



# P.I.A.O.

**Piano integrato di attività e  
organizzazione**

**2024-2026**

## Indice

|   |     |
|---|-----|
| Sezione 1: Scheda Anagrafica dell'Amministrazione .....   | 7   |
| 1.1 IL PATRIMONIO .....   | 9   |
| 1.2 LA DIREZIONE STRATEGICA.....  | 9   |
| 1.3 IL CONTESTO TERRITORIALE E LE CARATTERISTICHE .....   | 10  |
| Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....   | 11  |
| 2.1 Sottosezione di Programmazione: VALORE PUBBLICO .....   | 11  |
| 2.2. Sottosezione di Programmazione: PERFORMANCE.....   | 17  |
| 2.2.1 IL SISTEMA DEGLI OBIETTIVI .....  | 18  |
| 2.2.2 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PIANO. MAPPA DELLA PERFORMANCE .....   | 20  |
| 2.2.3 IL PROCESSO DI <i>BUDGETING</i> .....   | 21  |
| 2.2.4 LA SCHEDA DI <i>BUDGET</i> .....  | 23  |
| 2.2.5 LA FLESSIBILITA' DEGLI STRUMENTI.....   | 23  |
| 2.2.6 I TEMPI DEL PROCESSO DI <i>BUDGETING</i> .....  | 24  |
| 2.2.7 L'ATTIVITA' DI <i>REPORTING</i> .....   | 24  |
| 2.2.8 IL COORDINAMENTO TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PIANO DELLA<br>PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA..... | 25  |
| 2.2.9 IL SISTEMA PREMIANTE E IL REGOLAMENTO AZIENDALE SULLA<br>PERFORMANCE .....  | 26  |
| 2.2.10 GLI OBIETTIVI AZIENDALI.....   | 26  |
| 2.2.11 OBIETTIVI GENERALI E REGIONALI / SALUTE.....   | 27  |
| 2.2.12 LA COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO -FINANZIARIA E DI<br>BILANCIO.....                                     | 31  |
| 2.3 Sottosezione di Programmazione: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA .....   | 32  |
| Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano .....  | 84  |
| 3.1 Sottosezione di Programmazione: STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....  | 84  |
| 3.1.1 LIVELLI DI RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVA.....   | 87  |
| 3.2 Sottosezione di Programmazione: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE.....  | 89  |
| 3.2.1 OGGETTO ED AMBITO DI APPLICAZIONE .....   | 92  |
| 3.2.2 LIVELLO DI ATTUAZIONE E DI SVILUPPO.....  | 92  |
| 3.2.3 SOGGETTI, PROCESSI E STRUMENTI DEL LAVORO AGILE .....   | 94  |
| 3.2.4 LE CONDIZIONI ABILITANTI E ACCESSO AL LAVORO AGILE.....   | 95  |
| 3.2.5 LAVORO DA REMOTO.....   | 98  |
| 3.2.6 STATO DELL'ARTE .....   | 99  |
| 3.2.7 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE.....  | 99  |
| 3.3 Sottosezione di Programmazione: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL<br>PERSONALE.....                                  | 106 |
| 3.3.1 STRATEGIE DI COPERTURA DEL FABBISOGNO .....   | 109 |
| 3.3.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE E RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI  | 110 |
| Sezione 4: Monitoraggio .....   | 133 |

## ALLEGATI

## ACRONIMI E SIGNIFICATI

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

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

sociale, economico, ambientale, sanitario etc. che ogni Pubblica Amministrazione deve perseguire nello svolgimento delle attività di competenza.

## **PREMESSA**

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

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, vale a dire:

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

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

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

**Rimane da precisare** che l'odierno Documento Programmatico - da predisporre su base triennale con aggiornamento annuale - viene elaborato in un contesto operativo caratterizzato dalla imminente designazione delle nuove Direzioni Strategiche da parte del governo regionale e, quindi, nelle more della negoziazione regionale ai fini della individuazione ed assegnazione dei nuovi obiettivi aziendali, oltre che dell'adozione del bilancio di previsione e del bilancio consuntivo. La mancanza di questi ultimi documenti suggerisce di non inserire nel contesto del Piano riferimenti di natura economico-finanziaria.

Per tanto, lo stesso documento potrà essere oggetto di rimodulazione / revisione dopo l'elaborazione del piano sanitario regionale, la connessa assegnazione dei suddetti obiettivi, strategici e di mandato, e la adozione del bilancio di previsione 2024.

Il Presente P.I.A.O. che riporta gli aggiornamenti necessari (e disponibili al momento della redazione) rispetto all'annualità precedente, è reso "fruibile" attraverso il 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](https://www.ao-garibaldi.ct.it/trasparenza/default.aspx?obligation=337&title=Piano-Integrato-di-Attivit%c3%a0-ed-Organizzazione)

## Sezione 1: Scheda Anagrafica dell'Amministrazione

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

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

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

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

Il logo Aziendale è quello di seguito raffigurato:



L'Azienda è costituita da due Presidi Ospedalieri:

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

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

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

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

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

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

| Presidio Ospedaliero | PL Regime Ordinario | PL Regime DH/DS | PL Lungodegenza | PL Psichiatri a / Hospice | Posti Letto Totali |
|----------------------|---------------------|-----------------|-----------------|---------------------------|--------------------|
| Garibaldi - Centro   | 159                 | 15              | 11              | 0                         | 185                |
| Garibaldi - Nesima   | 341                 | 37              | 4               | 16                        | 398                |
| <b>Totale</b>        | <b>500</b>          | <b>52</b>       | <b>15</b>       | <b>16</b>                 | <b>583</b>         |

#### ACCESSI E PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

| Accessi       | Pronto Soccorso Generale |        |        |        | Pronto Soccorso Ostetrico |        |        |        | Pronto Soccorso Pediatrico |        |        |        |
|---------------|--------------------------|--------|--------|--------|---------------------------|--------|--------|--------|----------------------------|--------|--------|--------|
|               | 2020                     | 2021   | 2022   | 2023   | 2020                      | 2021   | 2022   | 2023   | 2020                       | 2021   | 2022   | 2023   |
| Codice bianco | 860                      | 555    | 652    | 669    | 609                       | 536    | 252    | 404    | 667                        | 590    | 643    | 500    |
| Codice verde  | 25.287                   | 28.574 | 29.480 | 29.887 | 9.758                     | 10.653 | 11.145 | 12.279 | 14.775                     | 19.370 | 28.090 | 26.947 |
| Codice giallo | 16.095                   | 13.089 | 9.612  | 14.412 | 955                       | 1.036  | 713    | 674    | 1666                       | 2.048  | 1098   | 2.299  |



|                       |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |               |
|-----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Codice rosso</b>   | 1.636         | 1.799         | 1.377         | 1.764         | 4             | 6             | 6             | 6             | 11            | 15            | 11            | 5             |
| <b>Totale 12 mesi</b> | <b>43.878</b> | <b>44.017</b> | <b>41.121</b> | <b>46.732</b> | <b>11.326</b> | <b>12.231</b> | <b>12.116</b> | <b>13.361</b> | <b>17.119</b> | <b>22.023</b> | <b>29.842</b> | <b>29.751</b> |

| Prestazioni           | Pronto Soccorso Generale |                |                |                | Pronto Soccorso Ostetrico |               |               |               | Pronto Soccorso Pediatrico |               |               |               |               |
|-----------------------|--------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                       | Anno                     | 2020           | 2021           | 2022           | 2023                      | 2020          | 2021          | 2022          | 2023                       | 2020          | 2021          | 2022          | 2023          |
| <b>Totale 12 mesi</b> |                          | <b>690.270</b> | <b>757.574</b> | <b>735.761</b> | <b>633.885</b>            | <b>55.533</b> | <b>64.352</b> | <b>70.909</b> | <b>64.967</b>              | <b>53.979</b> | <b>72.275</b> | <b>99.367</b> | <b>68.543</b> |

### Attività Ambulatoriale

|                           | 2021              | 2022              | 2023              |
|---------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Valore prestazioni</b> | <b>20.557.698</b> | <b>22.334.950</b> | <b>22.509.452</b> |
| <b>Numero prestazioni</b> | <b>1.385.091</b>  | <b>1.468.548</b>  | <b>1.530.884</b>  |

\*\*\*\*\*

---

## 1.1 IL PATRIMONIO

---

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

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

Nell'attuale periodo, pervenuto a scadenza il mandato triennale dei Direttori Generali delle Aziende del s.s.r., nominati nell'anno 2019, gli stessi sono stati, dapprima, prorogati nelle funzioni fino al 31 dicembre 2022, quindi ulteriormente prorogati, quali Commissari Straordinari, fino al 31 gennaio 2024.

\*\*\*\*\*

### 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.

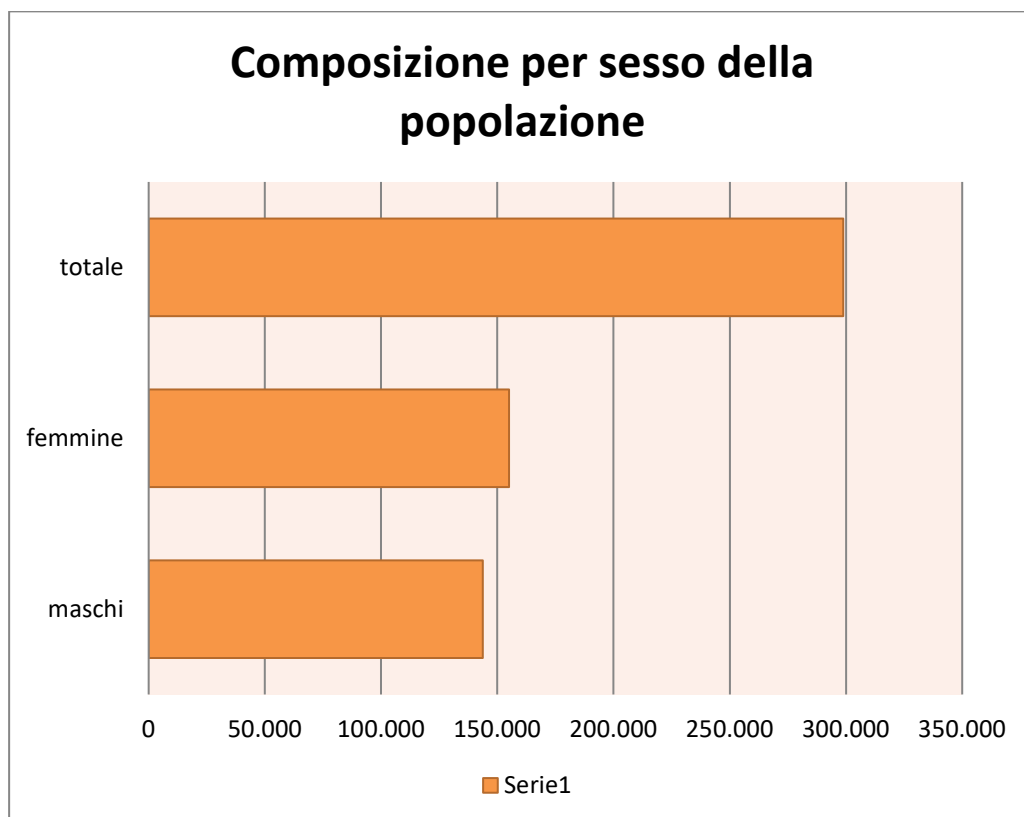
Al 01/01/2023, le **caratteristiche Demografiche** della provincia di Catania sono quelle rappresentate nelle tabelle riportate di seguito (dato Istat):

| Provincia | Numero Comuni | Popolazione residente | Superficie in Km <sup>2</sup> | Densità abitanti per Km <sup>2</sup> |
|-----------|---------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Catania   | 58            | 1.074.434             | 3.574                         | 301                                  |

Il contesto urbano della sola città di Catania conta su una popolazione residente di 299.730 abitanti (dato Istat) al 01/01/2023. L'attuale struttura demografica, correlata al declino generalizzato della fecondità, è caratterizzata da un leggero, anche se costante, decremento della popolazione residente.

| Popolazione totale anno 2020 | Popolazione totale anno 2021 | Popolazione totale anno 2022 | Popolazione totale anno 2023 | Variazione 2022-2023 | Variazione % 2022-2023 |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|
| 296.266                      | 300.356                      | 301.104                      | 299.730                      | -1.374               | -0,46                  |

La struttura demografica, inoltre, risulta caratterizzata da una prevalenza (costante da diversi anni) della componente femminile rispetto a quella maschile (51,9% rappresenta la componente femminile, 48,1% quella maschile).



La più ampia incidenza demografica è ravvisabile nella fascia di età che va tra i 15 anni e i 64 anni, corrispondente al 63,20% della popolazione residente.

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

Gli abitanti con più di 65 anni, infatti, sono passati da 64.200 a 68.709, tra il 2015 e il 2023, con un conseguente incremento del relativo indice di vecchiaia (32,2 anni in più rispetto al 2010).

Quest'ultimo aspetto ha determinato una età media della popolazione residente anch'essa crescente, pari a 44,20 anni (3,6 anni in più rispetto al 2010), che, come detto, costituisce una delle cause del maggior ricorso ai servizi sanitari.

\*\*\*\*\*

## Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

### 2.1 Sottosezione di Programmazione: VALORE PUBBLICO

Attesa la natura informativa dell'odierno Documento, è opportuno soffermarsi brevemente sull'elemento

del "**Valore Pubblico**" in epigrafe, con cui il Legislatore ha ridisegnato il *"Paradigma di Valutazione dell'azione Pubblica"* (ovvero delle Performance della stessa) già 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.

Come già evidenziato nel precedente P.I.A.O., la crisi determinata negli anni scorsi dalla nota emergenza sanitaria da Covid-19, ha reso ineludibile ed urgente la necessità di dotarsi di nuovi modelli di *governance*, in grado di rispondere all'obiettivo fondamentale rappresentato dalla creazione del Valore di che trattasi (ad esito delle attività e delle azioni di competenza), funzionale ai fini della *"Ripresa"* ed alla *"Resilienza"* sociale prefigurata dal relativo Piano Nazionale (PNRR).

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

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

La *mission* dell'ARNAS "Garibaldi", in quanto azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, ad alto livello di specializzazione, è quella di garantire ai cittadini i più elevati livelli di salute possibili nel 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 2024 - 2026, con riguardo agli stessi obiettivi previsti con il Piano precedente, nelle more dell'eventuale integrazione in esito alle determinazioni del competente Assessorato della Salute, l'Azienda intende proseguire nell'ulteriore sviluppo dei target che, sotto la dimensione del Valore Pubblico, si descrivono di seguito in maniera aggregata:

| <b>Obiettivi</b><br><br><b>Valore Pubblico</b>  | <b>Risultati Attesi</b>  | <b>Target</b><br><br><b>2024-2026</b>   |
|---|--|---|
| <p><b>1. Tempestività e Appropriatelyzza rispetto ai Bisogni di Salute del cittadino / Utente</b></p> <p><b>(Benessere Sanitario)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione del Linee Guida di cui al D.A. 1584/2018 per la gestione del sovraffollamento e del fenomeno del boarding nei PP.SS. dell'Azienda per migliorare la tempestività e l'appropriatezza della risposta sanitaria alle esigenze degli utenti.</li> <li>• Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa (prenotazioni / erogazione) previsti dal Piano Nazionale e dal Piano Regionale 2019 - 2021.</li> <li>• Garantire l'accesso alle prenotazioni ed alle prestazioni richieste in maniera equa e tempestiva, nel rispetto dei previsti codici di priorità.</li> <li>• Piano Nazionale Esiti: <b>1.</b> Colicistectomia Laparoscopica; <b>2.</b> Frattura Femore over 65; <b>3.</b> Parti Cesarei.</li> </ul> | <p>Diminuzione del tempo medio di permanenza registrato nell'anno precedente.</p> <p>Rispetto tempi di attesa (secondo i codici di priorità) sia per le prestazioni ambulatoriali che per i ricoveri programmati.</p> <p>1. Dimissione dei pazienti dopo intervento di Colicistectomia per via Laparoscopica entro giorni 0 - 3 dall'intervento;</p> <p>2. Intervento su pazienti over 65 affetti da frattura del femore entro giorni 2 dal ricovero;</p> <p>3. Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su donne non precesarizzate.</p> |
| <p><b>2. Sviluppo e Innovazione. Sistemi di Supporto</b></p> <p><b>(Benessere Sanitario / Sociale)</b></p>                                | <p>Incremento degli investimenti nel campo informatico e digitale finalizzati al miglioramento della qualità di tutti i servizi dell'Azienda ed a facilitare la fruibilità degli stessi da parte dei cittadini più fragili.</p> <p>Evoluzione dei sistemi di interazione con gli assistiti.</p> <p>Implementazione sistemi di accoglienza.</p>   | <p>2024: Sviluppo e messa a regime.</p>   |
| <p><b>3. Ammodernamento Strutture Edilizie</b></p> <p><b>(Benessere Sanitario / Sociale / Ambientale)</b></p>                             | <p>Realizzazione di nuove Strutture edilizie in grado di innalzare il livello qualitativo, sotto l'aspetto del confort, dell'accessibilità, della tempestività della risposta sanitaria e della sicurezza a beneficio degli utenti: Riqualificazione del Complesso Ospedaliero Garibaldi Centro di Catania. Avvio delle attività per la realizzazione Il Plesso.</p>   | <p>2024: Avvio dei lavori.</p>  |
| <p><b>4. Equilibrio di Bilancio</b></p> <p><b>(Benessere Economico / Sociale)</b></p>   | <p>Il rispetto dell'equilibrio di Bilancio, essenziale per la sostenibilità delle azioni dell'Azienda ai fini della realizzazione degli obiettivi e per la verifica dell'eventuale erosione di Valore Pubblico.</p>  | <p>Equilibrio di Bilancio</p>   |

\*\*\*\*\*

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

✓ **b.1 Obiettivi Accessibilità Digitale**

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

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

| <b>Obiettivo Strategico</b>  | <b>Risultati Attesi</b>  | <b>Target</b>   | <b>Responsabilità</b>   |
|--|--|---|---|
| <p><b>Sviluppo e Innovazione in ambito tecnologico e dei sistemi ICT.</b></p> <p><b>PNRR</b></p> | <p>Implementazione delle infrastrutture di comunicazione sia locali (Lan) che geografiche (Wan) mediante avvio dei Piani Operativi per le centrali telefoniche e dei piani esecutivi relativi alle reti locali.</p>  | <p><b>2024:</b> Potenziamento tecnologico per la corretta fruizione dei sistemi applicativi informatici ed informativi web based.</p> <p>- <i>reverse engineering</i> sull'architettura di rete al fine di analizzare, ed eventualmente correggere e/o potenziare, l'intera infrastruttura Aziendale</p>  | <p>UU.OO.</p> <p>Sistemi Informatici / Tecnico / Provveditorato</p>                                     |
| <p><b>Reingegnerizzazione / Digitalizzazione dei Processi</b></p> <p><b>P.N.R.R.</b></p>         | <p>1. Sistema Informatico ed Informativo Integrato Gestione dei Processi sanitari medico assistenziali Aziendali - SIO.</p> <p>2. Acquisto e installazione parco macchine server da adibire per le sole istanze SIO.</p> <p>3. Messa in esercizio della soluzione di Cartella Clinica Elettronica comprensiva di modulo di Prescrizione e Somministrazione ed integrazione ad acquisizione Parametri Vitali.</p> | <p><b>2024:</b> L'adozione e l'implementazione del nuovo Sistema informatico ed informativo integrato ( ha come fine ultima la gestione digitalizzata dei processi sanitari medico assistenziali Aziendali) (PS, ADT, <b>F.S.E.</b>; <i>Cartella Clinica Informatizzata; informatizzazione PDTA; dematerializzazione documentazione sanitaria e Amministrativa; interoperabilità tra i sistemi informativi aziendali con quelli regionali / nazionali.</i>) LIS, CUP, Ticket, ALPI,</p> | <p>UU.OO.</p> <p>Responsabile Transizione Digitale / Sistemi Informatici / Tecnico / Provveditorato</p> |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |   | <p><i>Sala Operatoria, Portale del Cittadino. Anatomia Patologica)</i></p> <p><b>2024:</b> Sviluppo e messa in opera di una piattaforma di <i>ticketing</i> aziendale per la digitalizzazione del processo di assistenza informatica.</p>  |   |
| <p><b>Ammodernamento Tecnologico</b></p> <p>(Rinnovo e potenziamento Postazioni di Lavoro, fisse e mobili, dispositivi mobili, stampanti, Hardware Server, Storage ed accessori annessi)</p> | <p>Corretta fruizione delle funzionalità / applicazioni / moduli del S IO Aziendale e dei <i>software</i> gestionali, in quanto strumenti di supporto alla digitalizzazione dei processi amministrativi e sanitari ARNAS Garibaldi.</p>   | <p><b>2024:</b> Completamento forniture ed installazione</p>   | <p>UU.OO.</p> <p>Sistemi Informatici / Tecnico / Provveditorato</p>                                     |
| <p><b>Sistemi di Supporto agli Assistiti e Visitatori</b></p>  | <p>1. Evoluzione dei Sistemi di interazione soprattutto in mobilità (app) e utilizzo dei sistemi di rilevazione (anche da remoto) dei parametri vitali e clinici. Continuità Assistenziale.</p> <p>2. Implementazione sportelli automatici, Totem multifunzione, sistemi di accoglienza e tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.</p> | <p><b>2024:</b></p> <p>1. Maggiore integrazione e comunicazione tra i diversi attori coinvolti a vario titolo nel processo di cura, anche verso il territorio. Sviluppo Televisita e Telecontrollo.</p> <p>2. Completamento delle procedure di Installazione di n. 3 Sistemi Totem elimina code per la gestione smart degli afflussi in struttura.</p> | <p>UU.OO.</p> <p>Responsabile Transizione Digitale / Sistemi Informatici / Tecnico / Provveditorato</p> |

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

\*\*\*\*\*

## ✓ **b.2 Obiettivi Accessibilità Fisica**

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



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

| <b>Obiettivo Strategico</b>                           | <b>Risultati Attesi</b>  | <b>Target</b>  | <b>Responsabilità</b>                             |
|---|--|--|---|
| <b>Riqualificazione Ambientale del P.O. di Nesima</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Interventi di Manutenzione per la riqualificazione complessiva finalizzata al miglioramento dell'accessibilità e fruibilità delle strutture.</li> <li>• 2. Realizzazione ed Integrazione dei percorsi di collegamento a seguito della prossima attivazione della fermata della Metropolitana all'interno dell'area del P.O. di Nesima</li> </ul> | <p><b>2024:</b></p> <p>1. Avvio delle attività di Manutenzione programmate.</p> <p>2. Completamento e messa a regime dei percorsi di collegamento fra l'uscita pedonale della Metropolitana ed il P.O. Nesima.</p> | <p>UU.OO.</p> <p>Tecnico /<br/>Provveditorato</p> |

\*\*\*\*\*

## 2.2. Sottosezione di Programmazione: PERFORMANCE

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

In proposito, si è già fatto cenno del particolare contesto in cui si inserisce il suddetto Piano Triennale, con declinazione annuale, caratterizzato dalla scadenza di mandato dei Direttori Generali, prima e dei Commissari Straordinari, poi, delle Aziende sanitarie siciliane, prorogati man mano nelle funzioni fino alla data del 31 gennaio 2024.

Si dà atto, pertanto, che il Piano delle Performance 2024-2026 descritto nel prosieguo di questo documento viene adottato nella descritta fase di cambiamento e nelle more dell'emanazione delle regole di sistema da parte delle competenti strutture regionali.

In ogni caso, per quanto detto, può anticiparsi che gli obiettivi descritti nel prosieguo rappresentano, in linea di massima, lo sviluppo dei medesimi obiettivi dell'anno 2023 (strategici e di mandato), con espressa riserva della loro ridefinizione ovvero integrazione dopo lo svolgimento delle afferenti attività di negoziazione da tenersi a livello regionale.

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

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

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

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.1 IL SISTEMA DEGLI OBIETTIVI

---

Ai sensi dell'articolo 5 del D.Lgs 150/2009 e s.m.i., gli obiettivi delle Aziende Sanitarie si articolano in **a) obiettivi generali**, *che identificano, in coerenza con le priorità delle politiche pubbliche nazionali...le priorità strategiche delle pubbliche amministrazioni in relazione alle attività e ai servizi erogati, anche tenendo conto del comparto di contrattazione di appartenenza e in relazione anche al livello e alla qualità dei servizi da garantire ai cittadini;* **b) obiettivi specifici** *di ogni pubblica amministrazione, individuati...nel Piano della Performance...*

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

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

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

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

Definiti gli obiettivi, da parte del *Commitment* politico, l'Azienda provvede all'articolazione di essi traducendoli in obiettivi operativi che assegna ai Responsabili delle diverse Unità Operative aziendali,

tenendo conto della diversa competenza di ciascuna, della quota di rilevanza rispetto ai bisogni della collettività (outcome) e dell'orizzonte temporale di riferimento.

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

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

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

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

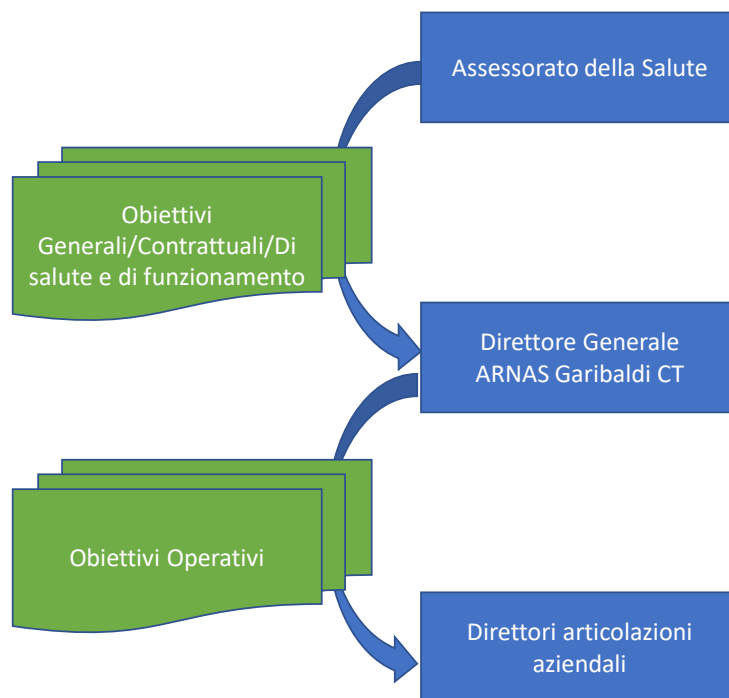
Il sistema obiettivi, secondo lo schema delineato, individua un meccanismo "a cascata" che, partendo dal Livello Politico (superiore), attraverso la programmazione manageriale di ambito aziendale, giunge fino ai Dipartimenti ed alle singole Unità Operative che, nel concreto, gestiscono le azioni e le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

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

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

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

Lo schema può rappresentarsi come segue:



\*\*\*\*\*

## 2.2.2 FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PIANO. MAPPA DELLA PERFORMANCE

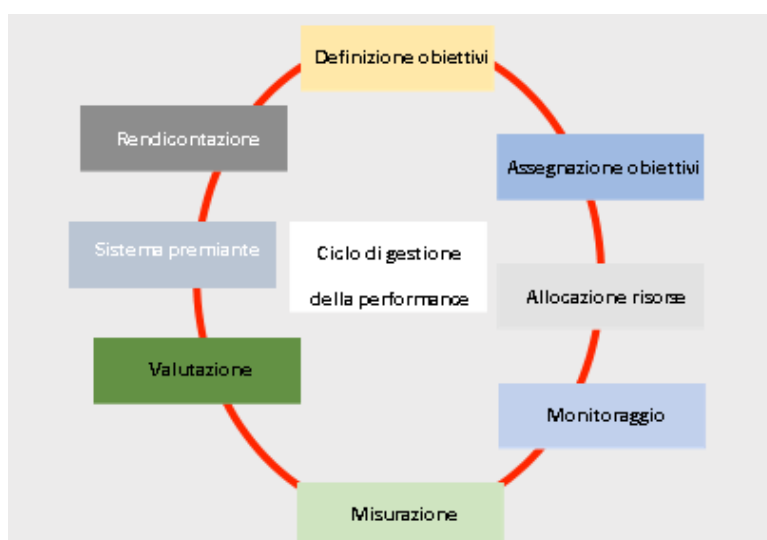
Dopo la fase precedente, al punto 2.2.1, l'Azienda provvede ad articolare al proprio interno gli obiettivi assegnati dall'Assessorato declinandoli alle proprie articolazioni sulla base, appunto, dei diversi livelli organizzativi, del livello di rilevanza rispetto ai bisogni della collettività (outcome)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

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

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

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

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



\*\*\*\*\*

---

### 2.2.3 IL PROCESSO DI *BUDGETING*

---

Il ciclo della Performance 2024, che trova avvio con il presente documento, rimane condizionato nel suo svolgersi, come già detto, dalla definizione delle procedure connesse alla individuazione dei nuovi Direttori Generali delle Aziende prevista a brevissimo. Anche per tale ragione, l'attuale Piano ricalca, in grande parte, quello dell'anno precedente.

In generale, il processo di *budgeting* dell'Azienda viene avviato nel mese di febbraio e definito entro il mese di marzo durante il quale si concludono normalmente le negoziazioni di budget fra la Direzione Strategica, i capi Dipartimento ed i Direttori delle singole Unità Operative.

Il suddetto processo rappresenta per l'Azienda il momento di traduzione dei programmi generali in obiettivi specifici di ogni singola struttura (Centro di responsabilità), correlati alle cosiddette "variabili

*controllabili*” del sistema aziendale, quelle cioè che il destinatario del processo (in questo caso il dirigente responsabile) riesce a controllare e sulle quali, pertanto, egli potrà incidere.

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

In ambito aziendale il processo in esame risulta così articolato:

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

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

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

- acquisisce la scheda di budget, ricevendo contestualmente, oltre alle informazioni “storiche” ed alle risorse a disposizione, anche gli indirizzi in termini di obiettivi specifici e relativi “misuratori”;
- formula le proprie osservazioni e proposte che, ovviamente, dovranno sempre riflettere ed integrare gli obiettivi contenuti nella scheda in questione.

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

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

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

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

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.4 LA SCHEDA DI *BUDGET*

---

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

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

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.5 LA FLESSIBILITA' DEGLI STRUMENTI

---

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

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

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

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

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

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

\*\*\*\*\*

---

### 2.2.6 I TEMPI DEL PROCESSO DI *BUDGETING*

---

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

Facendo salvi gli effetti delle variabili decritte al punto precedente, il cronoprogramma del suddetto processo viene rappresentato come segue:

|                      |  |
|----------------------|--|
| Entro il 20 Febbraio | <i>Predisposizione dell'architettura base di supporto al processo di budget da parte del Comitato di Budget</i>  |
| Entro il 5 marzo     | <i>Precompilazione delle schede di budget e presentazione ai Responsabili delle diverse Unità Operative</i>  |
| Entro il 15 marzo    | <i>Analisi dei dati e formulazione delle proposte da parte del Responsabile del C.d.R..</i>  |
| Entro il 20 marzo    | <i>Valutazione delle eventuali proposte, da parte della direzione aziendale, ed accreditamento 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'ATTIVITA' DI *REPORTING*

---

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

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

L'esito di dette attività è quindi sottoposto - attraverso specifici *report* - all'Organismo Indipendente di Valutazione che, giusta art. 6 del D. Lgs 150/2009, segnala alla Direzione Strategica, qualora lo ravvisi,



*"...la necessita' o l'opportunita di interventi correttivi in corso di esercizio...anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione dell'amministrazione".*

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

\*\*\*\*\*

---

## **2.2.8 IL COORDINAMENTO TRA PIANO DELLA PERFORMANCE E PIANO DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

---

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

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

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

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

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

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

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.9 IL SISTEMA PREMIANTE E IL REGOLAMENTO AZIENDALE SULLA PERFORMANCE

---

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

La misurazione e valutazione della **Performance Organizzativa** riguarda i risultati connessi agli obiettivi descritti nella scheda di *budget*, i cui esiti costituiscono al contempo valutazione dei Direttori delle stesse.

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

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

Tale Regolamento è visionabile nella sezione "*Amministrazione Trasparente*" del sito aziendale, sottosezione "*Performance*", direttamente accessibile attraverso il seguente link: <https://www.aogaribaldi.ct.it/trasparenza/default.aspx?obligation=176&title=Sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-Performance>

\*\*\*\*\*

---

## 2.2.10 GLI OBIETTIVI AZIENDALI

---

Richiamate le precisazioni svolte con riguardo all'attuale contesto, può precisarsi che il Piano odierno, che comunque si muove anche nel solco delle Linee Strategiche diseguate dall'Assessorato della Salute, rappresenta un ulteriore sviluppo degli obiettivi aziendali perseguiti durante lo scorso anno - compresi quelli di mandato - integrati con gli ulteriori obiettivi che l'Azienda ha comunque programmato in funzione del miglioramento della qualità dei propri servizi.

Gli obiettivi aziendali, tenuto conto delle modifiche (alle categorie degli Obiettivi) portate dal D.L. 80/2022, risultano complessivamente articolati in: **a)** obiettivi di Valore Pubblico, già più sopra descritti; **b)** obiettivi Generali di Mandato; **c)** obiettivi regionali di Salute e di funzionamento dei servizi; **d)** obiettivi di efficientamento energetico.

\*\*\*\*\*

## 2.2.11 OBIETTIVI GENERALI E REGIONALI / SALUTE

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

| Obiettivo Generale  | Risultato Atteso  | Indicatore  | Target  | Responsabilità  | Dimensione di Analisi               |
|---|---|---|---|---|-------------------------------------|
| <b>Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio</b>                 | Equilibrio di Bilancio  | Equilibrio di Bilancio  | Equilibrio di Bilancio  | Dipartimento Amministrativo.<br>UU.OO. della Direzione Strategica | Risultati di Efficacia / Efficienza |
| <b>PNRR</b>   | Realizzazione delle azioni legate agli interventi relativi al PNRR  | Realizzazione delle azioni  |   | Tutte le articolazioni interessate                                | Risultati di Efficacia / Efficienza |
| <b>Osservanza delle Politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa</b> | Internalizzazione contratti Co.Co.Co.;<br>Acquisto Beni e servizi /Consip - Mepa) nel rispetto della normativa vigente per servizi e relative categorie merceologiche;<br>Rispetto tetti di spesa secondo D.A. 1380/2015. | Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.     | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Tutte le articolazioni interessate                                | Efficacia Organizzativa             |
| <b>Flussi Informativi. Osservanza Obblighi</b>                                      | Rispetto dei Tempi di trasmissione.<br>Qualità e Completezza dei dati.  | Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.     | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto progr.       | Controllo di Gestione   | Risultati di Efficacia / Efficienza |
| <b>Anticorruzione e Trasparenza</b>   | Realizzazione del Piano Anticorruzione.<br>Pubblicazione Tempestiva dei dati e delle informazioni concernenti l'attività dell'Azienda, con particolare riferimento alle   | Rispetto puntuale del Piano Triennale, attraverso l'applicazione puntuale delle misure previste.. | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Tutte le articolazioni aziendali.                                 | Risultati di Efficacia / Efficienza |

|  |   |   |   |   |                                     |
|--|---|---|---|---|-------------------------------------|
|  | prescrizioni dell'Anac.   |   |   |   |                                     |
| <b>Libera Professione</b>                | Puntuale Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in materia.        | Controllo volumi Alpi.  | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Tutte le articolazioni sanitarie aziendali.           | Efficacia Organizzativa             |
| <b>Customer Satisfaction</b>             | Partecipazione dei cittadini utenti al Processo di misurazione della Performance. | Risultato delle schede somministrate ai fini della rilevazione. | 2024: 100% di quanto progr.;<br>2025: 100% di quanto progr.;<br>2026: 100% di quanto progr.                 | Tutte le articolazioni aziendali.                     | Efficacia Organizzativa             |
| <b>Ammodernamento Strutture Edilizie</b> | Realizzazione della II Torre dell'Emergenza nell'ambito del P.O. Garibaldi Centro | Avvio dei lavori.   | 2024: Avvio Lavori di Realizzazione della Struttura   | UU.OO.<br>Settore Tecnico /<br>Settore Provveditorato | Risultati di Efficacia / Efficienza |

Come già accennato, i superiori obiettivi sono descritti in continuità e nello sviluppo degli stessi, già programmato con il Piano precedente, facendo salva ovviamente ogni integrazione e modifica degli stessi ad opera della nuova Direzione Generale dell'Azienda.

\*\*\*\*\*

⇒ **Gli obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi** (Strategici) a suo tempo elaborati dall'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali e dell'Assessorato della Salute, allegati al contratto di mandato del Direttore Generale sin ora sviluppati, fanno riferimento agli ambiti di intervento - in ottica e finalità strategica - individuati nella sottostante tabella che l'Azienda ha complessivamente mantenuto anche nella lunga fase di gestione commissariale, in relazione alle esigenze specifiche di miglioramento dei servizi erogati a beneficio degli utenti e dell'intera collettività:

| <b>Obiettivo Strategico</b> | <b>Risultato Atteso</b>  | <b>Indicatore</b>   | <b>Target</b>   | <b>Responsabilità</b>                         | <b>Dimensione di Analisi</b>        |
|-----------------------------|--|---|---|---|-------------------------------------|
| <b>Screening Oncologici</b> | Interventi di II e III livello sui pazienti inviati dall'Asp territorialmente competente, per Tumori Cervice Uterina, Mammella, Colon Retto. | Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali. | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Dipartimenti: Chirurgico e Materno Infantile. | Risultati di Efficienza / Efficacia |

|  |   |   |   |  |   |
|--|---|---|---|--|---|
| <b>Piano Nazionale Esiti</b>   | Realizzazione del PNE. Qualità e Tempestività degli interventi con riferimento a:<br>Parti Cesarei;<br>Colicistectomia Laparoscopica;<br>Frattura Femore over 65.             | Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano.  | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Dipartimenti:<br>Chirurgico,<br>Materno Infantile<br>Emergenza | Risultati di Efficienza / Efficacia               |
| <b>Liste di Attesa. (Monitoraggio e Garanzia dei Tempi)</b>          | Rispetto dei Tempi di Attesa previsti dal Piano Nazionale e dal Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa in relazione alle Prestazioni Ambulatoriali e di Ricovero. | Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali. | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Le articolazioni aziendali incaricate                          | Risultati di Efficienza / Efficacia Organizzativa |
| <b>Pronto Soccorso. Gestione del Sovraffollamento</b>                | Implementazione degli interventi volti al contrasto ed alla gestione del sovraffollamento ed al fenomeno del boarding nei P.S.  | Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali. | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Dipartimento Emergenza   | Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa |
| <b>Donazione Organi</b>  | Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico.<br>Incremento del procurement di cornee.<br>Riduzione del tasso di opposizione alla donazione.         | Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali. | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Dipartimento Emergenza   | Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa |
| <b>Fascicolo Sanitario Elettronico</b>                               | Pieno utilizzo degli applicativi informativi funzionali all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico   | Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali. | 2024: 100% di quanto programmato;<br>2025: 100% di quanto programmato;<br>2026: 100% di quanto programmato. | Tutte le articolazioni aziendali sanitarie.                    | Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa |
| <b>PAC (Percorso di Attuazione alla Certificazione del Bilancio)</b> | Realizzazione delle misure previste dalla disciplina relativa ai PAC e Conseguimento della Certificazione dei Bilanci aziendali.  | Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali. | 2024: 100% di quanto programmato;   | Tutte le articolazioni aziendali interessate                   | Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa |

|   |   |  |  |   |  |
|---|---|--|--|---|--|
| <p><b>Piani di Efficiamento e Riqualficazione</b></p> | <p>Realizzazione delle misure programmate per:<br/>Efficiamento Blocchi Operatori;<br/>Robot Chirurgico<br/>Appropriatezza Consumo Farmaci;<br/>Implementazione dei PDTA.</p> | <p>Raggiungimento degli obiettivi pianificati ed assegnati alle diverse articolazioni aziendali.</p> | <p>2024: 100% di quanto programmato;<br/>2025: 100% di quanto programmato;<br/>2026: 100% di quanto programmato.</p> | <p>Tutte le articolazioni aziendali interessate</p> | <p>Risultati di Efficacia / Efficienza Organizzativa</p> |
|---|---|--|--|---|--|

\*\*\*\*\*

## ⇒ Obiettivi di Efficiamento 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'efficiamento energetico anche alla luce dell'attuale crisi energetica internazionale, raccomandando agli enti ed alle aziende pubbliche di prevedere nei propri atti di programmazione la definizione di specifici obiettivi di risparmio da conseguire.

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

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

Tanto premesso, durante la corrente annualità, è previsto che vadano a completamento buona parte delle attività avviate nel 2023, secondo il Piano Integrato precedente. Come previsto dall'Energy Manager aziendale, il completamento di dette attività porteranno importanti risultati di risparmio rispetto alla spesa energetica aziendale, grazie ai quali l'Azienda potrebbe realizzare una delle azioni (la n. 9) indicata dal Dipartimento della Funzione Pubblica nella propria circolare n. 2/2022 ovvero l'impiego delle "leve premiali" come "dividendo dell'Efficienza", ovvero destinare le eventuali economie al finanziamento della contrattazione integrativa anche per consentire, come previsto dall'art. 19 del D. Lgs 150/2009, trattamenti economici diversificati, in favore dei dipendenti, rapportati ai diversi giudizi ottenuti in sede di valutazione della performance individuale.

A seguire gli obiettivi di efficienza proposti per il triennio:

| <b>Obiettivo Strategico</b>  | <b>Risultato Atteso</b>           | <b>Indicatore</b>   | <b>Target</b>   | <b>Responsabilità</b>                                | <b>Dimensione di Analisi</b>                      |
|--|-----------------------------------|---|---|--|---|
| <b>Aattività di realizzazione di un sistema di trigenerazione presso il P.O. Garibaldi Nesima (ossia produzione combinata di energia elettrica, termica e frigorifera a partire da un'unica fonte di energia primaria con aumento della resa energetica complessiva)</b> | Completamento della realizzazione | Adozione degli atti funzionali  | 2024: Messa in esercizio del sistema di Trigenerazione.   | Settore Tecnico:                                     | Risultati di Efficienza / Efficacia               |
| <b>Progettazione ed esecuzione del Relamping presso i PP.OO. Aziendali</b>   | Conseguimento dell'obiettivo.     | Sostituzione di corpi illuminanti tradizionali con soluzione innovative a LED in grado di ridurre i consumi e migliorare la resa ed il comfort luminoso). | 2025: attività preparatorie di rilievo e progettazione per step per la realizzazione del "relamping" dei PP.OO. aziendali;<br><br>2026: Avvio delle procedure per l'affidamento ed esecuzione di un primo step di "relamping", secondo le previsioni e la cronologia progettuale. | Settore Tecnico / Responsabile U.O.S. Energy Manager | Risultati di Efficienza / Efficacia Organizzativa |

\*\*\*\*\*

## **2.2.12 LA COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO - FINANZIARIA E DI BILANCIO**

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

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

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

L'elaborazione del bilancio di previsione che deve realizzarsi, 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 bilancio di previsione, l'Azienda ha previsto, nella particolare contingenza, ha mantenuto un quadro obiettivi pressochè sovrapponibile al precedente, tenuto conto delle stime economiche rappresentate.

\*\*\*\*\*

## **2.3 Sottosezione di Programmazione: RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

### **PREMESSA**

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.

Il presente documento programmatico, predisposto dalla dirigente responsabile per l’Anticorruzione, 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, l’odierna sezione prende in considerazione 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.

Gli ambiti di intervento dell’Aggiornamento 2023 al PNA 2022 sono circoscritti alla sola parte speciale del PNA 2022, ossia:

- alla sezione dedicata alla schematizzazione dei rischi di corruzione e di *maladministration* e alle relative misure di contenimento, intervenendo solo laddove alcuni rischi e misure previamente indicati, in via esemplificativa, non trovino più adeguato fondamento nelle nuove disposizioni;
- alla disciplina transitoria applicabile in materia di trasparenza amministrativa alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati dall’ANAC, in particolare ai sensi dell’art. 23, comma 5, e dell’art. 28, comma 4, del D.lgs. n. 36/2023.

Non sono più in vigore gli allegati nn. 5 (deroghe e modifiche alla disciplina dei contratti pubblici), 6 (appendice normativa sul regime derogatorio dei contratti pubblici), 7 (contenuti del bando-tipo 1/2021) e 8 (check-list appalti) del PNA 2022.

L'attività di redazione di questa sezione si pone in una fase storica complessa, una stagione di forti cambiamenti dovuti alle molte riforme, da un lato normative dovute all'entrata in vigore delle nuove disposizioni sul codice degli appalti (D.lgs. n. 36/2023), dall'altra connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'emisfero orientale e medio-orientale. L'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative.

A seguito dei vari interventi legislativi che nel corso dell'anno 2023 hanno interessato la materia dei contratti pubblici, innovandone significativamente l'assetto, le procedure di affidamento sono attualmente regolate come segue:

- 1) le procedure di affidamento avviate entro la data del 30 giugno 2023, c.d. "procedimenti in corso", sono disciplinate dal vecchio Codice (art. 226, comma 2, d.lgs. 36/2023);
- 2) le procedure avviate dal 1° luglio 2023 in poi, sono disciplinate dal nuovo Codice;
- 3) le procedure relative a interventi PNRR/PNC, sono disciplinate, anche dopo il 1° luglio 2023, dalle norme speciali riguardanti tali interventi contenute nel D.L. n. 77/2021 e ss.mm.ii. e dal nuovo Codice per quanto non regolato dalla disciplina speciale.

La struttura di questa sezione del PIAO - relativa al triennio 2024-2026 - 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.

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

Vengono descritte e rivedute le misure di prevenzione di carattere generale, quali strumenti di mitigazione dei rischi di tipo trasversale, quali l'aggiornamento del codice di comportamento del personale dell'ARNAS (a seguito dell'entrata in vigore del DPR n. 81 del 13/06/2023), della procedura relativa alla tutela del whistleblower (a seguito della Direttiva UE 2019/1937, del D.Lgs 24/2023 e delle Linee Guida ANAC di cui alla Delibera n. 311/2023) e con alcuni approfondimenti su misure soggettive di imparzialità dei dipendenti (conflitto di interessi, inconfiribilità e incompatibilità, rotazione ordinaria del personale) e di carattere specifico, quali strumenti di impatto sui rischi corruttivi riconducibili ad aree di rischio generali ed aree di rischio specifiche identificate e collegate al settore sanitario.

Una parte rilevante è incentrata sulla promozione della “trasparenza”, in ossequio delle novità sugli obblighi di pubblicazione, a seguito della efficacia e operatività a partire dal 2 gennaio 2024 della digitalizzazione dell’intero ciclo di vita degli appalti e dei contratti pubblici, come previsto dal nuovo Codice dei contratti.

\*\*\*\*\*

---

### **2.3.1 PROCESSO DI REDAZIONE DELLA SOTTOSEZIONE PREVENZIONE, CORRUZIONE E TRASPARENZA.**

---

Il processo in epigrafe, in sintesi, si è sviluppato attraverso la Nota DG n. 4 del 11/01/2024 della Direzione Strategica con la quale è stata richiesta ai Dirigenti coinvolti nella redazione del PIAO l’articolazione, secondo le rispettive competenze, di una bozza della sezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO che, nella versione definitiva, dopo le consultazioni interne, viene trasmessa al Direttore Generale per un processo condiviso di formazione della sezione specifica all’interno 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).

Quindi, 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.

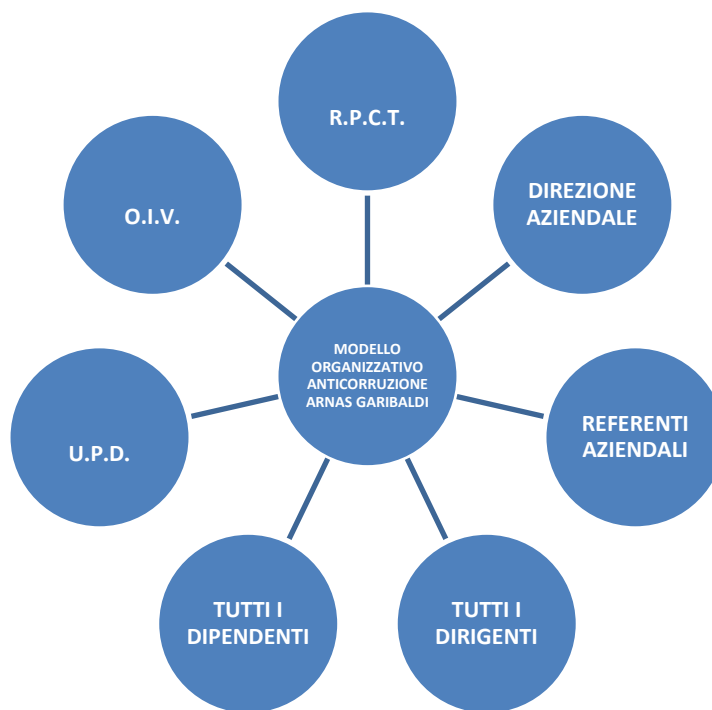
Attesa la valenza programmatica, che si articola in un triennio, anche la sezione relativa alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del PIAO è soggetta a modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, oltre che nell'immediato a fronte di specifiche emergenti necessità, nonché di coordinamento 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 vari e ciascuno è chiamato a fornire il proprio apporto in relazione al ruolo ricoperto e ai compiti effettivamente svolti.

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

**Direzione Aziendale:** nomina l'RPCT e adotta il 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. 1.

**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, n. 150 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.

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

Questa Azienda ha inoltre proceduto alla nomina:

- ai sensi del D.L. 179/2012, del nuovo **RASA** (Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti), con deliberazione n° 25 dell'11.01.2024.
- ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679, del **DPO** (Data Protection Officer), con deliberazione n° 1101 del 26/10/2023;

- ai sensi del D.M. del Ministero dell'Interno 25 settembre 2015, del soggetto "gestore" delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo, con deliberazione n° 24 del 17.01.2017.

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

A completamento dei soggetti che concorrono all'adozione ed attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione all'interno dell'ARNAS Garibaldi di cui sopra, con D. A. n. 992 del 23 maggio 2019 è stato costituito il "Coordinamento regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle Aziende e degli Enti del S.S.R.", finalizzato alla creazione di una rete unica sul territorio regionale 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 Il Processo di Gestione dei Rischi Corruttivi**

---

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

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

Secondo il PNA 2022 è dunque, importante, in un'ottica di sempre maggiore integrazione, che le amministrazioni svolgano una sola volta le attività di analisi funzionali per le diverse sezioni di cui si

compone il PIAO, da ciò risultando rafforzata l'integrazione tra performance e prevenzione della corruzione che l'ANAC ha da tempo propugnato.

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

## ⇒ ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Attraverso l'analisi del contesto esterno si possono, ricavare delle informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione, per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, sia in termini di condizioni sociali, economiche e culturali che in termini di indice di criminalità.

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

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

Sotto il primo aspetto, secondo l'aggiornamento congiunturale di Banca d'Italia presentato in data 14/11/2023 nella sede di Palermo, cala la produzione industriale, diminuisce (in valore) l'export soprattutto di prodotti petroliferi ma cresce il turismo e soprattutto l'occupazione.

Altro dato: l'inflazione pesa sui consumi delle famiglie siciliane e dopo l'espansione registrata nel biennio 2021-2022 si prevede una crescita modesta in linea con il Mezzogiorno ma al di sotto della media italiana.

In Sicilia, come sta avvenendo nel resto del Paese, la crescita frena: si ferma nel primo semestre del 2023 l'espansione del Prodotto Interno Lordo dell'Isola cresciuto dell'1,3%, una variazione sostanzialmente analoga a quella del Pil italiano. Affievolimento che risente dell'indebolimento della domanda interna ed estera. Ad andare peggio industria e servizi: è proseguito, infatti, il calo della produzione industriale, in atto dall'ultimo trimestre del 2022.

Si registra invece un vero e proprio boom del turismo grazie agli stranieri.

Nei primi otto mesi del 2023 le presenze turistiche sono cresciute dell'8,8% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente e hanno superato i livelli pre-pandemici: l'incremento è stato trainato dai pernottamenti di stranieri (46% del totale) ed è stato superiore nelle strutture extra-alberghiere. La dinamica dei flussi evidente anche nel traffico aeroportuale: il numero di passeggeri in arrivo e in partenza dagli scali siciliani è cresciuto dell'11,3% nei primi otto mesi del 2023 (62% nel 2022), in linea con la media del Mezzogiorno, ma meno che in quella nazionale, con un aumento maggiore per i voli internazionali. L'andamento dei singoli aeroporti siciliani ha risentito delle scelte di rilocalizzazione assunte dal principale vettore attivo nell'Isola e della temporanea sospensione delle operazioni di volo nello scalo di Catania a causa dell'incendio sviluppatosi nell'aerostazione nel mese di luglio, con conseguente dirottamento dei voli su altri scali.

Sotto il secondo aspetto, la città di Catania, epicentro dell'area metropolitana più densamente popolata

della Sicilia, rappresenta il fulcro economico e infrastrutturale del distretto del sud-est della Sicilia, oltre che il principale polo industriale, logistico e commerciale dell'isola, peraltro sede di un aeroporto internazionale che è il quarto in Italia per traffico passeggeri e di un grande porto commerciale e turistico che rappresenta uno snodo strategico per il trasporto pesante su gomma da e verso i porti più importanti del centro e nord Italia.

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

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

I cantieri meridionali sono ad alto rischio fallimento, come denuncia l'ultimo rapporto Svimez.

L'economia è sostanzialmente ripartita a livello europeo e nazionale e questo determina significative ricadute nel contesto regionale, già evidenti con le tendenze espresse dalla stagione turistica estiva dell'anno 2022 e con l'andamento delle esportazioni.

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

Secondo quanto risulta dal rapporto semestrale della DIA nella relazione afferente al secondo semestre 2022 (ultimo dato disponibile) del Ministro dell'Interno al Parlamento, l'andamento del fenomeno mafioso nella Regione Siciliana non ha subito complessivi mutamenti sostanziali rispetto al semestre precedente, in cui cosa nostra manterrebbe ancora il controllo del territorio in un contesto socio-economico tuttora fortemente cedevole alla pressione mafiosa. Nonostante le numerose attività di contrasto eseguite nel tempo cosa nostra continuerebbe a manifestare spiccate capacità di adattamento e di rinnovamento per il raggiungimento dei propri scopi illeciti. Essa, infatti, continua ad evidenziare l'operatività delle sue articolazioni in quasi tutto il territorio dell'Isola. Nel territorio siciliano si registra altresì la presenza di altre organizzazioni mafiose sia autoctone, sia straniere, che riescono a coesistere con cosa nostra in ragione di un'ampia varietà di rapporti e di mutevoli equilibri.

In provincia di Catania e, più in generale nella Sicilia Orientale, risultano ancora attive importanti famiglie mafiose riconducibili a cosa nostra che al suo modello fanno riferimento sotto gli aspetti organizzativo, funzionale e criminale. In tale contesto territoriale operano, inoltre, altri sodalizi di tipo mafioso non ricompresi in cosa nostra che possiedono la medesima articolazione delle famiglie di Catania e, in altri casi, alternano ad una matrice banditesca schemi organizzativi adattivi e fluidi tipici dei quartieri in cui i



tali gruppi insistono.

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

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

- **Relazioni con gli Stakeholders**

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

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

## ⇒ ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

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

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

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

In particolare, la struttura organizzativa dell'ARNAS è definita nell'atto aziendale di cui all'art. 3 bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i.

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 31/12/2023 ammontano a complessive 2354 unità come di seguito ripartite, tra lavoratori a tempo indeterminato ed a tempo determinato.

#### **Personale al 31/12/2023 suddiviso tra Tempo Indeterminato e Tempo Determinato**

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| Tempo indeterminato         | 2193        |
| Tempo determinato           | 161         |
| <b>Totale al 31/12/2023</b> | <b>2354</b> |

|                             |             |
|-----------------------------|-------------|
| Personale dirigenza         | 636         |
| Personale comparto          | 1718        |
| <b>Totale al 31/12/2023</b> | <b>2354</b> |

- **L'organizzazione dell'ARNAS**

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

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

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

- dipartimenti;
- strutture complesse;
- strutture semplici a valenza dipartimentale;

- strutture semplici articolazioni interne di strutture complesse.

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

Si omettono le tabelle relative all'attività svolta ed ai dati economici relativamente all'anno 2023, per evitare duplicazioni e quindi in una logica di integrazione con la sezione dedicata alla Performance, in linea con quanto stabilito dal PNA 2022.

- **Conclusioni analisi del contesto**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

In particolare, l'ANAC con il PNA 2019 suggerisce, infatti, di adottare un approccio di tipo qualitativo secondo cui stimare l'esposizione al rischio, tramite il coinvolgimento attivo degli operatori nel processo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Key risk indicators

| Giudizio sintetico sul grado di rischio | Indicatori di valutazione del livello di esposizione al rischio  |
|---|--|
| <b>Basso</b>                            | Attività a bassa discrezionalità per presenza di :<br>1) Specifica normativa<br>2) Regolamentazione aziendale<br><br>Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone |

|              |  |
|--------------|--|
|              | <p>Elevato livello di trasparenza sostanziale</p> <p>Scarsa presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo</p>   |
| <b>Medio</b> | <p>Attività a media discrezionalità</p> <p>Presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo</p> <p>Livello di trasparenza sostanziale</p> <p>Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a poche persone</p> <p>Sussistenza di specifici meccanismi di verifica e controllo interni ed esterni</p> |
| <b>Alto</b>  | <p>Attività ad alta discrezionalità.</p> <p>Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a singole persone</p> <p>Opacità del processo decisionale</p> <p>Elevata presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo</p>  |

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

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

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

Per quanto riguarda i processi relativi ad attività a rischio di corruzione oggetto della mappatura definiti

attraverso il coinvolgimento diretto dei Responsabili delle competenti Strutture, sono state individuate, nel PTPCT 2021-2023 le aree di rischio sotto riportate che si confermano nella presente sezione.

- Area di rischio 1 - Contratti Pubblici- Contratti con fondi PNRR
- Area di rischio 2 - Gestione delle Risorse Umane e Incarichi e nomine
- Area di rischio 3 - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Area di rischio 4 - Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Area di rischio 5 - Affari Legali e Contenzioso
- Area di rischio 6 - Attività libero professionale e liste di attesa
- Area di rischio 7 - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Area di rischio 8 - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Area di rischio 9- Servizio di ambulanze private
- Area di rischio 10– Dialisi
- Area di rischio 11 – Covid 19
- Area di rischio 12- Altri rischi

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

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

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

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

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

Le misure generali sono 13, e segnatamente:

1. Codice di comportamento;
2. Conflitto di interesse;
3. Rotazione del personale;
4. Conferimento e autorizzazione incarichi extra istituzionali;
5. Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali e degli incarichi amministrativi di vertice;
6. Formazione del personale;

7. Attività successive alla cessazione dal servizio (pantouflage – revolving doors);
8. Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica Amministrazione;
9. Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblowing policy);
10. Patti di integrità negli affidamenti;
11. Monitoraggio dei termini procedurali;
12. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.
13. Trasparenza

Le misure specifiche adottate da questa Azienda sono individuate sulla base delle specificità funzionali e di contesto che contraddistinguono l'ARNAS Garibaldi, nonché, sulle eventuali criticità emerse e sulla base delle indicazioni fornite nei Piani nazionali che si sono succeduti nel tempo ed in particolare PNA 2022 e PNA 2023.

- **Il Monitoraggio delle misure**

Una idonea programmazione delle misure di prevenzione della corruzione implica una mappatura dei processi che valorizzi il lavoro già svolto negli anni per la elaborazione dei Piani per la prevenzione della corruzione e trasparenza, in una logica di integrazione degli obiettivi di performance con le misure di prevenzione della corruzione nel lungo periodo, orientando gli interventi e le misure di prevenzione della corruzione in maniera graduale sulla totalità dei processi.

Ciò premesso, l'ANAC nel PNA 2022 ha incentrato l'attenzione, avuto riguardo all'attuale momento storico, tra gli altri, sui processi di gestione delle risorse finanziarie del PNRR e sui contratti pubblici.

Inoltre, l'Autorità, anche quest'anno ha dedicato l'aggiornamento 2023 del PNA 2022 sempre ai contratti pubblici.

Infatti, la disciplina in materia è stata innovata dal D.Lgs 31 marzo 2023, n. 36, intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR e in un quadro normativo molto complesso.

Le indicazioni contenute nell'aggiornamento sono quindi, finalizzate a presidiare l'area dei contratti pubblici con misure della prevenzione con particolare riferimento alla promozione della trasparenza.

Sotto il profilo della trasparenza l'aggiornamento interviene rispetto alla disciplina transitoria applicabile alla luce delle nuove disposizioni sulla digitalizzazione del sistema degli appalti come si dirà nell'apposito paragrafo dedicato.

L'aggiornamento in parola implica il superamento di alcuni ambiti della parte speciale del PNA 2022 come ad es. le check list di cui all'allegato n. 8 del PNA 2022, la sezione dedicata alla schematizzazione dei rischi di corruzione e alle relative misure di contenimento in merito ad alcuni rischi e misure che non trovano più fondamento nelle nuove disposizioni ( tabella 1, par. 4)



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

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

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

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

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

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

( Internal audit).

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

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

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

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

La Relazione annuale, il cui termine è stato spostato con comunicato del Presidente dell'ANAC al 31/01/2024, è stata pubblicata su "Amministrazione Trasparente", nella sotto sezione "Altri contenuti" del sito internet dell'Arnas.

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

Il RPCT tuttavia, tramite gli incontri con l'OIV realizza con quest'ultimo un costante monitoraggio e controllo sulle misure di trasparenza e sulla effettiva realizzazione degli obblighi di pubblicazione.

\*\*\*\*\*

---

## 2.3.4. LE MISURE DI PREVENZIONE GENERALE ED IL LORO MONITORAGGIO

---

### 1. Codice di Comportamento

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

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

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

Il Codice di Comportamento del Personale dell'ARNAS Garibaldi:

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

Successivamente, sono state adottate le "Linee Guida per l'adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale", giusta Determina n. 358/2017.

Il nuovo decreto, 13 giugno 2023, n. 81, entrato in vigore in data 14 luglio 2023 ha dettato nuove regole ed ha aggiornato il D.P.R. 62/2013.

Per quanto sopra sarà avviata un'attività di aggiornamento del codice di Comportamento in atto vigente nell'ARNAS, al fine dell'adeguamento alle superiori disposizioni.

- **Indicatori e monitoraggio**

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

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

| <b>Misura</b>   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Codice di comportamento</b>  |  |   |
| <b>Azione</b>   |  |   |
| <b>Aggiornamento del Codice di Comportamento del Personale dell'ARNAS Garibaldi</b> |  |   |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>   | <b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
| Si/no   | Annuale                                    | RPCT                                    |

## 2. Conflitto di Interessi –

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

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

La descritta situazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria, determina il rischio di comportamenti dannosi. In tal caso la disciplina in materia opera, indipendentemente dal concretizzarsi di un effettivo vantaggio.

Conferma se ne ha nel parere del Consiglio di Stato , Sez. atti consultivi, parere n. 667/2019 sullo schema di linee guida ANAC, il conflitto di interessi è definito infatti, dalla categoria della "potenzialità".

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

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

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

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

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

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

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

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

| <b>Misura</b>   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Conflitto di interessi</b>                                     |  |   |
| <b>Azione</b>   |  |   |
| <b>Eventuale aggiornamento modulistica conflitto di interessi</b> |  |   |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>                               | <b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
| Si/no   | Annuale                                    | Tutti gli uffici interessati            |

- **2.1 Il conflitto di interesse in materia di fondi PNRR.**

La normativa europea in materia di PNRR assegna un rilievo particolare alla prevenzione del conflitto di interesse imponendo agli Stati membri, fra l'altro, l'obbligo di fornire alla commissione **i dati del titolare effettivo del destinatario dei fondi o dell'appaltatore** “ *in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi*”

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

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

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

La figura del “Titolare effettivo” viene definita dall'art. 1, co. 1, lett. pp) del Decreto antiriciclaggio come “la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita” L'art. 20 del medesimo D.Lgs. 231/2007, detta una serie di criteri elencati secondo un ordine gerarchico, in modo che i successivi siano applicabili solo nel caso in cui i primi risultino inutilizzabili.

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

## • 2.2. Il Conflitto di interessi nei contratti pubblici

L'art. 42 co. 2 D.Lgs 50/2016 definiva le ipotesi di conflitto di interessi nell'ambito delle procedure di affidamento dei contratti pubblici.

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

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

Quanto all'ambito soggettivo di applicazione dell'art. 42 la norma si applica a tutto il personale dipendente delle Stazioni Appaltanti a prescindere dalla tipologia di contratto che lo lega alle stesse ed a

tutti coloro che siano in grado di impegnare l'ente nei confronti di terzi o comunque, rivestano di fatto o di diritto un ruolo tale da poterne obiettivamente influenzare l'attività esterna. (LL GG.ANAC . n. 15 del 2019). Inoltre si applica ai prestatori di servizi coinvolti nell'affidamento ( ad es. Direttore dei Lavori/ Direttore dell'esecuzione e ove nominati eventuali loro assistenti, il coordinatore per la sicurezza, l'esperto per l'accordo bonario, gli organi coinvolti nella valutazione delle transazioni, i collaudatori/ soggetti competenti alla verifica di conformità ed eventuali loro assistenti).

Il nuovo codice dei contratti D.Lgs 36/2023 disciplina il conflitto di interessi all'art. 16 .

Detto articolo ha modificato le regole sui conflitti di interesse, affermando che il conflitto può coinvolgere chiunque partecipi alla procedura di aggiudicazione ed esecuzione, anche se non dipende formalmente dalla stazione appaltante o dall'ente concedente. Il comma 2 cerca di definire in modo preciso il concetto di conflitto, considerando la giurisprudenza nazionale e sottolineando l'importanza delle dichiarazioni di conflitto. Il comma 3 stabilisce i doveri del soggetto in conflitto, come la comunicazione alla stazione appaltante e l'astensione dalla partecipazione alla procedura e dall'esecuzione. La norma precisa che la minaccia all'imparzialità e all'indipendenza deve essere dimostrata da chi solleva il conflitto, basandosi su presupposti specifici e documentati, e deve riguardare interessi effettivi.

In particolare la Legge 170/2023 di conversione del dl 132/2023 va ad abrogare le seguenti parole presenti all'interno dell'art. 16 comma 1 del codice.

Le parole "**concreta ed effettiva**" vengono soppresse, determinando quindi una qualificazione differente della circostanza in cui si può configurare un conflitto di interessi. Pertanto, all'esito di tale modifica, attualmente, il suddetto comma dispone che:

*"...Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione..."*

- **2.3. Gli indicatori e il monitoraggio**

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

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

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Misura</b>  |  |   |
| <b>Conflitto di interessi nei contratti</b>  |  |   |
| <b>Azione</b>  |  |   |
| <b>Adeguamento modulistica sull'assenza del conflitto di interessi al nuovo Codice D.Lgs 36/2023</b> |  |   |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>  | <b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
| Si/no  | Semestrale                                 | Settori Provveditorato e Tecnico        |

### 3. Rotazione del personale

#### 3.1 La Rotazione Ordinaria

La rotazione del personale c.d. "ordinaria" è stata introdotta dall'art. 1, comma 5, lett. b) della L. 190/2012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire «procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari».

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

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

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

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

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

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

Consapevole delle difficoltà applicative, l'ANAC ha chiarito, in più occasioni, che la misura in discussione, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in coerenza con la specificità della Pubblica Amministrazione e nel rispetto del CCNL di riferimento, dovrà essere attuata nel limite del possibile.

In coerenza con quanto sopra esposto, nel 2019 si è proceduto ad effettuare una rotazione del personale della Dirigenza e del Comparto amministrativo, adottando all'uopo con deliberazione n. 176 del 12 giugno 2019 il "Piano della rotazione del personale dirigente e del comparto dell'area amministrativa" che ha riguardato n. 10 unità di personale del comparto e n. 3 unità di personale dirigenziale.

Successivamente, nel corso dell'anno 2020 con deliberazione n. 515 del 17/06/2020 si è provveduto alla modifica e riorganizzazione delle competenze nell'ambito dei Settori Amministrativi e della Direzione Amministrativa dell'ARNAS che ha riguardato anche la rotazione di una unità di Dirigente Amministrativo e di un unità del personale del comparto.

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

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

Nel corso dell'anno 2023 vari cambiamenti hanno interessato diverse unità dell'area del comparto e una unità di personale dell'area della dirigenza.

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

|   |
|---|
| <p><b>Misura</b><br/><b>Rotazione del personale</b></p>   |
| <p><b>Azione</b><br/><b>Realizzazione o meno della misura e</b><br/><b>Numero di dipendenti della Dirigenza e Comparto oggetto di rotazione</b></p> |



| <b>Risultato atteso/ indicatori</b> | <b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
|-------------------------------------|--|---|
| Si/no / numero                      | Annuale                                    | Direzione Strategica                    |

### 3.2 La Rotazione Straordinaria

L'art. 16, comma 1, lett. 1 - 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. 1-quater, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 c.p.p., poiché è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

### 4. Conferimento e Autorizzazione Incarichi extra istituzionali

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

Nel corso del 2020 con la deliberazione n. 1222 del 22/12/2020 è stato approvato il "Regolamento aziendale in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi extraistituzionali del personale dipendente compatibili con il rapporto di lavoro presso l'Arnas Garibaldi".

In questa materia Il Servizio Ispettivo ha il compito dell'accertamento dell'osservanza da parte dei dipendenti delle disposizioni normative in materia di esclusività del pubblico impiego e di incompatibilità nell'esercizio di altre attività nel rispetto della normativa e del regolamento aziendale vigente.

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

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

In relazione alla misura in oggetto, il Comitato Ispettivo con nota n. 99 del 06/07/2023 ha comunicato di aver eseguito i previsti controlli.

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

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

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

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

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

Con riferimento all'anno 2020, si è provveduto ad acquisire e pubblicare la dichiarazione / il rinnovo annuale del Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario e nel corso degli anni 2021 e 2022 si è proseguito con detta acquisizione e pubblicazione.

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

Il monitoraggio di questa misura si riassume nella seguente tabella :

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

## 6. Formazione del personale

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

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

Per il 2023 sono stati realizzati i seguenti eventi formativi in materia di Prevenzione della corruzione e Trasparenza, con particolare riferimento alle tematiche : dell'etica pubblica, pantouflage, conflitto di interessi, codice di comportamento dei dipendenti, performance etc:

Gli eventi formativi organizzati nel corso dell'anno 2023 hanno registrato ampia partecipazione del personale dipendente e sono stati rivolti in particolare, a ciascuna U.O. Sanitaria, e rivolti ad 1 Dirigente Medico / Sanitario ed 1 unità di Personale del Comparto, inoltre per ciascuna U.O. Amministrativa ,al Responsabile dell'U.O. ed ad 1 unità di Personale del Comparto Amministrativo.

Il target così individuato ha permesso di effettuare una turnazione tra il personale dei reparti e consentire in tal modo la formazione della totalità del personale nelle varie annualità, sui temi della Prevenzione della Corruzione.

Gli interventi formativi si sono tenuti nelle date del 28 e 30 novembre 2023, con i seguenti obiettivi:

Acquisire la conoscenza del fenomeno della corruzione in ambito sanitario e gli strumenti giuridici a disposizione della P.A., alla luce della categoria del valore pubblico.

Acquisire conoscenze circa l'evoluzione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza con particolare riguardo alle misure del conflitto di interessi e del pantouflage.

Le novità della disciplina del Whistleblower e del Codice di comportamento dei dipendenti.

Sviluppare opportunità di riflessione e confronto sulle tematiche trattate.

Un ulteriore intervento formativo è stato organizzato il 05/12/2023, in tema di appalti pubblici, atteso che in tale materia sono intervenute molteplici novità sotto il profilo normativo. Gli obiettivi del corso sono stati individuati come segue:

Acquisire conoscenze circa l'evoluzione della normativa in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione ed appalti pubblici, in ambito sanitario.

Focus sugli Appalti Pubblici, con particolare riferimento alle novità del D.Lgs 36/2023, anche nella fase della gestione amministrativa dell'appalto.

Sviluppare opportunità di riflessione e confronto sulle tematiche trattate.

La misura di che trattasi può considerarsi pienamente raggiunta, atteso la partecipazione della totalità delle UU.OO. Aziendali, considerato anche che è stata individuata quale obiettivo assegnato dalla Direzione Strategica.

Per l'anno 2024, si ritiene di riproporre la formazione del personale dipendente, relativamente alle tematiche della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

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

#### **7. Attività Successiva alla Cessazione del Servizio (pantouflage – revolving doors)**

La parola "*pantouflage*" indica il passaggio dei dipendenti pubblici al settore privato.

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

L'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. 165/2001, introdotto dall'art. 1, comma 42, della Legge n. 190/2012, ha posto una disciplina per contenere il rischio che il dipendente, durante il periodo di servizio, abbia

potuto preconstituirsì situazioni di vantaggio da sfruttare successivamente alla cessazione del rapporto.

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

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

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

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

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

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

- nei contratti di assunzione del personale sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, della clausola di divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, dell’obbligo per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non aver concluso, contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell’ARNAS Garibaldi, per quanto di conoscenza, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della stessa nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- promozione da parte del RPCT di attività di approfondimento, percorsi formativi, aggiornamento e sensibilizzazione in materia di pantouflage.

Per la verifica sul divieto di pantouflage il RPCT si avvale della collaborazione degli uffici interessati :

uffici gare ed ufficio del personale.

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

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

#### **8. Formazione di Commissioni, Assegnazione agli uffici, Conferimento di Incarichi in caso di condanna per delitti contro la Pubblica Amministrazione**

La Legge n. 190/2012 ha introdotto il nuovo art. 35 *bis* del D.Lgs. n. 165/2001 il quale stabilisce che coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale:

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

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

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

Inoltre, si è ritenuto di dover adottare la specifica misura n. 1 di prevenzione della corruzione, come descritta nella tabella sottostante.

Inoltre, il d.p.r. 6 giugno 2023 n. 82 ha apportato delle modifiche alle norme sull'accesso al pubblico impiego.

Il 14 luglio 2023, è entrato in vigore il d.p.r. 6 giugno 2023 n. 82, di modifica delle norme sull'accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi.

Tra le altre cose, l'art. 1, comma 1, lett. b) del cd. Regolamento ha riscritto gli artt. 2 e 4 del d.p.r. 9 maggio 1994, n. 487 in materia, rispettivamente, di requisiti generali per l'accesso al pubblico impiego e procedura di partecipazione ai concorsi.

Il nuovo art. 2, comma 7, d.p.r. 487/1984, dopo aver stabilito – in linea con la previgente disciplina (originariamente contenuta al comma 3 dello stesso articolo) – che *«non possono essere assunti nelle pubbliche amministrazioni coloro che siano stati esclusi dall'elettorato politico attivo, nonché coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento, in forza di norme di settore, o licenziati per le medesime ragioni ovvero per motivi disciplinari ai sensi della vigente normativa di legge o contrattuale, ovvero dichiarati decaduti per aver conseguito la nomina o l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da nullità insanabile»*, oggi stabilisce espressamente che non possono essere assunti nemmeno *«coloro che abbiano riportato condanne con sentenza passata in giudicato per reati che costituiscono un impedimento all'assunzione presso una pubblica amministrazione»*.

Al secondo periodo prevede poi che *«coloro che hanno in corso procedimenti penali, procedimenti amministrativi per l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione o precedenti penali a proprio carico iscrivibili nel casellario giudiziale, ai sensi dell'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, ne danno notizia al momento della candidatura, precisando la data del provvedimento e l'autorità giudiziaria che lo ha emanato ovvero quella presso la quale penda*

un eventuale procedimento penale».

La falsa dichiarazione è duramente sanzionata.

Ed infatti, il quinto comma dell'art. 4 stabilisce che «ferme restando le conseguenze sotto il profilo penale, civile, amministrativo delle dichiarazioni false o mendaci, ai sensi degli articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, ivi compresa la perdita degli eventuali benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, le amministrazioni che bandiscono le procedure selettive si riservano di verificare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate dai vincitori della procedura».

Per quanto sopra, si ritiene di dovere prevedere, a garanzia della imparzialità, correttezza e trasparenza delle procedure di acquisizione del personale, la misura n. 2 descritta nella tabella che segue:

| <b>Misura n. 1</b>   |  |   |
|--|--|---|
| <b>Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica Amministrazione.</b>  |  |   |
| <b>Azione</b>  |  |   |
| <b>Eventuale rinnovo delle autocertificazioni per coloro che sono assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie o all'acquisizione di servizi e forniture, attestante l'assenza di condanne penali e situazioni di conflitto di interesse rispetto all'incarico conferito.</b> |  |   |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>  | <b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
| Si/no  | Annuale                                    | RPCT/ Settori Amministrativi coinvolti  |

| <b>Misura n. 2</b>  |  |   |
|---|--|---|
| <b>Acquisizione del personale</b>   |  |   |
| <b>Azione</b>   |  |   |
| <b>Verifica delle autocertificazioni prodotte in merito ai requisiti dichiarati</b> |  |   |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>   | <b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
| Si/no   | Annuale                                    | RPCT/ Settori Amministrativi coinvolti  |

## **9. Tutela del Dipendente che Segnala Illeciti (*whistleblowing policy*)**

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



del d.lgs. n.165/2001.

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

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

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

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

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

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

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

Sul versante Europeo, è stata emanata la Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione;

Il decreto legislativo 10 marzo 2023, n. 24 (in Gazz. Uff. 15 marzo 2023, n. 63) recante «Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. (Decreto whistleblowing), ha dato attuazione a detta Direttiva.

L'ANAC ha approvato con Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 le “Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali – procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne”

La nuova disciplina è orientata a garantire la protezione – sia in termini di tutela della riservatezza che di tutela da ritorsioni - dei soggetti che si espongono con segnalazioni, denunce.

Tale protezione viene, ora, ulteriormente rafforzata ed estesa a soggetti diversi da chi segnala, come il facilitatore o le persone menzionate nella segnalazione, a conferma dell'intenzione, del legislatore europeo e italiano, di creare condizioni per rendere l'istituto in questione un importante presidio per la legalità e il buon andamento delle amministrazioni/enti.

Le principali novità contenute nella nuova disciplina sono:

- la specificazione dell'ambito soggettivo con riferimento agli enti di diritto pubblico, a quelli di diritto privato e l'estensione del novero di questi ultimi;
- l'ampliamento del novero delle persone fisiche che possono essere protette per le segnalazioni, denunce o divulgazioni pubbliche;
- l'espansione dell'ambito oggettivo, cioè di ciò che è considerato violazione rilevante ai fini della protezione, nonché distinzione tra ciò che è oggetto di protezione e ciò che non lo è;
- la disciplina di tre canali di segnalazione e delle condizioni per accedervi: interno (negli enti con persona o ufficio dedicato oppure tramite un soggetto esterno con competenze specifiche), esterno (gestito da ANAC) nonché il canale della divulgazione pubblica;
- l'indicazione di diverse modalità di presentazione delle segnalazioni, in forma scritta o orale;
- la disciplina dettagliata degli obblighi di riservatezza e del trattamento dei dati personali ricevuti, gestiti e comunicati da terzi o a terzi;
- i chiarimenti su che cosa si intende per ritorsione e ampliamento della relativa casistica;
- la disciplina sulla protezione delle persone segnalanti o che comunicano misure ritorsive offerta sia da ANAC che dall'autorità giudiziaria e maggiori indicazioni sulla responsabilità del segnalante e sulle

scriminanti;

- l'introduzione di apposite misure di sostegno per le persone segnalanti e il coinvolgimento, a tal fine, di enti del Terzo settore che abbiano competenze adeguate e che prestino la loro attività a titolo gratuito;
- la revisione della disciplina delle sanzioni applicabili da ANAC e l'introduzione da parte dei soggetti privati di sanzioni nel sistema disciplinare adottato ai sensi del d.lgs. n. 231/2001.

L' Arnas pertanto ha avviato le procedure finalizzate ad adeguare della piattaforma per la presentazione delle segnalazioni in atto esistente, alla nuove disposizioni .

Nel corso dell'anno 2022 non si sono registrate segnalazioni.

Neanche nel corso dell'anno 2023 sono state ricevute segnalazioni.

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Misura</b>  |  |   |
| <b>Tutela del dipendente che segnala illeciti</b>                                |  |   |
| <b>Azione</b>  |  |   |
| <b>Adeguamento della piattaforma dedicata alle segnalazioni al D.LGS 24/2023</b> |  |   |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>  | <b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
| Si/no / numero   | Semestrale                                 | RPCT                                    |

#### 10. Patti di Integrità negli Affidamenti

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

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Misura</b>   |  |  |
| <b>Patti di integrità negli affidamenti</b>   |  |  |
| <b>Azione</b>   |  |  |
| <b>Inserimento negli avvisi, bandi di gara, lettere invito etc della clausola del rispetto del patto di integrità</b> |  |  |

| <b>Risultato atteso/ indicatori</b> | <b>Tempi di realizzazione Monitoraggio</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
|-------------------------------------|--|---|
| Si/no                               | Annuale                                    | RPCT / Settori amministrativi           |

### 11. Monitoraggio dei Termini Procedimentali.

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

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

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

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

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

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

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

### 12 Azioni di Sensibilizzazione e Rapporto con la Società Civile

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

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

Al fine di ottimizzare il rapporto dialogico e collaborativo con il Comitato Consultivo di questa Arnas costituito con deliberazione n. 73 del 29/01/2019 e che rappresenta un importante strumento di partecipazione dei cittadini al Sistema Sanitario.

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

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

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

\*\*\*\*

### 2.3.5. LA TRASPARENZA

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

Come previsto dal D. Lgs 33/2013 la trasparenza è intesa come “accessibilità totale dei dati e documenti

detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa" e "accesso civico generalizzato" introdotto dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. che amplia l'accesso nella sua originaria versione, radicando il diritto di accesso ai dati e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

In applicazione di quanto sopra, è disponibile sulla home page del sito web istituzionale, l'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente". La sezione è aggiornata in base al dettato della Legge n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, e della Determinazione ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016". Riguardo all'adempimento degli obblighi di pubblicazione introdotti dal D.Lgs. 33/2013 e di cui alla deliberazione n. 1310/2016 di ANAC, si è provveduto ad individuare nominativamente i soggetti responsabili dell'elaborazione dei dati e della loro pubblicazione. Si rimanda all'allegato n. 3 "Obblighi di pubblicazione D.Lgs. n. 33/2013" del PTPCT 2021-2023"

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

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

Il RPCT svolge un ruolo di coordinamento e monitoraggio sulla pubblicazione dei dati, ma non sostituisce gli uffici nell'elaborazione, nella trasmissione, e nella pubblicazione dei dati.

Riguardo al rispetto degli obblighi di pubblicazione l'OIV ha attestato l'avvenuto adempimento degli obblighi di pubblicazione secondo la griglia di rilevazione ANAC 2023. Detta attestazione è pubblicata in "Amministrazione Trasparente" nella sezione dedicata all'OIV.

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

dell'art. 4 del DPCM 25 settembre 2014 etc.

In un ottica di massima trasparenza è stata prevista la pubblicazione di una tabella riassuntiva delle donazioni ricevute in emergenza Covid -19, ritenendo prioritario escludere ogni opacità sul corretto utilizzo anche delle donazioni ricevute.

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

In particolare, nel corso dell'anno 2023 il RPCT si è impegnato in un adeguamento del sito internet, con particolare riferimento alla sezione di Amministrazione Trasparente, sotto sezione Bandi di gara e contratti , alle previsioni dell'allegato 9 al PNA 2022 dedicato agli appalti.

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

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Misura 1</b>   |   |  |
| <b>Trasparenza</b>  |   |  |
| <b>Azione</b>   |   |  |
| <b>Aggiornamento pubblicazione dati nella sezione Amministrazione Trasparente</b> |   |  |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>   | <b>Tempi di realizzazione<br/>Monitoraggio RPCT</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>      |
| Si/no   | Annuale   | Responsabili di Struttura<br>(Allegato n.3 ) |

Inoltre, l'Azienda assicura l'efficacia e la piena disponibilità del diritto di accesso civico a tutti i dati e documenti per i quali è prevista dalla normativa vigente l'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente". Garantisce altresì, il diritto di accesso ai dati e ai documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti ai sensi del D. Lgs. n.33/2013 (e s.m.i.). Al fine di fornire un quadro organico dei profili applicativi relativi alle sopra esposte tipologie di accesso ed al più tradizionale accesso documentale e di coordinare le condotte aziendali in ordine alle eventuali richieste in materia, l'ARNAS Garibaldi con deliberazione n. 177 del 26/10/2017 ha adottato il "Regolamento per l'esercizio del diritto accesso agli atti ed ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato". Il presente Regolamento è stato pubblicato sul sito internet aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente e diffuso a tutte le strutture aziendali.

All'interno della predetta sezione, sotto-sezione Accesso Civico è stata, inoltre, creata un'area dedicata contenente una breve descrizione degli istituti dell'Accesso Civico e dell'Accesso Civico Generalizzato e delle relative modalità di esercizio nonché la modulistica predisposta. E' stato pubblicato il "Registro

degli accessi”, con cadenza periodica semestrale, liberamente consultabile di chiunque ne abbia interesse.

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Misura 2</b><br><b>Trasparenza</b><br><b>Accesso ex L. 241/1990, civico semplice, e generalizzato di cui al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.</b> |   |   |
| <b>Azione</b><br><b>Pubblicazione richieste con indicazione della tipologia e delle informazioni richieste dalla funzione Pubblica</b>    |   |   |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>   | <b>Tempi di realizzazione<br/>Monitoraggio RPCT</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b>       |
| Si/no   | Semestrale  | Responsabili di Struttura<br>( Allegato n. 3) |

⇒ **La Trasparenza in Materia di Contratti Pubblici**

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

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

Infatti, secondo l’Autorità in questa fase storica in cui il Legislatore ha introdotto regimi derogatori nelle procedure di affidamento degli appalti in considerazione dell’emergenza sanitaria, prima, e per favorire il raggiungimento degli interventi del PNRR, poi, va valorizzato il ruolo della Trasparenza da intendersi quale misura cardine finalizzata ad assicurare un importante presidio in funzione di prevenzione di anticorruzione, oltre che di controllo sociale sull’operato e sui risultati ottenuti dalle Stazioni Appaltanti.

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

Alla luce del complesso quadro normativo in materia, l’ANAC nel prendere atto delle modifiche intervenute e degli orientamenti giurisprudenziali espressi in materia, ha inizialmente revisionato l’elenco degli atti da pubblicare in merito alle procedure di gara che scaturiva dagli allegati alle delibere 1310/2016 e 1134/2017 che sono state sostituite dall’allegato n. 9 al PNA 2022.

Per quanto sopra, nel corso dell’anno 2023, il RPCT si è impegnato in un adeguamento di A.T. sotto sezione “ Bandi di gara e contratti” del sito internet, a quanto stabilito dall’allegato 9 al PNA 2022.

⇒ **La Trasparenza nei contratti pubblici a seguito dell’entrata in vigore del D.Lgs 36/2023**



In materia di trasparenza ha inciso l'entrata in vigore del dlgs 36/2023, ed in particolare le disposizioni sulla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici la cui attuazione decorre dal 1 gennaio 2024 ed anche le norme in materia di qualificazione delle stazioni appaltanti.

La disciplina sugli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici oggi si rinviene nell'art. 37 del d.lgs 33/2013 e nel nuovo codice dei contratti di cui al d.lgs n. 36/2023, efficace dal 1 luglio 2023.

Completano le superiori norme i provvedimenti dell'Autorità che hanno precisato gli obblighi di pubblicazione e le modalità di attuazione degli stessi.

- Delibera ANAC n.261 del 20/06/2023 che individua le informazioni che le Stazioni Appaltanti sono tenute a trasmettere alla BDNCP attraverso le piattaforme telematiche,
- Delibera ANAC n 264 del 20/06/2023 che individua gli atti, le informazioni e i dati relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici oggetto di trasparenza ai fini e per gli effetti dell'art. 37 del Decreto Trasparenza e dell'art. 28 del Codice.
- Delibera ANAC n 601 del 19/12/2023 recante “ modificazione ed integrazione della Delibera n. 264 del 20/06/2023.

Dall'articolato sistema normativo esaminato ne deriva un altrettanto articolato regime di Trasparenza da applicare che può essere così distinto :

**1) Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ed esecuzione conclusa entro il 31/12/2023.**

Per queste fattispecie la pubblicazione dei dati , informazioni, in Amministrazione Trasparente, sottosezione “ Bandi di gara e contratti”, avviene secondo le indicazioni di ANAC di cui all'allegato 9) al PNA 2022.I dati da pubblicare devono riferirsi a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione.

E' stato escluso l'adempimento relativo alla tabella riassuntiva dei dati di cui all'art.1 comma 32 della L. 190/2012, in formato digitale standard aperto e della comunicazione ad ANAC dell'avvenuta pubblicazione di esse e della URL.

**2) Contratti con bandi e avvisi pubblicati prima o dopo il 1° luglio 2023 ma non ancora conclusi alla data del 31/12/2023.**

In relazione a quanto precede l'Autorità con Delibera n. 582 del 13/12/2023, d'intesa con il MIT, ha adottato un comunicato relativo al processo di digitalizzazione da cui si evince la coesistenza di un doppio regime di trasparenza, ovvero:

- Per il periodo dalla pubblicazione del bando fino alla data del 31/12/2023 la pubblicazione dei dati segue il D.Lgs 50/2016 ( art. 29) ed è assolta con la pubblicazione in A.T. dei dati (da pubblicare con riferimento a ciascuna procedura contrattuale) secondo l'Allegato 9) al PNA 2022.
- Dal 1° gennaio 2024 , la pubblicazione dei dati inerenti lo stato della procedura avviene invece, mediante invio alla BDNCP e la pubblicazione in A.T. in conformità con quanto previsto dalle disposizioni del nuovo Codice in materia di digitalizzazione dei contratti artt. 19 e ssgg. e dalle Delibere ANAC nn. n. 261/2023 – che attiene i dati da comunicare alla BDNCP- e n. 264/2023 e relativo allegato 1 che elenca i dati, i documenti e le informazioni che, invece, non vanno trasmessi in BDNCP , ma la cui pubblicazione va assolta soltanto in A.T.

**3) Contratti con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.**

Per questa tipologia è prevista la pubblicazione mediante invio alla BDNC e pubblicazione in Amministrazione Trasparente secondo quanto previsto dalle disposizioni del nuovo codice in materia di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti di cui agli artt. 19 e ssgg. e dalle Delibere ANAC nn. 261/2023 e n. 264 /2023 e relativo allegato 1 .

La tabelle sotto indicate individuano le misura :

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Misura</b>  |   |   |
| <b>Trasparenza nei contratti pubblici con bandi e avvisi pubblicati dopo il 1° gennaio 2024.</b>   |   |   |
| <b>Azione</b>  |   |   |
| <b>Realizzazione collegamento ipertestuale con BDNCP e pubblicazione su A.T. dei dati di cui alla Delibera ANAC n. 264/2023 allegato 1</b> |   |   |
| <b>Risultato atteso/ indicatori</b>  | <b>Tempi di realizzazione<br/>Monitoraggio RPCT</b> | <b>Soggetto/ Struttura Responsabile</b> |
| Si/no  | Annuale   | Settori Provveditorato e Tecnico        |

⇒ **La Trasparenza degli Interventi Finanziati con Fondi del PNRR.**

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

A questa esigenza risponde innanzitutto il Ministero dell'economia e finanze – Dipartimento della Ragioneria generale dello stato RGS che ha previsto obblighi di trasparenza e iniziative sul piano della comunicazione e informazione, specificando che le Amministrazioni centrali titolari degli interventi ed i

soggetti attuatori sono tenuti , in quanto pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1, co. 2, del D.Lgs. n. 165/2001, al rispetto della disciplina nazionale in materia di trasparenza.

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

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

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

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

Alla luce delle novità normative intervenute nel corso dell’anno 2023, che hanno investito la materia dei contratti pubblici, (n D.Lgs 36/2023, varie Delibere Anac etc) sopra citate, resta ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo “ ReGis” di cui al PNA 2022, come aggiornata da linee guida e circolari emanate dal MEF.

Al riguardo la misura “ Trasparenza degli interventi finanziati con fondi PNRR” prevista dal RPCT nel PIAO 2023 può considerarsi pienamente raggiunta in quanto è stata realizzata una trasparenza complessiva degli interventi finanziati con fondi PNRR con la realizzazione nella sezione A.T. nella sottosezione “ Bandi di gara e contratti” , “ Atti delle amministrazioni aggiudicatrici ed Enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura” – “ Procedure finanziate con risorse PNRR” , di una tabella contenente in dettaglio, i dati e le informazioni delle procedure in argomento.

La misura adotta per il 2024 è descritta nel report che segue:

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

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

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

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

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

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

1. Nuova Piattaforma Whistleblowing
2. Attivazione PAD ( Piattaforma approvvigionamento digitale per il ciclo di vita dei contratti)
3. Mailing List - tutte le news e le informative pubblicate sul sito intranet aziendale vengono inviate via mail a tutti gli account aziendali degli operatori e medici.
4. Attivazione di diversi canale social (youtube, facebook) al fine di amplificare la divulgazione delle informative a carattere pubblico incrementando la trasparenza delle attività dell'azienda
5. Informatizzazione e digitalizzazione del processo di gare e appalti
6. Sito internet pubblico con creazione di sezione x la registrazione degli utenti/pazienti con possibilità di accesso ai propri fascicoli sanitari
7. NSO - piattaforma di ordini telematici.
8. Piattaforme collaborative per una maggiore produttività (Google Workspace)
9. Gestione delle code ambulatoriali con monitor in sala d'aspetto
10. Piattaforma dedicata online per i concorsi pubblici.
11. Implementazione della piattaforma " Municipia "
12. Applicativo per permessi, congedi etc

⇒ **Le Misure Specifiche di Prevenzione.**

Come per le misure di prevenzione generali, anche nel caso delle misure specifiche - in aggiunta a quelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

dell'appalto: affidamento ed esecuzione.

Inoltre, come detto il Legislatore Nazionale recependo le misure stabilite dall'U.E. oltre che in ulteriori disposizioni normative, nello specifico nelle LL.GG del MEF, Dipartimento RGS, Servizio Centrale per il PNRR e nella circolare 11 agosto 2022, n. 30/2022, ha previsto non solo l'obbligo per gli operatori economici di comunicare i dati del titolare effettivo dei soggetti partecipanti alle gare, ma anche quello, posto in capo alla Stazione Appaltante, di richiedere la dichiarazione del medesimo titolare effettivo di assenza di conflitto di interessi.

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

La figura del "Titolare effettivo" viene definita dall'art. 1, co. 1, lett. pp) del Decreto antiriciclaggio come "la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita" L'art. 20 del medesimo D.Lgs. 231/2007, detta una serie di criteri elencati secondo un ordine gerarchico, in modo che i successivi siano applicabili solo nel caso in cui i primi risultino inutilizzabili.

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

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

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

Le LL.GG di che trattasi si segnalano tre criteri alternativi per l'individuazione del "Titolare effettivo":

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

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

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

| Misura n. 1   |  |   |
|---|--|---|
| Contratti pubblici PNRR   |  |   |
| Azione  |  |   |
| Previsione nel bando di gara di apposito format per i dati necessari per l'identificazione del Titolare effettivo e per dichiarare l'assenza di conflitto di interesse. |  |   |
| Risultato atteso/ indicatori  | Tempi di realizzazione Monitoraggio RPCT | Soggetto/ Struttura Responsabile        |
| Si/no   | Annuale                                  | Settore Provveditorato/ Settore Tecnico |

Riguardo alla individuazione di misure di prevenzione della corruzione riguardo ai contratti, la digitalizzazione costituisce misura di prevenzione della corruzione volta a garantire la trasparenza, tracciabilità, partecipazione e controllo di tutte le attività.

La qualificazione e la digitalizzazione costituiscono i pilastri del nuovo sistema e la loro effettiva piena attuazione velocizza l'affidamento e la realizzazione delle opere, riducendo i rischi di "maladministration" mediante l'individuazione di committenti pubblici dotati di adeguate capacità, esperienza e professionalità e tramite la maggiore trasparenza e tracciabilità delle procedure.

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

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

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

|  |
|--|
| <p><b>Misura</b></p> <p><b>Monitoraggio liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali</b></p> |
|--|

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

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

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

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

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

La misura individuata per l'anno 2024 è quindi sotto indicata:

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

- ✓ **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, ed analoghi i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione inerenti il ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto.

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

Al riguardo, la misura programmata è in via di perfezionamento.

Si è ritenuto quindi, di confermarla anche per il 2024:

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

✓ **Sponsorizzazioni**

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

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

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

Considerato quindi, la necessità di modificare il regolamento in atto vigente, anche in adeguamento alle indicazioni fornite dalla Direttiva dell'Assessorato della Salute 19302, si programma anche per l'anno 2024 la seguente misura specifica:

|               |
|---------------|
| <b>Misura</b> |
|---------------|

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

✓ **Sperimentazioni**

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

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

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

Per l’anno 2024 si ritiene, quindi, di adottare la seguente misura specifica:

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

✓ **Area di rischio : Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero**

| <b>Misura</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</b>   |  |  |
| <b>Azione</b>   |  |  |
| <b>Aggiornamento annuale degli elenchi delle ditte di onoranze funebri operanti nel territorio di Catania e Provincia, esposti presso l’obitorio di ciascun Presidio Ospedaliero, a seguito di sorteggio della lettera alfabetica</b> |  |  |

| iniziale                     |   |                                     |
|------------------------------|---|-------------------------------------|
| Risultato atteso/ indicatori | Tempi di realizzazione<br>Monitoraggio RPCT | Soggetto/ Struttura Responsabile    |
| Si/no                        | Annuale                                     | Direzioni Mediche di Presidio- RPCT |

✓ **Area di rischio n. 11: Covid 19**

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

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

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

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

✓ **Gestione donazioni e liberalità**

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

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

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

✓ **Procedure di reclutamento Covid-19**

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

Nelle precedenti annualità, sotto la spinta pandemica è stata individuata tale area rischio COVID 19, e per questo in A.T. sotto sezione “ Interventi straordinari e di emergenza” sono state realizzate le descritte pubblicazioni.

\*\*\*\*\*

---

### 2.3.6. COORDINAMENTO E MONITORAGGIO INTEGRATO

---

In linea con il PNA 2022 si è realizzata una “ cabina di regia” per il 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.

\*\*\*\*\*

## Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

### 3.1 Sottosezione di Programmazione: STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

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

A tal fine, l'ARNAS adotta l'organizzazione "dipartimentale" quale modello ordinario di gestione

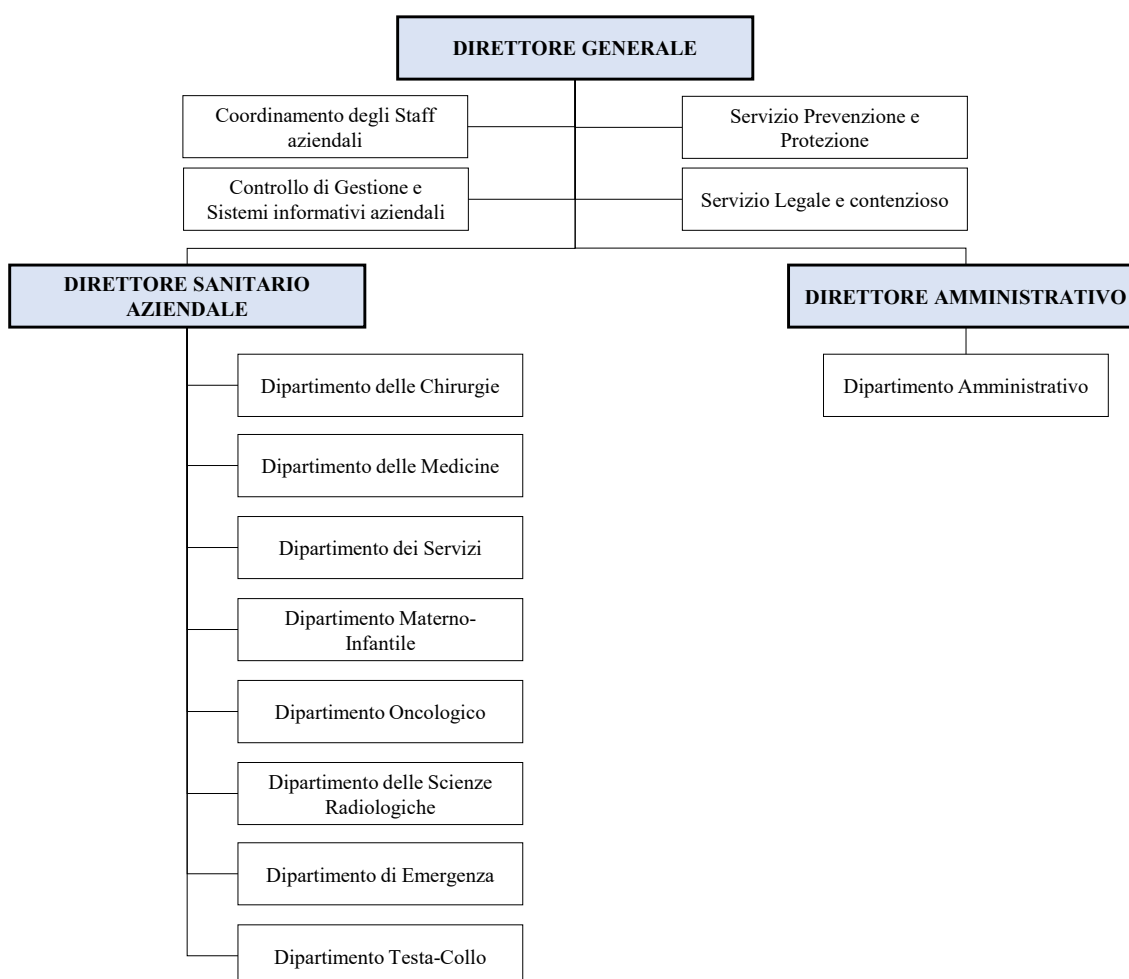
operativa di tutte le sue strutture, allo scopo di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali e di ricerca nonché una gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali. In relazione al citato modello organizzativo, la struttura complessiva dell'Azienda si articola in:

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

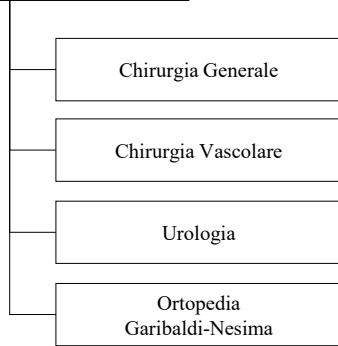
La composizione e l'articolazione di ciascun dipartimento, trovano puntuale descrizione nell'allegato 1, punto 1.1 dell'Atto Aziendale.

Nello svolgimento delle attività, mediante le proprie articolazioni, l'Azienda persegue il principio di separazione tra funzioni di programmazione, indirizzo e controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

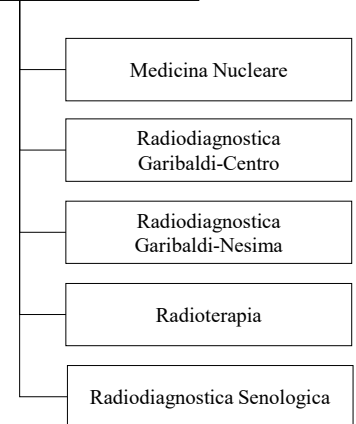
Di seguito l'organigramma aziendale:



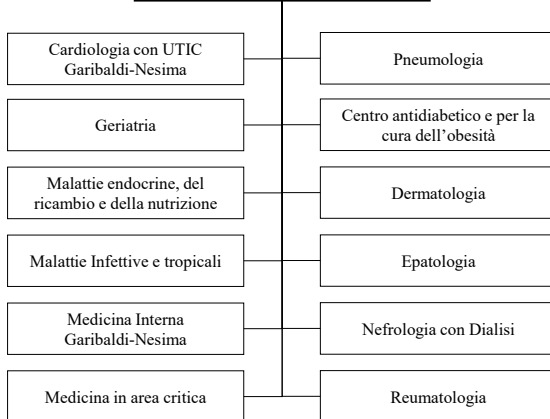
**DIPARTIMENTO DELLE CHIRURGIE**



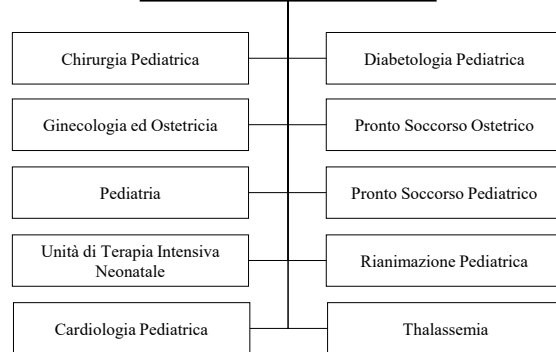
**DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE RADIOLOGICHE**



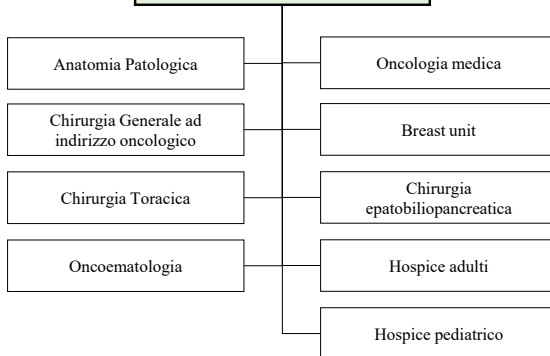
**DIPARTIMENTO DELLE MEDICINE**



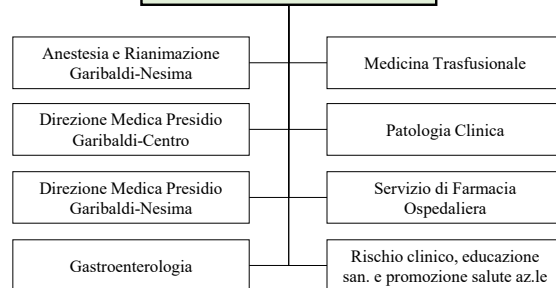
**DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE**

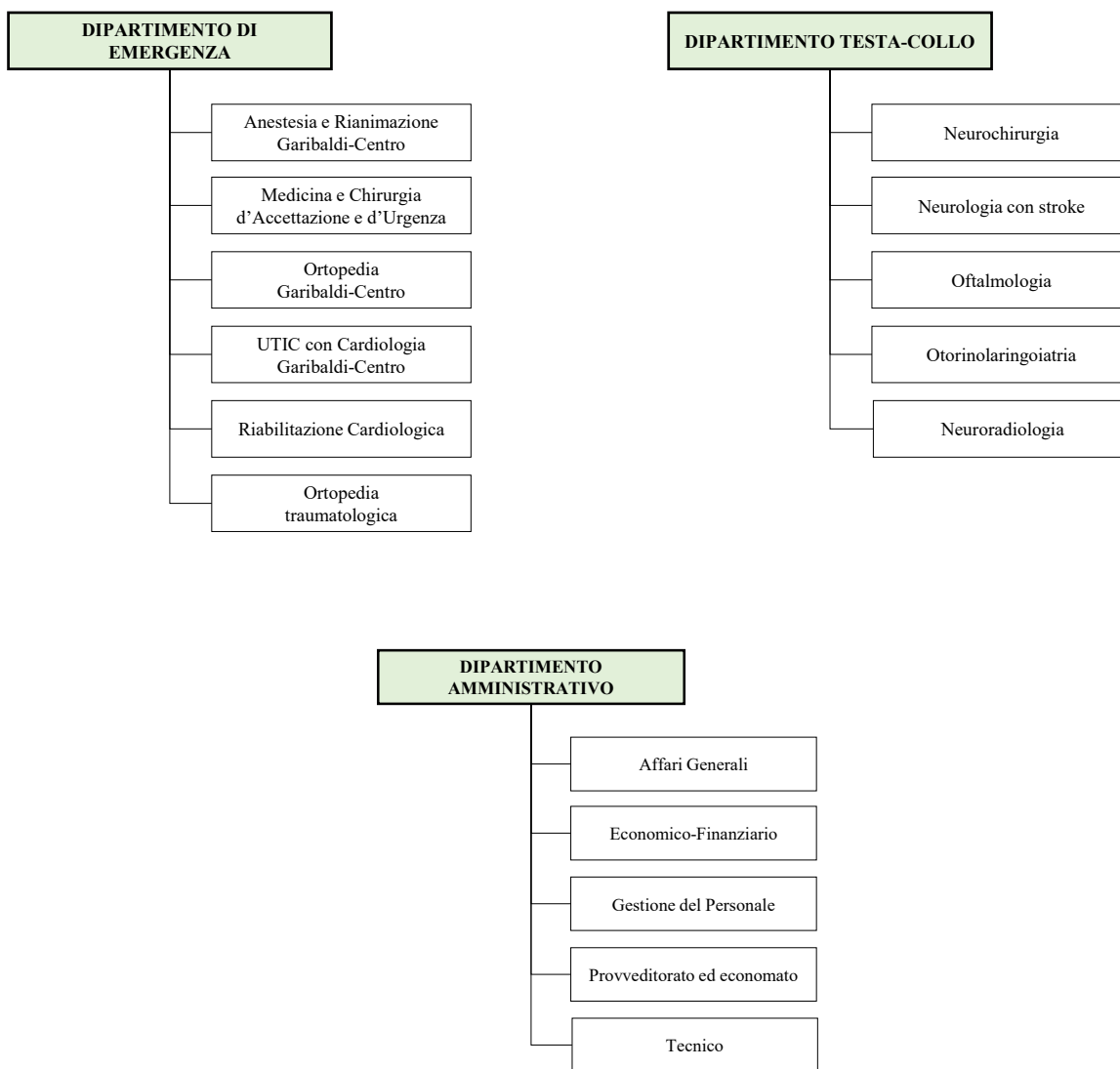


**DIPARTIMENTO ONCOLOGICO**



**DIPARTIMENTO DEI SERVIZI**





\*\*\*\*\*

### 3.1.1 LIVELLI DI RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVA

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

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

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

come esplicitati nel seguente prospetto che, con riferimento alla struttura organizzativa dell'Azienda, risulta sovrapponibile a quello già inserito nel P.I.A.O. precedente (2023-2025) anche se al momento di redazione dell'odierno documento risultano vacanti diverse posizioni fra quelle indicate:

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



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

\*\*\*\*\*

### 3.2 Sottosezione di Programmazione: ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Il sopravvenire della pandemia ha comportato nel lavoro pubblico la necessità di ricorrere alla modalità di svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza. Le Aziende sono state infatti costrette a considerare il lavoro agile come strumento per garantire - ai lavoratori che in relazione all'incarico svolto potevano avvalersene - di svolgere la propria prestazione lavorativa minimizzando il rischio di contagio (evitando gli spostamenti sui mezzi pubblici, gli

assembramenti nei luoghi di lavoro e consentendo un uso razionale del distanziamento sociale) e consentendo ai genitori di figli minori d'età di poter far fronte alla temporanea chiusura degli asili e delle scuole. Come noto, l' utilizzo di siffatta modalità di lavoro ha, comunque, assicurato la funzionalità della pubblica amministrazione nel suo complesso.

Il graduale risolversi del fenomeno pandemico ha dato poi luogo al " rientro in presenza" dei lavoratori, comportando una riduzione del ricorso all' utilizzo massivo del lavoro agile, che da strumento emergenziale si è riappropriato della sua reale natura di strumento organizzativo, regolato, per ciascun lavoratore, da accordi individuali che disciplinano obiettivi e modalità ad personam dello svolgimento della prestazione lavorativa.

Occorre, inoltre, porre in evidenza che, secondo le disposizioni normative vigenti, il lavoro agile è stato utilizzato anche come forma di tutela per i lavoratori fragili, prevedendo, per l'appunto, per tale categoria di dipendenti, lo svolgimento obbligatorio della prestazione lavorativa secondo la predetta modalità.

Il sistema attuale, infatti, caratterizzato da una disciplina contrattuale collettiva oramai consolidata ha fatto ritenere superata l'esigenza di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l' obbligatorietà del lavoro agile per i lavoratori che - solo nel periodo pandemico - sono stati individuati quali destinatari di una specifica tutela, lasciando prevalere l' esigenza e la necessità di garantire, ai lavoratori che documentino gravi e urgenti e non 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.

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce lo strumento per giungere ad una adeguata attuazione di tali necessità e si colloca, quindi, quale strumento di pianificazione ed attuazione del lavoro agile.

\*\*\*\*\*

#### ⇒ **Normativa di riferimento**

Il lavoro agile - disciplinato dalla Legge n. 81/2017 da ultimo modificata dalla Legge n. 122/2022 e precisamente dagli artt. da 18 a 23 - 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 Ministro 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.

La disciplina del lavoro agile nella fase emergenziale è stata affidata ad una serie di provvedimenti normativi che, in relazione alla prevedibile evoluzione della pandemia, hanno fissato le percentuali di dipendenti pubblici incaricati di svolgere le proprie prestazioni lavorative da remoto, disciplinato le modalità operative del lavoro agile e, più in generale, quelle relative alla organizzazione degli uffici in modo da assicurare adeguati livelli di performance.

In attuazione del Decreto del Ministero della Pubblica Amministrazione dell'08 Ottobre 2021 sono state adottate le relative 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.

Le suddette Linee Guida (Dicembre 2021) 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. 76-80.

Ricordando la fonte del lavoro agile nella legge n. 81/2017, ora applicabile anche ai dipendenti sanitari e non più ai soli autonomi, si stabilisce il principio che il lavoro agile è individuato dalle Aziende che possono attuarlo, sussistendo i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Lo scopo è duplice: conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa e favorire i dipendenti nei loro tempi di vita e di lavoro.

Il POLA (Piano Organizzativo per il Lavoro Agile) è il sistema utilizzato dall'azienda per pianificare ed attuare il lavoro agile ed è obbligatorio.

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, almeno 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 istituito l'Osservatorio nazionale del lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche così da monitorare l'avanzamento degli sforzi aziendali per raggiungere migliori obiettivi sul lavoro agile (art. 14, co.

1, legge 7 agosto 2015 n. 124).

Il Ministro della Pubblica Amministrazione ha infine definito, attraverso l'adozione di 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.

Da ultimo, con Direttiva del 29/12/2023, 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.

\*\*\*\*\*

---

### 3.2.1 OGGETTO ED AMBITO DI APPLICAZIONE

---

Il presente P.O.L.A. disciplina la fruizione della modalità lavorativa "lavoro agile" dell' A.r.n.a.s. 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 (2354 dipendenti al 31/12/2023).

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 (art .18 comma 3 bis L.81/2017).

\*\*\*\*\*

---

### 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 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 Marzo del 2020 ha fatto richiesta di lavorare in modalità agile, suddivisi per Area (sia della Dirigenza che del Comparto):

|                   | 31/12/2020 | 31/12/2021 | 31/12/2022 | 31/12/2023 |
|-------------------|------------|------------|------------|------------|
| Totale Dipendenti | 2000       | 2144       | 2118       | 2354       |

|   | 2020       | %          | 2021      | %           | 2022     | %           | 2023     | %           |
|---|------------|------------|-----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|
| Comparto                                | 90         | 4,5        | 17        | 0,79        | 3        | 0,14        | 1        | 0,04        |
| Dirigenza (Amm.-Tec.-<br>Professionali) | 9          | 0,45       | 1         | 0,05        | 0        | 0,00        | 0        | 0,00        |
| Dirigenza Sanitaria                     | 3          | 0,15       | 0         | 0,00        | 0        | 0,00        | 0        | 0,00        |
| <b>Totale</b>                           | <b>102</b> | <b>5,1</b> | <b>18</b> | <b>0,85</b> | <b>3</b> | <b>0,14</b> | <b>1</b> | <b>0,04</b> |

Nella fase acuta, il ricorso al lavoro agile ha costituito in larga parte uno strumento di prevenzione e autotutela in relazione all'espandersi della pandemia. La tipologia di personale maggiormente coinvolto nell'espletamento del lavoro agile è stata quella relativa al ruolo amministrativo, in ragione delle peculiarità delle attività di assistenza sanitaria erogate dall'Azienda Garibaldi che devono essere necessariamente fornite in presenza.

Dal secondo quadrimestre 2020 - tendenza confermata anche nel 2021 e 2022 e 2023 - con la progressiva riduzione del fenomeno epidemiologico, si è ritornati gradualmente al lavoro in presenza, privilegiando la relazione sociale ad una condizione lavorativa isolata.

#### Modalità Attuative

La normativa vigente in materia prevede che almeno il 15% dei dipendenti che svolgono attività

lavorative che possono essere svolte da remoto, possono fare ricorso al lavoro agile.

L'Azienda Garibaldi 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, 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, 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'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
  - 1) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
  - 2) le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
  - 3) 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.

\*\*\*\*\*

---

### **3.2.3 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. e 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 la parità di genere e l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- promuovere percorsi informativi e formativi;
- operare un monitoraggio mirato e costante, ponendo attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica in termini di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa.

\*\*\*\*\*

---

### 3.2.4 LE CONDIZIONI ABILITANTI E ACCESSO AL 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.**

- Il lavoratore, di norma, dev'essere fornito di idonea dotazione tecnologica.
- Per le attività da remoto dovranno utilizzarsi le postazioni di lavoro fornite dall'amministrazione, in grado di garantire la protezione delle risorse aziendali a cui il lavoratore deve accedere;
- L'amministrazione dovrà 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 dovrà 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, garantendo, 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.

#### ⇒ **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:

- a) durata dell' accordo , avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato ;
- b) 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;
- c) 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);
- d) 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;
- e) 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;
- f) 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 CCNL.

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 fruito.

#### ⇒ **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, inoltre, riguardare gli specifici profili relativi alla salute e la sicurezza per lo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori dell'ambiente di lavoro.

\*\*\*\*\*

---

### **3.2.5 LAVORO DA REMOTO**

---

L'Amministrazione potrà autorizzare il lavoro da remoto.

Diversamente dal lavoro agile, il lavoro da remoto può essere prestato anche 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'azienda, 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 accessono.

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' azienda 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.

\*\*\*\*\*

---

### **3.2.6 STATO DELL'ARTE**

---

La gestione delle misure emergenziali legate all' epidemia Covid-19 ha portato ad introdurre presso questa Azienda ospedaliera lo strumento del lavoro agile attraverso modalità semplificate.

Questa fase di sperimentazione generale ha rappresentato una utile base di partenza per lo sviluppo di una ulteriore fase, di tipo progettuale.

Allo stato attuale le condizioni necessarie e presupposte atte a consentire lo svolgimento del lavoro agile, nei limiti percentuali previsti dalla normativa in atto vigente, presso l'Azienda Garibaldi non sono riscontrabili, fatta eccezione per i "lavoratori fragili" e comunque per i lavoratori che documentino gravi, urgenti, situazioni di salute, personali e familiari non altrimenti conciliabili con lo svolgimento in presenza della prestazione lavorativa. In tali situazioni, infatti, l'azienda autorizza l'attività in modalità agile, anche, eventualmente, derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza.

\*\*\*\*\*

---

### **3.2.7 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE**

---

Premesso 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 poteri propositivi, consultivi e di verifica.*

Che tra le funzioni del CUG rientra la predisposizione del **Piano delle Azioni Positive**, finalizzato a :

- a) promuovere finalizzati a promuovere misure idonee a garantire lo sviluppo lavorativo e professionale;
- b) promuovere azioni positive, indagini, ricerche rivolte a favorire il benessere lavorativo ed individuare misure atte a creare effettive condizioni di parità fra i dipendenti;
- c) 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;
- d) 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;
- e) valutare fatti segnalati riguardanti azioni di discriminazione diretta ed indiretta e formulare proposte e misure per la rimozione delle cause determinanti;
- f) garantire adeguati flussi informativi e diffusione di conoscenze ed esperienze inerenti l’azione del CUG;
- g) garantire il pieno rispetto della parità di genere, relativa alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Che, inoltre, il CUG esercita **Poteri Consultivi** formulando pareri in tema di:

1. Progetti di riorganizzazione dell’Amministrazione di appartenenza, in riferimento alla riduzione delle disuguaglianze;
2. piani di formazione del personale, incentivando i temi della parità di trattamento;
3. piani triennali di fabbisogno del personale;
4. scelta dei criteri per la valutazione delle prestazioni lavorative del personale;
5. contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze;
6. modalità e termini di rendicontazione periodica da parte dell’U.O. Gestione Risorse Umane finalizzata alla verifica dell’effettiva presenza, in seno alle commissioni esaminatrici, della parità di genere e, soprattutto, che sia rispettata la parità di genere per gli incarichi di presidenza delle commissioni esaminatrici;

Che il CUG esercita **Poteri di Verifica** su:

- a. I risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
- b. gli esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;

- c. gli esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro (mobbing);
- d. 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.

In relazione alle superiori linee di azione, il CUG presenta la programmazione da sviluppare per il triennio 2024 - 2026 e comunque durante il proprio mandato, da intendersi quale Piano Triennale delle Azioni Positive 2024 - 2026.

Di seguito sono riportati in maniera schematica per ciascun gruppo di lavoro, di cui all'art. 7 del Regolamento approvato con deliberazione n. 250 del 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”<br><i>(referenti: dott.ssa Marta Carmen Agnello, Dott. Alfio Marchese)</i> |  |
|---|--|
| OBIETTIVI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere la cultura di contrasto al fenomeno del Mobbing</li> <li>• Implementate l'uso dello spazio CUG su INTRANET</li> </ul>  |
| AZIONI POSITIVE   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentazione di una proposta per il “<i>codice di condotta contro le molestie sessuali e contro il mobbing per la tutela della dignità sul lavoro delle lavoratrici e dei lavoratori sulla base dei principi derivanti dalle raccomandazioni europee</i>”;</li> <li>• Aggiornamento continuo del sito <i>internet</i> aziendale dedicato contenente tutte le informazioni sull'attività del CUG su materie di contrasto al Mobbing;</li> <li>• Gestione della casella di posta elettronica Istituzionale dedicata (<b>cug@arnasgaribaldi.it</b>), 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.</li> </ul> |
| SOGGETTO ATTUATORE  | Comitato Unico di Garanzia   |
| SOGGETTI INTERESSATI  | Tutti i dipendenti   |
| UFFICI COINVOLTI  | Comitato Unico di Garanzia e tutte le Unità Operative  |
| COSTI   | Nessun Onere Aggiuntivo  |
| TEMPI DI ATTUAZIONE   | 2024 -2026   |

| <b>GRUPPO DI LAVORO "CONTRO LE DISCRIMINAZIONI E PER LE PARI OPPORTUNITA'</b><br><i>(referenti: Dott.ssa Giuseppa Russo, Dott.sse Giuseppina Ardizzone e Simona Marino)</i> |   |
|---|---|
| OBIETTIVI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica e riduzione dell'eventuale esistenza di discriminazioni, dirette e/o indirette sulle disabilità;</li> <li>• Promozione delle pari opportunità tra i dipendenti in merito ai percorsi di carriera</li> </ul> |
| AZIONI POSITIVE   | Proposta di possibili soluzioni (es. previsione di percorsi di reinserimento per il personale che rientra in servizio dopo lunghi periodi di assenza per maternità, malattia, assistenza o cura.)   |
| SOGGETTO<br>ATTUATORE   | Comitato Unico di Garanzia  |
| SOGGETTI<br>INTERESSATI   | Tutti i dipendenti  |
| UFFICI COINVOLTI  | Direzione Sanitaria, U .O.C. Gestione Risorse Umane, Direzioni Mediche di Presidio  |
| COSTI   | Nessun Onere Aggiuntivo   |
| Tempi di Attuazione   | 2024 - 2026   |



| <b>GRUPPO DI LAVORO</b><br><b>”RILEVAZIONE E RIMOZIONE DEGLI EVENTUALI OSTACOLI AL BENESSERE ORGANIZZATIVO”</b><br><i>(Referenti: dott.ssa Gabriella Buffardecì e dott. Salvatore Asero)</i> |  |
|--|--|
| <b>OBIETTIVI</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• Garantire adeguato sostegno al fine di prevenire e gestire con modalità tempestive gli effetti negativi derivanti da comportamenti ed atteggiamenti molesti (fisici o psichici) in danno dei dipendenti dell'Ente.</li> </ul>   |
| <b>AZIONI POSITIVE</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere l'applicazione delle buone norme di comportamento derivanti da codici di condotta volti contro le violenze e le discriminazioni;</li> <li>• 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 (partime, flessibilità oraria, ecc.), nonché promuovere modelli organizzativi volti al benessere ed alla sicurezza dei lavoratori;</li> <li>• 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 posta elettronica dedicata.</li> <li>• Predisposizione e diffusione di materiale Informativo, anche cartaceo (opuscoli, sito web, app, box postale nei presidi per le comunicazioni anonime, ecc.);</li> <li>• Promozione e diffusione di iniziative volte alla adozione di stili di vita corretti quali, ad esempio, la creazione di gruppi di cammino aziendali, gruppi di cammino aziendali, progetti di educazione alla salute, lotta al tabagismo, ecc.;</li> <li>• Promozione dell'utilizzo di mezzi di trasporto alternativi all'auto nei percorsi casa lavoro, anche al fine di ridurre infortuni in itinere;</li> <li>• Promuovere l'inserimento del clima organizzativo e del benessere lavorativo tra gli elementi di valutazione degli incarichi gestionali, sanitari ed amministrativi;</li> <li>• Promuovere le segnalazioni per contrastare il disagio e le</li> </ul> |



|                      |  |
|----------------------|--|
| SOGGETTO ATTUATORE   | aggressioni agli operatori.<br><br>Comitato Unico di Garanzia  |
| SOGGETTI INTERESSATI | Tutti i Dipendenti   |
| UFFICI COINVOLTI     | Struttura Tecnica Permanente, Direzione Sanitaria, U.O. Comunicazione, U.O. Formazione, RSPP, SIA, Medico Competente |
| COSTI                | Nessun Onere Aggiuntivo  |
| Tempi di Attuazione  | 2024 - 2026  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>GRUPPO DI LAVORO</b></p> <p><b>"RISPETTO DELLA PARITA' DI GENERE NELLE COMMISSIONI DI CONCORSO PER IL RECLUTAMENTO DI PERSONALE O NELLE SELEZIONI INTERNE"</b></p> <p><i>(referenti: dott. Alfio Marchese e dott.ssa Simona Marino)</i></p> |  |
| OBIETTIVI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire la parità di genere nelle commissioni di concorso, sia di reclutamento di personale esterno che nelle selezioni interne per la verticalizzazione di personale;</li> <li>• Incentivare la prassi di Individuare e nominare componenti delle Commissioni, scegliendo in maniera paritaria fra i due generi;</li> <li>• Garantire un monitoraggio periodico all'organo di vertice ed ai direttori delle U.U.O.O. interessate, al fine di porre la loro attenzione del rispetto del principio di parità.</li> </ul> |

|                      |   |
|----------------------|---|
| AZIONI POSITIVE      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorare, attraverso rendicontazione periodiche (semestrali) fatte alle UU. OO. interessate, la presenza effettiva e paritaria dei due generi quali componenti delle commissioni esaminatrici dei concorsi esterni e delle selezioni interne.</li> <li>• Acquisire, per lo stesso periodo, il numero distribuito per genere dei presidenti delle commissioni esaminatrici dei concorsi per esterni e delle selezioni interne, al fine di verificare una uguale distribuzione, per genere del suddetto incarico.</li> <li>• Pubblicare nello spazio intranet aziendale, dedicato alla parità di genere, il risultato delle verifiche effettuate;</li> <li>• Comunicare alle UU.OO. interessate il risultato parziale, entro il primo semestre, al fine di creare una proiezione delle nomine e di garantire la possibilità della realizzazione delle pari opportunità entro l'annualità osservata.</li> </ul> |
| SOGGETTO ATTUATORE   | Comitato Unico di Garanzia  |
| SOGGETTI INTERESSATI | Tutti i dipendenti ed i componenti esterni delle commissioni esaminatrici dei concorsi  |
| UFFICI COINVOLTI     | U.O.C. Gestione Risorse Umane — le UU.OO. impegnate nelle selezioni di personale.   |
| COSTI                | Nessun Onere Aggiuntivo   |
| TEMPI DI ATTUAZIONE  | 2024 - 2026   |

\*\*\*\*\*

### 3.3 Sottosezione di Programmazione: PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'Azienda Garibaldi, con deliberazione n. 294 del 28.02.2022, ha adottato il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022 - 2024 (visionabile all'Albo Pretorio on line dell'Azienda, al

seguinte link - (<https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=14393>) aggiornato con il successivo provvedimento 1281 del 12.10.2022 (<https://www.ao-garibaldi.ct.it/albo-pretorio/dettaglio.aspx?atto=15510>) . Quindi, con deliberazione n. 1614 del 30.12.2022 (<https://www.ao-garibaldi.ct.it/repository/albo-pretorio/allegati/2022/Docs15884/Delibera%20n.%201614%20del%2030-12-2022.pdf>),

l’Azienda ha ulteriormente aggiornato il Piano triennale in questione, assumendo contestualmente, lo stralcio del Piano relativo al triennio 2023-2025.

Con deliberazione n. 588 del 30.05.2023 (<https://www.ao-garibaldi.ct.it/repository/albo-pretorio/allegati/2023/Docs16545/Delibera%20n.%20588%20del%2030-05-2023.pdf>) si è provveduto all’aggiornamento del Piano triennale del fabbisogno di personale 2023-2025, sulla base delle direttive assessoriali 24514 / 2023 e 30060 / 2023. Lo stesso Piano è stato successivamente modificato con deliberazione 918 del 31.08.2023 (<https://www.ao-garibaldi.ct.it/repository/albo-pretorio/allegati/2023/Docs16913/Delibera%20n.%20918%20del%2031-08-2023.pdf>) , sulla scorta della nota assessoriale 43887 del 04.08.2023, avente particolare riguardo alle procedure di stabilizzazione del personale precario.

Ad oggi è in corso l’attività finalizzata agli ulteriori aggiornamenti, per il triennio 2024 – 2026; attività che ha subito un qualche rallentamento dovuto al particolare periodo di transizione.

Per il resto, quindi, si rimanda alla programmazione, ad ogni elemento ed informazione relativa contenuti nel PIAO 2023-2025, al seguente indirizzo: <https://www.ao-garibaldi.ct.it/repository/AmministrazioneTrasparente/allegati/Docs1446/P.I.A.O.%202023-2025.pdf>

#### ⇒ 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 2021/2023:

| Andamento Personale in servizio |                      |              |
|---------------------------------|----------------------|--------------|
| Anno                            | Categoria            | Totale       |
| 2021                            | Dirigenti Medici     | 513          |
|                                 | Dirigenti non Medici | 52           |
|                                 | Comparto             | 1.482        |
|                                 | <b>Tot.</b>          | <b>2.047</b> |
| 2022                            | Dirigenti Medici     | 538          |
|                                 | Dirigenti non Medici | 52           |
|                                 | Comparto             | 1.527        |
|                                 | <b>Tot.</b>          | <b>2.117</b> |
| 2023                            | Dirigenti Medici     | 584          |

|  |                      |              |
|--|----------------------|--------------|
|  | Dirigenti non Medici | 52           |
|  | Comparto             | 1.718        |
|  | <b>Tot.</b>          | <b>2.354</b> |

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

A seguire, il dettaglio del personale in servizio al 31/12/2023 per rapporto di lavoro e per tipologia di ruolo e profilo:

|                                    |                          |              |
|------------------------------------|--------------------------|--------------|
| <b>Personale al<br/>31/12/2023</b> | Tempo Indeterminato      | 2.193        |
|                                    | Tempo Determinato        | 161          |
|                                    | <b>Totale dipendenti</b> | <b>2.354</b> |

|                                |   |              |
|--------------------------------|---|--------------|
| <b>Personale al 31/12/2023</b> | Dirigenza Medica Tempo Indeterminato    | 559          |
|                                | Dirigenza Sanitaria Tempo Indeterminato | 32           |
|                                | Dirigenza PTA Tempo Indeterminato       | 19           |
|                                | Comparto Tempo Indeterminato            | 1583         |
|                                | <b>TOTALE TEMPO INDETERMINATO</b>       | <b>2.193</b> |
|                                | Dirigenza Medica Tempo Determinato      | 25           |
|                                | Dirigenza Sanitaria Tempo Determinato   | 1            |
|                                | Dirigenza PTA Tempo Determinato         | 0            |

|  |                                 |              |
|--|---------------------------------|--------------|
|  | Comparto Tempo Determinato      | 135          |
|  | <b>TOTALE TEMPO DETERMINATO</b> | <b>161</b>   |
|  | <b>TOTALE DIPENDENTI</b>        | <b>2.354</b> |

Alla luce dell'incremento riportato alla data del 31/12/2023, si nota che la crescita in tale valore è dovuta più che altro all'aumento del personale assunto, anche a seguito delle procedure di stabilizzazione adottate da questa Azienda, a tempo indeterminato.

\*\*\*\*\*

---

### 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;
- ✓ Progressioni Economiche Verticali.

\*\*\*\*\*

---

### **3.3.2 FORMAZIONE DEL PERSONALE E RILEVAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI**

---

L'Arnas Garibaldi, si presenta oggi come un'Azienda Sanitaria rinnovata, sia per quanto riguarda le risorse umane e le tecnologie utilizzate, che per la recente costruzione del nuovo edificio destinato al Pronto Soccorso.

A seguito di numerosi collocamenti in quiescenza, sono state effettuate altrettanto numerose assunzioni di personale giovane e motivato, che unitamente all'esperienza dei dipendenti con maggiore anzianità di servizio, ha innescato un cambiamento positivo e visibile.

Analogo rinnovamento è in atto sia nelle tecnologie informatiche che nella dotazione di nuove attrezzature non invasive e tecnologicamente avanzate, come il nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), il sistema di prenotazione (CUP) e l'implementazione della chirurgia robotica.

In tale contesto in continua trasformazione, la Formazione supporta e consolida il cambiamento.

#### **⇒ Le Strategie Aziendali**

Una prima linea di indirizzo aziendale, a completamento dell'impegno che ha portato al trasferimento di reparti e personale nel nuovo pronto soccorso generale, riguarda il potenziamento della formazione nel campo della Emergenza-Urgenza, al fine di collocare l'Arnas Garibaldi tra i maggiori punti di riferimento nel territorio.

Analogamente, a fronte del reclutamento aziendale di nuove risorse umane, si rende necessaria la contemporanea costruzione di percorsi di carriera - anche tramite la formazione- in continuità con il curriculum e il ruolo ricoperto nell'organizzazione. All'investimento sulla formazione delle risorse umane si affianca la necessità della formazione riguardo il corretto utilizzo delle nuove

attrezzature, in particolare nel campo della chirurgia robotica, che permette minore invasività e maggiore precisione, a beneficio del paziente.

Come di consueto, particolare attenzione, nel campo della formazione, viene dedicata allo sviluppo delle competenze relazionali, indispensabili per ogni azienda sanitaria, e alle competenze manageriali, di particolare rilievo per la dirigenza sanitaria e amministrativa.

In ottemperanza agli indirizzi nazionali e regionali, infine, la formazione dell'Arnas Garibaldi si allinea alle attività da realizzare in conformità alle disposizioni di legge, tramite l'attività formativa programmata dalle rispettive Unità Operative dedicate: i vari tipi di rischio collegati alla sicurezza dei lavoratori, la prevenzione della corruzione, la privacy e la sicurezza dei dati, la Medicina di Genere, il contrasto alle infezioni ospedaliere.

#### ⇒ **La rilevazione dei bisogni formativi**

La rilevazione dei bisogni formativi è stata avviata formalmente nell'ultimo trimestre dell'anno 2023, con nota n. 503 del 27 ottobre 2023, inviata ai Direttori di Unità Operativa e ai Direttori di Dipartimento. A questi ultimi è stato dato mandato di coordinare la gestione integrata e coerente delle proposte formative, anche utilizzando i comitati di dipartimento, al cui interno sono rappresentate sia le professioni che le unità operative afferenti. Il processo di ricezione delle proposte è stato gestito in maniera informatizzata. Come di consueto, alla progettazione breve ricevuta durante la rilevazione dei bisogni di formazione, seguirà la progettazione dettagliata delle varie attività formative da parte dei responsabili scientifici, con il supporto della U.O.S. Formazione.

#### ⇒ **Le metodologie previste.**

Come indicato in sede di rilevazione dei bisogni formativi, vengono previste con sempre maggiore frequenza metodologie di formazione miste, sia con attività didattica in aula che tramite esercitazioni sul campo, che meglio garantiscono il ritorno delle competenze acquisite sull'attività lavorativa quotidiana. Presso l'Arnas Garibaldi è ormai consuetudine la formazione sul campo, accreditata ecm e realizzata tramite gruppi di miglioramento tra pari, focalizzati sul percorso diagnostico terapeutico per patologia.

Nelle attività d'aula, inoltre, sempre più spesso viene utilizzata la videoconferenza, che consente la disponibilità alla docenza da parte di relatori di chiara fama, con minore dispendio di risorse.

#### ⇒ **Il Piano Formativo – Le priorità**

Dal prospetto sinottico allegato, si evincono gli obiettivi guida per ciascun dipartimento e l'integrazione degli stessi con le linee di indirizzo della direzione strategica.

✓ **Area Emergenza-Urgenza**

In parallelo alla apertura del nuovo Pronto Soccorso Generale, l'Arnas Garibaldi si sta dotando di gruppi di istruttori interni e certificati, tramite i quali iniziare un percorso che porti alla costituzione di un centro autonomo e qualificato di Formazione nel campo dell'emergenza urgenza, di base e avanzata, in particolare per quanto riguarda i corsi BLS-D, ACLS e Triage.

Tramite la formazione del personale, presso il dipartimento di emergenza, viene consolidata la cultura della donazione, che registra la costante collaborazione, sia tra le Unità Operative coinvolte nel processo che con i referenti regionali e l'ISMETT di Palermo.

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

✓ **Area Materno Infantile**

L'obiettivo della formazione di qualità nel campo dell'emergenza urgenza trova corrispondenza nella contemporanea attenzione dell'area materno infantile alla formazione sulla gestione delle Urgenze e del Triage in P.S. ostetrico, nonché in tema di PBLSD e Triage pediatrico. Le attività formative programmate in tal senso, completano la gestione dell'emergenza, allargandola all'ostetricia e ai piccoli pazienti.

Analogamente, un cospicuo investimento viene fatto per la formazione in chirurgia robotica pediatrica, che riassume in sé varie specializzazioni, maggiormente separate per disciplina nella chirurgia destinata agli adulti.

Una ulteriore priorità dell'area materno infantile riguarda la continuità assistenziale ospedale – territorio, realizzata tramite diverse iniziative formative destinate ai pediatri di libera scelta: pblsd condivisione di casi clinici e pdta

Quale obiettivo formativo importante del dipartimento e in particolare della U.O.C. di Neonatologia, ricordiamo la promozione dell'allattamento al seno, tramite la formazione di personale interno ed esterno all'Arnas Garibaldi.

Infine, la formazione trasversale dedicata alla comunicazione efficace, volta al miglioramento continuo del clima lavorativo.

✓ **Dipartimento delle Medicine:**

La formazione del Dipartimento delle Medicine è caratterizzata dalla presenza di vari Gruppi di miglioramento tra pari organizzati per patologia: il pdta del carcinoma tiroideo, il gruppo multidisciplinare sull'obesità, il GOM sui tumori primitivi del fegato, gli incontri di medicina interna finalizzati alla creazione della rete delle differenti intensità di cura.



La formazione trasversale alle discipline, alle professioni e alle unità operative riguarda, invece, la cura del paziente anziano e la comunicazione in team e con il paziente.

✓ **Area Oncologica**

Viene privilegiata la formazione sul campo realizzata tramite gruppo di miglioramento tra pari, nonché la comunicazione in team e con il paziente.

Le attività formative riguardano: il GOM ematologico, che coinvolge numerose unità operative trasversali ai dipartimenti; due iniziative sulla comunicazione, la prima riguardante la gestione dei conflitti e il miglioramento del clima lavorativo, la seconda sulla comunicazione e il counseling in oncologia.

✓ **Dipartimento Servizi**

Il Dipartimento è caratterizzato dalla formazione proposta da Unità Operative che si occupano trasversalmente di funzioni e obiettivi aziendali: il rischio clinico, la medicina trasfusionale e l'anestesia rianimazione/blocco operatorio del P.O. Nesima.

Si individuano, pertanto, tre filoni tematici:

La formazione sul rischio clinico che prevede sia la formazione avanzata destinata ai referenti di tutte le UU.OO. aziendali, sia l'organizzazione di singoli corsi focalizzati su temi specifici quali: la medicina di genere, le raccomandazioni ministeriali, la documentazione sanitaria e le cadute in ospedale. Particolare attenzione, unitamente alla Direzione Sanitaria Aziendale, viene dedicata alle infezioni correlate all'assistenza.

La medicina trasfusionale punta alla sicurezza trasfusionale, all'aggiornamento delle competenze del personale SIMT e delle unità di raccolta, alla padronanza dei requisiti necessari per l'accreditamento regionale, unitamente a temi specifici del servizio trasfusionale.

L'U.O.C. Anestesia Rianimazione e il Blocco Operatorio del P.O. Nesima si preparano alle competenze necessarie per effettuare gli interventi tramite chirurgia robotica.

✓ **Autoformazione**

Anche per il 2024, viene sottoposto all'approvazione il rinnovo dell'abbonamento alla Piattaforma di supporto alle decisioni cliniche UpToDate € 27.726,00 (RIF. anno 2023)

✓ **Le risorse a disposizione**

Le risorse economiche proposte ammontano a € 250.000,00 e verranno utilizzate per l'organizzazione dei corsi in house, per gli invii in comando presso terzi e per l'autoformazione.

⇒ **Principali Riferimenti Normativi**

D.Lgs n. 502/92 e s.m.e.i. art. 16 "Formazione"

- Accordo Stato Regioni 1 agosto 2007 "Riordino del sistema di formazione continua in medicina"
- Accordo Stato Regioni 5 novembre 2009 "Nuovo Sistema di formazione continua in medicina"
- D.A. 1465 del 28.05.10 "Recepimento ed adozione dei contenuti dell'Intesa 25.03.09 e degli accordi Stato Regioni 01.08.07 e 05.11.09, sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni";
- Decreto 3120 del 16.12.10 che individua i componenti della Commissione Regionale per la Formazione Continua
- Decreto 278 del 18.02.11 Approvazione della convenzione tra Agenas e la Regione Siciliana finalizzata all'accreditamento in via sperimentale degli eventi e dei progetti formativi aziendali, nonché dei provider per l'erogazione della formazione in ambito regionale;
- D.A. 1050/2011 "Linee guida per il riordino del sistema siciliano di formazione continua in medicina (ECM);
- D.A. 1051/2011 "Determinazione contributi provider";
- D.A. 1771 del 07.09.12 "Approvazione dell'assetto organizzativo delle Unità Operative per la Formazione nelle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana e relative linee guida";
- D.A. 10.02.16 Approvazione del documento recante "Direttive sulla implementazione del Sistema Regionale della Formazione".
- Accordo Stato Regioni 02.02.17 "La Formazione Continua nel Settore Salute
- D.A. 11 ottobre 2017 "Ricostituzione della Commissione Regionale per la Formazione Continua"
- 01.01.2019 Agenas Commissione Nazionale per la Formazione Continua "Manuale Nazionale di Accredimento per l'erogazione di eventi ECM"
- 01.01.2019 Agenas Commissione Nazionale per la Formazione Continua "Manuale sulla Formazione Continua del Professionista Sanitario"

\*\*\*\*\*

⇒ **A seguire la descrizione della programmazione degli event formativi.**

**DIREZIONE STRATEGICA E STAFF**

DIREZIONE GENERALE

Finanziamento L. 135 / 90

Corsi L. 135 / 90 AIDS (arnas Garibaldi capofila per le aziende della provincia di ct e siracusa)

Obiettivo: aggiornamenti per gli operatori di malattie infettive come da finanziamento approvato

Destinatari : operatori malattie infettive asp ct , cannizzaro ct, policlinico ct , siracusa

Docenti: interni ed esterni

Data e durata: 36 ore per ciascun operatore durante l'anno

Resp.le Scientifico: prof. Cacopardo

### ANTICORRUZIONE

#### **Aspetti etici della prevenzione della corruzione**

Obiettivo: prevenzione della corruzione ed etica pubblica

Destinatari : tutto il personale interno

Docenti: esterni

Data e durata: novembre

Resp.le Scientifico: dr.ssa M.L. Grasso

Comandi RPCT e collaboratori

Dr.ssa M. L. Grasso e dr.ssa A. Scalia, comando per corso sul tema "prevenzione della corruzione".

Ente e spesa da definire

### PREVENZIONE E PROTEZIONE

- La movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti ospedalizzati

Obiettivo: autovalutare la postura, movimentazione pazienti, movimentazione carichi

Destinatari : 35 partecipanti del ruolo sanitario

Docenti: Ing. Acquaviva, dr. D'Agati, dr. Motta, dr.ssa Pedotti

Data e durata: 2 edizioni, 21 aprile e 16 giugno

Resp.le Scientifico: RSPP Acquaviva, ASPP dr. F. Scibilia

- Sicurezza per il personale sanitario

Obiettivo: sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate

Destinatari: 35 interni ruolo sanitario

Docenti: Ing. Acquaviva, ing. Aulico, dr.ssa Evola, dr. D'Agati, dr. Motta

Data e durata: 29 marzo; 7 giugno

Resp.le Scientifico: Ing. Acquaviva, dr. Scibilia

- Il Rischio Biologico da agenti biologici in ospedale

Obiettivo: rischi da esposizione professionale ad agenti biologici

Destinatari : 35 partecipanti interni

Docenti Ing. Acquaviva, dr. Motta/dr. D'Agati, dr. De Maria La Rosa

Data e durata: 6 ore , varie edizioni

Resp.le Scientifico: Ing. Acquaviva, dr. F. Scibilia

- Aggiornamento per il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (aula)

Obiettivo: aggiornare i RLS sulla gestione della sicurezza negli ambienti di lavoro e sui rischi presenti

Destinatari : Responsabili per la Sicurezza dei Lavoratori (RLS)

Docenti: RSPP Acquaviva, dr. Motta/dr. D'Agati, dr.ssa Marilli, dr.ssa Barone Tonghi, dr. Sardina, dr.ssa Mongelli, dr.ssa Valastro Ing. Aulico

Data e durata: 9 e 10 maggio

Resp.le Scientifico: RSPP Acquaviva, ASPP dr. F. Scibilia

- Corso per dirigenti di 16 ore ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs. 81/08

Obiettivo: corso obbligatorio sulla sicurezza per dirigenti

Destinatari : dirigenti interni

Docenti: esterni

Data e durata: 16 ore

Resp.le Scientifico: Ing. Acquaviva

- Corso per addetti antincendio

Obiettivo: idoneità tecnica addetto antincendio in attività di livello 3, rischio elevato

Destinatari : partecipanti interni di tutte le qualifiche

Docenti: Vigili del Fuoco Catania

Data e durata: settemre- dicembre

Resp.le Scientifico: Ing. Acquaviva

#### DIREZIONE AMMINISTRATIVA

⇒ SETTORE AFFARI GENERALI

- Le possibilità di finanziamento tramite i fondi europei

Destinatari : responsabili di struttura sanitari e amministrativi, interni

Docenti: interni ed esterni

Data e durata: 2 giorni

Resp.le Scientifico: dr. A. Marchese

Comandi settore AA.GG.

Dr.ssa F. Cassarino, dr.ssa M.L. Grasso, dr. A. Marchese presso Università La Sapienza- Roma, secondo semestre, corso di alta formazione in Europrogettazione.

Dr.ssa F. Cassarino, dr.ssa M.L. Grasso, dr. A. Marchese presso Ente da definire, secondo semestre, Lingua Inglese livello B1.

Dr.ssa L. Vinci, dr.ssa E. Riggi, sig. M. Castiglione, dr.ssa M.L. Grasso, presso Formel, art. 53 del D.Lgs. 165/2001, videoconferenza.

Dr.ssa C. Agnello, dr.ssa E. Riggi, dr.ssa F. Basile, dr.ssa M.L. Grasso,, presso Formel, convenzioni, videoconferenza, aprile.

#### ⇒ SERVIZIO LEGALE E CONTENZIOSO

Comandi

Dr.ssa Elisa Landi, comando per corso "Management delle Aziende Sanitarie", organizzato da UniPegaso, modalità e-learning, annuale.

Dr.ssa Giorgia Fallica, comando per corso "Management delle Aziende Sanitarie", organizzato da UniPegaso, modalità e-learning, annuale.

#### ⇒ SETTORE TECNICO

Comandi

Project Management (2 dipendenti); Progettazione di impianti elettrici, termici, idraulici, di distribuzione gas medicali e progettazione di strutture (6 dipendenti); Prevenzione incendi (3 tecnici); Norma EN ISO 7396-1 (3 tecnici); Gestione e Conduzione delle gare d'appalto (6 tecnici e amministrativi); Gestione banche dati per la conduzione di contratti pubblici (6 dipendenti); BIM (3 dipendenti) – Spesa ed enti da definire

#### ⇒ U.O.S. INTERNAZIONALIZZAZIONE E RICERCA SANITARIA, GESTIONE FONDI PSN, POLITICHE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI

- Il Reclutamento del personale in sanità e le procedure speciali

Obiettivo: le nuove frontiere della contrattualizzazione con casistica concreta

Destinatari : 60

Docenti: interni ed esterni

Data e durata: marzo, 2 giorni

Resp.le Scientifico: Dr. Sorelli, dr.ssa Fiorile

Comandi

Dr. F. Sberna, Università Telematica Pegaso, videoconferenza, Master di II livello in Management delle Aziende Sanitarie.

Dr. A. Fichera, videoconferenza, ITIL 4 Supporting professionals & organization on their journey to digital transformation.

**DIREZIONE SANITARIA**

- Le buone pratiche evidence based per la prevenzione delle ICA

Obiettivo: prevenzione e controllo del rischio infettivo

Destinatari 35 operatori interni, sanitari e tecnici coinvolti nelle attività assistenziali

Docenti: dr.ssa Palermo, dr.ssa Zirone, dr.ssa Putrino, dr.ssa Arcidiacono, dr.ssa Ensabella, dr.ssa Tosti, dr.ssa Manciangli, dr. Laudani

Data e durata: 6 edizioni di 6 ore ciascuna

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo, dr.ssa R. Palermo

Igiene ambientale e gestione germi multiresistenti: gli interventi imprescindibili

Obiettivo: prevenzione del rischio dovuto alla contaminazione delle superfici

Destinatari : 35 operatori interni, sanitari e tecnici coinvolti nelle attività assistenziali

Docenti: dr.ssa Palermo, dr.ssa Pittella, dr.ssa Di Naso, dr.ssa Zirone, dr. Chiovè

Data e durata: 6 ore, 2 edizioni

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo, dr.ssa R. Palermo

⇒ DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CENTRO

- Tecniche di comunicazione: il front office

Obiettivo aggiornare il personale addetto al front office

Destinatari : personale front office

Docenti: interni ed esterni

Data e durata secondo trimestre, 5 giorni

Resp.le Scientifico: dirigente psicologo interno

- Adempimenti del dir. medico al decesso del paziente: cartella clinica, scheda ISTAT, accertamento morte

Obiettivo appropriatezza della documentazione sanitaria

Destinatari : 50

Docenti: interni

Data e durata 5 giorni

Resp.le Scientifico: Dr. Sebastiano De Maria

⇒ FISICA SANITARIA

- Standard di sicurezza e impiego per le apparecchiature a risonanza magnetica (aula)

Obiettivo sicurezza dei lavoratori in RM e obbligo di formazione

Destinatari : 35 partecipanti per edizione, personale autorizzato all'ingresso ai siti RM dell'azienda

Docenti: 7

Data e durata , 6 ore, 2 edizioni

Resp.le Scientifico: dr. ssa Marilli

- Formazione dei lavoratori in materia di radioprotezione del lavoratore e del paziente (ai sensi del D.lgs. 101/2020 (aula)

Obiettivo formazione obbligatoria ai sensi del D.lgs. 101/2020

Destinatari: 35 partecipanti per edizione, operatori sanitari esposti alle radiazioni ionizzanti

Docenti: 7 interni

Data e durata: 6 ore

Resp.le Scientifico: dr. ssa Marilli

Comandi Fisica Sanitaria

Dr.ssa L. Barone Tonghi ANPEQ Accademia di Radioprotezione, Milano, marzo, qualificazione EDR come docente formatore.

Dr.ssa O. Marilli, AIFM Scuola Superiore di Fisica in Medicina, Firenze, febbraio.

Dr.ssa Mongelli, Pianificazione e verifica dosimetrica nelle terapie di medicina nucleare, Verona, aprile.

Dr. D. Sardina, comando presso AIFM, l'esperto responsabile della sicurezza in RM, Torino, novembre.

Dr.ssa L. Valastro, comando presso AIFM Scuola Superiore di Fisica in Medicina, Pesaro, novembre 2024.

⇒ CORSI DI RIQUALIFICAZIONE IN OPERATORE SOCIO SANITARIO

- Obiettivo riqualificazione personale ASSS interno

Destinatari: inseriti in graduatoria aziendale

Docenti: interni

Data e durata: 450 ore di teoria e 600 di tirocinio pratico

Resp.le Scientifico: dr.ssa G. Manciangli

STAFF

⇒ U.O.S. ENERGY MANAGEMENT

Comandi

Ing. A. Amico, Università Telematica Pegaso, videoconferenza, Master di II livello in Management delle Aziende Sanitarie.

⇒ U.O.S. FORMAZIONE

Comandi

2 dipendenti – Cerimas, Università Cattolica del Sacro Cuore- Community of Practice per Esperti di Formazione e sviluppo organizzativo, 21 marzo, 7 maggio, 12 novembre- on line e in presenza.

1 dipendente – Gimbe, in presenza, La formazione continua nelle aziende sanitarie- integrare ECM e sviluppo professionale per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria , 12 e 13 marzo 2024, Bologna.

Dr. Carlo Cristofaro, Master di II livello in analisi prevenzione e contrasto della criminalità organizzata e della corruzione, on line e in presenza, da marzo a ottobre 2024.

⇒ UFFICIO PRIVACY

- Gestione, conservazione e sicurezza informatica dei dati personali in ambito sanitario

Obiettivo: formazione ai sensi del regolamento UE 2016/679

Destinatari : medici, infermieri, amministrativi interni

Docenti: interni

Data e durata: 5 ore , varie edizioni

Resp.le Scientifico: dr. Davide Morales

**DIPARTIMENTO CHIRURGIE**

Direttore dr. Luigi Piazza

⇒ U.O.C. CHIRURGIA GENERALE

Comandi

Dr. Vincenzo Gaetano Piazza, dr. Patanè Marco, dr.ssa Carla DiStefano, dr. Gastone Veroux, presso Ospedale Gemelli Roma, dal 27 al 29 gennaio 2024, chirurgia robotica.

⇒ U.O.C. CHIRURGIA ONCOLOGICA

Comandi Dr. Aronica Gaetano, dr. Lo Bianco Salvatore, dr. Leonardi Andrea, Grosseto, dal 11 al 14 marzo 2024 corso base di chirurgia robotica, dal 25 al 26 marzo ospedale di grosseto.

⇒ U.O.C. UROLOGIA

Comandi

Dr. Di Mauro Davide Carmelo, presso IFO Roma, dal 15 al 19 gennaio 2024, chirurgia robotica.

Dr. ssa Finocchiaro Marinella , presso IFO Roma, dal 8.01.2024 al 12.01.2024, chirurgia robotica.



Prof. M. Falsaperla , presso IFO Roma, chirurgia robotica.

**DIPARTIMENTO EMERGENZA**

Direttore dr. Giovanni Ciampi

- Il Trauma Maggiore

Obiettivo: acquisire un metodo pratico per la gestione in equipe di situazioni di grave traumatismo

Destinatari: max 100 medici e infermieri

Docenti: interni ed esterni ospedale maggiore di Bologna

Data e durata: 3 giorni, novembre

Resp.le Scientifico: dr. S. Grasso, dr. A. Leuzzi, dr.ssa D. Maiorca

- ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support)

Obiettivo certificazione Arnas Garibaldi come Training Site SIMEU-AHA per corsi ACLS

Destinatari : 12 medici e infermieri interni per edizione

Docenti: 2 interni, 1 esterno

Data e durata 2 giornate per edizione, 6 edizioni a partire da marzo

Resp.le Scientifico: dr.ssa j. Maugeri

⇒ [U.O.C. P.S. -M.C.A.U](#)

- Triage – Corso Base (aula)

Obiettivo: procedure di triage e nuovi codici di priorità

Destinatari 25 infermieri interni per edizione

Docenti: da definire secondo preventivi di spesa

Data e durata: 2 edizioni, 16 ore per ciascuna edizione

Resp.le Scientifico: SIMEU o GFT secondo preventivi di spesa

Comandi

Dr. Maurizio Famoso comando presso Centro di Formazione IRC nazionale, Bologna, GIC Base – Generic Instructor Course.

⇒ [ANESTESIA RIANIMAZIONE CENTRO](#)

- BLS/D

Obiettivo: rianimazione cardiopolmonare d'urgenza con uso del defibrillatore

Destinatari : interni, personale sanitario

Docenti: interni, gruppo istruttori blsd

Data e durata: varie edizioni

Resp.le Scientifico: Dr. A. Leuzzi, dr. S. Anastasi

- Prelievo di organi a scopo di trapianto (aula)

Obiettivo: diagnosi di morte cerebrale e cardiaca, identificazione e mantenimento del donatore, attività chirurgica durante il prelievo.

Destinatari: 30 operatori, di cui 15 medici, 14 cps, 1 perfusionista; interni ed esterni

Docenti: 15, interni ed esterni

Data e durata: 2 giorni, 13 ore,

Resp. le Scientifico: dr.ssa Di Stefano, Dr.ssa Bonanno

#### ⇒ [CARDIOLOGIA CON UTIC GARIBALDI CENTRO](#)

- Radioterapia e radiologia nei portatori di device cardiologici

Obiettivo: accorgimenti da usare con i portatori di decice sottoposti a radioterapia o RM

Destinatari: 20 medici

Docenti: Medici cardiologi, radiologi, radioterapisti, fisici

Data e durata: 2 giorni, 10 ore, novembre

Resp.le Scientifico: dr. Felis, dr.ssa Vitale

- Ruolo dell'ecocardiografia nelle altre discipline mediche

Obiettivo: ruolo della metodica in neurologia, nefrologia, pneumologia, medicina del lavoro

Destinatari: 30 medici varie discipline

Docenti: cardiologi, rianimatori, neurologi, nefrologi, pneumologi e medicina del lavoro

Data e durata: 4 giorni, ottobre

Resp.le Scientifico: dr. Felis, dr.ssa Vitale

#### **DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE**

Direttore prof. Giuseppe Ettore

#### ⇒ [CHIRURGIA PEDIATRICA](#)

Comandi Chirurgia Pediatrica

dr.ssa R. V. Iacona, chirurgia robotica, presso Ospedale Ancona , dal 15 al 19 gennaio.

Dr. M. Lebet, dr.ssa R. V. Iacona, chirurgia robotica, presso Ospedale Ancona , dal 28 gennaio al 2 febbraio.

Dr. M. Lebet, dr.ssa P.Catalano, presso ISMETT di Palermo dr. A. Bertani, 5 giorni al mese cadauno, Chirurgia Toracica Pediatrica.

Dr. ssa R.V. Iacona, Master di II livello in Minimally invasive and robotic pediatric surgery, Università Bologna, annuale.

Dr.ssa F.M. Peri, Master Universitario di II livello in Chirurgia Neonatale– biennale Roma Tor Vergata.

Dr.ssa S. Maita , Endoscopia delle vie aeree e digestive in età pediatrica, Università degli studi di Padova.

#### ⇒ DIABETOLOGIA PEDIATRICA

- Il ruolo dell'infermiere nella cura delle persone con diabete tipo I

Obiettivo: cura e gestione del diabete tipo I e capacità di trasmissione a pazienti e caregiver

Destinatari : 30 infermieri del dipartimento materno infantile ed endocrinologia – obbligatorio per il p.s. pediatrico

Docenti: 3 interni e 1 esterno

Data e durata: 1 incontro in plenaria di 2 ore e 30 + suddivisione in 10 gruppi di 3 partecipanti .

Ogni gruppo svolgerà ulteriori 3 incontri di 2 ore . Totale ore per partecipante 8 e 30 minuti

Resp.le Scientifico: Dr.ssa Tomaselli

#### ⇒ OSTETRICIA E GINECOLOGIA

- Triage in P.S. Ostetrico

Obiettivo: riduzione delle criticità in p.s. ostetrico

Destinatari : 50 partecipanti

Docenti: 5

Data e durata: 8 ore

Resp.le Scientifico: dr. Siscaro

- Gestione urgenze in P.S. Ostetrico

Obiettivo: riduzione delle criticità e miglioramento servizio in P.S. ostetrico

Destinatari : 50

Docenti: 5

Data e durata: 8 ore

Resp.le Scientifico: Dr. Siscaro

- Comunicazione efficace in ambiente ospedaliero

Obiettivo: riduzione dei conflitti e miglioramento del clima lavorativo

Destinatari : 50

Docenti: 4

Data e durata: 12 ore

Resp.le Scientifico: prof. G. Ettore

⇒ **PEDIATRIA**

- Casi clinici da ricordare (aula)

Obiettivo: condividere con i pediatri di famiglia le patologie trattate dalla uoc di pediatria per ottimizzare la collaborazione ospedale-territorio

Destinatari : 50 pediatri di cui 40 pediatri di famiglia e 15 infermieri del dipartimento materno infantile Docenti: dr.ssa P. Barone Policlinico CT, dr.ssa Panebianco U.O.C. Neurologia, dr.Scifo NPI Acireale, dr.ssa Bonfiglio U.O.C. Pediatria

Data e durata: 1 giorno

Resp.le Scientifico: Dr. Palermo

Comandi Pediatria

Dr.ssa Cannavò, dr.ssa Catalano e dr.ssa Pustorino, frequenza presso Policlinico di Messina Nefrologia e Gastroenterologia Pediatrica.

⇒ **P.S. PEDIATRICO**

- PBLSD (per il personale interno)

Obiettivo: riconoscere e trattare l'arresto cardio respiratorio nel bambino

Destinatari: 20 medici e infermieri interni

Docenti: istruttori interni pblsd

Data e durata: 5 ore

Resp.le Scientifico: Dr.ssa Leocata

- PBLSD (per pediatri di famiglia)

Obiettivo: riconoscere e trattare l'arresto cardio respiratorio nel bambino

Destinatari: 20 pediatri di libera scelta

Docenti: istruttori interni pblsd

Data e durata: 5 ore, 16 marzo, 20 aprile

Resp.le Scientifico: Dr.ssa Leocata

- Triage pediatrico

Obiettivo: rendere idonei al triage tutti i cpsi

Destinatari: tutti gli infermieri del ps pediatrico

Docenti: cefpas

Data e durata: 2 giorni, 10 ore

Resp.le Scientifico: dr.ssa R. Leocata

- Il Incontro Ospedale Territorio

Obiettivo: garantire la continuità assistenziale del bambino , territorio-ospedale-territorio

Destinatari: medici e infermieri interni e pediatri di libera scelta

Docenti: 3 interni e 3 esterni di cui 1 fuori regione

Data e durata: 1 giorno, 5 ore

Resp.le Scientifico: dr.ssa R. Leocata

Comandi P.S. Pediatrico

Dr. ssa Alessia Palmeri, presso Centro Nazionale Formazione Emergenza Catania – istruttore pblsd secondo AHA, date da definire.

#### ⇒ U.O.S.D. TALASSEMIA

- Emoglobinopatie – Prevenzione preconcezionale

Obiettivo implementazione competenze

Destinatari : 50

Docenti: da definire

Data e durata: 8 ore in due giorni

Resp.le Scientifico: dr. Lisi

#### ⇒ UTIN CON NEONATOLOGIA

- Best practice in allattamento

Obiettivo: promozione dell'allattamento al seno

Destinatari 35 partecipanti interni ed esterni, dipartimento materno infantile

Docenti: interni ed esterni

Data e durata: 2 edizioni, 29 febbraio e 7 marzo

Resp.le Scientifico: dr.ssa Datola

- Formazione del personale afferente alla sala parto operatoria

Obiettivo: competenze ostetriche e infermieri in sala parto operatoria su neonato

Destinatari : ostetriche e infermieri

Docenti: interni, dr. Costa, dr.ssa Maiolo, dr.ssa Granata

Data e durata: 2 edizioni di una giornata

Resp.le Scientifico: Dr. Costa

## Comandi Neonatologia

Dr.ssa Stracquadano, Dr.ssa Granata - Ecocardiografia funzionale neonatale II edizione, società Italiana di Neonatologia, sede da definire, I semestre.

Dr. D. Castellano Chiodo, Master Universitario di II livello, Università Cattolica Roma, Accessi vascolari nel bambino e nel neonato, da febbraio a dicembre 2024.

### DIPARTIMENTO MEDICINE

Direttore dr. Michele Gulizia)

#### ⇒ ENDOCRINOLOGIA

- Incontri di endocrinologia 2024

Obiettivo: miglioramento delle competenze endocrinologiche di specialisti e MMG

Destinatari: max 100

Docenti: 20

Data e durata: 24 ore in 4 giorni

Resp.le Scientifico: prof. Frasca

- Applicazione del PDTA del carcinoma tiroideo ( FSC - Gruppo di miglioramento )

Obiettivo: discussione di singoli casi con produzione di chiara indicazione nel rispetto della EBM

Destinatari: 40 medici delle UU.OO. coinvolte nel PDTA

Docenti: non previsti -gruppo di miglioramento

Data e durata: da gennaio a giugno 2024 – 2 incontri al mese di 2 ore

Resp.le Scientifico: Prof. Frasca – dr.ssa Pellegriti

- Gruppo Obesità multidisciplinare ( FSC - Gruppo di miglioramento )

Obiettivo: aggiornamento e discussione casi clinici nell'ambito del PDTA dell'obesità

Destinatari: 50 medici e infermieri interni ed esterni

Docenti: interni

Data e durata: marzo- dicembre, 2,5 ore per incontro per un totale di 25 ore

Resp.le Scientifico: prof.ssa Frittitta, prof. L. Piazza

- Terapia del diabete and health technology

Obiettivo: nuove tecnologie nella terapia del diabete e healthy technology come strumento terapeutico

Destinatari: medici e infermieri

Docenti: interni ed esterni regione

Data e durata: 4 giorni, secondo e terzo trimestre

Resp.le Scientifico: prof.ssa Frittitta

#### ⇒ EPATOLOGIA

- Trattamento multidisciplinare dei tumori primitivi del fegato (FSC - Gruppo di miglioramento)

Obiettivo: messa in atto del pdta certificato dell'epatocarcinoma, tramite riunioni settimanali di condivisione, discussione e decisione diagnostico terapeutica dei casi HCC

Destinatari: 20 medici

Docenti: non previsti -gruppo di miglioramento

Data e durata: incontri settimanali di 3 ore per un totale di 75 ore

Resp.le Scientifico: Dr. M. Russello

- Approccio multidisciplinare alla malattia steatotica del fegato correlata ad alterazioni metaboliche (MASLD)

Obiettivo: riconoscere i pazienti a rischio e condividere il pdta

Destinatari: 50 partecipanti interni ed esterni

Docenti: 12 interni, 2 esterni e 2 esterni fuori regione

Data e durata: 1 giorno, 9 ore, settembre

Resp.le Scientifico: Dr. M. Russello

- La gestione dei conflitti interni al team e la comunicazione in campo medico e oncologico

Obiettivo: gestione conflitti e miglioramento della comunicazione in team e con paziente

Destinatari: priorità per UU.OO. che compongono il GOM tumori primitivi del fegato

Docenti: 1 interno, 1 esterno regione, 1 esterno fuori regione

Data e durata: 2 giorni, aprile

Resp.le Scientifico: Dr. M. Russello

#### ⇒ GERIATRIA

- Argomenti di geriatria. Vecchie idee e nuovi orizzonti

Obiettivo: concetti fondamentali e peculiari della geriatria

Destinatari: max 60, personale medico e sanitario aziendale

Docenti: interni

Data e durata: 2 edizioni di 5 ore ciascuna, marzo e ottobre

Resp.le Scientifico dr. Perracchio

## ⇒ MALATTIE INFETTIVE

Comandi

Dr.ssa La Rocca, - Niguarda Milano, dal 10 al 10 aprile, Tisiologia clinica e preventiva.

## ⇒ MEDICINA INTERNA CENTRO E NESIMA

- Incontri di Medicina Interna (FSC gruppo di miglioramento)

Obiettivo: avviare percorsi comuni per creare la rete delle differenti intensità di cure destinate ai pazienti

Destinatari : 30 medici dipartimento medicine

Docenti: interni

Data e durata: 10 ore in 4 giorni

Resp.le Scientifico: dr. ssa Spadaro – dr. Compagnone

## DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Direttore dr. Roberto Bordonaro

## ⇒ EMATOLOGIA

- GOM Ematologico

Obiettivo: miglioramento PDTA

Destinatari: 40 medici, biologi, psicologi

Docenti: non previsti -gruppo di miglioramento

Data e durata: annuale

Resp.le Scientifico: Dr. Ugo Consoli

- Change Management in sanità

Obiettivo: migliorare l'approccio al cambiamento e la relazione nel team, appianare i conflitti

Destinatari: personale U.O.C. Ematologia

Docenti: dr. Fabio Crapitti

Data e durata: 32 ore in 4 giornate

Resp.le Scientifico: Dr. Ugo Consoli

## ⇒ HOSPICE

- Focus in wound care: management, trattamento del dolore e dell'infezione

Obiettivo: attuare un programma olistico di cure per il paziente con lesioni non healing

Destinatari: 70 partecipanti interni ed esterni



Docenti: 6 interni, 4 esterni, due fuori regione

Data e durata 2 giorni, ottobre

Resp.le Scientifico: dr. D'Antoni

- Le key words nella cura oncologica

Obiettivo: accrescere le competenze su tematiche etiche, di management, di comunicazione e counseling.

Destinatari: 80 partecipanti interni ed esterni

Docenti: esterni

Data e durata 24 ore in 3 giorni, maggio e giugno

Resp.le Scientifico: dr. Bordonaro, dr. D'Antoni

#### DIPARTIMENTO SCIENZE RADIOLOGICHE

##### RADIOLOGIA CENTRO

Comandi

Dr. Giulietti, Master II livello URO-RAD Diagnostica per immagini e radiologia interventistica in urologia, organizzato da A.O.U. Padova, annuale.

#### ⇒ [RADIOTERAPIA](#)

Comandi

Dr. Rosso e dr.ssa Solarino, Congresso AIRO nazionale, 1° congresso congiunto organizzato dalle società scientifiche di radiologia, Milano, Giugno.

#### DIPARTIMENTO SERVIZI

Direttore dr. Giuseppe Giammanco

#### ⇒ [GASTROENTEROLOGIA](#)

Comandi

Dr. Giuseppe Scalisi, comando presso Ospedale Niguarda Milano, per formazione 2° operatore nella U.O.C. di Gastroenterologia in CPRE ed endoscopia.

#### ⇒ [ANESTESIA RIANIMAZIONE / BLOCCO OPERATORIO NESIMA](#)

Comandi Chirurgia Robotica

Dr. Luciana Raciti, medico, comando presso AOU Careggi Firenze, per formazione robotica.

Dr. Antonio Lundani, infermiere, comando presso AOU Careggi Firenze, per formazione robotica.

Dr. Rosetta Capizzi, infermiere, comando presso AOU Careggi Firenze, per formazione robotica.

Dr. Fortunato Beniamino Diego, infermiere, comando presso AOU Careggi Firenze, per formazione robotica.

Dr. Antonio Magri, medico, comando presso AOU Careggi Firenze, per formazione robotica.

Dr. Salvatore Anastasi, infermiere, comando presso AOU Careggi Firenze, per formazione robotica.

Dr. Maria Rita Caruso, infermiere, comando presso AOU Careggi Firenze, per formazione robotica.

Dr. ssa Roberta Pagliaro, infermiere, comando presso AOU Careggi Firenze, per formazione robotica.

Dr.ssa Agata Ciaramidaro, infermiera, comando presso Università Cattolica Sacro Cuore Roma, perfezionamento impianto ecoguidato di port toracici e picc port.

#### ⇒ RISCHIO CLINICO

- Medicina di Genere

Obiettivo: ottimizzazione della diffusione dei principi della medicina di genere

Destinatari: 90 interni ed esterni, tutte le figure sanitarie

Docenti interni ed esterni

Data e durata: 8 marzo

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo

- Rischio clinico: raccomandazioni, eventi avversi e strumenti di gestione

Obiettivo: ottimizzazione, divulgazione e monitoraggio corretta applicazione raccomandazioni ministeriali

Destinatari: 90, tutto il personale sanitario

Docenti 5 interni e due esterni

Data e durata: 1 giorno, aprile

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo

- Infezioni Ospedaliere

Obiettivo: mantenimento attività Arnas per Antimicrobial Stewardship e prevenzione ICA

Destinatari: 90 interni ed esterni

Docenti 4 interni e 5 esterni

Data e durata: 2 giorni, 10 ore, primo trimestre

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo, prof. Cacopardo

- Le infezioni correlate all'assistenza

Obiettivo: prevenzione e gestione infezioni ospedaliere

Destinatari: medici e infermieri

Docenti 4 interni e 4 esterni

Data e durata: 1 giorno, maggio

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo, prof. Cacopardo

- Documentazione sanitaria: responsabilità sanitaria e risk management (FSC)

Obiettivo: corretta compilazione documentazione sanitaria e profili di responsabilità professionale

Destinatari: medici e infermieri

Docenti 3 interni e 1 esterno

Data e durata: 6 giorni, 36 ore, primo e secondo semestre

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo

- Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti: stato dell'arte nell'Arnas Garibaldi

Obiettivo: retraining nella formazione sulle cadute, con revisione statistica aziendale e con reimplementazione della procedura

Destinatari: 90 interni

Docenti 5 interni

Data e durata: 1 giorno, 5 ore

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo

- RISCHIO CLINICO PER REFERENTI UU.OO.

Obiettivo: formazione avanzata per referenti rischio clinico

Destinatari: 110, 55 medici e 55 infermieri e tecnici.

Docenti 5 interni e 5 regione

Data e durata: 48 ore in 6 giorni

Resp.le Scientifico: dr.ssa A. Colombo

#### ⇒ TRASFUSIONALE

- La sicurezza trasfusionale (aula)

Obiettivo: nuovi dispositivi di sicurezza trasfusionale

Destinatari 50 partecipanti, medici, biologi, infermieri TSLB

Docenti: interni ed esterni da altri SIMT regionali

Data e durata 19 aprile, 1 giorno

Resp.le Scientifico: dr.ssa L. Venturino

- Procedure di scambio eritrocitario nella talasso-drepanocitosi

Obiettivo: nuovi separatori cellulari all'interno del SIMT

Destinatari: 30 medici e infermieri interni ed esterni

Docenti: interni ed esterni da altri SIMT regionali

Data e durata 1 giorno, 8 ore, maggio

Resp.le Scientifico: dr.ssa Assisi, dr. Lisi

- Attualità in Immunoematologia

Obiettivo: nuove acquisizioni sulla immunizzazione dei pazienti politrasfusi (talassemici)

Destinatari 50 medici, infermieri, TSLB e biologi U.O.C. Trasfusionale e U.O.S.D. Talassemia

Docenti: interni ed esterni regione

Data e durata 2 giorni, giugno

Resp.le Scientifico: dr. Sciacca, dr. Lisi

- Requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta

Obiettivo: preparazione alle visite ispettive di accreditamento regionale

Destinatari 50 medici, infermieri, TSLB e biologi interni ed esterni

Docenti: interni ed esterni provenienti dal Centro Regionale Sangue e da altri SIMT Sicilia

Data e durata 2 giorni, ottobre

Resp.le Scientifico: dr. Sciacca

- La selezione del donatore di sangue

Obiettivo: selezione del donatore di emocomponenti, questionario del Decreto 2015

Destinatari 50 medici e infermieri, interni ed esterni

Docenti: interni ed esterni da altri SIMT regionali

Data e durata 8 ore, novembre

Resp.le Scientifico: dr. La Rocca e dr.ssa Abbate

- Corso di aggiornamento sulle competenze del personale del Servizio Trasfusionale

Obiettivo: lezioni frontali e in laboratorio con esperti di settore provenienti da altri SIMT

Destinatari 30 medici, infermieri, TSLB, biologi interni

Docenti: interni ed esterni provenienti da altri SIMT Sicilia

Data e durata 18 ore in 12 giornate, ciascuna di 1 ora e 30 minuti

Resp.le Scientifico: dr. S. Sciacca

**DIPARTIMENTO TESTA COLLO**

Direttore dr. Ferdinando Raso

⇒ U.O.C. OCULISTICA

Comandi

Dr. ssa Rosalba Fresta, ortottica in rete, telemedicina, screening, organizzato da Associazione Italiana

Ortottisti e assistenti di Oftalmologia, Napoli, maggio.

\*\*\*\*\*

## Sezione 4: Monitoraggio

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

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

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

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

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

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

\*\*\*\*\*