021, gli obiettivi, le azioni positive, i soggetti interessati, gli uffici coinvolti e i tempi di attuazione.

GRUPPO DI LAVORO: “CONTRASTO AL MOBBING” (referente dott.ssa Maria Carmen Agnello con Dott. Alfio Marchese)	
OBIETTIVI	- Promuovere la cultura di contrasto al fenomeno del <i>Mobbing</i> - Implementare l’uso dello spazio CUG su INTRANET
AZIONI POSITIVE	- Verifica e rispetto di quanto previsto dal “<i>codice di condotta per la tutela della dignità dei lavoratori e delle lavoratrici dell’Arnas Garibaldi di Catania approvato con deliberazione n. 464 del 05/06/2024</i>” - Aggiornamento continuo del sito <i>internet</i> aziendale dedicato contenente tutte le informazioni sull’attività del CUG su materie di contrasto al <i>Mobbing</i>; - Gestione della casella di posta elettronica istituzionale dedicata (cug@arnasgaribaldi.it), alla quale tutti/e i/le dipendenti potranno segnalare eventuali discriminazioni, situazioni di <i>mobbing</i> o far pervenire osservazioni, opinioni e suggerimenti per il miglioramento delle condizioni lavorative.
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Tutti/e i/le dipendenti
UFFICI COINVOLTI	CUG, Direzioni Mediche di Presidio, Dirigenti delle professioni sanitarie - area infermieristica e tutte le Unità Operative interessate
COSTI	Nessun onere aggiuntivo
Tempi di attuazione	2026-2028

GRUPPO DI LAVORO “CONTRO LE DISCRIMINAZIONI E PER LA PARI OPPORTUNITÀ” (referente Simona Marino con la Dott.ssa Giuseppina Ardizzone)	
OBIETTIVI	- Prevenire e contrastare le discriminazioni - Promuovere la parità di genere e l’equilibrio nei ruoli - Garantire pari opportunità nei percorsi di carriera e formazione
AZIONI POSITIVE	- Individuazione di possibili discriminazioni indirette nei regolamenti interni, nelle prassi organizzative e nei criteri di valutazione - Monitoraggio della presenza femminile nei ruoli apicali, di coordinamento e dirigenziali - Promozione di percorsi di valorizzazione delle competenze senza distinzione di genere - Verifica dell’accesso equo alla formazione - Segnalazione di eventuali ostacoli alla partecipazione ai percorsi formativi - Sensibilizzazione dei responsabili di struttura sui principi di pari opportunità
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Tutti/e i/le dipendenti
UFFICI COINVOLTI	Direzione Sanitaria, Direzioni Mediche di Presidio, Dirigenti delle professioni sanitarie - area infermieristica, U.O.S. Formazione, tutte Unità Operative interessate

COSTI	Nessun onere aggiuntivo
Tempi di attuazione	2026 - 2028

GRUPPO DI LAVORO
“RILEVAZIONE E RIMOZIONE DEGLI EVENTUALI OSTACOLI AL BENESSERE ORGANIZZATIVO”
(referente Dott.ssa Gabriella Buffardeci con Dott. Salvatore Asero)

OBIETTIVI	- Promuovere la cultura di genere ed il rispetto delle pari opportunità nei programmi di formazione aziendale nonché presentare programmi e progetti volti all'eliminazione di ogni forma di discriminazione sul lavoro; - Garantire adeguato sostegno al fine di prevenire e gestire con modalità tempestive gli effetti negativi derivanti da comportamenti ed atteggiamenti violenti (fisici o psichici) in danno ai dipendenti dell'Ente.
AZIONI POSITIVE	- Promuovere l'applicazione delle buone norme di comportamento derivanti dal codice di condotta aziendale; - Organizzare eventi di formazione specifica rivolti al personale di tutte le qualifiche, sul tema delle pari opportunità, sulla legislazione vigente in materia, sugli istituti che consentono di conciliare vita familiare e vita lavorativa (part-time, flessibilità oraria, ecc.), nonché promuovere modelli organizzativi volti al benessere ed alla sicurezza dei lavoratori; - Divulgazione, anche tramite la pubblicazione sul sito <i>intranet</i>, dell'attività del Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) nell'Azienda, al fine di favorire eventuali segnalazioni attraverso la casella di posta elettronica dedicata; - Predisposizione e diffusione di materiale informativo; - Promozione e diffusione di iniziative volte alla adozione di stili di vita corretti quali, ad esempio, la creazione di gruppi di cammino aziendali, progetti di educazione alla salute, lotta al tabagismo, ecc.; - Promuovere l'inserimento del clima organizzativo e del benessere lavorativo tra gli elementi di valutazione degli incarichi gestionali, sanitari ed amministrativi; - Promuovere le segnalazioni per contrastare il disagio e le aggressioni agli operatori.
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Tutti/e i/le dipendenti
UFFICI COINVOLTI	Struttura Tecnica Permanente, Direzione sanitaria, Direzioni Mediche di Presidio, U.O.S. Comunicazione, U.O.S. Formazione, RSPP, UOSD Rischio Clinico, Educazione sanitaria e promozione della salute aziendale
COSTI	Nessun onere aggiuntivo
Tempi di attuazione	2026 - 2028

GRUPPO DI LAVORO “RISPETTO DELLA PARITÀ DI GENERE NELLE COMMISSIONI DI CONCORSO PER RECLUTAMENTO DI PERSONALE O NELLE SELEZIONI INTERNE” (referente Dott. Alfio Marchese con Dott.ssa Simona Marino)	
OBIETTIVI	▪ Garantire la parità di genere nelle commissioni di concorso, sia di reclutamento di personale esterno che nelle selezioni interne per la verticalizzazione di personale; ▪ Incentivare la prassi di individuare e nominare componenti delle commissioni, scegliendo in maniera paritaria fra i due generi; ▪ Garantire un monitoraggio periodico all’organo, di vertice ed ai direttori delle U.U. O.O. interessate, al fine di porre la loro attenzione nel rispetto di questo principio di parità.
AZIONI POSITIVE	▪ Monitorare la presenza effettiva e paritaria dei due generi quali componenti delle commissioni esaminatrici dei concorsi esterni e delle selezioni interne; ▪ Comunicare alle UU.OO. interessate il risultato, al fine di garantire la possibilità che si possa realizzare la parità di genere anche per l’anno successivo; ▪ Proporre la compilazione da parte di tutti i dipendenti di un questionario, quale strumento conoscitivo, tale da consentire una maggiore conoscenza delle dinamiche lavorative e dei processi interni.
SOGGETTO ATTUATORE	CUG
SOGGETTI INTERESSATI	Tutti/e i/le dipendenti ed i componeti esterni delle commissioni esaminatrici dei concorsi pubblici.
UFFICI COINVOLTI	U.O.C. Gestione del personale – le Unità Operative impegnate nelle selezioni di personale a qualsiasi titolo.
COSTI	Nessun onere aggiuntivo
Tempi di attuazione	2026 – 2028

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.

Con riferimento alla valutazione della Performance Organizzativa (di struttura), le schede di budget 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" 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.

ALLEGATI

1. Schema Obiettivi;
2. Referenti Aziendali del R.P.C.T.;
3. Mappatura dei Rischi del PTPCT;
4. Obblighi di Pubblicazione-Trasparenza;
5. Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2026 - 2028.