

Allegato A

## **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) 2021-2023 AOU Meyer**

Adottato con Deliberazione n. \_\_\_\_ del 31 gennaio 2021

### **Indice**

#### *1. Premessa*

#### *PARTE I*

##### *2. Definizione di corruzione*

##### *3. Principi generali e metodologici*

##### *4. Contesto esterno di riferimento*

##### *5. Contesto interno: l'AOU Meyer in breve*

##### *6. Soggetti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Presente Piano*

###### *6.1 Gruppo di Lavoro per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza: funzioni e compiti*

###### *6.2 Organismi interni di controllo*

###### *6.3 Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.)*

###### *6.4 Organismo Indipendente di Valutazione*

###### *6.5 Ruoli e responsabilità*

##### *7. Procedimento di formazione, predisposizione e adozione del Piano*

##### *8. Integrazione tra gestione della performance e prevenzione della corruzione*

##### *9. Obiettivi strategici generali aziendali*

##### *10. Obiettivi strategici specifici del PTPCT 2020-2022*

#### *PARTE II: approfondimenti tematici*

##### *11. Le azioni e le misure generali di prevenzione della corruzione e di trasparenza*

##### *12. "Gestione del rischio" e contesto di riferimento*

##### *13. Area di intervento "adempimenti trasparenza" (Piano Trasparenza)*

##### *14. Attuazione del Codice di Comportamento*

##### *15. La rotazione straordinaria*

##### *16. Attività formative*

##### *17. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile*

##### *18. Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali*

### **Allegati:**

**Allegato 1:** *Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione (Gestione rischio corruzione, Adempimenti trasparenza, Codice di Comportamento, Rotazione del Personale, Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; Conferimento ed autorizzazione incarichi, inconfiribilità/incompatibilità per incarichi dirigenziali, Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la p.a., Tutela del dipendete che effettua segnalazioni, Formazione, Patti di integrità negli affidamenti, Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società*

civile, Monitoraggio dei tempi procedurali, Monitoraggio dei rapporti Azienda/ Soggetti Esterni).

**Allegato 2:** Tabelle “Control Self Risk Assessment” sulle seguenti attività a rischio (**Catalogo dei Processi**):

- Area acquisti lavori (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto)
- Area acquisti beni e servizi (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto)
- Comodati d'uso / donazioni
- Comodati d'uso / donazioni (Ricerca e sponsorizzazioni)
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Attività libero professionale intramuraria (autorizzazione, esecuzioni, convenzioni)
- Liste di attesa (governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa)
- Ricerca e sponsorizzazioni (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni)
- Gestione delle Risorse Umane (selezione, incarichi e nomine, conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, formazione sponsorizzata, gestione missioni, incarichi extra impiego).

**Allegato 3:** “Elenco dei possibili rischi in chiave corruzione”

**Allegato 4:** Sezione “Amministrazione trasparente” Elenco obblighi di pubblicazione vigente e titolari della gestione del relativo flusso documentale.

## 1. Premessa

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 (PTPCT 2021-2023) costituisce l'atto di indirizzo per l'applicazione in Azienda della normativa in materia.

Come previsto dall'articolo 1 c. 7 della L. 190/2012 si conferma per l'anno 2021 il dott. Gianfranco Spagnolo, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza già individuato con Deliberazione aziendale n. 39/2017 per il triennio 2017-2019 e con Delibera n. 38/2020 per il 2020, riconfermandone altresì le motivazioni e la valutazione che ne hanno determinato la scelta negli anni precedenti.

Il seguente Piano, in una logica di continuità con i precedenti, aggiorna e attualizza le azioni e le misure attuate avendo come riferimento le linee guida contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (PNA2019) adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con Deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 (GU Serie Generale n. 287 del 7 dicembre 2019). Il PNA2019 rivede e consolida nello stesso documento tutte le indicazioni di carattere generale date fino ad oggi, integrandole con gli orientamenti maturati nel tempo e che sono stati oggetto di appositi atti regolamentari.

Il Piano tiene conto inoltre degli approfondimenti per il settore sanitario svolti da ANAC dal 2015-2018 che mantengono ancora la loro validità. In particolare si menzionano i seguenti approfondimenti speciali:

- a) Area di rischio dei contratti pubblici – Aggiornamento PNA 2015 di cui alla Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015;
- b) Sanità – Aggiornamento PNA 2016 di cui alla Determinazione n. 12 del 28 agosto 2015;
- c) Sanità – PNA 2016 di cui alla Delibera n. 831 del 3 agosto 2016;

Il presente documento tiene conto infine del Piano di sviluppo aziendale in vigore presentato agli stakeholder nella Convention aziendale “il Meyer diventa più grande” dell’8 novembre 2017 e s.m.i e che trova il suo annuale aggiornamento nel Piano della Performance pubblicato in “Amministrazione trasparente” e del nuovo Statuto, approvato con Delibera del Direttore Generale n. 54 del 1.2.2021 recante “adozione dell’atto aziendale”

La predisposizione del Piano 2021-2023 non può prescindere dalla considerazione che l’emergenza pandemica che si è sviluppata a livello mondiale ha riposizionato e rallentato, nel corso dell’anno 2020, le attività previste nel precedente Piano (in particolare le azioni e le misure previste per il 2020) facendo sorgere nuove attenzioni legate ai rischi di corruzione derivanti dalla nascita e dallo sviluppo di nuovi processi in chiave di emergenza.

In questo Piano:

- verranno esaminate le nuove attività e/o le nuove procedure, sorte per far fronte all’emergenza pandemica, che possono presentare rischi in chiave di prevenzione della corruzione;
- si continuerà, fermo restando quanto già raggiunto e nei limiti di quanto consentirà l’andamento dell’emergenza sanitaria, nello sviluppo degli obiettivi individuati nel precedente.

In conclusione il PTPCT 2021-2023 di aggiornamento tiene conto dello stato di attuazione raggiunto con i Piani precedenti, del nuovo statuto aziendale, degli assetti organizzativi e funzionali da esso derivanti e delle nuove problematiche sorte in relazione all’emergenza sanitaria.

Gli aggiornamenti specifici per il 2021, riconducibili alle azioni e alle misure comuni ed alla “gestione del rischio corruzione”, sono evidenziati sia in Allegato 1 “Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione”, che in Allegato 2 “Tabelle: Control Self Risk Assessment”. Allegato 3 “Elenco dei possibili rischi in chiave corruzione”

Gli aggiornamenti legati invece agli adempimenti in materia di trasparenza sono evidenziati nella apposita sezione “Trasparenza” del presente Piano e nello specifico Allegato 4: Sezione “Amministrazione trasparente - Elenco obblighi di pubblicazione vigente e titolari della gestione del relativo flusso documentale” nel quale sono indicate le Strutture ed i Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

Gli obiettivi per il triennio e gli aggiornamenti delle azioni e delle misure sono altresì il frutto dell’analisi delle risultanze monitorate nel 2020 e dalle indicazioni della Direzione, dei Responsabili delle aree a rischio corruzione mappate e del RPCT che ha tenuto conto del riposizionamento delle attività dovuto all’emergenza COVID-19.

## **PARTE I**

### **2. Definizione di corruzione**

Il PNA2019 e questo Piano confermano la nozione di corruzione ampia dalla quale discendono le azioni e le misure anticorruzione. Nozione volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si rilevi l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati. Al termine corruzione infatti è attribuito un significato più esteso di quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinare negli artt. 318, 319, 319ter del codice penale (ipotesi di corruzione per l’esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri di ufficio, corruzione in atti giudiziari), tale da comprendere non solo l’intera gamma dei delitti dei

pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione disciplinati dal Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Partendo quindi dalla definizione di corruzione” la strategia preventiva è intesa come processo di lotta alla “maladministration”, la cui attività è complessivamente volta a creare un contesto sfavorevole alla corruzione, ad aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, a ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione.

Destinatario del presente Piano è tutto il personale del Meyer. La violazione, da parte dei dipendenti delle disposizioni contenute nel presente Piano costituisce illecito disciplinare, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 comma 14 della Legge n. 190/2012.

### **3. Principi generali e metodologici**

In applicazione delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2019 al Piano di Anac, la progettazione e l'attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo, tiene conto dei seguenti principi: Coinvolgimento dell'organo di indirizzo; Cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio; Collaborazione tra amministrazioni; Gradualità; Selettività; Integrazione; Miglioramento e apprendimento continuo; Effettività; Orizzonte del valore pubblico.

### **4. Contesto esterno di riferimento**

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

L'anno 2020 è stato caratterizzato a livello mondiale dalla diffusione della pandemia da Covid-19, le cui ripercussioni sono tutt'ora in corso. Un fenomeno di questo tipo può creare ampi spazi per facilitare la diffusione di comportamenti non coerenti con i sistemi di prevenzione della corruzione anche in ambito del servizio sanitario.

Al fine di identificare gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti e conseguentemente orientare le azioni e le misure di questo Piano per il triennio appare significativo richiamare alcuni risultati evidenziati in tre recenti studi sui fenomeni corruttivi in Italia: due pubblicati da ANAC ed uno dalla Regione Toscana. Chiaramente, per una completa disamina si rinvia ai documenti più avanti citati. Ai nostri fini ed in questa sede vengono evidenziati gli esiti e le informazioni riconducibili all'area geografica del Centro Italia e della Toscana ed al settore sanitario.

Il primo lavoro si riferisce alla pubblicazione ANAC del 17 ottobre 2019 “La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi, contropartite del malaffare”. La pubblicazione presenta un'analisi quantitativa dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria volta a misurare il malaffare in Italia e definire in prospettiva un set di indicatori in grado di individuare il rischio corruzione nella PA e le possibili misure preventive.

Su 152 episodi di corruzione analizzati nel periodo 2016-2019 il 3,9% si sono registrati in Regione

Toscana. Gli ambiti oggettivi della corruzione hanno riguardato il 74% l'area degli appalti pubblici. In quest'area i settori più colpiti sono stati i lavori pubblici (40%), la sanità (13%) ed i rifiuti (22%). La tipologia di soggetti indagati ha riguardato i Dirigenti, i Funzionari ed i Dipendenti per un totale del 44%. Tra le amministrazioni coinvolte le Aziende sanitarie si collocano al terzo posto con l'11%. La contropartita in denaro (48%) è la più rilevante anche per importi bassi (50-100 Euro), seguono le assunzioni (13%), le prestazioni professionali (11%), le regalie (7%).

Il secondo lavoro richiamato è il 4° Rapporto Annuale sull'applicazione del whistleblowing di ANAC del 16 luglio 2019. Rapporto che contiene i numeri e le tipologie di segnalazioni pervenute ad ANAC nel 2018 e nel primo semestre 2019. Il Rapporto evidenzia l'aumento delle segnalazioni annuali ricevute (passano da 125 nel 2015 a 783 nel 2018); l'area geografica di provenienza delle segnalazioni (il Centro Italia si attesta al 22,9%); i soggetti segnalanti (dipendenti pubblici 52,4%), gli enti di appartenenza (Aziende del SSN 14,86%); i settori con condotte illecite segnalate (appalti illeciti 21,6%, corruzione e abuso di potere 24,1%, concorsi illeciti 15,2%, conflitto di interessi 6,8%). Il lavoro inoltre riporta le tipologie di segnalazioni pervenute di tre ASL, una del Sud, una del Centro ed una del Nord. Tra queste segnalazioni si rilevano ed esempio l'utilizzo improprio di beni aziendali, lo svolgimento di attività extraistituzionale, illegittime procedure concorsuali.

Il terzo lavoro è il Rapporto annuale 2017 sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione in Toscana” a cura della Regione Toscana e della Scuola Normale Superiore di Pisa. Nel Rapporto, alla sezione legata alla corruzione politica ed amministrativa, si legge che “nel settore sanità, in particolare, l'elevata vulnerabilità alla corruzione si accompagna anche, nel caso toscano, a una tipologia di eventi che vede solo sporadicamente l'utilizzo di somme di denaro quale contropartita degli scambi occulti. Prevalgono invece forme di retribuzione indiretta e differita, come finanziamenti alla ricerca, sponsorizzazioni, o finanziamenti di eventi, congressi, associazioni, nonché altri variegati benefit personali”. Il report regionale individua altresì alcuni indicatori qualitativi di rischio da monitorare legate a modalità indirette di attribuzione di vantaggi indebiti a decisori, quali gli affidamenti di incarichi di appaltatori o di fornitori a soggetti contigui al decisore quali coniugi, parenti, ecc.

Più recentemente, in occasione della “Inaugurazione Anno Giudiziario, Firenze, 20 aprile 2020” il Procuratore Regionale della Corte dei Conti della Toscana, nell'evidenziare come in ambito sanitario la “mala-amministrazione” può causare dei danni erariali spesso particolarmente gravi, ricorda, al tempo stesso, che il “Sistema Sanitario Toscano costituisce un centro di eccellenza, attrattivo anche per pazienti provenienti da altre regioni, ed i casi di mala sanità, oggetto di citazioni in giudizio e sentenze di condanna, rappresentano fenomeni eccezionali ed isolati...”. “La Toscana”, conclude il Procuratore, “ha gli anticorpi della giustizia e della legalità, ma è necessario rinforzarli e risvegliarli. Questo risultato si realizza con la prevenzione, partendo dall'educazione alla legalità dei giovani (...)”.

In sintesi, i risultati dei lavori se da un lato confermano che le aree a rischio sono quelle catalogate e mappate in questi anni dal sistema di prevenzione, ricomprese anche nei nostri Piani aziendali, dall'altro stimolano più puntuali approfondimenti in determinati settori e/o cambi di “rotta” nelle analisi di rischio in altri. In particolare sembrerebbe più efficace osservare le “dinamiche relazioni” esistenti tra i diversi attori del sistema pubblico-privato, i cui meccanismi relazionali potrebbero generare il *c.d. conflitto di interessi potenziale* diretto ed indiretto e che se non correttamente gestito ne aumenterebbe enormemente la probabilità che si verificassero fatti illeciti ed eventi corruttivi a danno dell'imparzialità dell'azione amministrativa (imparzialità quale valore costituzionale fondante dell'agire della pubblica amministrazione).

## 5. Contesto interno: l'AOU Meyer in breve

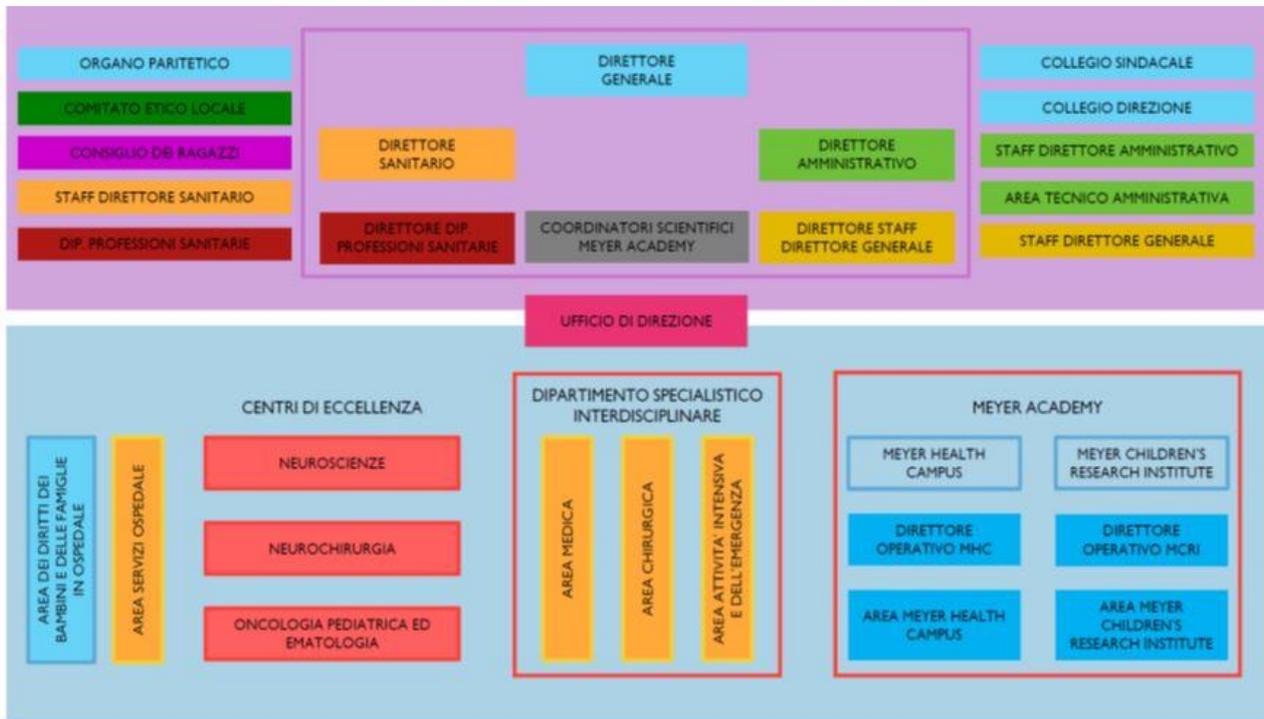
Al fine di fornire un quadro della struttura e dei processi aziendali, in questo paragrafo vengono evidenziati gli aspetti legati alla mission ed all'organizzazione, con particolare riferimento alla cultura dell'etica aziendale. Vengono inoltre evidenziati in breve i numeri dell'attività e della composizione del personale.

Per una analisi più approfondita di contesto interno si rinvia al sito del Meyer dove sono rappresentate tutte le informazioni utili a rappresentare compiutamente l'Azienda quali l'organigramma, il funzionigramma, le responsabilità, la composizione quali-quantitativa del personale e dei bilanci, i processi gestionali e di rilevazione nonché i rapporti con i soggetti terzi (cittadini, associazioni, famiglie, ecc.).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer (AOU Meyer) ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'AOU Meyer fa parte del Servizio sanitario nazionale e in particolare del Sistema sanitario della Regione Toscana. È integrata con l'Università degli Studi di Firenze con la quale svolge, in maniera unitaria, funzioni di assistenza, didattica e ricerca. Si caratterizza per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai piccoli pazienti sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale. Il Meyer è ospedale pediatrico di alta specializzazione e centro di riferimento nazionale per l'elevata complessità pediatrica. Dispone di 250 posti letto multi-specialistici ed è dotato di tutte le specialità mediche e chirurgiche di area pediatrica. Le moderne tecnologie si associano all'attività di ricerca e alle nuove terapie per il raggiungimento di alti livelli assistenziali in un contesto di umanizzazione e di servizi di accoglienza per le famiglie e i piccoli pazienti. La struttura è collocata ai piedi delle colline fiorentine e distribuita su 32.671 metri quadrati con 5 mila metri quadrati di giardini sulle terrazze e sul tetto, ed è attornata da un parco di 72 mila metri quadrati. L'Azienda ha la sua sede legale a Firenze in viale Gaetano Pieraccini, 24.

Il 1° febbraio 2021 è stato adottato il Nuovo Atto Aziendale (Delibera n. 54/2021 - Adozione dell'atto aziendale ai sensi dell'art.50 della l.r.t. 40/2005 e smi) nel quale è stato definito il nuovo assetto organizzativo finalizzato a fornire la migliore risposta alle esigenze di assistenza, di didattica e di ricerca attraverso articolazioni organizzative differenziate tra il macro-ambito di cura assistenziale, il macro-ambito relativo a didattica, formazione e ricerca e il macro-ambito sanitario, amministrativo e tecnico-professionale. L'organigramma aziendale è consultabile sul sito web dell'AOU Meyer ([www.meyer.it](http://www.meyer.it)) alla sezione "Amministrazione Trasparente" di cui si dà evidenza di un estratto in Fig. 1. Le attività di cura sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative: A) Dipartimento ad attività Integrata (DAI); 1) Area Funzionale Omogenea (AFO); 2) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice Autonoma (SOSA); 3) Struttura Organizzativa Semplice Intra-SOC; 4) Centro Specialistico; B) Centro di Eccellenza; C) Centro interaziendale per la ricerca e l'innovazione; D) Incarico di programma; E) Incarico a elevata professionalità.

Fig.1



Nello Statuto si ribadisce la dimensione “etica” quale ruolo centrale per l'attuazione dei principi di legalità e trasparenza dell'azione pubblica, divenendo uno dei valori cardine dell'organizzazione, alla quale ciascun operatore, nell'esercizio delle proprie funzioni, deve ispirarsi. Partendo da questo valore centrale che l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer, attraverso un percorso formativo-intervento partecipato dai suoi operatori nel 2015, in occasione del corso sul codice di comportamento, ha individuato un insieme di valori condivisi divenuti la bussola per l'individuazione e l'attuazione delle azioni e degli obiettivi da intraprendere, indipendentemente dagli obiettivi specifici di ciascuna struttura o singolo professionista. Tra i valori individuati dallo Statuto, qui si evidenziano solo i seguenti (*La Carta dei valori completa, è pubblicata sul sito web del Meyer sezione “Amministrazione trasparente” – “Atti Generali”*):

– *tutela del bene comune*: la sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale. Il concetto di salute, intesa quale bene comune, da un lato esprime la necessità del mantenimento delle risorse da preservare, dall'altro, e soprattutto, richiede il coinvolgimento competente di tutti gli attori coinvolti, inclusi i piccoli pazienti, le loro famiglie e la Comunità tutta;

– *appartenenza e lealtà*: il lavoro di gruppo multidisciplinare, imprescindibile in Sanità, affinché non resti un assunto teorico, presuppone lealtà e appartenenza: favorire la visibilità del contributo di ogni operatore al raggiungimento degli obiettivi aziendali facilita il “sentirsi un NOI”;

– *fiducia e trasparenza*: centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, da cui si evince l'operato del management, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura;

– *ascolto e apertura*: la realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure

basata sulla conoscenza della peculiarità dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l'Ospedale ed il territorio; l'ascolto e l'apertura debbono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico”.

Come già anticipato in premessa, anche sul versante delle attività e del bilancio economico l'emergenza pandemica ha avuto delle ripercussioni in termini di riduzione. Per un ulteriore approfondimento sui dati quali-quantitativi si rinvia alla Delibera del Direttore Generale n. 58 del 01-02-2021 recante “ADOZIONE PIANO DELLA PERFORMANCE 2021-2023”. Il Piano è pubblicato nella relativa sezione di “Amministrazione Trasparente”, al seguente indirizzo:

<https://www.meyer.it/attachments/article/229/Piano%20della%20performance%202021-2023.pdf>

A completamento di tale paragrafo tuttavia si riassumono i dati di attività consolidati al 31.12.2019, disponibili sul sito del Meyer, che danno evidenza dei numeri in termini di assistenza, di composizione dei risultati e di reti di relazioni e accoglienza e di composizione del personale al 31.12.2020.

**Numeri 2019** (fonte Sito [www.meyer.it](http://www.meyer.it) Numeri e performance)

Assistenza	Posti letto	250	
	Ricoveri ordinari	9.089	
	Day surgery	3.056	
	Day hospital	17.677	
	Degenza media	6,2 gg	
	Peso medio	1,12	
	Attrazione extra-regionale	26,7%	
	Accessi pronto soccorso	43.111	
	Accessi con esito ricovero	6,6%	
	Prestazioni ambulatoriali	768.249	
	Trasporti protetti neonatali	208 di cui 187 in emergenza	
Partner	Reti European Reference Networks (ERN)	8	
Accoglienza	Famiglie ospitate in accoglienza alloggiativa	731	188 posti letto distribuiti in 4 strutture comunitarie e 22 appartamenti
	Alunni della scuola in ospedale con la presenza di insegnanti di ogni ordine e grado	286	
	Richieste straordinarie di sostegno alla cura (attività assistita con animali, clown e musicisti)	617	
	Bambini accolti in ludoteca	12.000	
	Interventi effettuati nelle degenze	541	
	Ore di servizio volontario SOS	1.746	
	Associazioni accreditate e fondazioni	38	

**Tabella 1:**

<b>Personale</b>	<b>N. Dipendenti al 31.12.2020</b>
Dirigenti medici	259
Dirigenti sanitari	43
Dirigenti professioni sanitarie	4
Dirigenti ruoli professionale e tecnico	2
Dirigenti ruolo amministrativo	5
Infermieri	580
Altro personale comparto ruolo sanitario	111
Operatori socio sanitari	137
Altro pers. comparto ruoli prof.le e tecnico	52
Personale comparto ruolo amministrativo	91
<b>TOTALE (dirigenti + comparto)</b>	<b>1.284</b>

<b>Altro personale</b>	<b>N. al 31.12.2020</b>
N. incarichi libero professionali	87
N. lavoratori in somministrazione (ex interinali)	9
N. universitari (docenti e personale non docente)	24
<b>TOTALE</b>	<b>120</b>

## **6. Soggetti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del presente Piano**

### **6.1 Gruppo per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza: funzioni e compiti.**

Per realizzare gli obiettivi descritti in questo Piano, l'Azienda Meyer conferma ed aggiorna il Gruppo di lavoro per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, coordinato dallo stesso Responsabile RPCT.

I riferimenti sono aggiornati alle determinazioni derivanti dal nuovo statuto aziendale, entrato in vigore il 1 febbraio 2021. Il Gruppo è costituito dalle seguenti figure professionali:

- Carla Bini, Coordinatore Area Tecnico Amministrativa e Responsabile della SOC Affari Legali e Rapporti con l'Università;
- Salvatore Iannucci, Responsabile SOC Amministrazione Legale e del Personale;
- Maria Concetta Lucania – Responsabile SOC Affari Generali e Sviluppo;
- Carla Bini – Responsabile F.F. SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'ospedale;
- Giovanni Grazi - Responsabile SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica;
- Francesco Puggelli – Dirigente medico, Direzione Sanitaria;

- Patrizia Mondini – Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- Donatella Accolla – Responsabile Ufficio Sviluppo Risorse Umane;
- Giulia Bazzani – Responsabile SOC Salute Organizzativa e Formazione del personale
- Bruno Manno – Supporto al gruppo, con funzioni di segreteria.

Il Gruppo è integrato per specifiche funzioni dalle seguenti figure professionali:

- Francesco Taiti – Responsabile SOC Gestione economica-finanziaria e Controllo di gestione;
- Marco Curradi - Responsabile Ufficio Smart Technology Hospital;
- Alberto Ferraioli - Responsabile Aziendale per la Tutela della Privacy;
- Daniela Papini - Responsabile SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure;
- Da nominare - Responsabile Ufficio Promozione e Valorizzazione Ricerca (Referenti Maria Carmela Leo, Alessandra Pugi);
- Luigi Sirianni - Staff Direzione Sanitaria - Responsabile SOSA Controllo Direzionale”;
- Chiara Staderini - Responsabile Ufficio Formazione;
- Antonietta Cucurachi – Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA);
- Stefania Gianassi – Responsabile “Qualità ed Accreditamento”
- Simona Vergna – Responsabile “Bed Mangement e Flussi dei Pazienti”;
- Luigi Rufo – Referente “Protezione dati personale e gestione riservatezza”;
- Patrizia Mondini – Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Il Gruppo si avvale di Referenti interni ai diversi settori di attività, con particolare riferimento alla mappatura di processi rilevanti ed esposti a rischio corruzione ed agli obblighi legati agli “adempimenti trasparenza”. Relativamente ai compiti si richiamano quelli di:

- Determinare per ciascuna area di rischio, le esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l’indicazione delle modalità, dei responsabili, dei tempi di attuazione e degli indicatori. Le misure riguardano quelle obbligatorie, già individuate dalla norma, e quelle ulteriori individuate dal gruppo di lavoro;
- Individuare misure trasversali (trasparenza, informatizzazione dei processi, accesso telematico a documenti e procedimenti ed il loro riutilizzo, il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali);
- Individuare, per ciascuna misura, il responsabile, le risorse, i tempi e modi di attuazione, attenzionando gli obiettivi in comune sia al ciclo della performance che al Piano Anticorruzione e Trasparenza;
- Individuare se necessario, per area di intervento, un referente per il coordinamento delle attività legate all’obiettivo, il quale si raccorderà con il Responsabile dell’area di intervento e avrà il compito di organizzare gli specifici incontri e rendicontare le attività;
- Individuare forme di consultazione per la elaborazione e/o di verifica e di aggiornamento annuale del PTPC;
- Definire forme di monitoraggio dell’implementazione e sistema di reportistica sull’andamento dei lavori;
- Definire, in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, azioni e misure per rendere operativa la metodologia suggerita dal P.N.A. in merito alla “gestione del rischio” ed applicarla ai procedimenti amministrativi interni.

## **6.2 Organismi interni di controllo**

Dal punto di vista organizzativo e con finalità di integrazione anche sul versante del monitoraggio e dei controlli interni si richiama la delibera del Direttore Generale n. 141 del 22 marzo 2018, con la quale

L'Azienda ha avviato il Sistema dei Controlli Interni formalizzando alcuni collaudati strumenti presenti all'interno dell'organizzazione e recependo il decreto del Ministero della Salute in tema di certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci nel rispetto di un Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

Le novità introdotte dalla Delibera consistono nell'istituzione di un Gruppo di Monitoraggio del Conto Economico (GMCE), di una Commissione Aziendale Approvvigionamenti Sanitari (CAAS) e di una funzione di Internal Auditing. Organismi nati per consolidare le esperienze realizzate al Meyer, attraverso le quali è stata effettuata l'attività di pianificazione, programmazione e controllo, che ha permesso di raggiungere positivi effetti gestionali e bilancistici.

Il Gruppo Monitoraggio Conto Economico (GMCE) si riunisce una volta al mese in prossimità dell'invio del modello Conto Economico alla Regione Toscana ed ha, tra le sue funzioni, quelle di definire in sede preventiva i livelli di costo per ogni fattore produttivo monitorandone mensilmente il reale andamento e individuandone eventuali finanziamenti esterni.

La Commissione Aziendale Approvvigionamenti Sanitari (CAAS), nata dalla fusione tra la ex Commissione Aziendale Dispositivi Medici e la ex Task Force Approvvigionamenti, assicura un adeguato supporto alla Direzione Aziendale per le relazioni con Estar, Regione Toscana e Ministero, contribuendo complessivamente al buon andamento delle attività ospedaliere. Tra le sue funzioni, vi sono quella di predisporre la corretta istruttoria delle richieste di approvvigionamento, la valutazione preliminare di tutti i dispositivi medici di nuova introduzione e il monitoraggio costante dei consumi e dei costi di farmaci e dispositivi medici.

La funzione di Internal Auditing consiste in una attività indipendente, finalizzata alla verifica dell'efficacia e dell'efficienza del Sistema dei Controlli Interni e della gestione dei rischi. Tra le attività individuate nelle linee guida di cui alla D.G.R.T. n.1199/2016, vi sono la mappatura periodica dei rischi aziendali e la verifica dell'efficacia del sistema al fine di garantire la qualità dei processi, in collaborazione con l'RPCT, l'Ufficio Qualità e Accreditamento ed il Rischio Clinico. Tale funzione, collocata in staff della Direzione Generale, è supportata da un Comitato del Sistema dei Controlli Interni.

Un altro organismo con cui collabora l'RPCT è l'Ufficio Procedimenti Disciplinari. L'Ufficio:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55-bis D.Lgs. n. 165 del 2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, legge n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipa all'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale;
- cura l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del D.Lgs. n. 165 del 2001;
- vigila, ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti dell'Ente, ed interviene, ai sensi dell'art. 15 citato, in caso di violazione.

### **6.3 Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.)**

Un organismo di riferimento per lo sviluppo delle attività di questo Piano è il **Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.) per il settore sanitario**, istituito con Delibera della Giunta n. 1069 del 02.11.2016 della Regione Toscana. Il C.R.R.A. è volto a promuovere e valorizzare l'integrità e l'esperienza pluriennale dei RR.P.C.T. del SSR. Le attività promosse del Gruppo sono quelle di:

- mappare e gestire i rischi di corruzione nella loro dimensione effettiva e non solo locale ed aziendale;
- gestire in modo coordinato le misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge;

- coordinare le azioni formative in materia di prevenzione della corruzione;
- gestire in modo integrato il “sistema trasparenza” del servizio sanitario toscano.

A tale Coordinamento partecipano insieme alle Aziende, gli Enti del sistema sanitario toscano ARS (in particolare l'Osservatorio per la Qualità e l'Equità), ESTAR, il Centro di riferimento regionale criticità relazionali e FORMAS (Centro di formazione regionale).

Il Coordinamento ha trattato diverse aree tematiche, formulando approfondimenti e proposte operative. Le aree principali hanno riguardato:

- **Formazione:** analizzare le proposte formative di ciascuna azienda, per individuare corsi che coinvolgano ed interessino tutti gli operatori dell'intero SST, da svolgersi unitariamente in aula o FAD.
- **Processi di analisi e mappatura:** analizzare i diversi modelli di mappatura e i processi stessi, adottati da ciascuna azienda, individuare la metodologia più idonea applicabile al SST e un set minimo di informazioni sui processi più delicati, per un'adeguata valutazione dei rischi di corruzione attuabile sia a livello regionale che all'interno di ciascun Ente.
- **Trasparenza:** individuare le informazioni e i dati più rilevanti in aggiunta a quanto già prescritto dalla normativa e di trattarne le principali problematiche, anche in relazione alla natura di ciascun ente coinvolto.
- **Conflitto di Interessi:** analizzare la tematica del conflitto di interessi e formulare modelli di gestione comune.
- **Obblighi di pubblicazione concernenti gare di appalti:** analizzare e valutare procedure per l'attuazione e la gestione degli obblighi di pubblicazione concernenti gare di appalti. Produrre di linee di indirizzo e indicazioni in materia.
- **Whistleblowing:** individuare procedure unitarie e strumenti uniformi di gestione delle informazioni.

Per il 2021 è prevista la ripresa delle attività di coordinamento e confronto tra i vari RPCT operanti sul territorio regionale, attraverso la partecipazione periodica ad un “Tavolo Regionale in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione”. Il Tavolo ha come obiettivo la condivisione di problematiche collettive e la risoluzione uniforme delle stesse attraverso l'adozione di procedure e documenti comuni.

#### 6.4 Organismo Indipendente di Valutazione

L'OIV riveste un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza a livello Aziendale, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del D.lgs 150/2009 e ss.mm.ii., in particolare:

- valida la relazione sulle performance dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propone all'organismo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione e della Trasparenza e quelli indicati nella Performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione della performance;
- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni, formulando una relazione annuale sullo stato dello stesso, avanzando anche proposte di miglioramento e raccomandazione ai vertici amministrativi.

#### 6.5 Ruoli e Responsabilità

Riassumendo quanto previsto dalla normativa, sono identificabili 4 livelli di responsabilità:

a) La responsabilità del Direttore Generale

Sono previste le sanzioni di cui all'art. 19, co. 5, lett. b) del d.l. 90/2014 in caso di mancata «adozione dei Piani di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento». Al riguardo si rinvia al «Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento» del 9 settembre 2014, in cui sono identificate le fattispecie relative alla “omessa adozione” del PTPC, del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) o dei Codici di comportamento.

b) La responsabilità del Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità

Tale responsabilità è prevista per il caso di mancata predisposizione del Piano e di mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti. Nel caso in cui all'interno dell'Azienda vi sia una condanna per un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato è prevista una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa, oltre che per il danno erariale ed all'immagine salvo che il Responsabile provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza. È esclusa la responsabilità ove l'inadempimento degli obblighi, sia "dipeso da causa a lui non imputabile".

c) La responsabilità dei dirigenti

L'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 stabilisce inoltre che la mancata o incompleta pubblicazione da parte dell'Azienda delle informazioni di cui al comma 31 va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. n. 165/2001 ed eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti obbligatori sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del relativo servizio.

Il Decreto 97/2016 prevede inoltre specifiche ipotesi di responsabilità dirigenziale nei casi in cui siano violate le norme sulla trasparenza richiamate e, nello specifico, quelle attinenti all'accesso civico e agli obblighi di pubblicazione, stabilendo che:

- il differimento e la limitazione dell'accesso civico sono idonei a dar luogo a responsabilità dirigenziale e responsabilità per danno all'immagine della PA;
- il potere di irrogare le relative sanzioni spetta all'ANAC e non più alla autorità amministrativa competente in base a quanto previsto dalla legge 689/1981;
- costituisce ipotesi di responsabilità in capo al dirigente la mancata effettuazione della comunicazione relativa agli emolumenti a carico della finanza pubblica e la mancata pubblicazione dei dati.

d) La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione e trasparenza, previste nel presente documento e adottate dall'Azienda, devono essere comunque rispettate da tutti i dipendenti e da tutti i professionisti che svolgono attività presso la Stessa; la loro violazione costituisce illecito disciplinare.

## **PARTE II**

### **7. Procedimento di formazione, predisposizione e adozione del Piano**

Premesso che il presente Piano risente dei contenuti del PTPCT 2017-2019 che ha rappresentato il secondo e impegnativo percorso “formativo-intervento” aziendale in cui il livello di partecipazione delle strutture coinvolte rispetto al triennio precedente è stato più incisivo ed ha permesso ai responsabili delle aree a rischio di definire le azioni e le misure di miglioramento continue, da sviluppare anche in tempi medio lunghi. Il Piano si caratterizza pertanto per essere la continuazione dei precedenti che attraverso un approccio graduale cerca di migliorare progressivamente e con maggiore profondità le azioni e le misure nonché l'analisi dei processi mappati, la valutazione ed il trattamento del rischio.

Questo Piano triennale è anche il risultato del monitoraggio e delle verifiche avviate in modo più

strutturato a partire dal 2017. Dallo stesso anno il monitoraggio, di norma semestrale, è svolto congiuntamente tra l'Ufficio Legalità e Trasparenza, i Responsabili delle aree a rischio corruzione (Gruppo di lavoro di cui al punto precedente), i cui esiti sono rendicontati, attraverso relazioni finali da parte dei Responsabili e illustrati alla Direzione nell'incontro di discussione del presente documento.

La predisposizione del presente Piano è frutto quindi di incontri specifici con la Direzione nella quale si illustrano i risultati raggiunti nel 2020 e nei quali sono state rappresentate le proposte di miglioramento pervenute dai responsabili delle aree a rischio corruzione per il 2021-2023. La Direzione anche per il 2021 ha individuato i Responsabili delle aree a rischio corruzione mappate quali soggetti aventi il compito di definire le azioni e le misure ulteriori di cui si dà evidenza nell'Allegato 2.

Al fine di favorire la partecipazione ed i contributi da parte di soggetti terzi, la bozza è stata pubblicata per la consultazione sul sito dal 2 marzo al 15 marzo 2021. Il documento in consultazione inoltre è stato illustrato, congiuntamente alla Relazione 2020, alla Direzione negli incontri del 25 febbraio 2021 e 1 marzo 2021.

Il presente Piano è stato poi condiviso conclusivamente con la Direzione in fase di adozione.

## **8. Integrazione tra gestione della performance e prevenzione della corruzione**

Al fine di realizzare la migliore strategia anche in termini di prevenzione della corruzione è necessario che gli strumenti di programmazione presenti in Azienda siano coordinati nei contenuti e nella misurazione. Il Piano della performance ed il sistema di misurazione e valutazione sono i principali strumenti per l'assegnazione degli obiettivi, la verifica della coerenza e dell'attuazione delle misure. In tale senso sono le indicazioni dell'art. 1 c. 8 della l. 190/2012 e i richiami di ANAC.

Nella definizione del percorso di integrazione tra i due strumenti per il triennio 2021-2023 è obbligatorio tener conto, come indicato nel Piano della Performance, "dello scenario normativo ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza, in un contesto di risorse limitate nonché dell'esigenza di un doveroso ammodernamento di specifici servizi per far fronte all'evoluzione dei fabbisogni demografici ed epidemiologici".

Ben consapevoli della difficoltà di pianificare sia nel lungo periodo che nel breve termine, vista l'estrema incertezza del contesto dato dalla emergenza pandemica da COVID-19, questo Piano si pone come obiettivo di riprendere il processo di integrazione con il Piano della performance, in accordo con la Direzione e con i processi di budget, tenendo sempre presente le esigenze di flessibilità e adattamento necessarie in questo delicato contesto.

Detto ciò, si riportano di seguito gli indirizzi già previsti nei precedenti Piani che rimangono strategici per raggiungere più alti livelli di integrazione.

Dal punto di vista delle strategie di prevenzione della illegalità, gli obiettivi potenzialmente integrabili tra Piano Performance e Piano Anticorruzione sono riconducibili alle seguenti azioni e misure che costituiscono l'oggetto del presente documento: gestione rischio corruzione; adempimenti trasparenza e accesso civico; codice di comportamento; rotazione del personale; obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali; disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi prevalenti; incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di

incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.; disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro; disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione; utilizzo di protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse; azioni di sensibilizzazione con la società civile; azioni di monitoraggio e di verifica sui tempi procedurali e dei rapporti con i terzi.

In questo contesto, già nel PTPCT 2017 – 2019 aziendale, con particolare riferimento alle aree tecnico-amministrative e di staff, sono stati individuati prioritariamente gli obiettivi, le strutture ed i responsabili sia nell'area della “gestione del rischio corruzione” per le attività mappate e trattate che nell'area di “amministrazione trasparente” per la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati.

Per il triennio 2021-2023 l'obiettivo generale, premesso quanto sopra, è di continuare nel percorso di assegnazione degli obiettivi organizzativi ed individuali precedentemente indicati tenendo conto che le azioni, le misure ad esempio della gestione del rischio corruzione, si integrano con gli obiettivi già raggiunti legati alla JCI e al PAC.

Obiettivi collegati al sistema di misurazione e valutazione potranno quindi essere assegnati dalla Direzione in sede di negoziazione dei budget alle strutture organizzative, ai responsabili ed ai referenti dei settori mappati nella gestione del rischio corruzione, degli adempimenti trasparenza o degli obiettivi specifici individuati nel paragrafo 8 “Obiettivi strategici specifici del PTPCT 2021-2023”.

Altri obiettivi individuali possono essere assegnati dai responsabili ai propri collaboratori, che non hanno ancora assolto all'obbligo formativo, di partecipare al Corso FAD del FORMAS e, nel caso di attivazione ad una delle giornate di formazione generale su anticorruzione, codice di comportamento e uso dei social web, organizzate per il 2021.

Sempre in ambito formativo, obiettivi individuali di partecipazione all'eventuale corso sul ruolo dei responsabili nella gestione del conflitto di interessi attraverso l'analisi di casi specifici saranno assegnati al personale con incarichi organizzativi e gestionali.

Permangono in capo al RPCT gli adempimenti legati alla adozione del Piano e alla stesura della relazione annuale.

## **9. Obiettivi strategici generali aziendali**

Nel Piano della Performance per il prossimo triennio, pubblicato su “amministrazione trasparente”, sono indicate le aree di intervento aziendale e gli obiettivi operativi assegnati a ciascuna articolazione organizzativa con la definizione dei relativi indicatori e standard attesi. In sintesi, le aree di sviluppo sono riconducibili a questi ambiti: Governo dell'offerta assistenziale, Innovazione organizzativa, Qualità e Sicurezza, Sistema regionale di valutazione della performance, Rete Pediatrica, Attività scientifica e di ricerca, Sviluppo ICT, Innovazione Tecnologica.

Nel rinviare al paragrafo sull'integrazione tra gli obiettivi del presente Piano e quello della Performance per ciò che attiene l'area “Attuazione delle Politiche sulla Trasparenza e Anticorruzione” appare significativo in termini di gestione del rischio corruzione evidenziare qui l'innovazione organizzativa principale per il prossimo triennio.

L'obiettivo prioritario che coinvolge l'intera organizzazione è il Progetto “Meyer+”. Il piano di sviluppo triennale che, attraverso un complesso di azioni strutturali, permetterà al Meyer di crescere ulteriormente, rendendo possibile la dislocazione di parte delle attività assistenziali in edifici adiacenti all'Ospedale, così da concentrare tutte le attività di cura delle patologie ad alta complessità nell'attuale struttura ospedaliera. In questo scenario, ha preso avvio, inoltre l'operatività del “Meyer Health Campus” con l'attivazione delle aule per la formazione e la didattica. Attualmente è in fase conclusiva

la progettazione per la ristrutturazione dell'edificio che si concluderà entro dicembre 2021. La stipula del contratto per l'utilizzo degli spazi del complesso immobiliare dell'ex clinica Villanova, conclusasi nel 2018, consentirà l'avvio dei lavori di ristrutturazione per la realizzazione del nuovo "Parco della Salute" per la cui realizzazione sarà completamente ristrutturato un complesso immobiliare di oltre 5.000 mq adiacente all'area ospedaliera. La realizzazione del Parco prevede un periodo di 20 mesi di lavori che inizieranno nella prossima primavera e si concluderanno alla fine del 2022. Sotto il profilo dell'accoglienza è inoltre in programma la creazione di un "Family Center Anna Meyer" destinato alla cura ed all'accoglienza dei bambini dei bambini e delle famiglie.

Per supportare lo sviluppo complessivo per il prossimo triennio, il Meyer ha deciso già nel 2018 di avviare il percorso di accreditamento internazionale con il metodo Joint Commission International (JCI) che, a seguito di un importante percorso di verifica attuatosi nel mese di dicembre 2020, si è positivamente concluso con il riconoscimento dell'Accreditamento da parte del prestigioso Ente Internazionale. Il traguardo raggiunto è stato il frutto di un intenso ed impegnativo lavoro da parte dell'intera struttura ospedaliera che ha comportato la lettura di tutti i processi organizzativi (gestionali, clinico-assistenziali, tecnico-amministrativi) con attenzione particolare verso gli standard di qualità e sicurezza. Il percorso verso l'accreditamento JCI ha richiesto 18-24 mesi di preparazione e un'autovalutazione continua che ha visto coinvolta la direzione aziendale, le funzioni amministrative, la leadership clinica e assistenziale e tutti gli operatori che partecipano ai processi di cura e assistenza, di ricerca e di formazione e addestramento, coinvolgendo sia la componente ospedaliera che quella universitaria

Il raggiungimento di questo traguardo permette, con il coinvolgimento della SOS Qualità ed accreditamento, di fornire un quadro esteso di tutti i processi organizzativi e gestionali su cui implementare per il prossimo triennio l'analisi dei rischi dal punto di vista della prevenzione della corruzione.

## **10. Obiettivi strategici specifici del PTPCT 2021-2023**

Dal punto di vista della prevenzione della corruzione il PNA 2019 conferma gli orientamenti strategici della L. n. 190/2012:

- Effettuare le opportune valutazioni del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione.
- Attuare le azioni individuate e le misure volte a prevenire il rischio di corruzione.
- Programmare interventi formativi e di sensibilizzazione sui temi della prevenzione della corruzione e dell'etica.

In questo quadro, il nuovo PNA 2019 ANAC individua le seguenti aree di intervento per il triennio:

- 1) Sviluppare i processi di informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati in "amministrazione trasparente" e delle dichiarazioni di tutti gli operatori sui conflitti di interesse.
- 2) Sviluppare misure organizzative volte ad integrare il monitoraggio dell'attività del presente Piano ed i momenti di controllo interno, nonché il coinvolgimento e la partecipazione dei titolari degli uffici di diretta collaborazione facenti parte del gruppo aziendale dei referenti;
- 3) Incrementare quali-quantitativamente la formazione in materia rivolta a tutti gli operatori;
- 4) Continuare nei processi di approfondimento delle aree a rischio mappate nel triennio precedente, aggiornando e consolidando le specifiche procedure PAC e/o JCI che implicano valutazioni in termini di gestione dei rischi corruttivi;
- 5) Sviluppare, nell'ambito dei sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in uso in

Azienda, quali migliorie apportare in termini di accountability circa l'attuazione di misure di prevenzione;

- 6) Prevedere che gli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza siano coordinati con il Piano e la Relazione annuale sulla Performance organizzativa ed individuale e con il Sistema di misurazione e valutazione dei risultati.

Premesso quanto sopra in termini di rapporto tra piano ed Emergenza Covid19, per il triennio appare utile:

- a) confermare le azioni e le misure previste nel Piano 2020 ancora da sviluppare e  
b) integrare i processi di analisi sulle azioni e sulle misure messe in campo e da avviare per la gestione dell'emergenza COVID.

In accordo con la Direzione, rispetto al punto a), sono confermate le seguenti attività:

- Avviare, nell'ambito dell'area strategica 1, l'analisi delle modalità operative di informatizzazione del flusso di dati per "amministrazione trasparente"; adottare il regolamento e la procedura di comunicazione elettronica e crittografata per le segnalazioni in tema di Whistleblowing
- Programmare, nell'ambito dell'area strategica 3, il percorso formativo annuale rivolto a tutti gli operatori sui temi dell'integrità, del codice di comportamento, dell'uso del social web e sensibilizzare l'utilizzo dei corsi FAD (FORMAS) sul codice di comportamento e anticorruzione;
- Verificare, nell'ambito della strategia 5, la possibilità di integrare gli obiettivi di prevenzione della corruzione con l'indagine PREMs (Patient Reported Experience Measures), avviata al Meyer, sull'esperienza di ricovero in regime ordinario. L'indagine, promossa dalla Regione Toscana e realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è rivolta a tutti i pazienti minorenni che hanno effettuato un ricovero in regime ordinario nel nostro Ospedale e vi possono rispondere, su base volontaria, i genitori o il tutore legale di questi pazienti, tenendo conto del loro punto di vista. L'indagine è effettuata per raccogliere le informazioni sull'esperienza relativa all'ospedalizzazione e utilizzarle per monitorare la qualità dell'assistenza erogata durante il ricovero, in particolare riguardo ad alcuni aspetti quali il coinvolgimento nel percorso di cura, la comunicazione e la qualità dell'assistenza;
- Analizzare possibili misure volte alla gestione dei flussi informativi collegati alla segnalazione di operazioni anomale per il contrasto al riciclaggio.

Principalmente le attività programmate per il 2021 sono individuate nei seguenti ambiti:

- Nell'ambito della area strategica 4, alla luce delle procedure PAC e JCI definite, ampliare la catalogazione dei processi da mappare, attraverso degli incontri con la SOS "Qualità ed Accreditamento";
- Nell'ambito dell'area strategica 2, la costituzione del nuovo Nucleo Ispettivo Aziendale.
- Nell'ambito dell'area strategica 6, assegnare maggiori compiti e responsabilità ai soggetti coinvolti nelle azioni e nelle misure del presente Piano attraverso l'integrazione con il Piano della Performance, attribuendo obiettivi specifici alle strutture nelle seguenti aree:
  - i. partecipazione al corso di formazione FAD su piattaforma FORMAS di almeno il 30% del personale assegnato alle strutture che risultano avere un basso tasso di partecipazione
  - ii. monitoraggio delle procedure di acquisto beni e servizi fuori gara ESTAR
  - iii. analisi del corretto utilizzo dei beni in comodato d'uso gestiti dalle strutture in relazione ad eventuali costi per l'Azienda.

Rispetto al punto b) e sulla base di alcune criticità rilevate anche da ARAN, l'azione da porre come attività 2021 è l'analisi delle variazioni organizzative intervenute nell'arco del 2020 al fine di individuare

eventuali **nuovi processi/procedure da mappare o da rivedere in termini di rischio corruzione**, attraverso incontri specifici con i relativi responsabili.

La Direzione, confermando l'impostazione adottata per gli anni precedenti, ha ricondotto infine all'autonomia delle strutture e dei responsabili la decisione di ridefinire e/o riposizionare per il 2021 gli obiettivi legati alla gestione del rischio corruzione avviati con il Piano 2017-2019 sia nella definizione della tempistica e che nelle modalità di attuazione delle azioni e delle misure risultanti dall'analisi e dalla valutazione del rischio. A tal fine si ricorda che lo sviluppo del processo di programmazione e gli obiettivi specifici individuati, tengono conto del nuovo assetto organizzativo di cui al nuovo atto aziendale entrato in vigore il 1 febbraio 2021, della operatività ad oggi raggiunta e delle risorse disponibili. Il quadro è sinteticamente e specificatamente rappresentato nei paragrafi successivi (Parte II) e nei seguenti allegati:

**Allegato 1:** Schede riassuntive "Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione";

**Allegato 2:** Tabelle "Control Self Risk Assessment" sulle seguenti attività a rischio:

- Area acquisti beni e servizi (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto);
- Area acquisti lavori (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto)
- Gestione delle Risorse Umane (selezione, incarichi e nomine, conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, formazione sponsorizzata, gestione missioni, incarichi extra impiego);
- Ricerca e sponsorizzazioni (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni);
- Comodati d'uso / donazioni;
- Comodati d'uso / donazioni (Ricerca e sponsorizzazioni);
- Liste di attesa (governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa);
- Attività libero professionale intramuraria (autorizzazione, esecuzioni, convenzioni);
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;

**Allegato 3:** Classificazione dei rischi corruzione

**Allegato 4:** Sezione "Amministrazione Trasparente" - Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti dal 31 dicembre 2018

## PARTE II: Approfondimenti tematici

*In questa parte sono indicate le sole misure generali di prevenzione individuate dal legislatore e che, per la loro portata in Azienda frutto dell'analisi di contesto e di valutazione del rischio, sono prevalenti in termini di azione e misure per il trattamento del rischio per il contesto aziendale. Nelle sezioni che seguono verranno quindi indicate alcune aree di intervento, che presentano particolari attenzioni in fase di pianificazione o attuazione. Si rinvia alle Schede Allegato 1 per quanto riguarda le altre azioni e misure obbligatorie da sviluppare nel triennio e qui non indicate.*

### 11. Le azioni e le misure generali di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Le aree di intervento obbligatorie e comuni per gli enti della P.A., che i PP.NN.A. e la normativa di settore prevedono, sono così indicate: adozione del P.P.C; adempimenti di trasparenza; codice di comportamento specifico; rotazione del personale; obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali; disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi prevalenti; incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; disciplina specifica in

materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.; disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro; disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

In **Allegato 1** sono rappresentate, attraverso schede riassuntive, le aree di intervento per ogni azione obbligatoria e comune precedentemente indicata. Ogni scheda, che costituisce un quadro di riferimento per la pianificazione delle azioni e delle misure da coordinare in modo strutturato è articolata nel seguente modo:

Area di intervento: sono indicate le aree di rischio obbligatorie (art. 1, comma 16, l. n. 190 del 2012) comuni a tutte le pp.aa.

Riferimento normativo: sono indicate le norme e gli articoli specifici

Obiettivo: viene descritto l'obiettivo a cui devono tendere le azioni e le misure

Soggetti competenti all'adozione delle misure: sono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità

Azioni e misure: sono indicate le misure previste obbligatoriamente dalla l. n. 190 del 2012, dalle altre prescrizioni di legge e dal P.N.A. Le misure saranno valutate attraverso indicatori di risultato che devono trovare un collegamento con il ciclo della performance

Tempi e modalità di realizzazione: sono indicati i tempi e le modalità di realizzazione per l'implementazione e il miglioramento degli interventi.

Ai fini del presente Piano le schede riassuntive di cui trattasi rappresentano altresì un quadro di riferimento operativo sullo stato dell'arte in Azienda delle azioni e delle misure attuate e al tempo stesso un riferimento propulsivo per attivare momenti di coinvolgimento e di interlocuzione con le strutture ed i responsabili interessati sugli obiettivi obbligatori richiesti dalla normativa e di monitoraggio per le azioni da sviluppare nel triennio in termini di programmazione, impulso e coordinamento.

## **12. “Gestione del rischio corruzione” e contesto di riferimento. Area di intervento 1**

Con il nuovo PNA2019 restano invariate le fasi del processo di gestione del rischio. Viene quindi confermata l'analisi del contesto specifico, la valutazione del rischio (identificazione, analisi, ponderazione), trattamento (individuazione e programmazione delle misure), monitoraggio e riesame. Restano altresì invariate le aree di rischio obbligatorie, generali e specifiche per la sanità.

Cambia invece l'approccio valutativo nel senso che viene superato l'Allego 5 del PNA 2013 (approccio quantitativo) e proposto un nuovo set di indicatori di stima del livello di rischio (livello di interesse esterno, grado di discrezionalità del decisore, manifestazione di eventi corruttivi in passato, opacità del processo, livello di collaborazione del responsabile del processo, grado di attuazione delle misure di adattamento) di tipo qualitativo.

Viene mantenuto comunque un approccio di gradualità nella gestione del rischio corruzione sia in termini di profondità dell'analisi dei processi che di ampiezza delle aree di rischio da analizzare.

Ai fini del presente Piano si conferma il percorso di mappatura e analisi svolto nel 2016, frutto di una azione interna di “formazione-intervento”, i cui obiettivi si ritengono ancora validi e prodromici di nuove azioni e misure di miglioramento, sempre più specifiche alle caratteristiche e ad ai fabbisogni del Meyer. Il processo di mappatura e di gestione del rischio corruzione, rappresentato compiutamente nel Piano (PIPCT) 2017-2019, è il risultato di un processo di partecipazione e condivisione con i

Responsabili ed i referenti dei processi di tutte le aree comuni, generali e specifici. È stato il percorso e l'approfondimento più incisivo e più strutturato ad oggi in Azienda. I Responsabili ed i Referenti specificatamente individuati sono stati coinvolti in un percorso formativo-intervento svolto tra giugno e novembre 2016 che ha approfondito tutti i temi della normativa di riferimento (dagli adempimenti relativi alla Trasparenza, alla responsabilità connessa agli stessi, dall'analisi e gestione del rischio corruzione alla definizione delle relative azioni) e che ha prodotto un Catalogo dei processi in linea con le aree a rischio specifiche per il settore sanitario a cui è seguita l'analisi di contesto di ogni processo, la valutazione del rischio e l'individuazione delle misure la programmazione. Annualmente sulla base del monitoraggio svolto dai responsabili delle strutture coinvolte, tenuto conto anche degli altri obiettivi di sviluppo assegnati e delle risorse disponibili, vengono riprogrammate, in una logica di continuità, le misura e/o l'attività di miglioramento da attuare.

L'analisi è anche il frutto di un processo che ha visto coinvolti i rappresentanti degli organi di indirizzo e di controllo interessati sia nella definizione delle misure e del loro contenuto. In incontri specifici sono stati condivisi con la Direzione i risultati del processo di mappatura e valutazione del rischio e sono state acquisite dalla Stessa le indicazioni con le quali si sono svolti gli incontri con i responsabili per dare attuazione anche in termini di priorità alle diverse misure di prevenzione del rischio.

I risultati di tale processo sono stati poi presentati il 23 novembre 2016 in una sessione specifica nell'ambito della Giornata della Trasparenza ed illustrati sia agli attori esterni (Associazioni di volontariato e delle famiglie riunite nel Comitato di partecipazione aziendale) che agli attori interni tra cui l'Organismo Indipendente di Valutazione Aziendale (OIV).

In continuità quindi con le azioni svolte degli anni precedenti, le attività 2021 continuano ad essere focalizzate sulle seguenti aree di intervento:

- Aree di rischio generali (Acquisti e Lavori; Risorse umane);
- Aree di rischio specifiche ad impatto sanitario (LPI, Liste d'attesa, Convenzioni, Gestione salme, Ricerca e sperimentazioni, Sponsorizzazioni).

Nel 2021 continueranno gli incontri tra Ufficio Legalità e Trasparenza e le Strutture coinvolte nelle aree a rischio mappate per proseguire nello sviluppo delle azioni e delle misure per il trattamento del rischio sostenibili e verificabili. Le attività a rischio ed il catalogo dei processi trattati sono rappresentate in **Allegato 2** Tabelle di "Control Self Risk Assessment" e così riassunte:

- *Area acquisti beni e servizi (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto);*
- *Area acquisti lavori (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto),*
- *Gestione delle Risorse Umane (selezione, incarichi e nomine, conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, formazione sponsorizzata, gestione missioni, incarichi extra impiego);*
- *Ricerca e sponsorizzazioni (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni);*
- *Comodati d'uso / donazioni;*
- *Comodati d'uso / donazioni (Ricerca e sponsorizzazioni);*
- *Liste di attesa (governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa);*
- *Attività libero professionale intramuraria (autorizzazione, esecuzioni, convenzioni),*
- *Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.*

Per la sintesi delle azioni comuni si rinvia all'Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 1 "Aggiornamento 2021 - Piano Triennale Prevenzione Corruzione 2021 – 2023". Per quanto riguarda le azioni specifiche pianificate, le modalità di attuazione, i tempi ed i responsabili dell'azione si invia

all'Allegato 2: Tabelle "Control Self Risk Assessment" sulle specifiche attività a rischio. Per un elenco dei possibili rischi legati alla corruzione è consultabile l'Allegato 3.

### **13. Area di intervento. Sezione specifica "adempimenti trasparenza" (Piano Trasparenza).**

La trasparenza, secondo il dettato normativo di cui al d.lgs n. 33/2013 come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, è intesa come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dall'Azienda, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrative, favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" concorrendo alla realizzazione di una Amministrazione aperta ed al servizio del cittadino.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa "integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione".

La trasparenza ha dunque un ruolo di primo piano nel sistema di prevenzione alla corruzione. Costituisce la misura di prevenzione della corruzione volta a promuovere l'integrità e la cultura della legalità attraverso una ricerca continua della qualità delle informazioni pubblicate, del costante aggiornamento, completezza e tempestività. Il sito web Meyer, visto non solo dal punto di vista dell'applicazione del d.lgs n 33/2013 e smi, presenta una comunicazione particolarmente orientata al cittadino che si caratterizza per una facilità di accesso e una semplicità di consultazione.

Per una sintesi delle specifiche indicazioni sugli obiettivi e sulle azioni si rinvia all'Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 2 "adempimenti trasparenza". Mentre per quanto riguarda le responsabilità della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati **Allegato 4: Sezione "Amministrazione Trasparente" - Elenco degli obblighi di pubblicazione** che individua le strutture ed i nominativi a cui sono assegnati gli obiettivi organizzativi ed individuali. In tale allegato sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione di dati. Sono indicati inoltre i nominativi dei soggetti e gli Uffici responsabili di ognuna delle attività citate.

Le misure collegate al diritto di accesso civico semplice e generalizzato, in accordo con il Responsabile della SOC Affari Generali e Sviluppo, riguarderanno il monitoraggio e la catalogazione delle richieste.

Anche per triennio 2021-2023 restano confermate le stesse modalità organizzative fin ora attivate: i Responsabili ed i Referenti per l'attuazione delle misure di pubblicazione, aggiornano e monitorano i dati con il supporto e l'affiancamento del RPCT.

Ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione i responsabili tenuti all'inoltro dei dati in "amministrazione trasparente" devono indicare correttamente la sezione di pubblicazione, garantire la completezza e l'aggiornamento secondo le specifiche dell'Allegato 4, utilizzare un formato aperto o elaborabile (es. ods, csv, pdf elaborabili).

Tali attività costituiscono obiettivi ordinari di budget 2021 per le strutture ed i soggetti coinvolti che saranno misurati e valutati sulla base degli accordi sindacali in essere per l'erogazione del salario di risultato 2021 e dei processi di valutazione e certificazione degli organi di controllo quali il Collegio Sindacale e l'Organismo indipendente di valutazione.

L'assolvimento degli obblighi di pubblicazione anche sotto il profilo qualitativo del dato, è infatti attestato dall'OIV, il cui esito è pubblicato sul sito aziendale - sezione "Amministrazione trasparente".

#### **14. Attuazione del Codice di Comportamento: Area di intervento 3**

L'Azienda, ai sensi dell'art. 54 del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i., ha definito, con procedura aperta e previo parere positivo dell'OIV, un proprio codice di comportamento sulla base di criteri e linee guida definiti dalla CIVIT. Codice Aziendale adottato con Deliberazione n. 335 del 31/12/2013 e che ha integrato il Codice Generale con regole comportamentali specifiche per l'Azienda, la cui inosservanza è sanzionata al pari del Codice Generale di cui al D.P.R. 62/2013.

Per gli obiettivi e le azioni specifiche si rinvia all'Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 3 "Codice di comportamento". Si rinvia inoltre alla Relazione annuale del RPCT per ulteriori informazioni sulle attività.

Inoltre, i contratti sono stati adeguati alle previsioni del Codice di Comportamento adottato e sono state definite le procedure di rilevazione delle dichiarazioni di interessi. Corsi formativi specifici sono organizzati annualmente. Continuerà l'attività di raccolta, di monitoraggio delle dichiarazioni di interesse pervenute in attuazione del codice di comportamento

Per l'attività formativa sul Codice di Comportamento si rimanda al paragrafo dedicato alla Formazione.

#### **15. La rotazione straordinaria**

L'articolo 16 c. 1 lett. l-quater d.lgs. 165/2001 dispone che i "dirigenti degli uffici dirigenziali generali provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

Nelle more di una regolamentazione normativa puntuale e seguendo le indicazioni ANAC di cui alla Delibera n. 215/2019 e al PNA2019 si ritiene con il seguente Piano di integrare il Codice di comportamento aziendale con la seguente misura minima. L'art. 6 del Codice di Comportamento Meyer (Del. n. 355/2013) è integrato dopo l'ultimo capoverso con la seguente disposizione: "Gli operatori, compreso i neo assunti, Meyer hanno l'obbligo di comunicare all'Azienda la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio. L'Azienda ai fini di una coerente applicazione dell'istituto della rotazione straordinaria di cui all'art. 16 c. 1 lett. l-quater D.lgs. 165/2001 monitora le ipotesi in cui si verificano i presupposti per l'applicazione della misura".

Ai fini dello sviluppo della misura "**rotazione ordinaria**" si precisa che nell'anno 2021 l'Azienda è interessata da un generale processo di riorganizzazione con l'adozione del nuovo statuto aziendale (Del. 55/2021) e dei relativi provvedimenti attuativi e di selezione degli incarichi sia per il personale dirigenziale che per il personale del Comparto (Del. 56/2021; Del 57/2021; Del. 92/2021).

#### **16. Attività formative. Area di intervento 12**

La formazione riveste un'importanza cruciale per raggiungere gli obiettivi della prevenzione della corruzione. In questo quadro le azioni di cui all'Allegato 1, Area di intervento obbligatori comune n. 12 "Formazione", avente l'obiettivo di "programmare adeguati percorsi formativi, anche in ambito di area vasta, strutturati su due livelli: 1) livello generale rivolto a tutti i dipendenti sui temi dell'etica e dell'integrità; 2) livello specifico rivolto ai responsabili della prevenzione ed ai dirigenti e funzionari addetti che svolgono attività nelle aree a rischio".

Gli obiettivi sono coordinati e collegati al Piano Aziendale della Formazione per il 2021. L'attività formativa annuale viene meglio specificata nell'ambito del Piano Annuale della Formazione (PAF 2021) al quale si rinvia per i dettagli (destinatari, contenuti, ore, ecco). Si rinvia inoltre alla scheda

specifica allegata al presente Piano (Allegato 1 – Area di intervento 12).

Per il 2021, data l'impossibilità di attivare corsi in aula fino al perdurare dell'emergenza COVID19, verrà avviata un'azione di sensibilizzazione per la partecipazione al corso FAD sui temi dell'anticorruzione, attivato dal FORMAS.

Nell'ambito del PAF 2021 comunque è previsto, nel caso di cessazione del periodo di emergenza, il percorso formativo in aula sul Codice di Comportamento e sulla Carta dei Valori dell'operatore con particolare riferimento al tema del conflitto di interessi in generale e nei contratti pubblici, ai profili di responsabilità, all'uso del social web, secondo le Linee Guida Regionali in materia.

### **17. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile (Area di intervento n. 14)**

Al fine di determinare l'esistenza di fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni di corruzione, particolarmente importante è il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto del cittadino. Azione finalizzata a sensibilizzare la cittadinanza, finalizzata istituire canali di comunicazione per ricevere segnalazioni dall'esterno di episodi di "maladministration" secondo la definizione ampia di corruzione data in premessa.

Tale area di intervento è in linea con la visione aziendale ed infatti particolare attenzione è dedicata nello Statuto Aziendale e alla partecipazione dei cittadini e delle Associazioni dei genitori che così recita:

“L'Azienda riconosce, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi, la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute. A tal fine assicura la partecipazione alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti quali singoli fruitori dei servizi o delle associazioni che a qualunque titolo rappresentano le collettività servite. Un ruolo particolare viene dall'Azienda riconosciuto alle Associazioni dei genitori con le quali condividere azioni di miglioramento della qualità dei servizi erogati e riconosce la costituzione di un loro coordinamento, teso a potenziare le sinergie e le risorse disponibili” (*fonte: Atto Aziendale Meyer*).

L'azione per il 2021 sarà strutturata dalla Direzione nel quadro della programmazione della Convention aziendale annuale.

### **18. Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali**

Il Responsabile, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190/2012, entro il 15 dicembre di ogni anno redige la relazione annuale sull'efficacia delle misure di prevenzione da pubblicare sul sito che si integra al format richiesto da ANAC annualmente. Per il 2020 la pubblicazione della relazione è stata prorogata da ANAC al 31 marzo 2021.

Il seguente Piano è approvato con atto del Direttore Generale, previa discussione ed approfondimento con gli organi della Direzione, il gruppo di lavoro, i dirigenti interessati compreso i responsabili URP e UPD.

La sua adozione ed i suoi aggiornamenti saranno pubblicizzati sul sito intranet ed internet nonché mediante segnalazione via mail personale o Meyer Informa a ciascun dipendente e collaboratore, compreso i neoassunti.

Il presente Piano rinvia infine alla normativa ed alle Determine ANAC per quanto qui non contenuto, in particolare per gli approfondimenti sui profili disciplinari e sanzionatori del responsabile della prevenzione della corruzione, degli organi di vertice, dei dirigenti per l'omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte e dei dipendenti per la violazione delle misure di prevenzione previste.