



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
“Bianchi - Melacrino - Morelli”
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N° 107 DEL 30/01/2026

Deliberazione adottata dal Commissario Straordinario, nominato ai sensi e per gli effetti dell'art. 20, comma 3, della Legge della Regione Calabria del 7 agosto 2002, n. 29 e s.m.i., della legge della Regione Calabria del 19/3/2004, n. 11, della Delibera di Giunta Regionale n. 51 del 17.2.2025 e del Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 17 del 17/2/2025.

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028.

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028.

Il Direttore f.f. UOC Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., in conformità degli obiettivi assegnati, propone l'adozione del seguente atto.

Il Responsabile del Procedimento
Dott. Ottavio Suraci

Il Dirigente
Ing. Antonio Fazzello

Il Direttore f.f. UOC Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
Dott.ssa Giuseppina Sandra Albanese

IL DIRETTORE F.F. UOC PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE E S.I.A.

Richiamati:

- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi;
 - il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nonché le successive normative di riferimento in materia di organizzazione e responsabilità delle pubbliche amministrazioni;
 - il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge delega 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
 - la legge regionale della Calabria 3 febbraio 2012 n. 3 "Misure in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della pubblica amministrazione regionale ed attuazione nell'ordinamento regionale delle disposizioni di principio contenute nel decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150";
 - la legge 6 novembre 2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
 - il decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria n. 3957 del 27 marzo 2012, contenente le "Linee Guida regionali in materia di valutazione della Performance nel Servizio Sanitario Regionale";
 - il decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni";
- il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche";
- il decreto legislativo n. 74 del 25 maggio 2017 "Valutazione della performance dei dipendenti pubblici - Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge n. 124 del 2015";
 - il decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia";

- il decreto legge 30 dicembre 2021 n. 228 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" (Decreto Milleproroghe), convertito con modificazioni dalla legge n. 15 del 25 febbraio 2022;
- il decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)";
- il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 , n. 81 recante il "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione";
- il decreto 30 giugno 2022, n. 132 recante il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione";
- il decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro n. 162 del 18 novembre 2022, recante "Approvazione Programma Operativo 2022-2025 predisposto ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;"
- la nota circolare n. 2/2022 dell'11.10.2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica contenente indicazioni operative in materia di P.I.A.O., di cui all'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80;
- le delibere della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche, ora Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) in particolare in materia di misurazione e valutazione della Performance;
- i vigenti CC.NN.LL. del Comparto Sanità, della Dirigenza Area Sanità e della Dirigenza Area Funzioni Locali;
- la delibera del Commissario Straordinario n. 68 del 31 gennaio 2025 di adozione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2025-2027";
- le indicazioni ANAC approvate nell'adunanza del Consiglio dell'Autorità del 23 luglio 2025 e rese disponibili anche successivamente in forma di documento operativo per la predisposizione della Sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, finalizzate a orientare le amministrazioni pubbliche all'effettiva integrazione tra le diverse sezioni del PIAO e a rafforzare la governance dei rischi corruttivi e delle aree di discrezionalità, anche in attesa dell'adozione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2025;
- le Linee guida per l'adozione e attuazione del PIAO approvate in data 30 ottobre 2025, che forniscono indirizzi operativi integrati per la pianificazione strategica, la performance, la trasparenza e la prevenzione della corruzione nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione;

Considerato che:

- tali Linee guida, in linea con le normative vigenti e con i principi di legalità, trasparenza e responsabilità amministrativa, evidenziano l'importanza di integrare negli strumenti di programmazione aziendale gli obiettivi di performance, di trasparenza amministrativa e di prevenzione dei rischi di corruzione, anche attraverso l'adozione di procedure e controlli adeguati;
- le predette indicazioni ANAC pongono particolare enfasi sulla mappatura dei processi sensibili, sull'analisi dei rischi corruttivi, sulla definizione di misure di mitigazione e su un'effettiva tracciabilità dei processi, nonché sulla integrazione tra la strategia di prevenzione della corruzione e gli obiettivi di valore pubblico e performance aziendale;
- la sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO costituisce parte integrante e sostanziale del Piano stesso in coerenza con gli indirizzi normativi e di autorità, evidenziando la centralità della prevenzione della corruzione e della trasparenza come leve per la creazione e la protezione del valore pubblico;

Ritenuto:

- di dover procedere alla formale adozione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028", allegato al presente provvedimento;

Valutato:

- che in applicazione dell'art. 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, il P.I.A.O. 2026-2028 dovrà essere pubblicato nell'area "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale;
- che in attuazione dell'art. 13, comma 1, del citato decreto 30 giugno 2022, dovrà essere pubblicato sul "Portale P.I.A.O.", raggiungibile all'indirizzo <http://piao.dfp.gov.it>, messo a disposizione delle amministrazioni dal Dipartimento della Funzione Pubblica;

Precisato che:

- l'adozione del presente atto non comporta costi o spese per l'Azienda;
- gli atti richiamati nella presente proposta di deliberazione sono custoditi presso l'U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.;

Propone:

al Commissario Straordinario l'adozione dell'atto deliberativo come sopra formulato, attestandone la piena legittimità, la correttezza formale e sostanziale, nonché la regolarità tecnico-procedurale e la conformità agli obiettivi

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la motivata proposta di deliberazione del Direttore f.f. UOC Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A. riferita all'oggetto;

Vista la deliberazione n. 125 del 25.02.2025 con la quale sono state conferite temporaneamente le funzioni di Direttore Sanitario Aziendale al Dr. Salvatore Maria Costarella;

Vista la deliberazione n. 126 del 25.02.2025 con la quale sono state conferite temporaneamente le funzioni di Direttore Amministrativo Aziendale al Dott. Francesco Araniti;

Visti i pareri del Direttore Sanitario Aziendale f.f. e del Direttore Amministrativo Aziendale f.f.;

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente riportati e trascritti:

- di adottare il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028", allegato al presente provvedimento;
- di disporre la pubblicazione del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028", in applicazione dell'art. 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nell'area "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale;
- di disporre, in attuazione dell'art. 13, comma 1, del citato decreto 30 giugno 2022, il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028", la pubblicazione sul "Portale PIAO", raggiungibile all'indirizzo <http://piao.dfp.gov.it>, messo a disposizione delle amministrazioni dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- di prendere atto che la presente deliberazione non comporta costi o spese per l'Azienda;
- di notificare il presente atto, a cura della U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi, al Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione ed al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Tiziana Frittelli



S ERVIZIO
S ANITARIO
R EGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
“Bianchi - Melacrino - Morelli”
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028.

Il Direttore dell’Unità Operativa Complessa Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, vista la proposta di deliberazione come sopra formulata, attesta che la presente delibera non comporta costi e/o spese per l’Azienda.

Il Responsabile del Procedimento
Giuseppa Cicciù

Il Direttore
U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
(Dott. Francesco Araniti)



S ERVIZIO
S ANITARIO
R EGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
“Bianchi - Melacrino - Morelli”
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N° 107 DEL 30/01/2026

OGGETTO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028.

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione viene pubblicata all'albo pretorio del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi - Melacrino – Morelli”, dal 30/01/2026 al 14/02/2026 e trasmessa al Collegio Sindacale il 30/01/2026

Il Direttore Amministrativo Aziendale f.f.
(Dott. Francesco Araniti)

Questo atto è stato firmato digitalmente da:

Suraci Ottavio - Responsabile del procedimento Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione
Fazzello Antonio - Dirigente UOC Programmazione e Controllo di Gestione
Albanese Giuseppina - Direttore UOC Programmazione e Controllo di Gestione
Cicciù Giuseppa - Responsabile del procedimento UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Araniti Francesco - Direttore UOC Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
Araniti Francesco - Direttore Amministrativo Aziendale
Al Sayyad Said - Direttore Sostituto Direttore Sanitario Aziendale
Frittelli Tiziana - Commissario Straordinario
Araniti Francesco - Direttore Amministrativo Aziendale



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO
“Bianchi Melacrino Morelli”
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (P.I.A.O.)

2026-2028

Art. 6 decreto legge 9 giugno 2021, n. 80. Legge 6 agosto 2021, n. 113.

Delibera del Commissario Straordinario n. 107 del 30/01/2026

Sommario

INTRODUZIONE	4
SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA	5
1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA.....	5
1.2 DATI STRUTTURALI E DI ATTIVITÀ.....	6
1.3 INFORMAZIONI DI INTERESSE PER CITTADINI E ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI	8
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	15
2.1 VALORE PUBBLICO	16
2.1.1 Valore pubblico: quadro strategico e finalità.....	16
2.1.2 Analisi del contesto e dei bisogni.....	16
2.1.3 La Piramide del Valore Pubblico	21
2.1.4 Raccordo e coerenza tra Valore Pubblico, Performance e programmazione.....	23
2.1.5 Raccordo e coerenza tra Valore Pubblico e prevenzione della corruzione e trasparenza	23
2.1.6 Produzione di valore pubblico e accountability.....	23
2.2 PERFORMANCE	24
2.2.1 Finalità della sezione Performance	24
2.2.2 Gli indicatori di performance	25
2.2.3 Evoluzione organizzativa, gestionale e tecnologica nel triennio 2023/2025. Presupposti per la pianificazione 2026-2028.....	40
2.2.4 La pianificazione triennale: aree strategiche, obiettivi e indicatori.....	56
2.2.5 Dagli obiettivi strategici triennali agli obiettivi annuali: il percorso di budget	60
2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	61
2.3.1 – Quadro introduttivo e obiettivi strategici	61
2.3.2 - Modalità di predisposizione della sezione e assetto organizzativo	62
2.3.3 - Metodologia di gestione del rischio corruttivo.....	72
A. Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio.....	78
B. Monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio	79
2.3.4 – Misure di prevenzione della corruzione.....	80
A - Misure generali.....	80
B - Misure specifiche di trattamento del rischio.....	89
2.3.7 – Trasparenza	96
Finalità e quadro di riferimento	96
Obblighi di pubblicazione e flussi informativi	96
Tempistiche di pubblicazione.....	96
Assetto organizzativo e responsabilità	97
Trasparenza, performance e monitoraggio	97

Accesso agli atti e trasparenza	97
Trasparenza e tutela dei dati personali.....	98
Comunicazione con i cittadini	98
Programma attività per il triennio 2026-2028	98
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO	99
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA	99
3.1.1 Organigramma	99
3.1.2 Risorse umane.....	108
3.2 PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA).....	110
3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile	111
3.2.2 Le condizioni e i fattori abilitanti del lavoro agile	112
3.2.3 La misurazione e valutazione della performance	115
3.2.4 Gli impatti del lavoro agile	117
3.3 PIANO DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	119
3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale	119
3.3.2 Piano dei fabbisogni di personale	120
3.4 PIANO DI FORMAZIONE ANNUALE	122
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	126

INTRODUZIONE

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 recante *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"*, ha introdotto l'obbligo di adozione da parte delle pubbliche amministrazioni, entro il 31 gennaio di ogni anno, del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.)*, di durata triennale aggiornato annualmente, con l'obiettivo di assicurare la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese, procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Il P.I.A.O. è pubblicato sul sito internet istituzionale e sul portale dedicato del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Secondo le previsioni normative il Piano deve definire:

- a. gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e i criteri direttivi di cui all'art. 10 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- b. la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati:
 - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale;
 - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali;
 - all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- c. gli strumenti e gli obiettivi di reclutamento di nuove risorse e di valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili destinata alle progressioni di carriera;
- d. gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- e. l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti;
- f. le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultra sessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- g. le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Con l'introduzione del Piano, il legislatore ha compiuto la scelta di riformare e semplificare gli atti di programmazione delle Pubbliche Amministrazioni in un documento unico che dovrebbe ricoprire quelli precedentemente adottati come documenti singoli (Piano della Performance, Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Piano per la Transizione Digitale, ecc.).

SEZIONE 1: SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA

TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE	Azienda Ospedaliera
DENOMINAZIONE	Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria
LEGGE ISTITUTIVA	Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 del 8 febbraio 1995
SEDE LEGALE	Via Provinciale Spirito Santo n. 24 - 89128 - Reggio Calabria (RC)
PARTITA IVA	01367190806
COMMISSARIO STRAORDINARIO	Dott.ssa Tiziana Frittelli
DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE F.F.	Dott. Francesco Araniti
DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE F.F.	Dott. Salvatore Maria Costarella
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	protocollo@pec.ospedalerc.it
SITO ISTITUZIONALE	https://www.ospedalerc.it
IPA	obm_080
CENTRALINO TELEFONICO	0965.397111

Il Grande Ospedale Metropolitano "*Bianchi Melacrino Morelli*" di Reggio Calabria, costituito con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 del 8 febbraio 1995, ai sensi degli artt. 3 e 4 del Decreto Legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, è HUB regionale e punto di riferimento dei centri SPOKE della provincia di Reggio di Calabria (o Area Sud come da D.P.G.R. - C.A. n. 18/2010) nonché sede di Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione (D.E.A.) di secondo livello.

La sede legale dell'Azienda è sita in via Provinciale Spirito Santo n. 24 a Reggio Calabria (Partita IVA 01367190806); le attività sanitarie sono distribuite su due Presidi Ospedalieri:

- Presidio Ospedaliero "F. Bianchi e G. Melacrino", comunemente denominato anche "Presidio Riuniti" - Via Giuseppe Melacrino n. 21 - 89124 Reggio Calabria (RC);
- Presidio Ospedaliero "Eugenio Morelli" - Viale Europa - 89133 Reggio Calabria (RC).

Sul sito istituzionale, nelle aree dedicate, sono inserite tutte le informazioni necessarie relative ai servizi, alle modalità di accesso ed erogazione, alle attività dell'Azienda, all'organizzazione ed agli uffici ed ai soggetti responsabili.

Il Grande Ospedale Metropolitano "*Bianchi Melacrino Morelli*" di Reggio Calabria, quale Centro HUB e DEA di II Livello serve un bacino di utenza di circa 515.000 abitanti, dotato di tutte le discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, tra le quali: Cardiologia con emodinamica interventistica e Terapia Intensiva, Cardiochirurgia con Rianimazione Cardiochirurgica, Neurochirurgia, Terapia Intensiva, Chirurgia d'Urgenza, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Gastroenterologia e Endoscopia digestiva, Terapia Intensiva Neonatale, Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia h24, Medicina Nucleare, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale, ecc..

1.2 DATI STRUTTURALI E DI ATTIVITÀ

Si riporta di seguito la distribuzione dei posti letto del G.O.M., così come definita con il D.C.A. n. 360 del 20 novembre 2024 di riordino della rete ospedaliera regionale, ed approvata con la delibera del Commissario Straordinario n. 793 del 5 dicembre 2024.

Area	Cod. disciplina	Progressivo disciplina	Subcodice Presidio	Presidio Ospedaliero	Disciplina	Day Hospital	Day Surgery	Degenza ordinaria	Degenza semi-intensiva	Posti letto totali	Posti letto tecnici
CHIRURGICA	07	01	01	Presidio Riuniti	CARDIOCHIRURGIA	-	-	15	-	15	-
	09	01	01	Presidio Riuniti	CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA	-	-	32	-	32	-
	13	01	01	Presidio Riuniti	CHIRURGIA TORACICA	-	-	10	-	10	-
	14	01	01	Presidio Riuniti	CHIRURGIA VASCOLARE	-	-	19	-	19	-
	30	01	01	Presidio Riuniti	NEUROCHIRURGIA	-	-	20	-	20	-
	34	01	01	Presidio Riuniti	OCULISTICA	-	2	-	-	2	-
	36	01	01	Presidio Riuniti	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-	-	28	-	28	-
	38	01	01	Presidio Riuniti	OTORINOLARINGOLOGIA	-	6	4	-	10	-
	43	01	01	Presidio Riuniti	UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	-	2	18	-	20	-
	48	01	01	Presidio Riuniti	NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO	-	-	2	-	2	-
	98	01	01	Presidio Riuniti	DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	-	6	-	-	6	-
		01	01		TOTALE AREA CHIRURGICA	-	16	148	-	164	-
EMERGENZA URGENZA	51	01	01	Presidio Riuniti	MEDICINA D'URGENZA	-	-	30	-	30	-
	51	02	01	Presidio Riuniti	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (O.B.I.)	-	-	-	-	-	12
		02	01		TOTALE AREA EMERGENZA-URGENZA	-	-	30	-	30	12
MATERNO INFANTILE	31	01	01	Presidio Riuniti	NIDO	-	-	-	-	-	20
	37	01	01	Presidio Riuniti	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	4	36	-	40	-
	39	01	01	Presidio Riuniti	PEDIATRIA	1	-	19	-	20	-
	62	01	01	Presidio Riuniti	NEONATOLOGIA	1	-	16	-	17	-
	65	01	02	Presidio Morelli	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	2	-	4	-	6	-
	73	01	01	Presidio Riuniti	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	-	10	-	10	-
		01	01		TOTALE AREA MATERNO-INFANTILE	4	4	85	-	93	20
MEDICA	02	01	01	Presidio Riuniti	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	4	-	-	-	4	-
	02	02	02	Presidio Morelli	DAY HOSPITAL MULTIDISCIPLINARE	6	-	-	-	6	-
	08	01	01	Presidio Riuniti	CARDIOLOGIA CON EMODINAMICA	2	-	22	-	24	-
	18	01	02	Presidio Morelli	EMATOLOGIA	8	-	24	-	32	-
	21	01	02	Presidio Morelli	GERIATRIA	-	-	10	-	10	-
	24	01	01	Presidio Riuniti	MALATTIE INFETTIVE	-	-	14	13	27	-
	26	01	01	Presidio Riuniti	MEDICINA GENERALE	-	-	40	-	40	-
	29	01	01	Presidio Riuniti	NEFROLOGIA	-	-	18	-	18	-
	32	01	01	Presidio Riuniti	NEUROLOGIA (CON STROKE UNIT II LIV.)	-	-	20	-	20	-
	40	01	01	Presidio Riuniti	PSICHIATRIA	-	-	8	-	8	-
	54	01	01	Presidio Riuniti	EMODIALISI	-	-	-	-	-	25
	58	01	01	Presidio Riuniti	GASTROENTEROLOGIA	-	-	10	-	10	-
	64	01	02	Presidio Morelli	ONCOLOGIA	8	-	15	-	23	-
	68	01	01	Presidio Riuniti	PNEUMOLOGIA	-	-	13	14	27	-
	71	01	02	Presidio Morelli	REUMATOLOGIA	3	-	3	-	6	-
	97	01	01	Presidio Riuniti	DETENUTI	-	-	2	-	2	-
		01	01		TOTALE AREA MEDICA	31	-	199	27	257	25
POST ACUZIE	56	01	01	Presidio Riuniti	RECUPERO E RIABILITAZIONE	-	-	15	-	15	-
					TOTALE AREA POST ACUZIE	-	-	15	-	15	-
TERAPIE INTENSIVE	49	01	01	Presidio Riuniti	TERAPIA INTENSIVA	-	-	14	-	14	-
	49	04	01	Presidio Riuniti	TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA	-	-	10	-	10	-
	49	02	01	Presidio Riuniti	RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	-	-	10	-	10	-
	49	03	02	Presidio Morelli	TERAPIA INTENSIVA (C.T.M.O.)	2	-	10	-	12	-
	50	01	01	Presidio Riuniti	UNITA' CORONARICA	-	-	15	-	15	-
					TOTALE AREA TERAPIE INTENSIVE	2	-	59	-	61	-
					TOTALE POSTI LETTO G.O.M.	37	20	536	27	620	57

Tabella 1 Sez. 1 – Posti Letto G.O.M. definiti dal D.C.A. n. 360/2024.

Nella tabella successiva si presentano alcuni dati di attività dell’Azienda (dati 2019-2024).

INDICATORI	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
NUMERO DIMESSI ORDINARI	19.858	15.436	16.086	16.186	16.496	16.012	16.576
NUMERO GIORNATE DI DEGENZA ORDINARIA	155.875	127.405	134.913	137.033	144.038	144.527	149.614
% RICOVERI ORDINARI URGENTI	73,20%	74,82%	72,74%	71,09%	69,42%	66,97%	61,79
% PAZIENTI >75 ANNI	22,37%	21,92%	21,94%	22,88	22,96%	22,81%	22,80%
DEGENZA MEDIA	7,85	7,29	8,39	8,55	7,66	7,75	7,7
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI	1.2728	1.3899	1.505	1.4975	1.4778	1.4920	1.5570
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI ESCLUSO DRG 391 “NEONATO SANO”	1.3888	1.5404	1.653	1.6473	1.6246	1.6205	1.6780
% DRG ALTA COMPLESSITÀ'	9,63%	11,49%	12,22%	12,57%	12,34%	12,28%	12,25%
% DRG CON PESO TRA 1 E 2	30,03%	31,13%	33,49%	32,49%	32,55%	32,48%	32,5%
% DIMESSI CON DRG CHIRURGICO SUL TOTALE DEI RICOVERI ORDINARI	29,90%	33,18%	33,60%	34,42%	35,50%	37,02%	32,09%
NUMERO DIMESSI DAY HOSPITAL	6.281	5.286	6.807	6.018	6.416	6.324	6.849
NUMERO ACCESSI DAY HOSPITAL	26.244	21.562	25.618	26.889	24.955	22.777	24.895
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI	731.818	564.192	642.745	720.218	697.790	795.382	890.136
NUMERO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	72.634	63.668	62.847	67.062	63.434	65.500	67.068

Tabella 2 Sez. 1 - Dati di attività anni 2019/2025 (dati 2025 provvisori alla data di approvazione del P.I.A.O.).

1.3 INFORMAZIONI DI INTERESSE PER CITTADINI E ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI

Il contesto esterno di riferimento

L'analisi del contesto esterno prende in considerazione le variabili significative dell'ambiente in cui opera l'Azienda, cioè i principali interlocutori in grado di incidere sulla capacità aziendale di determinare e raggiungere gli obiettivi strategici prefissati.

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria è inserito organicamente nel Servizio Sanitario della Regione Calabria e svolge le funzioni legislativamente assegnate con finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria assistenziale nazionale e regionale.

Territorio di riferimento

La Città Metropolitana di Reggio Calabria si estende su una superficie di 3.210,31 km² con una popolazione di 515.153 abitanti (Istat 31.12.2023) ed una densità di 163,16 ab./km².

Il Comune di Reggio Calabria conta nr. 169.679 abitanti con una densità pari a 713,62 ab./km².



Dati demografici della Città Metropolitana di Reggio Calabria

Andamento demografico della popolazione

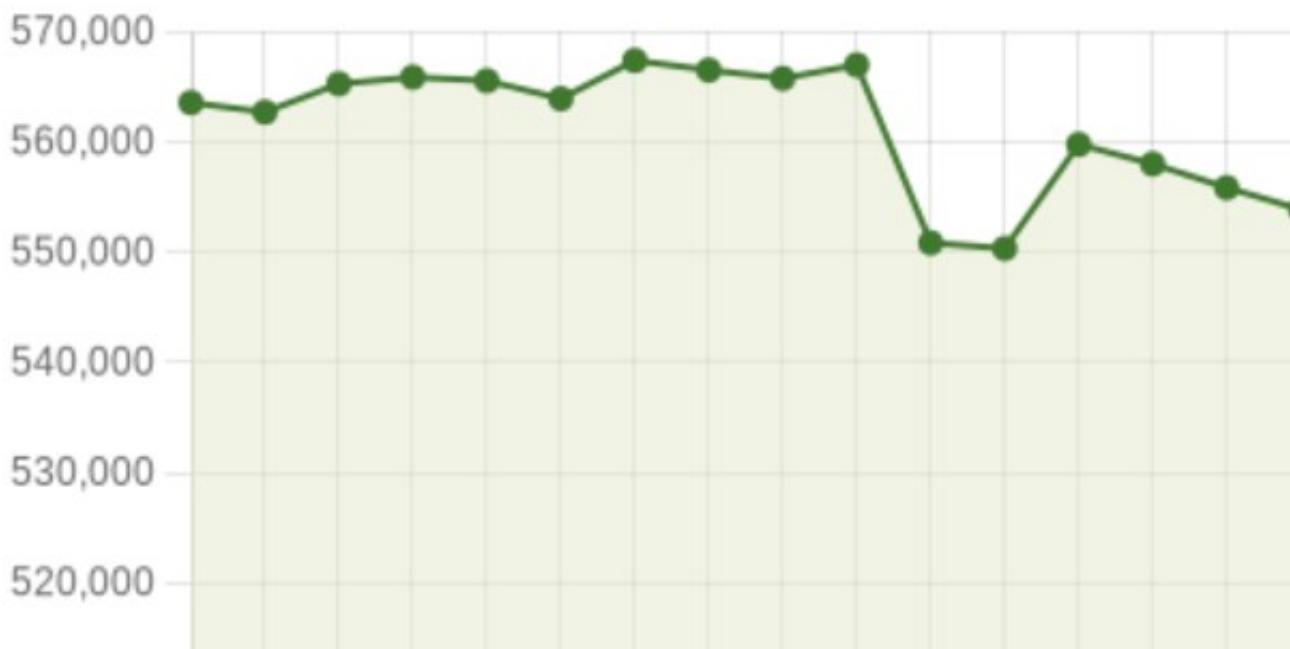


Grafico 1 - Andamento della popolazione residente.

Flusso migratorio della popolazione

Il grafico in basso visualizza il numero dei trasferimenti di residenza da e verso la città metropolitana di Reggio Calabria negli ultimi anni.

Fra gli iscritti, sono evidenziati con colore diverso i trasferimenti di residenza da altri comuni, quelli dall'estero e quelli dovuti per altri motivi (ad esempio per rettifiche amministrative).

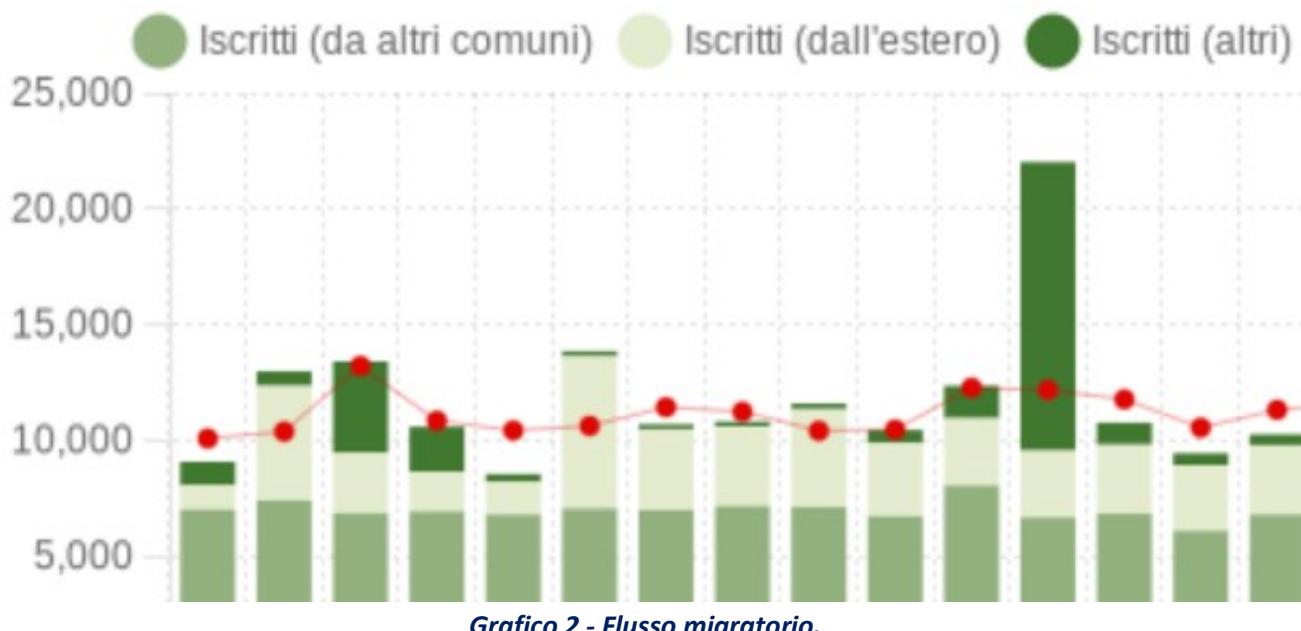


Grafico 2 - Flusso migratorio.

Movimento naturale della popolazione

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni.

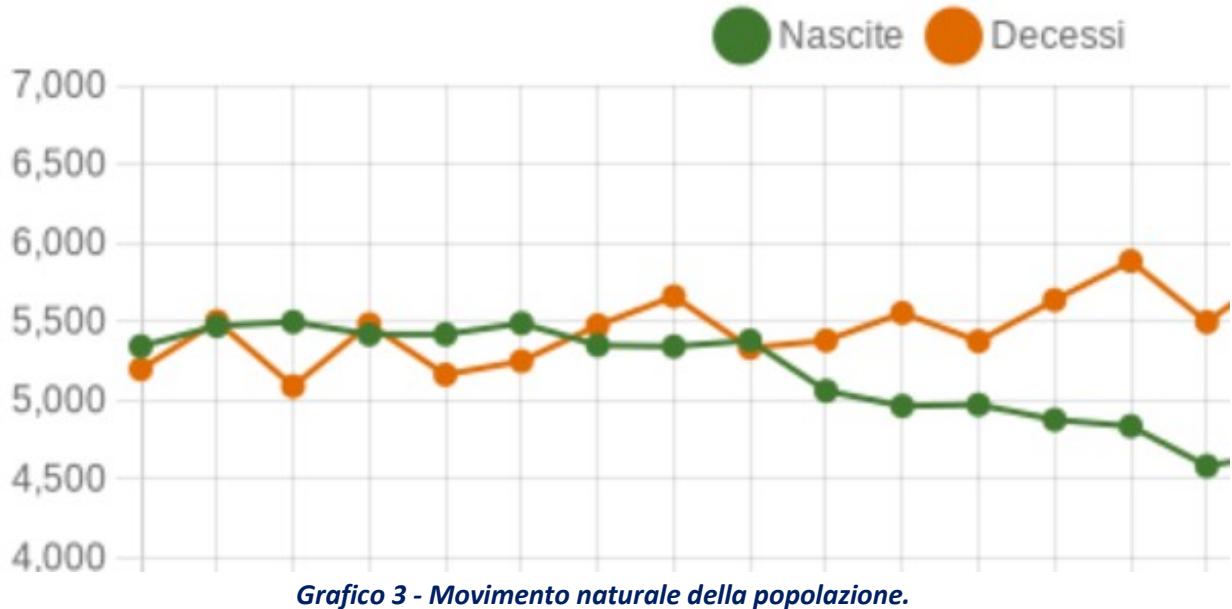


Grafico 3 - Movimento naturale della popolazione.

Distribuzione della popolazione per fasce di età

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria per età, sesso e stato civile al 1 gennaio 2024 e tiene conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.

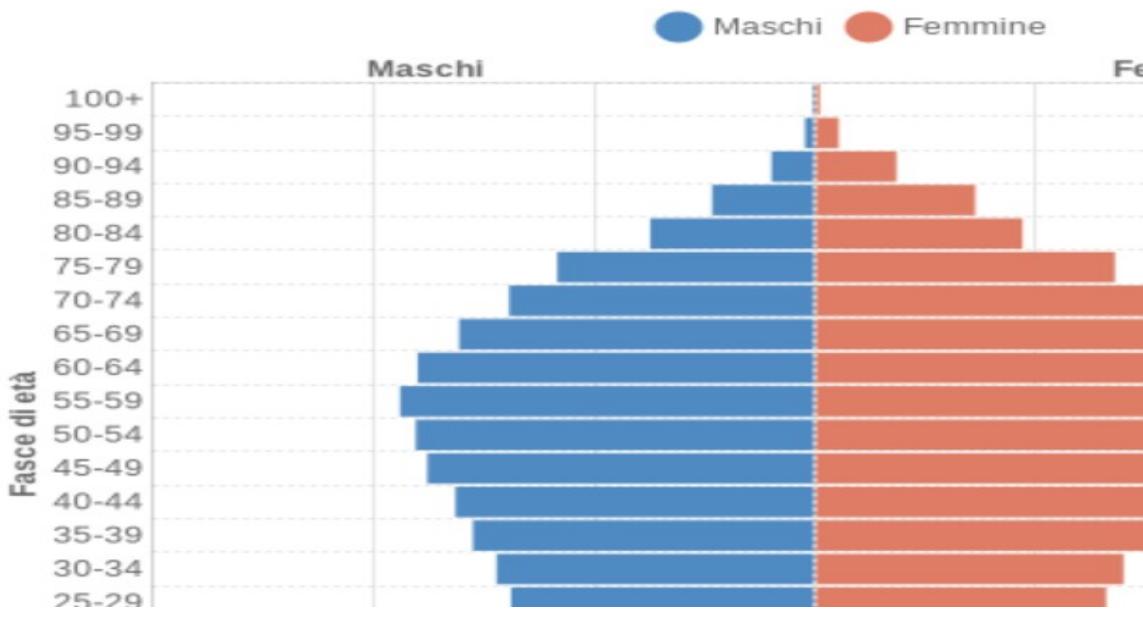


Grafico 4 - Distribuzione della popolazione per fasce di età.

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressiva, stazionaria o regressiva a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.

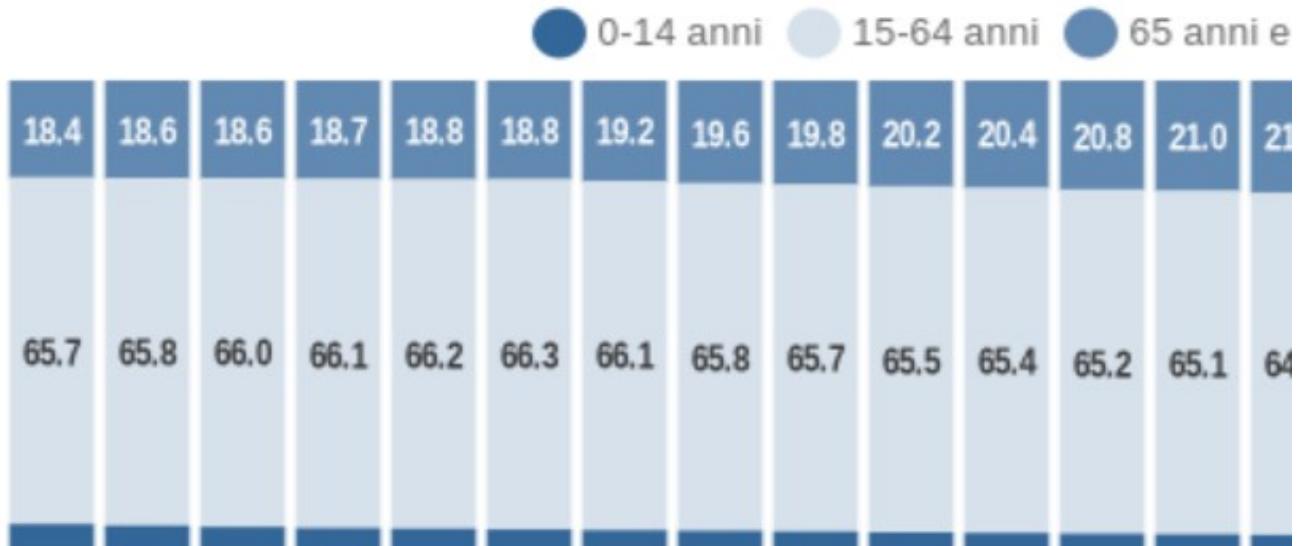


Grafico 5 - Struttura della popolazione per età.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di natalità (per 1000 ab.)	Indice di mortalità (per 1000 ab.)
2002	102,3	9,5	9,2
2003	106,2	9,7	9,8
2004	109,4	9,7	9
2005	112,8	9,6	9,7
2006	116,2	9,6	9,1
2007	119,3	9,7	9,3
2008	121,3	9,4	9,7
2009	123,9	9,4	10
2010	125,1	9,5	9,4
2011	126,4	9,1	9,6
2012	130,3	9	10,1
2013	133,7	9	9,7
2014	136,7	8,7	10,1
2015	140,9	8,7	10,6
2016	143,9	8,3	9,9
2017	147,7	8,4	10,6
2018	150,3	8,3	10,2
2019	154,8	8,1	10,6
2020	160,1	7,8	11,2
2021	163,8	7,4	12,3
2022	168,3	7,6	12,6
2023	173,5	7,8	12,0
2024	178,4	7,5	11,3
2025	184,8	-	-

Tabella 3 Sez. 1 - Indice di vecchiaia, natalità e mortalità.

Indice di vecchiaia: è il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.

Indice di natalità: rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.
Indice di mortalità: rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

La popolazione straniera

Nel seguente grafico è possibile evidenziare l'andamento della popolazione straniera (cittadini stranieri di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia) residente nella città metropolitana di Reggio Calabria.



Grafico 6 – Andamento popolazione straniera.

Gli stranieri residenti nella città metropolitana di Reggio Calabria al 1 gennaio 2025 sono, dunque, 30.547 e rappresentano il 6,0% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 23,4% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (15,1%) e dall'**India** (10,8%).

Dai grafici seguenti si può rilevare la distribuzione per area geografica di cittadinanza:



Grafico 7 – Andamento popolazione straniera.

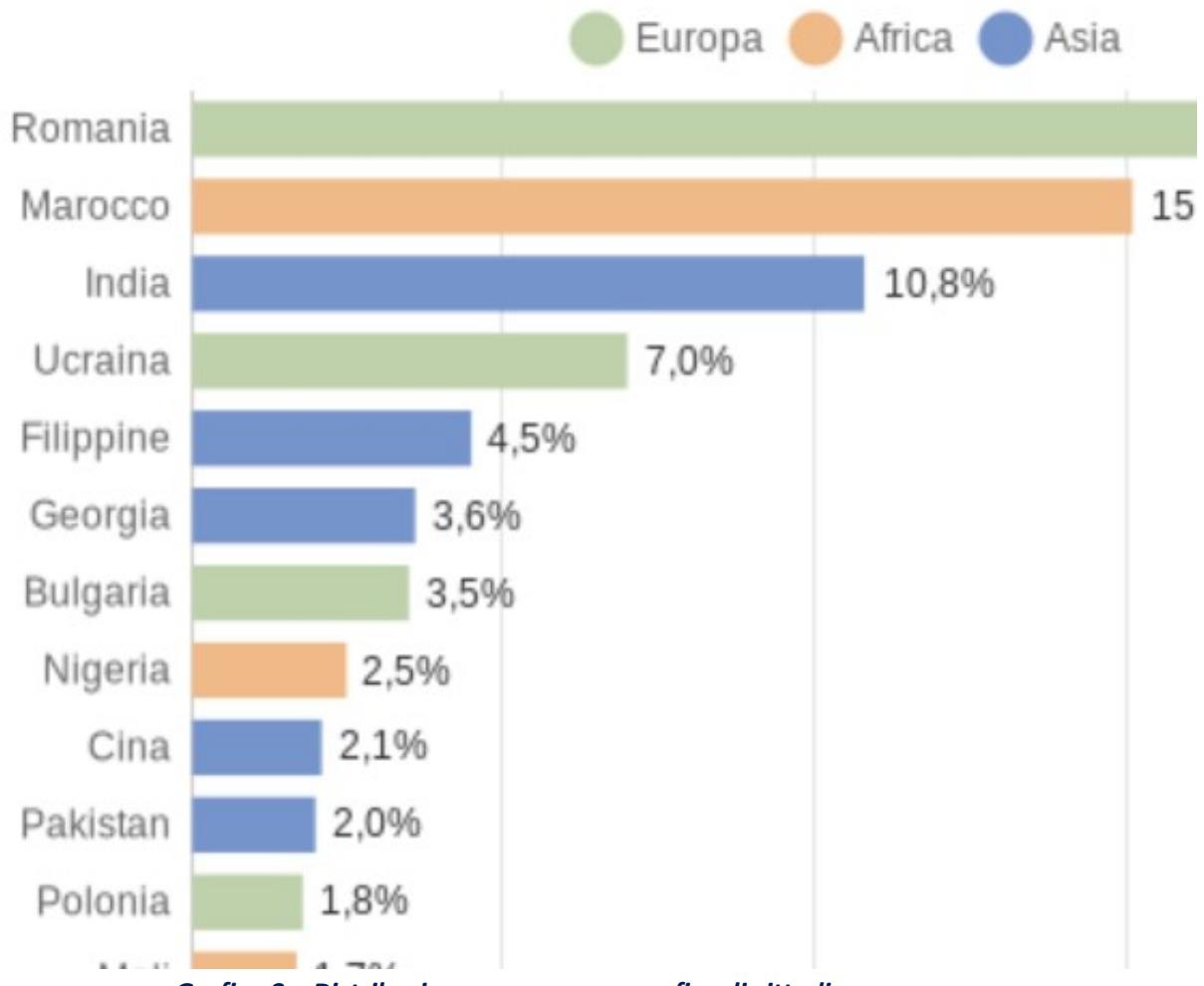


Grafico 8 – Distribuzione per area geografica di cittadinanza.

Come si evince chiaramente dalle precedenti tabelle e dai grafici, la popolazione residente nella Città Metropolitana di Reggio Calabria ha subito un progressivo e lento cambiamento a causa della bassa natalità, aumento della età media e della migrazione. Il bacino di utenza, pertanto, richiede una maggiore intensità e qualità di servizi a fronte del peso della popolazione anziana, dei bisogni sanitari (anziani pluripatologici, pazienti fragili), del cambiamento del modello di offerta dei servizi (case management, integrazione sociosanitaria) nella prospettiva di reti integrate sul territorio. Non vanno, inoltre, trascurati fenomeni quali disagio sociale, povertà e presenza di grandi anziani (più di 80 anni) che hanno una diretta ricaduta sulla domanda di servizi sanitari.

Il Grande Ospedale Metropolitano opera, di conseguenza, in un territorio con un peculiare quadro demografico e socio-economico che impone di ripensarne il ruolo, la funzione e la *mission*.

Nel corso dell'ultimo triennio l'Azienda si è impegnata per assumere il ruolo di "componente" di un sistema di assistenza complesso ed integrato in grado di funzionare sempre più in modo armonizzato e sinergico, tale da aumentare le capacità di risposta ai bisogni di salute e trattenere un maggior numero di utenti presso le proprie strutture contrastando i "fenomeni di fuga sanitaria" che sono particolarmente elevati in alcune aree della provincia di Reggio Calabria. Gli obiettivi programmati per il triennio 2026-2028 mirano a consolidare la posizione acquisita dall'Azienda e svilupparne ulteriormente la capacità di combinare la dimensione di ospedale ad elevata intensità e complessità tecnologica con quella di ospedale di riferimento per la comunità su prestazioni

sanitarie di media - alta complessità ed in stretta integrazione con i servizi sanitari di base, la medicina di base e di comunità.

Pertanto, il Grande Ospedale Metropolitano dovrà nel prossimo triennio bilanciare, nelle sue logiche di sviluppo, le due “identità” (alta complessità tecnologia ed ospedale per la comunità) definendo una strategia concertata e condivisa con gli attori regionali ed i diversi stakeholder interni (medici, personale infermieristico) ed esterni (enti locali, fornitori, settore sanitario privato), con un’attenzione all’attivazione di reti sanitarie, al miglioramento continuo della qualità, alla medicina personalizzata ed alla valorizzazione del know-how e delle professionalità medico sanitarie e della dotazione tecnologica ed infrastrutturale.

La Regione Calabria, attraverso la Struttura Commissariale per il Piano di Rientro, ha avviato dall’anno 2015 un importante percorso orientato al recupero della mobilità passiva, promuovendo investimenti di personale (competenze specialistiche), risorse tecnologiche, qualità delle prestazioni (di rimodulazione dell’offerta), comfort alberghiero, facilità di accesso alle cure (es. abbattimento delle liste di attesa). In tale contesto è stata realizzata la nuova rete assistenziale ospedaliera, orientata verso specifici investimenti nell’ambito delle reti assistenziali per intensità di cura e nei relativi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (P.D.T.A.), con particolare riferimento alla rete oncologica.

Il Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi – Melacrino - Morelli” è diventato negli ultimi anni una tra le realtà ospedaliere di punta dell’Italia Centro-Meridionale. Esso, infatti, esercita un importante ruolo in numerose aree specialistiche, ha avviato il recupero delle dinamiche di fuga e migliorato la capacità di attrazione per pazienti non residenti.

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

La Sezione 2 del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) rappresenta il cuore della pianificazione strategica dell’Azienda, in quanto integra in un quadro unitario il Valore Pubblico, la performance e la gestione dei rischi corruttivi e di trasparenza, in coerenza con le più recenti Linee guida nazionali e con i sette principi guida del P.I.A.O..

Principi

- 1. Funzionalità al Valore Pubblico**
- 2. Selettività**
- 3. Adeguatezza**
- 4. Integrazione**
- 5. Semplificazione**
- 6. Partecipazione**
- 7. Chiarezza di ruoli e tempi**

In linea con il principio di **funzionalità al Valore Pubblico**, la pianificazione non muove dalle singole strutture organizzative, ma dagli **esiti attesi per cittadini, imprese e stakeholder**, orientando obiettivi strategici e operativi alla creazione, protezione e abilitazione del Valore Pubblico. La performance organizzativa e individuale è pertanto concepita come leva per la sua realizzazione, mentre le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza ne costituiscono un presidio essenziale.

La Sezione è costruita secondo criteri di **selettività e adeguatezza**, individuando un numero limitato di obiettivi prioritari, misurabili e realistici, supportati da indicatori coerenti, baseline solide e target migliorativi, anche al fine di rafforzare l’efficacia dell’azione amministrativa e la credibilità del sistema di monitoraggio e valutazione.

In attuazione del principio di **integrazione**, Valore Pubblico, performance e rischi corruttivi sono affrontati in modo coordinato, superando logiche settoriali e garantendo coerenza tra indirizzi politici, strategie e attività operative, nonché tra le diverse funzioni aziendali coinvolte. Tale integrazione favorisce, al contempo, la **semplificazione** degli strumenti di pianificazione e la riduzione di duplicazioni e adempimenti.

La definizione degli obiettivi e delle misure contenute nella Sezione 2 è inoltre ispirata ai principi di **partecipazione** e di **chiarezza dei ruoli e dei tempi**, valorizzando il contributo dei dirigenti e dei responsabili tematici e assicurando una chiara attribuzione delle responsabilità e una programmazione temporale coerente con il Valore Pubblico atteso.

Attraverso questa impostazione, la Sezione 2 intende rafforzare la capacità dell’Azienda di governare in modo integrato risultati, rischi e impatti, migliorando la qualità delle politiche pubbliche e la fiducia degli stakeholder.

2.1 VALORE PUBBLICO

2.1.1 Valore pubblico: quadro strategico e finalità

Il Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” di Reggio Calabria orienta la propria azione strategica alla produzione di **valore pubblico**, inteso come miglioramento misurabile e sostenibile delle condizioni di salute della popolazione, dell’equità di accesso ai servizi sanitari, della qualità e sicurezza delle cure e della fiducia dei cittadini nel sistema sanitario regionale.

In coerenza con l’art. 6 del D.L. n. 80/2021 e con le Linee guida ministeriali sul P.I.A.O., il valore pubblico non è riconducibile esclusivamente ai volumi di attività o al rispetto degli equilibri economico-finanziari, ma si sostanzia negli impatti prodotti sugli esiti di salute, sull’equità di accesso ai servizi, sulla qualità e sicurezza delle cure, sulla sostenibilità del sistema e sul rafforzamento della fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie.

2.1.2 Analisi del contesto e dei bisogni

L’individuazione delle priorità di valore pubblico è stata preceduta da un’analisi strutturata del contesto interno ed esterno, condotta mediante metodologia **SWOT**, che evidenzia da un lato, il ruolo strategico del G.O.M. quale **Centro HUB di alta specializzazione**, nodo centrale delle reti cliniche tempo-dipendenti e riferimento regionale per l’alta complessità; dall’altro, la persistenza di criticità sistemiche legate alla debolezza dell’assistenza territoriale, all’uso improprio del Pronto Soccorso, alla pressione assistenziale sul personale e al fenomeno della mobilità sanitaria passiva.

Tali elementi delineano un contesto nel quale il valore pubblico si genera non solo attraverso l’eccellenza clinica, ma anche mediante il rafforzamento della continuità assistenziale, la tutela del personale sanitario, l’appropriatezza dei percorsi di cura e il governo sostenibile delle risorse pubbliche.



Punti di forza

- Il ruolo del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” quale **Centro HUB di alta specializzazione** rappresenta un elemento strategico fondamentale per il sistema sanitario regionale. Tale funzione consente la gestione di casi clinici ad elevata complessità e il coordinamento delle reti tempo-dipendenti, con l’obiettivo di garantire appropriatezza, tempestività ed elevata qualità delle prestazioni erogate. A tale punto di forza sono collegati obiettivi strategici orientati al consolidamento delle reti cliniche e al miglioramento degli esiti assistenziali, misurati attraverso indicatori quali i volumi di attività ad alta complessità, i tempi di presa in carico e gli indicatori di esito clinico.
- La **solidità economico-patrimoniale** dell’Azienda costituisce un presupposto essenziale per la sostenibilità nel medio - lungo periodo e per la capacità di programmare investimenti strutturali e tecnologici. Questo elemento di forza è funzionale al perseguimento di obiettivi di equilibrio economico-finanziario e di utilizzo efficiente delle risorse, monitorati tramite indicatori quali il risultato di esercizio, l’indice di tempestività dei pagamenti e il rispetto dei vincoli di bilancio.
- La **presenza di centri di eccellenza** in ambiti clinici strategici consente all’Azienda di sviluppare competenze altamente specialistiche, incrementare l’attrattività nei confronti dell’utenza e ridurre il fenomeno della mobilità sanitaria passiva. Gli obiettivi connessi a tale punto di forza sono orientati al miglioramento della qualità delle cure e al rafforzamento della reputazione istituzionale, con indicatori rappresentati, tra l’altro, dal numero di prestazioni ad alta specialità, dagli esiti clinici e dai flussi di mobilità sanitaria.
- La **flessibilità organizzativa** dell’Azienda favorisce l’adattamento ai cambiamenti del contesto sanitario e alla variabilità della domanda assistenziale, consentendo una gestione più efficiente delle risorse umane e strutturali. Tale caratteristica supporta obiettivi di ottimizzazione dei processi e di miglioramento della capacità di risposta ai bisogni dell’utenza, misurabili attraverso indicatori quali i tempi di erogazione delle prestazioni, il livello di utilizzo delle risorse e la riduzione delle criticità organizzative.
- La **completezza dell’offerta terapeutico - assistenziale** e l’adozione di un **approccio multidisciplinare al paziente** rappresentano un ulteriore punto di forza, in quanto permettono una presa in carico globale e integrata dei bisogni di salute. Gli obiettivi strategici collegati riguardano il miglioramento della continuità assistenziale e dell’appropriatezza delle cure, con indicatori quali il numero di PDTA attivi, i tassi di riammissione ospedaliera e i livelli di soddisfazione dell’utenza.
- La **dotazione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate e innovative** consente di innalzare il livello qualitativo delle prestazioni, migliorare l’accuratezza diagnostica e ridurre i tempi di trattamento. Tale dotazione è funzionale a obiettivi di innovazione tecnologica e di miglioramento degli esiti clinici, monitorati mediante indicatori relativi all’utilizzo delle apparecchiature, alla riduzione dei tempi di attesa e alla qualità delle prestazioni erogate.
- L’**elevato grado di informatizzazione dei processi** rappresenta un fattore abilitante per l’efficienza organizzativa e la trasparenza amministrativa. Gli obiettivi associati riguardano la digitalizzazione dei procedimenti, la semplificazione amministrativa e il miglioramento dell’accessibilità ai servizi, misurati attraverso indicatori quali la percentuale di processi

digitalizzati, i tempi di conclusione dei procedimenti e il livello di interoperabilità dei sistemi informativi.

- Infine, l'**efficace gestione dei flussi informativi e del controllo di gestione** consente un monitoraggio costante delle performance aziendali e supporta i processi decisionali. Tale punto di forza è direttamente collegato agli obiettivi di governo economico-gestionale e di miglioramento continuo delle performance, con indicatori rappresentati dalla qualità dei report direzionali, dal rispetto dei tempi di rendicontazione e dal grado di raggiungimento degli obiettivi programmati.

Punti di debolezza

- L'analisi del contesto interno evidenzia alcune **criticità strutturali e organizzative** che incidono sull'efficienza complessiva dell'Azienda e sulla capacità di rispondere in modo tempestivo ed appropriato ai bisogni di salute dell'utenza. In particolare, la presenza di strutture in parte non adeguate agli standard più recenti e la complessità dei modelli organizzativi possono determinare rallentamenti nei processi assistenziali e amministrativi, richiedendo interventi mirati di razionalizzazione, ammodernamento e riqualificazione.
- Tra le principali criticità si segnala la **mancanza di una struttura di Day Surgery autonoma**, che limita le potenzialità di sviluppo della chirurgia a bassa complessità e ad elevata rotazione, con ricadute sull'ottimizzazione dell'utilizzo dei posti letto ordinari, sui tempi di attesa e sui costi complessivi di gestione. Tale elemento incide negativamente sull'efficienza dei percorsi chirurgici e sulla capacità dell'Azienda di rispondere in modo flessibile alla domanda di prestazioni programmabili.
- Un ulteriore fattore di debolezza è rappresentato dall'**anzianità anagrafica e professionale della classe medica e infermieristica**, che, se da un lato costituisce un patrimonio di esperienza e competenze, dall'altro comporta criticità in termini di ricambio generazionale, sostenibilità dei carichi di lavoro e adattamento ai modelli organizzativi e tecnologici più innovativi. Tale situazione rende necessario pianificare interventi di valorizzazione delle competenze, formazione continua e graduale rinnovamento del personale.
- La **carenza di personale sanitario e di supporto**, già rilevante in specifiche aree assistenziali, rappresenta una delle principali criticità aziendali, con effetti diretti sulla continuità dei servizi, sui tempi di attesa e sul benessere organizzativo. Tale condizione determina un aumento della pressione operativa sui professionisti in servizio e può incidere sulla qualità percepita delle prestazioni erogate.
- Si rilevano inoltre fenomeni di **conflittualità interna e resistenza al cambiamento**, riconducibili alla complessità organizzativa, alla pressione assistenziale e alla difficoltà di implementare nuovi modelli gestionali e tecnologici. Questi elementi possono rallentare i processi di innovazione e ostacolare il pieno coinvolgimento del personale nel raggiungimento degli obiettivi strategici, rendendo necessario un rafforzamento delle politiche di comunicazione interna, partecipazione e gestione del cambiamento.
- Infine, la **scarsa applicazione delle dimissioni protette e dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)** rappresenta una criticità rilevante per la garanzia della continuità assistenziale. L'insufficiente integrazione con i servizi territoriali può determinare

inappropriatezza dei ricoveri, aumento delle riammissioni ospedaliero e difficoltà nella presa in carico del paziente fragile e cronico, evidenziando la necessità di un rafforzamento dei percorsi di integrazione ospedale-territorio.

- Nel complesso, tali punti di debolezza costituiscono aree prioritarie di intervento per la definizione degli obiettivi strategici e di performance del P.I.A.O., orientati al miglioramento dell'efficienza organizzativa, della qualità dei servizi e della continuità assistenziale.

Opportunità

- Il contesto esterno nel quale opera il G.O.M. presenta rilevanti opportunità strategiche che, se adeguatamente valorizzate, possono contribuire in modo significativo al rafforzamento della capacità organizzativa, alla qualità dei servizi erogati e alla generazione di valore pubblico. In primo luogo, l'**attrattività dell'Azienda** rappresenta un fattore strategico su cui costruire politiche di sviluppo e consolidamento. Il ruolo di centro HUB di alta specializzazione, unitamente alla presenza di centri di eccellenza, consente di rafforzare l'attrazione nei confronti di professionisti sanitari qualificati, di ridurre la mobilità sanitaria passiva e di incrementare la fiducia dell'utenza. Tale opportunità può essere valorizzata attraverso interventi mirati di valorizzazione delle competenze, sviluppo professionale e miglioramento delle condizioni organizzative e lavorative.
- Un'opportunità di particolare rilievo è rappresentata dall'**attuazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, che mette a disposizione risorse dedicate all'ammodernamento infrastrutturale, all'innovazione tecnologica e alla digitalizzazione dei processi sanitari. L'efficace utilizzo di tali risorse consente all'Azienda di superare alcune criticità strutturali, migliorare l'efficienza operativa e innalzare gli standard qualitativi e di sicurezza delle cure, in coerenza con gli obiettivi strategici nazionali e regionali.
- Lo **sviluppo della sanità digitale** costituisce un ulteriore elemento di opportunità, in grado di incidere positivamente sull'accessibilità ai servizi, sulla continuità assistenziale e sull'efficienza dei processi interni. L'implementazione di soluzioni di telemedicina, il potenziamento dei sistemi informativi e l'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico consentono di migliorare la presa in carico del paziente, ridurre le disuguaglianze di accesso e supportare modelli assistenziali innovativi, in particolare per i pazienti cronici e fragili.
- Di particolare importanza è l'**integrazione con le strutture sanitarie territoriali**, che rappresenta una leva strategica per il miglioramento della continuità assistenziale e per la riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri. Il rafforzamento dei percorsi condivisi con il territorio, inclusi i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le dimissioni protette, consente una gestione più efficace dei percorsi post-acute e cronici, favorendo una maggiore appropriatezza e sostenibilità del sistema.
- Infine, il **supporto della politica sanitaria regionale** costituisce un contesto favorevole per l'attuazione delle strategie aziendali. L'allineamento tra gli indirizzi regionali e la programmazione aziendale consente di rafforzare il ruolo dell'Ospedale quale nodo centrale della rete sanitaria regionale, favorendo l'accesso a risorse, progettualità condivise e interventi di sistema orientati al miglioramento complessivo dell'offerta sanitaria.

- Nel loro complesso, tali opportunità rappresentano leve strategiche fondamentali per il superamento delle criticità individuate e per il perseguimento degli obiettivi del P.I.A.O., orientati all'innovazione, alla sostenibilità organizzativa e al miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

Minacce

Il contesto esterno nel quale opera il Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” è caratterizzato da una serie di fattori critici che possono incidere negativamente sulla capacità dell’Azienda di perseguire i propri obiettivi strategici e di garantire livelli elevati di qualità, appropriatezza e sostenibilità delle prestazioni erogate:

- Una prima rilevante minaccia è rappresentata dalla **persistente debolezza del sistema territoriale**, che si traduce in una insufficiente funzione di filtro rispetto alla domanda di assistenza ospedaliera. La limitata capacità delle strutture territoriali di intercettare e gestire i bisogni di salute a bassa e media complessità determina un afflusso improprio verso l’ospedale, in particolare verso il Pronto Soccorso, con conseguente sovraccarico delle strutture ospedaliere e distorsione del ruolo del G.O.M., chiamato a rispondere anche a bisogni assistenziali non coerenti con la propria mission di centro HUB di alta specializzazione.
- Strettamente connesso a tale criticità è l'**uso improprio del Pronto Soccorso da parte dell’utenza**, fenomeno che costituisce una minaccia significativa sotto il profilo sia organizzativo che clinico. L’elevato numero di accessi non urgenti contribuisce al congestionsamento del Pronto Soccorso, all’allungamento dei tempi di attesa e all’aumento del rischio clinico per i pazienti più gravi, incidendo negativamente sugli indicatori di performance e sulla percezione della qualità dei servizi da parte dei cittadini.
- Un’ulteriore minaccia è rappresentata dall’**incremento di episodi di aggressività verbale e fisica nei confronti del personale sanitario**, fenomeno che risente delle tensioni generate dal sovraffollamento, dai tempi di attesa e dalle aspettative non sempre realistiche dell’utenza. Tale contesto comporta un deterioramento del clima organizzativo, un aumento del rischio psicosociale per gli operatori e potenziali difficoltà nel reclutamento e nella fidelizzazione delle risorse umane, con impatti negativi sul benessere organizzativo e sulla continuità dei servizi.
- Si evidenzia inoltre come minaccia di medio - lungo periodo la **eccessiva dipendenza da medici specialisti provenienti da altre Regioni**, che, se non adeguatamente governata, può determinare fenomeni di “colonizzazione” professionale. Tale condizione può indebolire la continuità assistenziale, limitare lo sviluppo strutturato delle competenze interne e ostacolare la costruzione di una identità professionale e organizzativa stabile dell’Azienda, aumentando la vulnerabilità del sistema nel tempo.
- Infine, l’**incremento della mobilità sanitaria passiva** continua a rappresentare una delle principali minacce per il sistema sanitario regionale e per il G.O.M.. La persistente percezione, da parte dell’utenza, di una maggiore qualità dell’offerta sanitaria extra-regionale comporta una perdita di risorse economiche, un indebolimento della fiducia dei cittadini e un impatto negativo sulla sostenibilità complessiva del sistema. Tale fenomeno

rischia di autoalimentarsi, rafforzando dinamiche reputazionali sfavorevoli difficili da contrastare nel breve periodo.

2.1.3 La Piramide del Valore Pubblico

Il G.O.M. adotta la Piramide del Valore Pubblico quale modello di riferimento per collegare risorse, attività, risultati e impatti prodotti dall'azione aziendale, garantendo coerenza tra programmazione strategica, gestione operativa e rendicontazione.

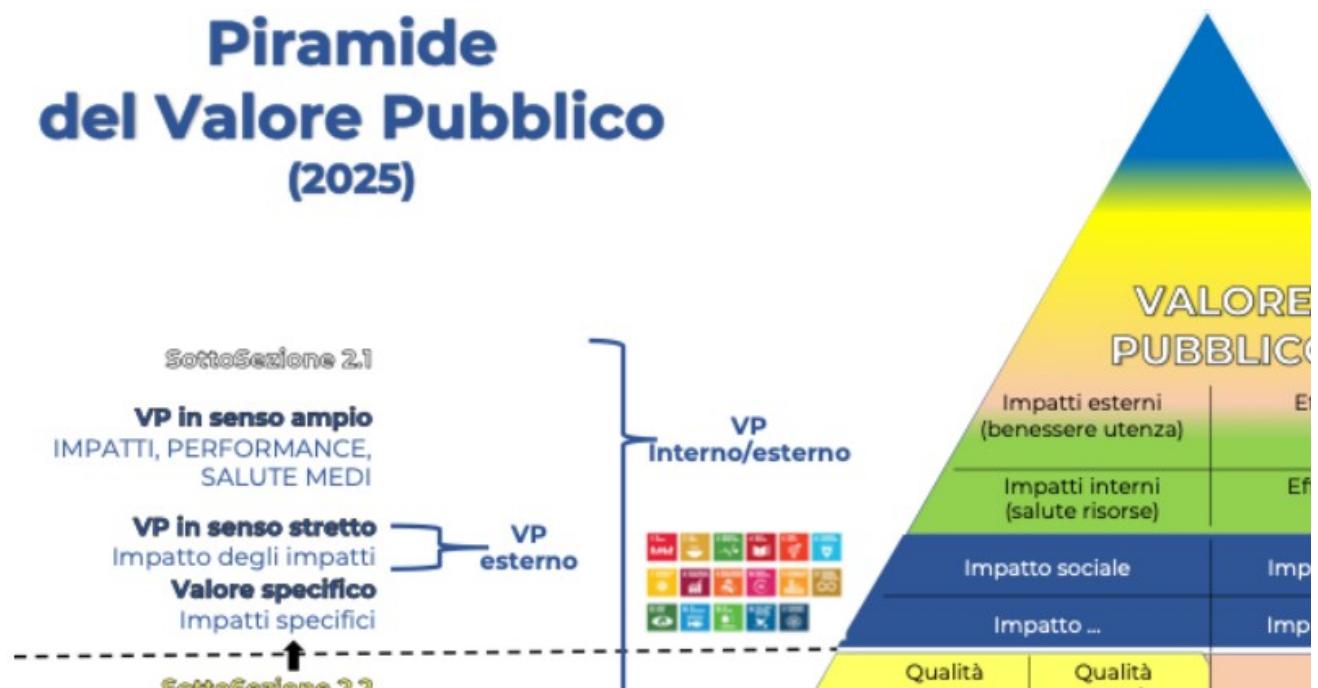


Tabella 1 Sez. 2.1 – Piramide del Valore Pubblico del G.O.M.

Livello	Contenuto	Declinazione per il G.O.M.	Sezione P.I.A.O.
Impatto	Benefici di lungo periodo per la collettività	Miglioramento degli esiti di salute; riduzione della mobilità passiva; rafforzamento della fiducia dei cittadini; sostenibilità del SSR	Valore Pubblico
Outcome	Risultati per utenti e stakeholder	Qualità e sicurezza delle cure; equità di accesso; riduzione tempi di attesa; continuità assistenziale; benessere lavorativo	Valore Pubblico
Output	Servizi e prestazioni	Prestazioni ad alta complessità; PDTA; attività PS; ricoveri e prestazioni ambulatoriali	Performance
Processi	Modalità organizzative	Governo clinico; digitalizzazione; integrazione ospedale-territorio; gestione liste di attesa; prevenzione rischi	Performance
Input	Risorse	Personale; risorse finanziarie; tecnologie; infrastrutture	Organizzazione e Risorse

Il valore pubblico si colloca prioritariamente ai livelli di **outcome e impatto**, mentre i livelli di input, processi e output sono oggetto della misurazione della performance.

La **piramide del valore pubblico**, definita dalla metodologia CERVAP, si struttura in vari **livelli gerarchici**, ognuno dei quali rappresenta un ambito di valore che le organizzazioni pubbliche possono perseguitare per rispondere alle esigenze della collettività:

Livello 1: Accesso ai Servizi (Equità e Accessibilità): questo primo livello si concentra sull'accessibilità dei servizi e sulla **pari opportunità** per tutti i cittadini, senza discriminazioni. Per l'azienda ospedaliera, ciò significa garantire che **tutti i pazienti abbiano accesso a cure appropriate**, indipendentemente dalle loro condizioni socioeconomiche, geografiche o fisiche (ad esempio riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie).

Livello 2: Sicurezza e qualità delle cure (Efficacia e Appropriatezza): questo livello riguarda il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e l'appropriatezza delle cure fornite. Le cure devono essere non solo accessibili, ma anche efficaci e sicure, riducendo i rischi per i pazienti e migliorando i risultati clinici (ad esempio implementazione di protocolli di sicurezza e standard internazionali per ridurre gli errori medici, utilizzo di tecnologie avanzate).

Livello 3: Risultati di salute e Impatti (Efficienza ed Esito di Salute): misura il risultato finale delle azioni intraprese, non solo in termini di attività o servizi erogati, ma in base agli impatti tangibili sulla salute della popolazione. Si tratta di garantire che gli interventi sanitari generino miglioramenti misurabili nella salute dei cittadini, riducendo la mortalità evitabile, le complicanze e i ricoveri non necessari (ad esempio monitoraggio dei tassi di mortalità per malattia quali tumori, malattie cardiovascolari).

Livello 4: Sostenibilità e Responsabilità Sociale (Sostenibilità e Trasparenza): questo livello riguarda la sostenibilità dei servizi offerti e la responsabilità sociale che l'azienda ospedaliera deve assumersi nei confronti della comunità, sia dal punto di vista ambientale che economico. Si tratta di utilizzare risorse in modo efficiente, ridurre gli sprechi e agire in modo trasparente verso i cittadini (ad esempio riduzione dei consumi energetici e gestione efficiente dei rifiuti ospedalieri).

Livello 5: Fiducia e Collaborazione (Partecipazione e Democrazia) questo livello si concentra sulla creazione di fiducia tra l'amministrazione sanitaria e la cittadinanza. In altre parole, un'amministrazione sanitaria che riesce a coinvolgere attivamente la comunità nella definizione delle politiche e dei servizi ha maggiori probabilità di rispondere ai bisogni reali della popolazione (ad esempio con l'istituzione di canali di comunicazione aperti con i cittadini).

Questa piramide permette all'ospedale di realizzare un modello completo, incentrato sulla persona e sulla comunità, con un approccio multidimensionale e misurabile alla **creazione di valore pubblico**.

2.1.4 Raccordo e coerenza tra Valore Pubblico, Performance e programmazione

Le dimensioni di valore pubblico individuate costituiscono il **quadro di riferimento strategico** per la definizione:

- degli **obiettivi strategici e operativi** della Sezione Performance;
- degli **indicatori di outcome e impatto**;
- delle **misure di gestione del rischio e di prevenzione della corruzione**.

La Sezione Performance del P.I.A.O. declina tali dimensioni in obiettivi misurabili, target annuali e responsabilità organizzative, assicurando la tracciabilità tra strategia, azione amministrativa e risultati conseguiti.

2.1.5 Raccordo e coerenza tra Valore Pubblico e prevenzione della corruzione e trasparenza

La produzione di valore pubblico del G.O.M. è strettamente connessa ai principi di **legalità, integrità, trasparenza e responsabilità**, che costituiscono condizioni essenziali per il raggiungimento degli outcome e degli impatti attesi.

In coerenza con il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), l’Azienda riconosce che fenomeni corruttivi, opacità amministrativa e carenze nei presidi di controllo determinano un **deterioramento diretto del valore pubblico**, incidendo negativamente sulla qualità delle cure, sull’equità di accesso ai servizi e sulla fiducia dei cittadini.

La prevenzione della corruzione e la trasparenza sono pertanto intese come **leve strategiche di creazione di valore pubblico**, in quanto contribuiscono a:

- garantire l’imparzialità delle decisioni cliniche e amministrative;
- assicurare l’uso corretto ed efficiente delle risorse pubbliche;
- rafforzare la reputazione istituzionale dell’Azienda;
- tutelare i diritti dei cittadini e dei pazienti.

Nel modello della Piramide del Valore Pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza agiscono prevalentemente sui livelli di **processo e output**, producendo effetti diretti sui livelli di **outcome e impatto**, attraverso il miglioramento della qualità percepita dei servizi e il consolidamento del rapporto di fiducia con la comunità.

2.1.6 Produzione di valore pubblico e accountability

Il G.O.M. assume la produzione di valore pubblico come criterio guida dell’azione amministrativa e sanitaria, impegnandosi a monitorare nel tempo gli impatti generati attraverso sistemi di misurazione affidabili e trasparenti, nonché a rendicontare i risultati conseguiti ai cittadini, alle istituzioni e agli stakeholder del sistema sanitario regionale.

2.2 PERFORMANCE

2.2.1 Finalità della sezione Performance

La Sezione Performance del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” definisce gli **obiettivi strategici e operativi**, gli **indicatori di misurazione** e i **meccanismi di monitoraggio** attraverso i quali l’Azienda traduce le dimensioni di valore pubblico in risultati concreti e verificabili.

La Performance è pertanto intesa come **strumento di attuazione del valore pubblico**, assicurando la coerenza tra:

- indirizzi strategici,
- azione amministrativa e sanitaria,
- risultati prodotti per i cittadini e per il sistema sanitario regionale.

Il Piano della Performance rappresenta, dunque, lo strumento organizzativo - gestionale per migliorare la qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguito.

Il Piano della Performance ha come fine di:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l’Azienda intende realizzare;
- valorizzare e riqualificare il processo di budget ed il sistema di valutazione ed incentivazione del personale;
- integrare il ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi a qualità dei servizi, trasparenza, integrità e prevenzione dell’ anticorruzione;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance.

Inoltre, come previsto dall’art. 10 D. Lgs. n. 150/2009, l’Azienda adotta annualmente, entro il 30 giugno, la **Relazione sulla Performance**, che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all’anno precedente, i risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Il sistema di performance aziendale è articolato su tre livelli integrati:

1. **Obiettivi strategici di Azienda**, direttamente derivanti dalle dimensioni di valore pubblico;
2. **Obiettivi operativi di struttura**, assegnati alle articolazioni organizzative;
3. **Obiettivi individuali**, connessi alla responsabilità dirigenziale e professionale.

Il sistema assicura la tracciabilità tra strategia, organizzazione e risultati, nonché l’integrazione con il sistema di controllo di gestione e con il ciclo di bilancio.

2.2.2 Gli indicatori di performance

Nel presente P.I.A.O. il sistema di misurazione e valutazione della performance dell’Azienda Ospedaliera è finalizzato a garantire un **monitoraggio sistematico e integrato** delle attività svolte e dei risultati conseguiti, in coerenza con gli obiettivi strategici e operativi dell’Azienda.

Il sistema di indicatori utilizzato consente una lettura complessiva delle performance aziendali, supportando il **governo strategico**, la **rendicontazione dei risultati**, la **trasparenza dell’azione amministrativa** e il **miglioramento continuo** dei processi clinico - assistenziali e organizzativi.

I **Key Performance Indicators (KPI)** rappresentano strumenti fondamentali per la misurazione delle performance dell’Azienda Ospedaliera. Essi permettono di monitorare il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, valutare la **qualità, la sicurezza e l’appropriatezza delle cure**, nonché **l’efficienza e l’efficacia** nell’utilizzo delle risorse, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale e nazionale.

Principali indicatori adottati

KPI di qualità e sicurezza delle cure

- Tasso di infezioni correlate all’assistenza (ICA),
- tasso di eventi avversi segnalati,
- tasso di riammissioni entro 30 giorni,
- mortalità,
- livello di adesione ai protocolli clinico-assistenziali.

KPI di accessibilità e tempi di attesa

- tempo medio di attesa per ricovero programmato,
- tempo medio di attesa per prestazioni ambulatoriali,
- percentuale di prime visite prenotate entro i tempi di attesa secondo la classe di priorità indicata (B, D, P) / totale prescrizioni prenotate (PNGLA),
- tempo medio di permanenza in Pronto Soccorso,
- percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso.

KPI di efficienza organizzativa

- tasso di occupazione dei posti letto,
- durata media della degenza,
- indice di rotazione dei posti letto,
- tasso di utilizzo delle sale operatorie,
- degenza media preoperatoria,
- percentuale di DRG chirurgici.

KPI di appropriatezza e continuità assistenziale

- percentuale di ricoveri inappropriati,
- percentuale di day hospital di tipo diagnostico,
- indicatori di continuità ospedale-territorio (dimissioni protette),
- numero di accessi ripetuti al Pronto Soccorso.

KPI economico-finanziari

- costo medio per ricovero,
- incidenza della spesa per il personale,
- incidenza della spesa per beni sanitari,

KPI di soddisfazione, trasparenza e relazione con l'utenza

- livello di soddisfazione dei pazienti,
- numero di reclami relativi alle prestazioni erogate,
- grado di trasparenza e accessibilità delle informazioni.

KPI di risorse umane e formazione

- tasso di assenteismo,
- ore medie di formazione per dipendente,
- percentuale di personale formato sui temi della sicurezza nei luoghi di lavoro, rischio clinico e prevenzione della corruzione.

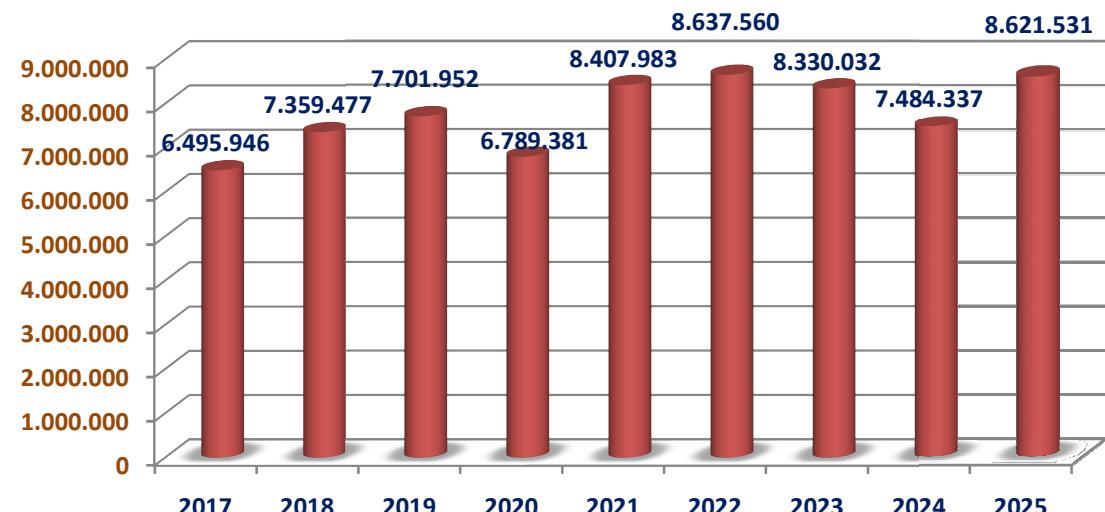
DAY HOSPITAL

L'attività in regime di Day Hospital ha registrato un numero di 6.849 ricoveri con ricavi pari a 7.484.203 euro.

Grafico 12 - Numero dimessi in Day Hospital



Grafico 13 - Ricavi da attività di Day Hospital

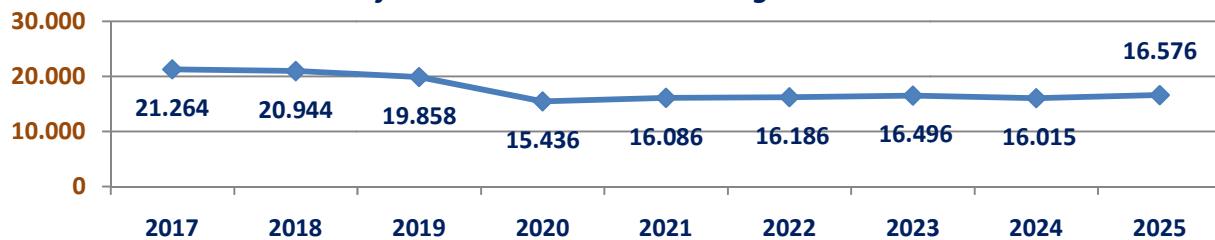


RICOVERI ORDINARI

L'andamento della produzione ospedaliera di ricoveri ordinari ha registrato dati positivi:

- ❖ il volume dei **ricoveri ordinari** è stato pari a 16.576 con l'andamento descritto nel grafico seguente:

Grafico 9 - Numero dimessi in regime ordinario



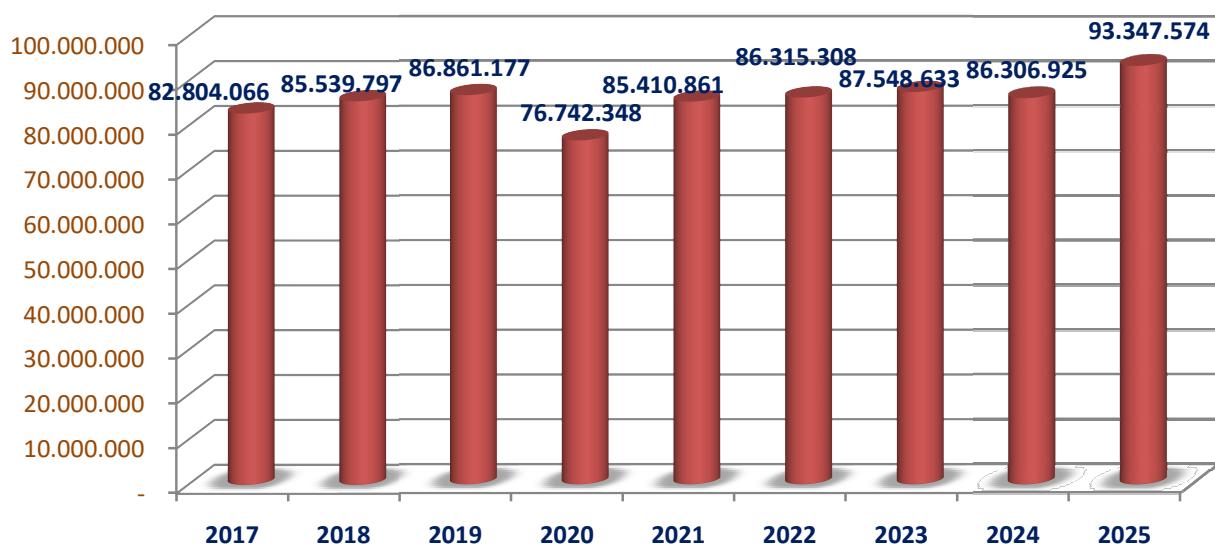
- ❖ a fronte della riduzione del numero di ricoveri ordinari sul lungo periodo (da 21.264 del 2017 a 16.576 del 2025) si è registrato l'incremento del livello di complessità dei ricoveri ordinari, attestata dall'aumento progressivo del **peso medio del DRG** che passa dai valori di 1,25 nel 2017 a valori superiori a 1,68 nel 2025.

**Grafico 10 - Peso Medio Ricoveri ordinari
(escluso DRG 391-Neonato sano).**



- ❖ il **valore economico dei ricoveri ordinari** si attesta pari ad euro 93.347.574, risultato di una casistica più complessa e più appropriata per un centro HUB ed al trasferimento delle prestazioni di minore complessità ed a rischio inappropriatezza ad un regime di erogazione ospedaliero più appropriato (Day Hospital, Day Service, ambulatoriale).

Grafico 11 - Ricavi da Ricoveri Ordinari



PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Nel 2025 risultano erogate un numero di *prestazioni ambulatoriali S.S.N.* pari a 890.136 per un ricavo complessivo di euro 32.894.072, registrando dunque un notevole incremento rispetto al 2024 sia in termini di prestazioni (+94.754) che di ricavi (+9.573.163 euro).

Grafico 14
Numero prestazioni di Specialistica Ambulatoriale Esterna

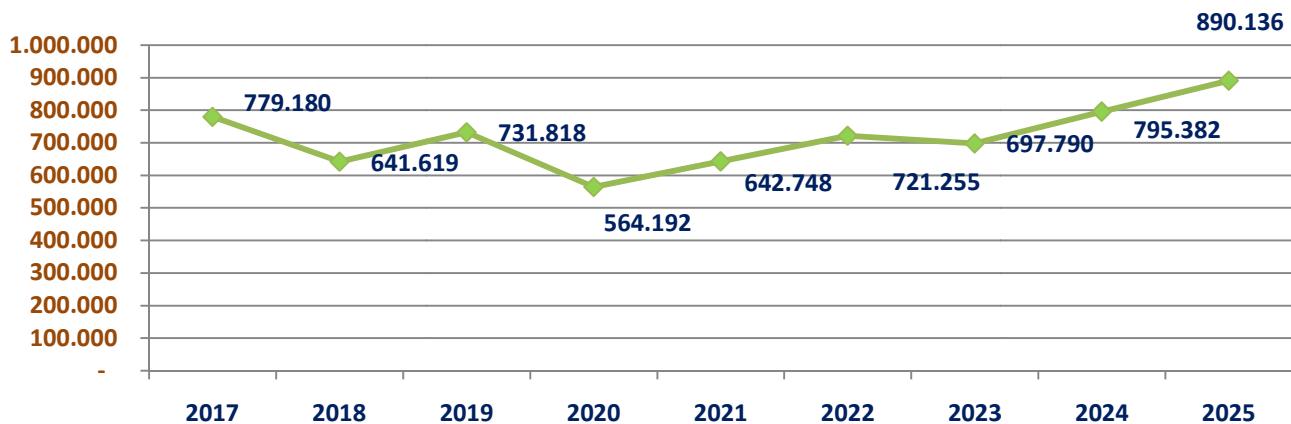
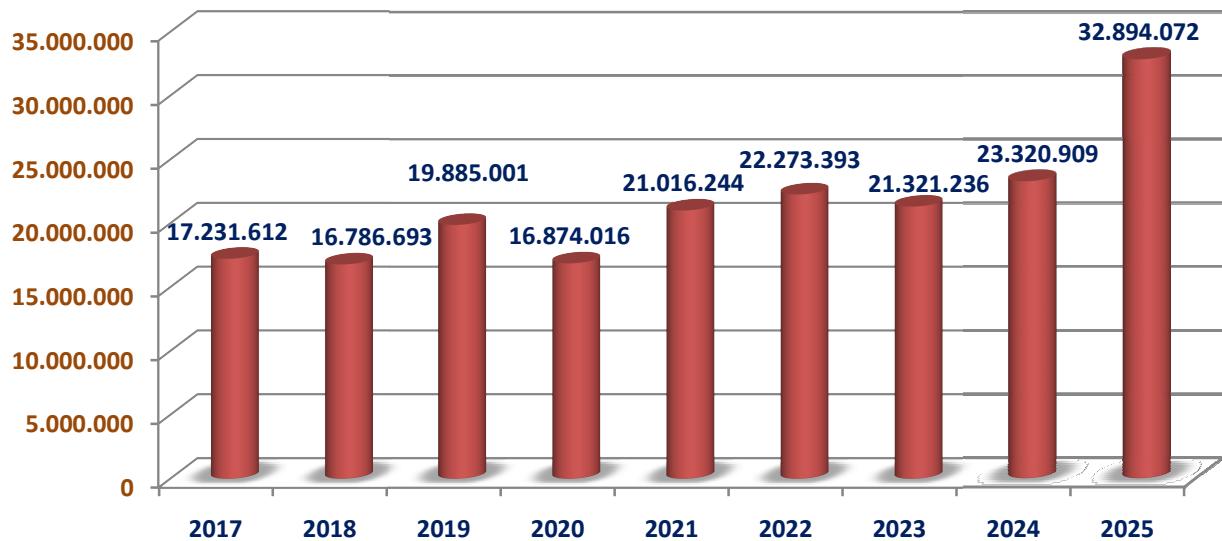
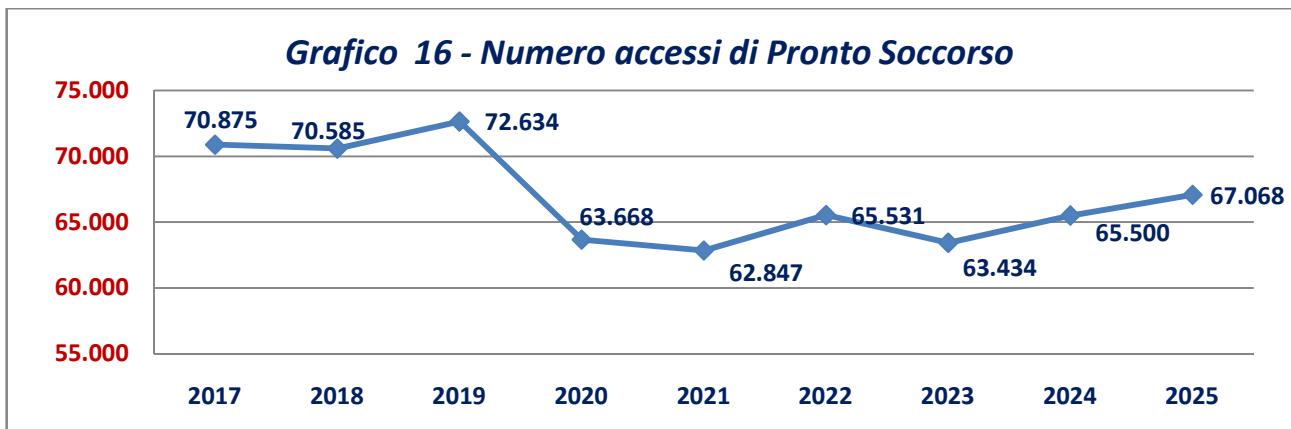


Grafico 15 - Ricavi da Specialistica Ambulatoriale Esterna5



PRONTO SOCCORSO

Relativamente all'attività del Pronto Soccorso nel 2025 si è rilevato un incremento del **numero di accessi al Pronto Soccorso** (+1.568 accessi) rispetto al 2024.



Nella tabella seguente si riportano alcuni indicatori di Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva.

DESCRIZIONE_DATO	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Nr. di accessi totali al Pronto Soccorso	72.634	63.746	62.847	67.062	63.434	65.500	67.068
Nr. di accessi per i quali è stata attivata l'O.B.I.	4.387	3.907	2.841	2.171	1.913	1.480	1.327
Nr. di O.B.I. esitate a ricovero	1.594	1.935	1.150	924	751	634	589
Durata media (in ore) delle O.B.I.	27	30	40	47	59	77	80

Tabella 5 Sez. 2.2 - Dati di attività dell'O.B.I.

La tabella seguente riporta, inoltre, i **tempi medi di attesa al Pronto Soccorso** in base al triage assegnato in entrata. Si registrano tempi medi di attesa complessivamente molto ridotti. A tal proposito, preme segnalare che il tempo di attesa dei *codici rossi* è realmente di pochi secondi: gli 8 minuti che risultano dal sistema, infatti, si riferiscono ai tempi di registrazione del paziente che, al suo arrivo, viene immediatamente trasportato e assistito nelle sale appositamente riservate alle situazioni più critiche.

TEMPI D'ATTESA PER CODICE TRIAGE (MINUTI)	ANNO 2022	ANNO 2023	ANNO 2024	Anno 2025
ROSSO	8	8	8	7
ARANCIONE	19	18	21	20
AZZURRO	30	41	46	47
VERDE	53	70	72	75
BIANCO	60	48	51	87

Tabella 6 Sez. 2.2 - Tempi medi di attesa per codice triage (in minuti).

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI - AGENAS

Il G.O.M. ha introdotto, già da qualche anno, la misura degli indicatori del Programma Nazionale Esiti (P.N.E.), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute, quale strumento di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia, efficienza e sicurezza delle cure.

I risultati dell'edizione 2025 del PNE (dati SDO 2024) offrono importanti spunti di riflessione, a partire dai numerosi indicatori di volume, processo ed esito in progressivo miglioramento sul piano degli standard di qualità raggiunti, in quasi tutte le aree cliniche considerate, ascrivibili alle iniziative intraprese dall'Azienda a supporto delle performance assistenziali.

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI 2025 (DATI SDO 2024) – VOLUMI DI ATTIVITA'	QUANTITÀ
Volume di PTCA eseguite per condizioni diverse dall'Infarto Miocardico Acuto	358
PTCA: volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	861
PTCA in pazienti STEMI: volume di ricoveri	283
PTCA in pazienti NSTEMI: volume di ricoveri	186
Rivascolarizzazione arti inferiori: volume di ricoveri	125
Bypass aorto-coronarico isolato: volume di interventi	116
Bypass totale: volume di ricoveri	145
STEMI: volume di ricoveri	335
NSTEMI: volume di ricoveri	255
Infarto Miocardico Acuto a sede non specificata: volume di ricoveri	31
Infarto Miocardico Acuto: volume di ricoveri	621
Volume di ricoveri per Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	74
Riparazione di aneurisma aorta addominale non rotto: volume di ricoveri	32
Riparazione di aneurisma aorta addominale rotto: volume di ricoveri	8
Rivascolarizzazione carotide: stenting e angioplastica	11
Rivascolarizzazione carotide: endoarterectomia	77
Rivascolarizzazione carotide: volume di ricoveri	87
Scompenso cardiaco congestizio: volume di ricoveri	145
Scompenso cardiaco: volume di ricoveri	169
Intervento chirurgico di legatura o stripping di vene: volume di ricoveri	2
Embolia polmonare: volume di ricoveri	63
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: volume di ricoveri	137
Intervento di sostituzione di valvola aortica per via transcatetere: volume di ricoveri	1
Intervento di sostituzione di valvola aortica: volume totale di ricoveri	93
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola mitralica: volume totale di ricoveri	50
Emorragia sub aracnoidea: volume di ricoveri	37
Ictus ischemico: volume di ricoveri	285
Ictus ischemico: volume di ricoveri con trombolisi	42
Volume di trombectomie in pazienti con ictus ischemico	49
Riparazione di aneurisma cerebrale non rotto: volume di ricoveri	2
Riparazione di aneurisma cerebrale rotto: volume di ricoveri	6
BPCO: volume di ricoveri ordinari	147
Colecistectomia totale: volume di ricoveri	139
Colecistectomia laparoscopica: volume di ricoveri	136
Colecistectomia laparotomica: volume di ricoveri	3
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: volume di craniotomie	62
Intervento chirurgico isolato per TM colon con approccio mini-invasivo:volume di ricoveri	64
Intervento chirurgico isolato per TM retto con approccio mini-invasivo:volume di ricoveri	18
Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	6
Intervento chirurgico isolato per TM colon: volume di ricoveri	78
Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	6
Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	138
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	110
Intervento chirurgico per TM rene: volume di ricoveri	34
Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	11
Intervento chirurgico isolato per TM retto: volume di ricoveri	20
Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	109
Intervento chirurgico per TM cavo orale: volume di ricoveri	4

Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri	6
Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	5
Intervento di isterectomia per tumore maligno: volume di ricoveri	18
Intervento chirurgico per TM laringe (open): volume di ricoveri	2
Intervento di prostatectomia radicale per TM della prostata con approccio mini invasivo: volume di ricoveri	105
Intervento di prostatectomia radicale con tecnica robotica per TM della prostata: volume di ricoveri	103
Intervento di isterectomia per TM maligno con approccio mini invasivo: volume di ricoveri	2
Intervento chirurgico per TM del rene con approccio mini invasivo: volume di ricoveri	20
Intervento chirurgico con tecnica robotica per TM del rene: volume di ricoveri	20
Intervento chirurgico isolato con tecnica robotica per TM del retto: volume di ricoveri	18
Intervento chirurgico isolato con tecnica robotica per TM del colon: volume di ricoveri	59
Parti: volume di ricoveri	2022
Parti con taglio cesareo: volume di ricoveri	844
Artodesi vertebrale: volume di interventi	24
Arroscopia di ginocchio: volume di ricoveri	9
Interventi per frattura del collo del femore: volume di ricoveri	265
Frattura del collo del femore: volume di ricoveri	271
Frattura della tibia e perone: volume di ricoveri	26
Intervento di protesi di anca: volume di ricoveri	107
Intervento di protesi di ginocchio: volume di ricoveri	15
Intervento di protesi di spalla: volume di ricoveri	17
Isterectomia: volume di ricoveri	84
Prostatectomia: volume di ricoveri	14
Tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	28
Tonsillectomia con adenoidectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	27
Adenoidectomia senza tonsillectomia: volume di ricoveri in età pediatrica	92
Appendicectomia laparoscopica: volume di ricoveri in età pediatrica	15
Intervento chirurgico per seni paranasali: volume di ricoveri	17
Trapianti di midollo osseo: volume di ricoveri	1
Trapianto del rene: volume di ricoveri	11
Scialoadenectomia: volume di interventi	15
Tonsillectomia: volume di interventi	31

Tabella 7 Sez. 2.2 – Volumi - PNE 2025 (SDO 2024).

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI 2025 (DATI SDO 2024) - INDICATORI DI PROCESSO/ESITI	NR.	% GREZZA	% ADJ
Proporzione di PTCA in STEMI su totale PTCA	839	33,02	
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	285	33,33	31,68
STEMI: proporzione di PTCA entro 90 minuti sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall'accesso nella struttura di ricovero/service	140	67,86	67,97
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	27	3,7	6,63
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: rivascolarizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero	27	33,33	32,87
Arteriopatia degli arti inferiori III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero	31	12,9	12,84
Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	227	2,2	1,65
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni dal ricovero	42	9,52	
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	453	5,3	6,47
Mortalità a 1 anno nei sopravvissuti a 30 giorni da Infarto Miocardico Acuto complicato da scompenso cardiaco	63	7,94	8,81
STEMI: Mortalità a 30 giorni	269	7,44	7,95
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni - con nuove variabili	472	6,14	7,1
Mortalità a 30 giorni per IMA NSTEMI	176	3,41	4,3
IMA STEMI: mortalità a 1 anno	294	3,06	3,07
IMA NSTEMI: mortalità a 1 anno	145	8,28	9,67
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	62	1,61	1,53
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	118	5,93	11,42
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	100	6	6,08
Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni dal ricovero	39	7,69	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	152	1,32	1,17
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	231	19,91	25,02
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	217	16,59	18,54
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	182	7,14	7,35
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	121	10,74	10,41
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	111	10,81	9,87

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui (UO coerente)	136	100	
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	220	2,27	2,63
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	220	1,82	2,13
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in pazienti con colelitiasi in day surgery/one day surgery	105	0,95	0,76
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	110	90,91	83,78
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ORDINARI con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	110	90,91	83,66
Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	147	2,72	2,12
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	12	0	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	22	9,09	
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	131	5,34	6,48
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	18	0	
Proporzione pazienti sottoposte a ricerca linfonodo sentinella durante ricovero per intervento TM mammella	130	85,39	
Proporzione pazienti sottoposte a svuotamento ascellare durante ricovero per intervento TM mammella	130	16,15	
Proporzione pazienti con interessamento linfonodale riscontrato durante ricovero per intervento TM mammella	130	0,77	
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	100	2	2,15
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	89	0	
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	7	0	
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui (UO coerente)	138	100	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	92	2,17	2,38
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	14	28,57	
Intervento chirurgico per TM mammella: proporzione di interventi conservativi	138	82,61	
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	95	2,11	2,25
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni - con nuove variabili	100	2	2,13
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella - con nuove variabili	12	33,33	
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 90 giorni	22	9,09	
Intervento chirurgico di resezione pancreatica per TM: mortalità a 90 giorni	1	100	
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	333	2,4	2,62
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1654	29,75	34,37
Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio	2172	0,32	0,34
Parto con taglio cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1521	0,86	0,91
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	1128	7,36	7,74
Intervento di arthroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	10	0	
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	206	4,37	4,99
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	224	79,02	78,66
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	85	5,88	4,38
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	81	2,47	2,31
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	12	0	
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	6	0	
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	30	3,33	3,71
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	101	3,96	5,78
Intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica: riammissioni a 30 giorni	15	0	

Tabella 8 Sez. 2.2 – Indicatori di processo/esiti - PNE 2025 (SDO 2024).

Al fine di descrivere sinteticamente la qualità delle cure delle strutture ospedaliere, il PNE utilizza il **Treemap**, una rappresentazione grafica sintetica che si basa su indicatori rappresentativi delle aree cliniche valutate ai quali è attribuito un peso proporzionale allo loro rilevanza e validità all'interno di ogni specifica area clinica.

L'efficacia della rappresentazione dei treemap si basa anche sulla scelta delle classi di valutazione derivata dalle soglie definite dal Ministero della Salute, dalle linee guida scientifiche di riferimento o da una rigorosa metodologia statistica di selezione.

La grandezza dei rettangoli e il colore dipendono dall'attività complessiva delle diverse aree cliniche della struttura e dalla valutazione ottenuta attraverso una media ponderata dei punteggi degli indicatori che compongono quella determinata area. La valutazione specifica per area clinica consente di avviare le attività di valutazione della qualità dei dati e di audit clinico - organizzativo nelle aree più critiche.

Nell'edizione PNE 2025 (dati SDO 2024) il Treemap del G.O.M. registra i seguenti risultati:

- 1 area clinica ha raggiunto livello molo alti (chirurgia generale);
- 4 aree livello alto (cardiocircolatorio, nefrologia, osteomuscolare e chirurgia oncologica);
- due aree livello medio (gravidanza e parto, respiratorio);
- 1 aree livello basso (nervoso);
- nessuna area di livello molto basso.

Presidio Ospedaliero Riuniti



- Area proporzionale al volume di attività
- Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:



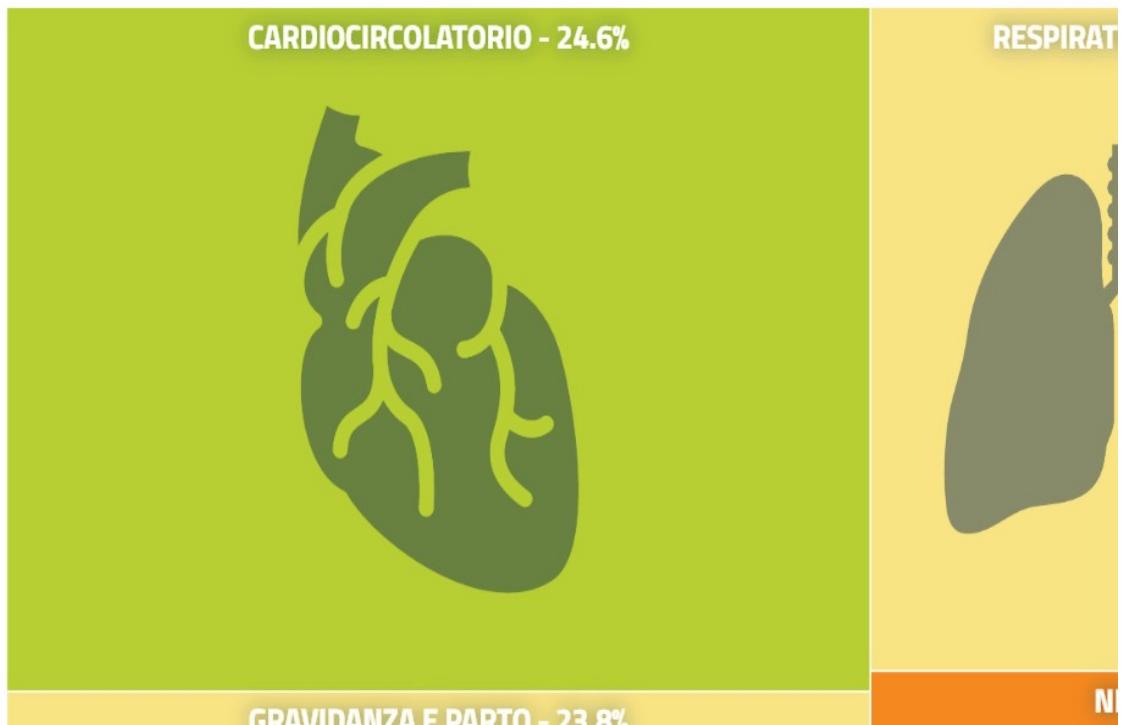
Ente Ospedaliero 9191



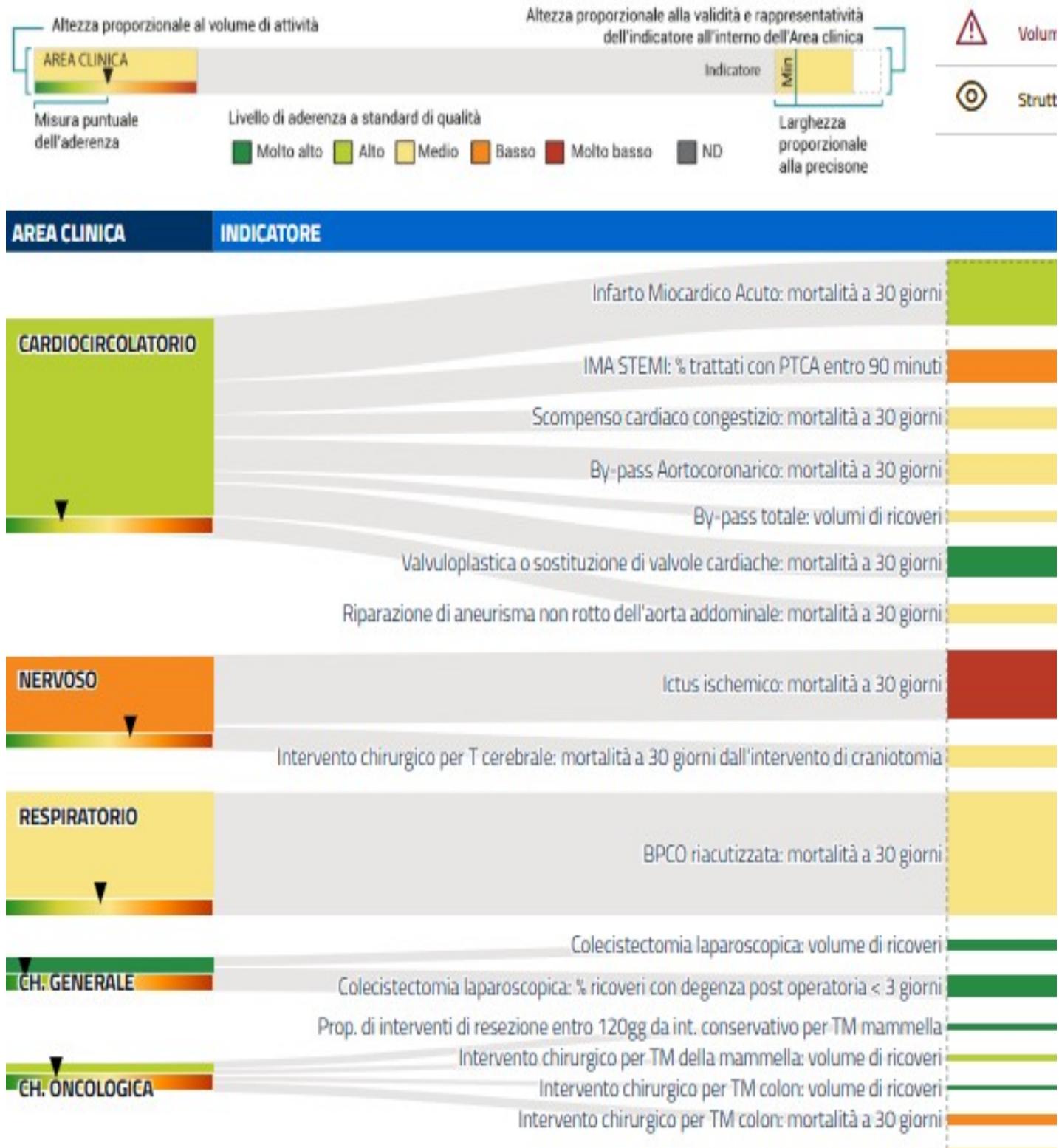
Polo Ospedaliero 9124

- Molto Bass
- Bass
- Medio
- Alt
- Molto Alt
- ND

Presidio Ospedaliero Riuniti



Presidio Ospedaliero Riuniti



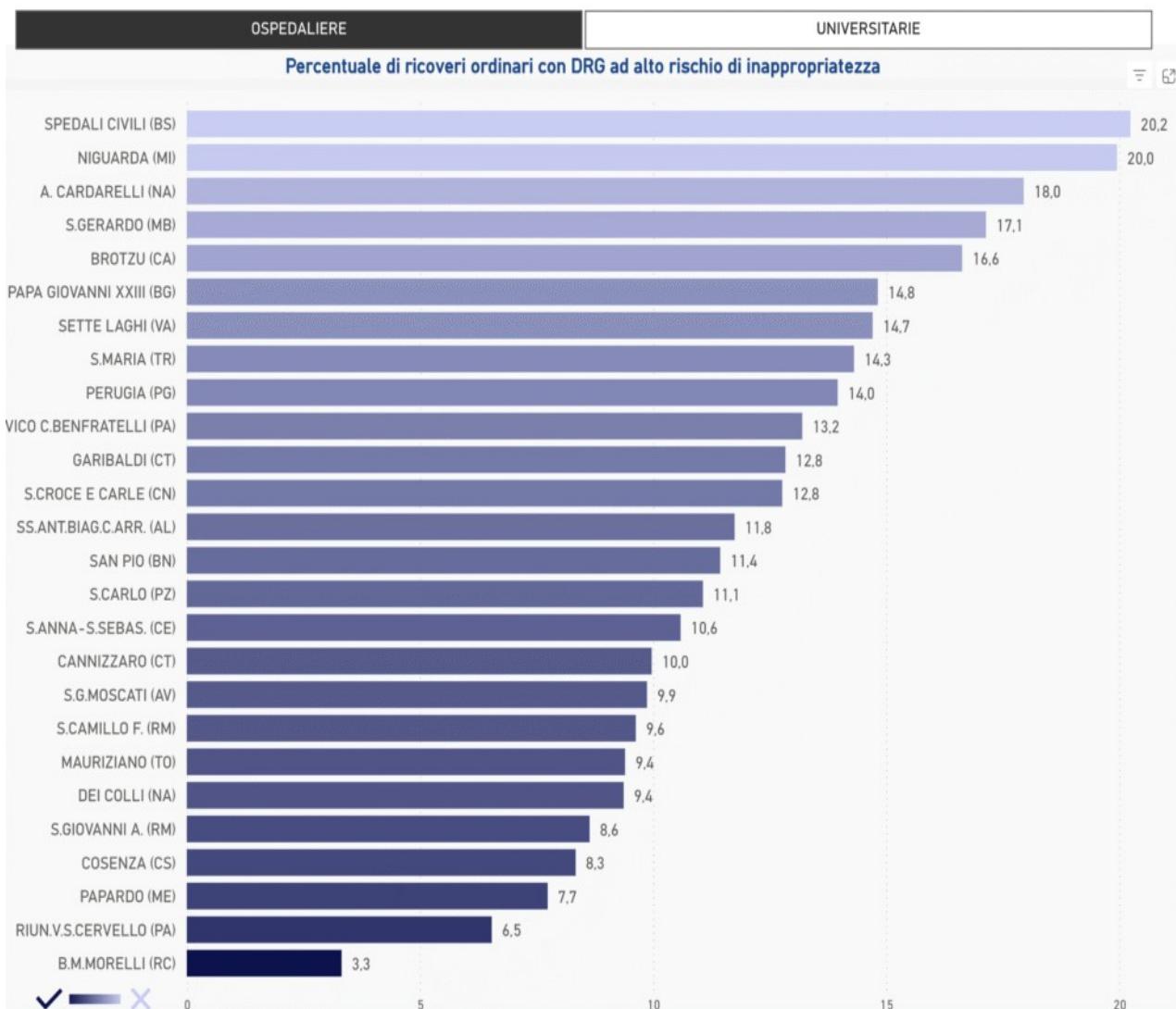
AGENAS RICOVERI A RISCHIO IN APPROPRIATEZZA

I dati pubblicati recentemente dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) sulla percentuale di ricoveri ordinari attribuiti a "DRG ad alto rischio di inappropriatezza" delineano un quadro molto sfaccettato a livello nazionale.

L'indicatore mira a valutare la bontà dell'organizzazione della rete ospedaliera, misurandone la capacità di erogare assistenza nel regime di ricovero più appropriato. Si tratta cioè di un indicatore chiave per valutare l'efficienza delle degenze e l'uso corretto delle risorse.

Un valore elevato dell'indicatore viene interpretato negativamente, in quanto rappresenta una maggiore quota di ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, un valore basso è invece un segnale di efficienza nell'erogazione delle cure.

In tale quadro, il G.O.M. si attesta come l'azienda ospedaliera con il più basso tasso di ricoveri a rischio di "inappropriatezza" e dunque più virtuosa.



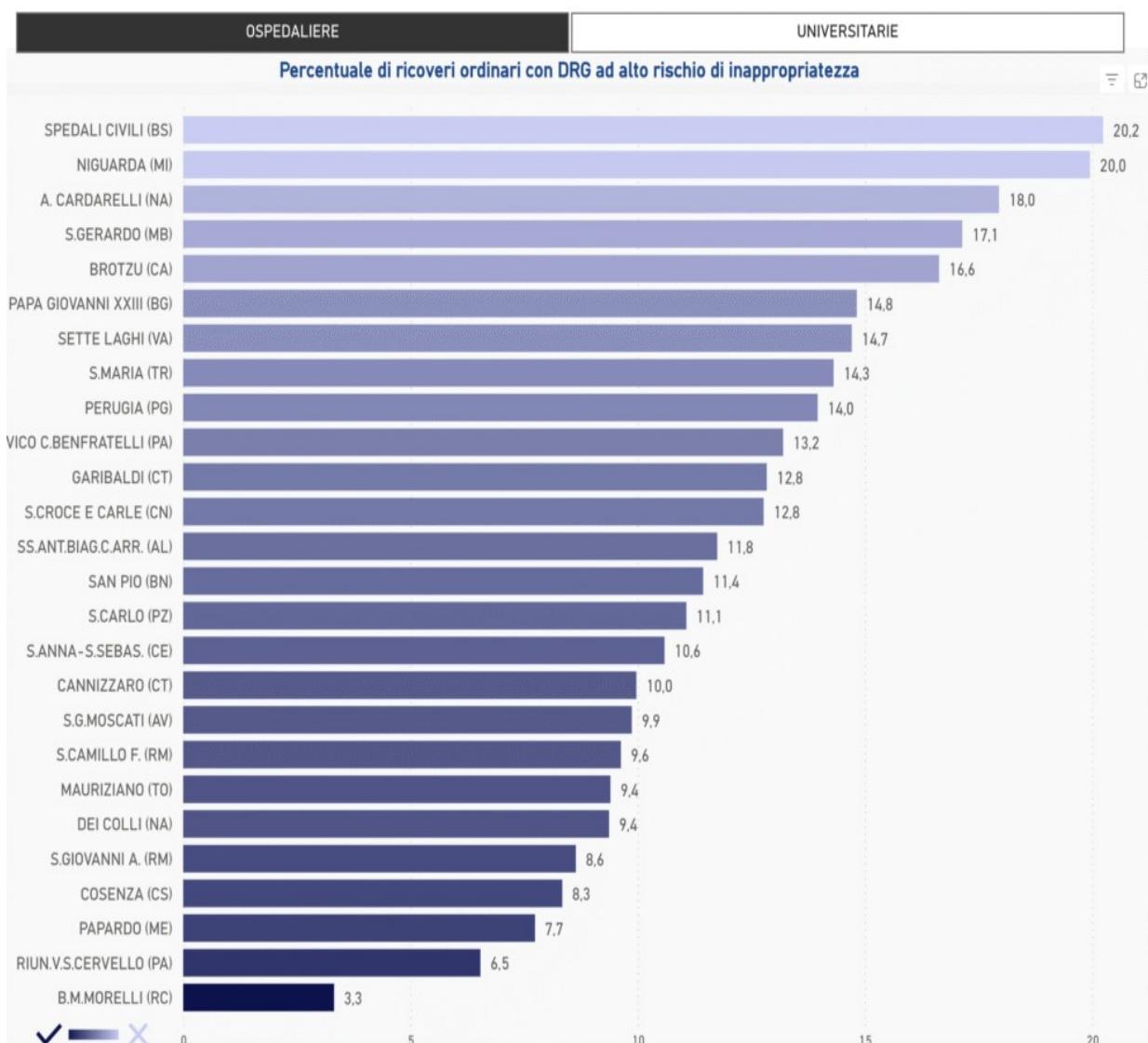
AGENAS

COSTI OPERATIVI PER GIORNATA DI DEGENZA

I dati pubblicati nel 2025 da AGENAS relativamente ai costi medi per giornata di degenza in regime di acuzie, evidenziano differenze molto marcate tra le Aziende Ospedaliere ed Universitarie italiane.

Un valore elevato dell'indicatore viene valutato negativamente, in quanto rappresenta maggiori costi operativi connessi ad ogni giornata di degenza per acuti pesata per la complessità media della casistica trattata.

Il G.O.M., con un costo medio di 436,9 euro per giornata di degenza, si posiziona tra le Aziende più virtuose a livello nazionale.



MONITORAGGIO LISTE DI ATTESA

Una delle principali criticità percepite dai cittadini e dai pazienti nell'accesso alle prestazioni sanitarie è rappresentata dalle liste di attesa, che incidono negativamente sull'accessibilità e sulla tempestiva fruizione dei servizi sanitari. Il governo dei tempi di attesa costituisce, pertanto, un obiettivo prioritario del Sistema Sanitario Nazionale, Regionale e Aziendale.

L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, coerenti con la patologia e con i bisogni assistenziali, rappresenta una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in considerazione del rilevante impatto sullo stato di salute della popolazione e dell'incremento dei costi a carico dei cittadini che, a fronte di attese prolungate, ricorrono frequentemente a regimi assistenziali alternativi.

In tale contesto, al fine di contribuire in maniera significativa alla riduzione dei tempi di attesa, con il D.C.A. n. 345 del 7 novembre 2024, recante ad oggetto “Riparto fondi liste di attesa ai sensi del Decreto-Legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito con modificazioni dalla Legge 24 febbraio 2023, n. 14, dell'art. 4, commi 9-septies e 9-octies, del Decreto-Legge n. 34 del 2023, art. 11, comma 1, nonché della Legge 30 dicembre 2023, n. 213, art. 1, commi 218-222 e 232-233”, è stata assegnata alle Aziende Sanitarie della Regione Calabria la somma complessiva di euro 20.059.767,47, da destinare all'erogazione di prestazioni aggiuntive.

In particolare, al Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria sono state assegnate risorse pari a euro 1.185.445,03 per l'assistenza ospedaliera per acuti in regime di degenza ordinaria, euro 288.698,43 per la specialistica ambulatoriale ed euro 600.000,00 derivanti da redistribuzione.

In attuazione di tali indirizzi, il G.O.M. ha approvato e adottato i seguenti provvedimenti:

- con deliberazione n. 842 del 27 dicembre 2024 è stato adottato il “*Piano Aziendale per l'Attività Libero Professionale (ALPI)*”, che, ai fini dell'allineamento dei tempi di attesa, prevede, in sede di definizione del budget annuale, la negoziazione con i Direttori e Dirigenti responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali dei volumi di attività istituzionale, stabilendo un incremento del 5% dell'attività ambulatoriale in regime S.S.N.;
- con deliberazione n. 844 del 27 dicembre 2024 è stato adottato il “*Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2025-2027*”;
- con deliberazione n. 124 del 14 febbraio 2025 è stato adottato il “*Piano Operativo Aziendale per la riduzione dei tempi delle liste di attesa, ai sensi dell'articolo 3, commi 10 e 11, del Decreto-Legge n. 73 del 7 giugno 2024, convertito con Legge n. 107 del 29 luglio 2024, recante “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”*”;
- con deliberazione n. 1474 del 28 novembre 2025 è stato adottato il nuovo “*Regolamento aziendale per la disciplina delle prestazioni orarie aggiuntive del personale della Dirigenza e del Comparto*”;
- con deliberazione n. 1511 del 1° dicembre 2025 è stato rimodulato il *Piano Operativo Aziendale per la riduzione dei tempi delle liste di attesa* di cui all'articolo 3, commi 10 e 11, del Decreto-Legge n. 73 del 7 giugno 2024, convertito con Legge n. 107 del 29 luglio 2024.

Il Piano Operativo Aziendale per la riduzione dei tempi delle liste di attesa prevede, in particolare:

- l'individuazione delle prestazioni chirurgiche e specialistiche, comprese le prime visite e gli esami diagnostici, caratterizzate da maggiori criticità e da tempi di attesa superiori ai limiti stabiliti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA);
- la definizione di un cronoprogramma esecutivo delle attività e della spesa finalizzate al conseguimento degli obiettivi prefissati;
- l'attivazione di un sistema strutturato di monitoraggio, con rendicontazione analitica delle attività erogate e delle risorse economiche impiegate.

Al fine di garantire la massima trasparenza e favorire l'accessibilità alle informazioni da parte dei cittadini, l'Azienda provvede alla pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nella sezione “Amministrazione Trasparente” del proprio sito istituzionale, in conformità alla normativa vigente. Tale pubblicazione costituisce uno strumento di monitoraggio e di informazione sull'andamento delle liste di attesa, nonché un presidio a supporto del miglioramento continuo dei livelli di servizio erogati.

EVOLUZIONE DEI RICAVI E DEL VALORE DELLA PRODUZIONE

Nelle tabelle successive si presenta la dinamica dei dati di produzione a parità di tariffa:

PRESTAZIONI	Anno 2013		Anno 2014		Anno 2015	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	20.627	71.321.201	20.391	71.523.942	19.716	73.822.756
DAY HOSPITAL	8.025	11.012.747	7.673	9.922.527	6.732	8.846.855
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	816.745	15.049.728	906.954	15.433.698	856.420	16.242.634
PRONTO SOCCORSO	72.996	12.231.940	70.606	11.831.447	68.564	11.489.269
FILE F		2.645.357		4.016.195		5.246.623
TOTALE GENERALE		112.260.972		112.727.810		115.648.138

PRESTAZIONI	Anno 2016		ANNO 2017		ANNO 2018	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	20.559	77.211.980	21.264	82.804.066	20.944	85.539.797
DAY HOSPITAL	6.096	7.271.773	5.306	6.495.946	5.515	7.359.477
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	773.454	16.626.375	779.180	17.231.612	641.619	16.786.693
PRONTO SOCCORSO	68.719	11.515.243	70.875	11.876.524	70.585	11.827.928
FILE F		6.503.434		9.297.574		12.172.102
TOTALE GENERALE		119.128.805		127.705.722		133.685.997

PRESTAZIONI	ANNO 2019		ANNO 2020		ANNO 2021	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	19.858	86.861.177	15.436	76.742.348	16.086	85.352.971
DAY HOSPITAL	6.281	7.701.952	5.286	6.789.381	6.807	8.407.983
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	731.818	19.885.001	564.192	16.874.016	642.745	21.016.157
PRONTO SOCCORSO	72.634	12.171.279	63.668	10.668.847	62.771	10.518.537
FILE F		16.099.932		17.700.413		15.850.770
TOTALE GENERALE		142.719.342		128.775.005		141.144.736

PRESTAZIONI	ANNO 2022		ANNO 2023		ANNO 2024 (dati provvisori)	
	NR.	VALORE	NR.	VALORE	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	16.186	85.637.971	16.496	87.548.633	16.012	86.491.603
DAY HOSPITAL	6.018	8.637.560	6.420	8.330.032	6.324	7.484.203
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	720.218	22.208.514	697.790	21.321.236	795.382	23.318.337
PRONTO SOCCORSO	65.531	8.377.495	63.434	8.926.454	65.550	9.397.996
FILE F		17.183.172		20.042.489		19.276.922
TOTALE GENERALE		141.518.456		146.168.844		145.969.061

PRESTAZIONI	ANNO 2025 (* dati provvisori)	
	NR.	VALORE
RICOVERI ORDINARI	16.576	93.347.574
DAY HOSPITAL	6.849	8.621.531
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	890.136	32.894.072
PRONTO SOCCORSO	67.068	9.018.282
FILE F		26.306.995
TOTALE GENERALE		170.188.454

Tabella 9 Sez. 2.2 - Dati di produzione 2013-2025.

2.2.3 Evoluzione organizzativa, gestionale e tecnologica nel triennio 2023/2025. Presupposti per la pianificazione 2026-2028.

Nel triennio 2023–2025 l’Azienda ha sviluppato un articolato percorso di evoluzione organizzativa, gestionale e tecnologica, finalizzato a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, rafforzare l’efficienza dei processi e consolidare i presidi di legalità, trasparenza e responsabilizzazione diffusa. Tale percorso si è svolto in coerenza con gli obiettivi di creazione di valore pubblico e sostenibilità del sistema, costituendo la base conoscitiva e operativa per le scelte di pianificazione del ciclo successivo.

Nel loro insieme, le attività e i risultati del triennio 2023–2025 delineano un quadro organico di trasformazione e consolidamento, che rappresenta il presupposto per la definizione delle priorità, degli obiettivi e degli indicatori della pianificazione strategica 2026–2028, assicurando continuità, coerenza e progressività tra azioni realizzate e scelte future.

Ricerca scientifica e innovazione

Nell’ambito della ricerca scientifica, la Direzione Strategica dell’Azienda, muovendo dalle caratteristiche delle prestazioni sanitarie erogate, dalla propensione agli investimenti e all’innovazione, dall’attenzione all’equilibrio economico-finanziario, dal potenziamento strutturale e dalla centralità attribuita alla ricerca, ha promosso l’avvio di un progetto strategico finalizzato all’istituzione, a Reggio Calabria, di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nell’ambito del G.O.M.

L’istituendo IRCCS, denominato **C.R.E.I. Calabria**, presenta una mission specialistica esclusiva e prevalente orientata alla prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie emato-immunologiche. Il G.O.M. ha inteso coinvolgere nel progetto le migliori competenze presenti nel territorio della provincia di Reggio Calabria, sia nel campo della ricerca biomedica sia in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Il progetto dell’IRCCS C.R.E.I. Calabria può contare sul consolidato supporto del *Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) – Istituto di Fisiologia Clinica (IFC)*, con sede principale a Pisa e sede secondaria a Reggio Calabria, ubicata presso il G.O.M., in virtù di una storica convenzione di collaborazione avviata già nel 1974 tra la Regione Calabria, il G.O.M. e il CNR-IFC.

Ulteriore elemento strategico è rappresentato dalla collaborazione con l’*Università degli Studi “Mediterranea” di Reggio Calabria*, con la quale nel 2016 è stato sottoscritto un Accordo Quadro finalizzato a promuovere attività di ricerca scientifica e innovazione in ambito sanitario. L’accordo prevede, tra l’altro, la collaborazione nella partecipazione a bandi di finanziamento nazionali e internazionali, il costante aggiornamento tecnico-scientifico e lo sviluppo di attività didattiche, formative e di scambio di competenze in un’ottica di cooperazione strutturata e continuativa.

In particolare, l’Università “Mediterranea” metterà a disposizione dell’istituendo IRCCS competenze avanzate nei settori dell’elettronica, delle tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT), dell’intelligenza artificiale applicata all’analisi di grandi moli di dati eterogenei per la definizione di algoritmi predittivi, del machine e deep learning a supporto dei processi decisionali clinici, dell’ingegneria biomedica per l’analisi e il trattamento delle immagini, della medicina di precisione genomica, nonché delle strategie manageriali e organizzative.

Informazione, comunicazione istituzionale e trasparenza

In coerenza con quanto previsto dalla Legge 7 giugno 2000, n. 150, l’Azienda attua un sistema strutturato di informazione e comunicazione istituzionale finalizzato a garantire la conoscenza delle attività svolte, a favorire l’accesso consapevole ai servizi sanitari, a promuovere temi di rilevante interesse pubblico e sociale e a rafforzare l’immagine istituzionale attraverso un rapporto costante e trasparente con i mezzi di comunicazione.

Le attività di comunicazione, esterna e interna, sono realizzate sulla base delle direttive dell’Organo di vertice e improntate ai principi di chiarezza, completezza, tempestività e affidabilità dell’informazione, assicurando il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza amministrativa.

Comunicazione verso cittadini e utenti

La comunicazione esterna è orientata a favorire l’accessibilità ai servizi e una corretta informazione dell’utenza. In tale ambito, l’Azienda privilegia la diffusione di notizie relative a eventi di rilevante interesse pubblico, quali inaugurazioni, iniziative istituzionali e attività realizzate in collaborazione con enti, autorità e associazioni di volontariato. A supporto di tali attività vengono organizzate conferenze stampa e predisposti comunicati diffusi attraverso gli organi di informazione, il sito web aziendale e i canali social istituzionali, nonché attraverso attività di rassegna stampa.

Particolare attenzione è dedicata alla comunicazione divulgativa e di educazione sanitaria, con la diffusione di informazioni su patologie di interesse pubblico, campagne di prevenzione primaria e secondaria, promozione degli screening, contrasto ai comportamenti a rischio e alle dipendenze, nonché promozione di corretti stili di vita, anche in coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali.

In un contesto caratterizzato dalla crescente digitalizzazione dei processi comunicativi, l’Azienda ha inoltre attivato un sistema di Digital Signage (segnalética digitale), finalizzato a fornire informazioni chiare e immediate all’utenza attraverso monitor collocati nei punti strategici dei presidi ospedalieri. Attraverso tali strumenti vengono diffusi contenuti informativi sui servizi erogati, sulle modalità di accesso e sui contatti, nonché comunicati stampa, notizie di attualità provenienti da fonti esterne qualificate e materiali video divulgativi relativi all’attività sanitaria, chirurgica e ambulatoriale. Sono inoltre presentati dati quali-quantitativi e indicatori relativi alle prestazioni sanitarie erogate, in coerenza con i principi di trasparenza e pubblicità dell’azione amministrativa.

L’Azienda ha infine definito specifiche procedure per la comunicazione delle emergenze, al fine di garantire la diffusione di informazioni tempestive, chiare, verificate e coerenti verso i cittadini e gli organi di informazione.

Comunicazione interna e supporto ai processi organizzativi

La comunicazione interna rappresenta uno strumento essenziale di supporto ai processi organizzativi e di rafforzamento del senso di appartenenza del personale. Accanto ai canali tradizionali, l’Azienda ha introdotto il servizio di newsletter interna “**G.O.M. Community**”, concepito per informare in modo sintetico e tempestivo i dipendenti sulle principali novità aziendali, sulle iniziative di interesse generale e sugli aggiornamenti organizzativi.

Tale strumento favorisce la circolazione delle informazioni, la condivisione delle conoscenze e una maggiore partecipazione del personale ai processi di cambiamento e innovazione organizzativa.

Trasparenza amministrativa e accesso civico

Le attività di informazione e comunicazione sono integrate con le azioni volte a garantire la trasparenza amministrativa e il diritto di accesso civico, in conformità alla normativa vigente. L’Azienda assicura la pubblicazione, l’aggiornamento e la diffusione delle informazioni obbligatorie, promuovendo una comunicazione chiara e comprensibile dei dati e dei procedimenti amministrativi.

Tale approccio contribuisce a rafforzare il rapporto di fiducia con i cittadini, a garantire la responsabilità dell’azione amministrativa e a favorire un controllo diffuso sull’operato dell’Azienda, in linea con i principi di legalità, integrità e buon andamento della pubblica amministrazione.

Politiche di investimento e potenziamento infrastrutturale

L’Azienda ha, di recente, realizzato investimenti mirati in attrezzature, tecnologie sanitarie e infrastrutture, orientati al potenziamento delle attività cliniche e chirurgiche, al miglioramento della sicurezza dei processi e all’adeguamento del patrimonio tecnologico alle esigenze assistenziali emergenti.

Linee di intervento PNRR

Il G.O.M. è impegnato nella gestione di alcune linee di intervento dei Programmi P.N.R.R. ed in particolare -il programma missione 6 Salute del PNRR – Componente 2, sub-investimento 1.1.2 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero”, all’interno del quale è previsto il finanziamento di n. 39 apparecchiature alcune già installate e collaudate altre da installare dopo i lavori di adeguamento dei locali di destinazione.

Inoltre, relativamente al piano di ammodernamento tecnologico da D.C.A. n. 5/2022, la Regione Calabria ha rimodulato la proposta formulata dal G.O.M. prevedendo l’acquisizione delle seguenti apparecchiature.

TIPOLOGIA	SEDE INSTALLAZIONE	FINANZIAMENTO	COSTO	ECONOMIE	STATO ATTUALE
TAC 256 STRATI	RADIOLOGIA MORELLI	1.698.197,70	1.015.393,80		In fase di installazione
TAC 256 STRATI	NEURORADIOLOGIA	1.820.935,70	878.553,28	942.382,42	Apparecchiatura collaudata
TAC 128 STRATI	PRONTO SOCCORSO	645.342,66	386.880,96	258461,70	Apparecchiatura collaudata
RMN 3T	NEURORADIOLOGIA	2.657.553,19	753.825,80	1.815.965,22	Apparecchiatura collaudata
RMN 1.5 T	RADIOLOGIA RIUNTI	1.284.318,83	1.283.355,00		In fase di installazione
RMN 3T	RADIOLOGIA MORELLI	1.740.847,39	0	1.740.847,39	Finanziamento annullato
MAMMOGRAFO	BREAST UNIT	306.389,14	175.731,51	130.657,63	Installato e collaudato
ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	EMODINAMICA SALA 2	723.031,40	493.429,00		Installato e collaudato
ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	EMODINAMICA SALA 3	668.485,40	539.789,00		Installato e collaudato
ANGIOGRAFO CARDIOLOGICO	EMODINAMICA SALA 1	668.485,40	493.429,00		Installato e collaudato
ANGIOGRAFO BIPLANO	NEURORADIOLOGIA	1.740.847,39			Accordo Consip non attivo
ACCELERATORE LINEARE	MORELLI - BUNKER RADIOTERAPIA	4.038.816,86			Accordo Consip non attivo
GAMMA CAMERA	MEDICINA NUCLEARE	823.531,69			Ammessa al finanziamento – Espletamento gara per via dell’Accordo consip non attivo
		18.816.782,75	6.020.387,35	4.888.314,36	

Tabella 10 Sez. 2.2 – D.C.A. n. 5/2022 – Ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero.

Con Delibera del Commissario Straordinario n. 789 del 03/12/2024 sono state accertate le economie ammontanti ad € 3.147.466,97. Con Delibera del Commissario Straordinario n. 1393 del 13/11/2025 si è ritenuto di non procedere al finanziamento relativo alla fornitura di una RMN 3T per il P.O.

Morelli per un importo pari ad € 1.740.847,39 in quanto la stessa apparecchiatura è stata acquistata mediante il programma Missione 6 Salute PNRR e pertanto, le economie complessive ammontano ad € 4.888.314,36

Nuovo Ospedale "E. Morelli"

Il G.O.M. sta portando avanti le procedure relative all'intervento di ampliamento del nuovo Ospedale Morelli. La legge 24 dicembre 2014, n. 190 (legge di stabilità 2015) e, in particolare l'articolo 1, comma 317, prevede che siano individuate le iniziative di elevata utilità sociale valutabili nell'ambito dei piani triennali di investimento dell'INAIL da finanziare, a valere sulle risorse autorizzate nei precedenti piani triennali, con l'impiego di quota parte delle somme detenute dal medesimo Istituto presso la tesoreria centrale dello Stato. Il G.O.M. è beneficiario di un finanziamento complessivo di euro 283.000.000,00.

In data 12/02/2025 si è svolta e conclusa la con esito positivo la Conferenza dei Servizi Decisoria per l'acquisizione dei pareri di competenza delle Amministrazioni coinvolte e per l'approvazione del Progetto Definitivo per la realizzazione degli interventi "Ampliamento Nuovo Ospedale Morelli", "Completamento del Polo Onco-Ematologico" e "Palazzina Uffici e Foresteria" del G.O.M.

Con Delibera del Consiglio dei ministri del 7 marzo 2025, è stato dichiarato lo stato di emergenza nazionale di protezione civile, in conseguenza della grave condizione di criticità relativa allo stato del sistema ospedaliero della Regione Calabria. Per l'attuazione degli interventi da effettuare, ai sensi dell'articolo 25, comma 2, lettera d) del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, nella vigenza dello stato di emergenza si provvede con ordinanze, emanate dal Capo del Dipartimento della protezione civile, acquisita l'intesa della Regione interessata, in deroga a ogni disposizione vigente e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Con l'ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile (OCDPC) n.1133 del 13 marzo 2025 "*Primi interventi urgenti di protezione civile in conseguenza della grave condizione di criticità relativa allo stato del sistema ospedaliero della Regione Calabria*", pubblicata sulla G.U. n. 65 del 19-3-2025, era stato nominato Commissario delegato il Presidente della Regione Calabria e, all'art. 2 (deroghe), sono state definite le misure acceleratorie volte a consentire di operare con procedure semplificate che permettano il conseguimento del risultato.

Rep. n. 1 del 26/03/2025, al fine di consentire l'immediata attuazione dell'OCDPC n. 1133 del 13 marzo 2025, è stata costituita la Struttura tecnico-amministrativa del Commissario che è subentrata alle attività in precedenza svolte dalla Regione Calabria ed in particolare all'art. 2 della stessa, la prof.ssa Monica Calamai è stata nominata RUP per i suddetti tre interventi relativi alla realizzazione del nuovo ospedale Morelli del G.O.M.

Con la determina n. 30/2025 del Commissario Delegato per l'Edilizia Sanitaria della Regione Calabria, Rep. n. 30 del 08/08/2025, la prof.ssa Calamai è stata poi sostituita nel ruolo di RUP con l'ing. Roberto Luigi Ruffolo.

Con OCPDC 1161 del 25 Settembre 2025 "Ulteriori disposizioni di protezione civile finalizzate a consentire la prosecuzione delle attività e delle funzioni di Commissario delegato per la Regione Calabria", viene nominato l'ing. Claudio Moroni, come Commissario Delegato per l'Edilizia Sanitaria della Regione Calabria.

Il progetto definitivo approvato, dovrà essere inviato all' INAIL per i successivi adempimenti di competenza. La Regione Calabria, ha confermato con nota del 14/11/2023 prot. n. 502448 al 31.3.2027 la consegna della progettazione esecutiva approvata, per i successivi adempimenti dell'INAIL.

Edilizia sanitaria

Si elencano, al fine di dare un quadro più ampio delle attività edilizie finalizzate al miglioramento continuo delle strutture ospedaliere, alcuni interventi di recente realizzazione e altre in corso di realizzazione:

- adeguamento e riqualificazione dei locali ubicati al primo piano nei corpi "A" ed "I" del "Presidio Riuniti", installazione di un tomografo a risonanza magnetica 3T e di un angiografo;
- realizzazione delle nuove sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia;
- manutenzione straordinaria del reparto di Neurologia, corpo "S" e raccordo tra corpo "S" e corpo "T";
- riadattamento dei locali al piano terra corpo "T" destinati al percorso donazionale del Servizio Immunotrasfusionale;
- umanizzazione del reparto di Radioterapia Oncologica;
- rifacimento di alcune facciate del "Presidio Riuniti";
- manutenzione straordinaria della Radiologia del "Presidio Riuniti";
- realizzazione di due nuove sale operatorie di Oculistica;
- realizzazione dell'ambulatorio di ortopedia del P.O. Riuniti;
 - rifacimento tunnel alto del P.O. Riuniti.

Programma triennale delle opere pubbliche e programma triennale degli acquisti di beni e servizi 2026-2028 approvati con la delibera n. 1308 del 31.10.2025: il programma prevede tra l'altro i seguenti interventi:

- ristrutturazione della U.O.C. Otorinolaringoiatria del "Presidio Riuniti";
- ristrutturazione della U.O.C. Urologia abilitata al trapianto del "Presidio Riuniti";
- ristrutturazione della U.O.C. Oculistica del "Presidio Riuniti";
- ristrutturazione del 6 piano Corpo B del P.O. Riuniti per Oncoematologia Pediatrica;
- ristrutturazione della U.O.C. Malattie Infettive del "Presidio Riuniti";
- ristrutturazione della U.O.C. Medicina di Urgenza del "Presidio Riuniti";
- ristrutturazione della U.O.C. Ostetricia e Ginecologia del "Presidio Riuniti";
- ristrutturazione della U.O.C. Nefrologia (sesto piano Corpo A) del "Presidio Riuniti".
- realizzazione del nuovo reparto della U.O.C. Chirurgia Vascolare (quarto piano Corpo B del "Presidio Riuniti");
- riqualificazione aree esterne e percorso viario di emergenza del P.O. Riuniti;
- implementazione e adeguamento degli impianti di climatizzazione a servizio delle aree comuni del "Presidio Riuniti" e del "Presidio Morelli";

Trasformazione digitale e sviluppo dei servizi ICT

Il miglioramento dell'accessibilità e la semplificazione dei servizi sanitari costituiscono obiettivi strategici dell'Azienda e trovano un presupposto fondamentale nello sviluppo e nel rafforzamento dell'infrastruttura ICT.

La transizione digitale rappresenta un fattore abilitante per rendere i servizi più accessibili, efficienti e rispondenti alle esigenze dei cittadini e degli operatori sanitari, contribuendo all'innovazione dell'offerta e al miglioramento complessivo dell'esperienza di accesso ai servizi.

Uno degli obiettivi prioritari perseguiti è la riduzione del tempo non a valore, attraverso l'impiego di soluzioni digitali in grado di "liberare" risorse da destinare alle attività di cura. In tale ottica, strumenti quali la telemedicina (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto), l'informatizzazione dei processi di prescrizione, prenotazione e presa in carico, la cartella clinica informatizzata e l'utilizzo dell'intelligenza artificiale a supporto dei processi diagnostici e di appropriatezza prescrittiva, sono adottati per incrementare l'efficacia, la sicurezza e la qualità delle prestazioni sanitarie.

Il raggiungimento di tali obiettivi è accompagnato dal rafforzamento delle competenze digitali degli operatori sanitari e amministrativi, attraverso specifici percorsi formativi finalizzati a favorire l'adozione consapevole e omogenea degli strumenti tecnologici messi a disposizione.

Infrastruttura ICT e supporto ai servizi

Il perseguito degli obiettivi di semplificazione e di miglioramento dell'accessibilità ai servizi è strettamente connesso allo sviluppo e al rafforzamento dell'infrastruttura ICT. La transizione digitale rappresenta uno strumento fondamentale per rendere i servizi sanitari più accessibili, efficienti e rispondenti alle esigenze dei cittadini e degli operatori, contribuendo all'innovazione dell'offerta e al miglioramento complessivo dell'esperienza di accesso ai servizi.

Uno degli obiettivi prioritari è la riduzione del tempo non a valore, attraverso l'impiego di soluzioni digitali in grado di ottimizzare i processi e di "liberare" risorse da destinare alle attività di cura. In tale ottica, strumenti quali la telemedicina (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto), l'informatizzazione dei processi di prescrizione, prenotazione e presa in carico, la cartella clinica informatizzata e l'utilizzo dell'intelligenza artificiale a supporto dei processi diagnostici e dell'appropriatezza prescrittiva concorrono a incrementare l'efficacia, la sicurezza e la qualità delle prestazioni sanitarie.

Il raggiungimento di tali obiettivi è accompagnato dal rafforzamento delle competenze digitali degli operatori sanitari e amministrativi, attraverso specifici percorsi formativi finalizzati a favorire un utilizzo consapevole e omogeneo degli strumenti tecnologici messi a disposizione.

Semplificazione dei processi e accessibilità digitale

La crescente diffusione della cultura digitale e il quadro normativo di riferimento rendono la Trasformazione Digitale un paradigma imprescindibile per l'erogazione di servizi sanitari qualificati, efficienti ed efficaci.

In tale contesto, il G.O.M. ha avviato un percorso strutturato e progressivo di digitalizzazione, intervenendo sulle infrastrutture abilitanti, sull'ottimizzazione dei processi e sul miglioramento della user experience delle soluzioni applicative e dei dispositivi utilizzati. Gli interventi riguardano sia l'ambito clinico-sanitario sia quello amministrativo e gestionale e sono progettati in coerenza con la programmazione dei servizi di cura del paziente.

Le scelte progettuali si fondono sui principi di appropriatezza, responsabilità e trasparenza e tengono conto dei diversi livelli di maturità digitale degli operatori, favorendo una graduale introduzione di processi nativamente digitali. Le progettualità persegono in particolare le seguenti finalità:

- facilitare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie;
- migliorare la qualità percepita dei servizi erogati;
- rafforzare la comunicazione verso cittadini, medici di medicina generale e personale interno;
- garantire trasparenza e tutela della riservatezza dei dati personali.

Progetti digitali attivi e in fase di monitoraggio

Nel triennio 2023–2025 il G.O.M. ha avviato numerosi progetti di Trasformazione Digitale che, nel periodo 2026–2028, saranno pienamente operativi e gestiti in continuità. Tra i principali interventi si segnalano:

- **firma digitale**: diffusione e monitoraggio dell'utilizzo del sistema di firma digitale remota che si affianca ai sistemi di firma tradizionale con smart card, al fine di potenziare ed estendere ad ulteriori processi clinici ed amministrativi la gestione della firma digitale dei documenti, soprattutto in funzione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0;
- **progetto sanità connessa**: gestione e monitoraggio connettività a banda larga e ridondata sulle tre sedi dell'Azienda (Presidio “Riuniti”, Presidio “Morelli” e sede Uffici Amministrativi);
- **implementazione rete Wifi**: gestione e monitoraggio connettività WI FI realizzata a copertura delle sedi aziendali per servizi di connettività wireless e mobilità interna;
- **SD-WAN e sicurezza informatica**: gestione e monitoraggio SD-WAN e sicurezza informatica con l'avvenuta introduzione di sei nuovi Firewall, sulle tre sedi aziendali (Presidio “Riuniti”, Presidio “Morelli” e sede Uffici);
- **APP GOM**: piattaforma fruibile in modalità APP (store Android e Apple) per fornire informazioni sui servizi del G.O.M. e per guidare il paziente all'interno dei Presidi Ospedalieri Riuniti e Morelli mediante servizio di navigazione interna;
- **portale del cittadino**: piattaforma software per l'accesso del Cittadino a servizi quali prenotazione e pagamento delle prestazioni sanitarie;
- **portale del dipendente**: piattaforma software per consentire la dematerializzazione dei processi che riguardano l'interazione tra dipendente ed Azienda (richiesta assenza, cartellino presenze interattivo, consultazione documentazione, etc);
- **portale del fornitore**: piattaforma software per consentire ai fornitori la visualizzazione dello stato delle fatture/pagamenti e per comunicare con l'Azienda;
- **identificazione paziente**: gestione completa del ciclo di identificazione e percorso clinico del paziente all'interno dei Presidi Ospedalieri mediante l'utilizzo di braccialetti identificativi, stampanti di braccialetti, lettori barcode, stampe personalizzate e configurazioni applicative;
- **aggiornamento tecnologico postazioni di lavoro (PDL)**: acquisto PDL (PC, monitor, stampanti) ed accessori per il potenziamento delle PDL esistenti in ottica di un generale adeguamento tecnologico dei dispositivi abilitanti per l'accesso ai sistemi informativi aziendali da parte dei dipendenti;

- **acquisto e progressiva introduzione di dispositivi mobili (notebook)**: Fornitura di notebook ed accessori in ottica di un generale adeguamento tecnologico dei dispositivi abilitanti per l'accesso ai sistemi informativi aziendali da parte dei dipendenti, con particolare riferimento all'accesso in mobilità ed al letto del paziente;
- **cablaggi e interventi infrastrutturali**: potenziamento infrastrutture di rete del Presidio Ospedaliero "Morelli" e "Riuniti" mediante rivisitazione della topologia di rete e sostituzione del cablaggio LAN esistente e degli apparati di rete;
- **sistema di Business Intelligence**: evoluzione della piattaforma di Business Intelligence finalizzata a consentire alla Direzione Strategica di disporre di report e cruscotti per l'analisi dei dati consuntivi ed effettuare previsioni e analisi di tipo statistico accedendo ai dati stessi secondo diverse dimensioni e ambiti.

Progetti di Trasformazione Digitale in fase di avvio/consolidamento o in programmazione

Per il triennio 2026–2028 sono programmati e in corso di completamento ulteriori interventi strategici, sviluppati in larga parte in sinergia con Regione Calabria e Azienda Zero, nell'ambito dei finanziamenti PNRR.

Migrazione al Polo Strategico Nazionale

L'intervento si colloca nella generale strategia aziendale di messa in sicurezza dei dati e dei sistemi, in linea con quanto disposto da AID e ACN.

In tal senso, nell'ambito del finanziamento PNRR Missione 1 - Componente 1 - Investimento 1.1 " Infrastrutture digitali" (Migrazione al Polo Strategico Nazionale), il G.O.M. ha portato avanti il progetto di migrazione sul cloud sicuro del Polo Strategico Nazionale di quasi tutti i sistemi aziendali in esercizio e in precedenza ospitati su Cloud non certificato o on premise, come, ad esempio, il sistema ERP aziendale per la gestione sanitaria e amministrativa dei processi aziendali (moduli ADT, PS, Blocco Operatorio, Order Entry, HR, AMC, anagrafe centralizzata, etc), la cartella clinica CCE Clinical Pathway utilizzata su alcuni reparti dell'azienda, il modulo di gestione Protocollo e Delibere e altri sistemi minori. E' in fase di conclusione anche la migrazione del sistema LIS che verrà terminata nel 2026.

Servizi e Cittadinanza Digitale – App Io

L'intervento si colloca nella generale strategia aziendale che prevede l'incremento dei servizi al cittadino e l'utilizzo di piattaforme standard nazionali. In tal senso, nell'ambito del finanziamento PNRR Missione 1 Componente 1 - Investimento 1.4 "Servizi e cittadinanza digitale" - Misura 1.4.3 "Adozione App IO", il G.O.M. ha aderito alla piattaforma nazionale di notifica App Io realizzando una piattaforma per veicolare le notifiche al cittadino inerenti pagamenti, servizi informativi etc. mediante la piattaforma nazionale App Io e l'app dedicata.

Servizi e Cittadinanza Digitale – Pago PA

L'intervento si colloca nella generale strategia aziendale che prevede l'incremento dei servizi al cittadino e l'utilizzo di piattaforme standard nazionali. In tal senso, nell'ambito del finanziamento PNRR Missione 1 Componente 1 - Investimento 1.4 "Servizi e cittadinanza digitale" - Misura 1.4.3 Adozione Piattaforma Pagopa", il G.O.M. ha aderito alla piattaforma nazionale di pagamento Pago PA prevedendo la realizzazione di una integrazione per veicolare

gli avvisi di pagamento rendendoli disponibili al cittadino per il pagamento attraverso la piattaforma nazionale di servizi Pago Pa.

Monitor Dinamici Multimediali

Nell'ottica di interagire in modo dinamico e proattivo con l'utenza per fornire informazioni e servizi multimediali, il G.O.M. ha realizzato e intende implementare ed evolvere la piattaforma multimediale realizzata per la proiezione su Smart TV collocati sui due Presidi Ospedalieri, nelle zone di maggior affluenza e di attesa, di contenuti dinamici e multimediali legati ai servizi localizzati nelle immediate vicinanze degli schermi, contenuti informativi generici del G.O.M. e servizi dinamici.

Sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti

Al fine di rilevare e quantificare il grado di soddisfazione e la qualità dei servizi resi a cittadini è prevista l'implementazione di un sistema di rilevazione della soddisfazione degli utenti mediante la somministrazione di questionari e la relativa piattaforma di analisi e quantificazione dei risultati.

Sistema di asset tracking

E' stata realizzata ed è in fase di test post esercizio, una piattaforma digitale per la gestione e localizzazione degli asset ospedalieri (es. elettromedicali, attrezzature etc.) in mobilità, mediante l'utilizzo della copertura WIFI e bluetooth già realizzata. Il sistema, estremamente versatile e applicabile a diversi scenari, consente di localizzare gli asset al fine di ottimizzare le attività cliniche e gestionali degli operatori, fornendo in tempo reale una mappatura della posizione degli stessi all'interno del Presidio Ospedaliero.

Evoluzione dei sistemi informativi aziendali in ottica regionale

L'intervento si colloca nella generale strategia aziendale che prevede l'incremento della maturità digitale e l'evoluzione dei sistemi informativi verso piattaforme standar e maggiormente usabili, integrate e omogenee a livello regionale.

In tal senso, nell'ambito del finanziamento PNRR Missione 6 Componente 2 - Investimento 1.1 - Misura 1.1.1 "Digitalizzazione DEA I e II livello", sotto il coordinamento di Regione Calabria e Azienda per il Governo della Sanità della Regione Calabria (Azienda Zero), sono in corso le attività di evoluzione dei sistemi informativi aziendali sanitari.

Sono coinvolti quasi tutti i sistemi informativi nell'ottica di uniformare le piattaforme a livello regionale e fornire adeguato supporto per la diffusione dei sistemi regionali nell'ambito delle aziende sanitarie, in particolare dei DEA.

Nell'ambito di questo intervento è prevista la progressiva diffusione di una nuova cartella clinica elettronica regionale, l'evoluzione dei sistemi che gestiscono i processi di accesso/accettazione dei pazienti/prestazioni (ADT, CUP, PS, anagrafe centralizzata) e di gestione clinica (order entry, blocco operatorio, LIS, etc.)

Il progetto, estremamente complesso per via della complessità organizzativa e dei volumi di attività del G.O.M. , è condotto per step con il massimo coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti , sia interni che esterni all'Azienda.

Dematerializzazione e conservazione digitale

Sono programmati interventi finalizzati al potenziamento dei sistemi di conservazione digitale e implementazione di workflow e funzionalità applicative per gestire il flusso documentale in modalità nativamente digitale.

Telemedicina

In stretta sinergia con Azienda Zero è programmato un progressivo utilizzo di strumenti di telemedicina (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto) a disposizione degli operatori sanitari per ampliare/integrare le modalità di approccio alla cura del paziente, in ottica di rendere maggiormente efficiente l'intervento, ridurre gli accessi e la mobilità dei pazienti.

Fascicolo Sanitario Elettronico

La gestione e l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0, sebbene non sotto il controllo diretto dell'ICT sanitario, sono profondamente influenzati e abilitati dalle sue infrastrutture e dai suoi servizi. L'ICT si configura quindi come un facilitatore essenziale per l'intero processo. Nei prossimi tre anni, le attività mireranno al miglioramento dell'accesso degli operatori al FSE, rendendolo più intuitivo e integrato con gli strumenti aziendali esistenti. Questa evoluzione mira a ottimizzare i flussi di lavoro e a ridurre la complessità operativa. Particolare importanza riveste la maggiore diffusione all'uso della firma digitale, elemento imprescindibile per la validazione e l'invio dei dati, che, pur essendo percepita come appesantimento della fase di refertazione, dovrà diventare parte integrante.

Responsabilità sanitaria e gestione del rischio in autoritenzione

Nel triennio 2023-2025, l'Azienda ha consolidato il modello di gestione diretta del rischio sanitario, assumendo la responsabilità della valutazione e liquidazione dei sinistri in regime di **autoassicurazione**, senza ricorrere a compagnie esterne. Tale approccio ha richiesto un costante monitoraggio tecnico, clinico e giuridico, affidato al **Comitato Valutazione Sinistri (Co.Va.Si.)**, con il supporto specialistico del Medico Legale convenzionato.

L'analisi del triennio ha evidenziato:

- un totale di **184 sinistri denunciati** (n. 60 nel 2023, n. 65 nel 2024, n. 59 nel 2025), di cui una quota significativa riferita a eventi antecedenti al 2023. Questo fenomeno, tipico della responsabilità sanitaria, evidenzia la persistenza di una "coda" assicurativa che deve essere considerata nella definizione del **Fondo Rischi**;
- un differente profilo di rischio tra le varie unità operative: alcune aree ad alta frequenza e bassa severità, come il Pronto Soccorso (MCAE), altre a bassa frequenza ma alto impatto economico, come Ostetricia, Cardiochirurgia e Neurochirurgia;
- trend stabili in molte aree, con miglioramenti evidenti in Chirurgia, Ortopedia, Pneumologia e Anatomia Patologica, e segnali di attenzione in Cardio Toraco Vascolare, che richiedono approfondimenti su complessità dei casi e procedure interne;
- la maggior parte dei sinistri è di natura clinica, con prevalenza di errori di terapia e diagnosi, mentre eventi ad elevato impatto reputazionale ed economico (azioni penali, eventi avversi) rimangono limitati ma rilevanti;
- l'analisi economica condotta dal Co.Va.Si. ha stimato un impegno finanziario complessivo di circa **15,7 milioni di euro**, di cui circa il 73% relativo a eventi pregressi. L'adozione di formule

assicurative ibride, integrate a soglie di SIR (Self-Insured Retention), potrebbe ottimizzare la gestione dei rischi catastrofali o dei cosiddetti “baby cases”.

Il volume dei sinistri registrato per ciascuna Unità Operativa non deve essere interpretato come un dato isolato, ma andrebbe confrontato con il volume delle prestazioni erogate nel corso degli anni e con l'indice di complessità del grado di assistenza prestata. Tale correlazione è necessaria per dare atto del fatto che un'elevata produttività e l'intensità delle cure espongono fisiologicamente l'unità a un maggiore rischio di ricevere richieste risarcitorie

Parallelamente, la Direzione Sanitaria ha evidenziato l'importanza della **gestione del rischio** attraverso il miglioramento della **documentazione clinica**:

- la corretta compilazione della cartella clinica è fondamentale sia per la qualità dell'assistenza che per la protezione legale dell'Azienda e dei professionisti, essendo un requisito giuridicamente rilevante e oggetto di costante attenzione da parte della giurisprudenza;
- omissioni o lacune nella cartella possono determinare responsabilità medica presunta, con conseguenze economiche e amministrative per l'Azienda, incluse possibili segnalazioni alla Corte dei Conti;
- per ridurre tali rischi, già dal 2025 è stato introdotto un **obiettivo specifico** per la corretta compilazione della cartella clinica, misurato dal personale della U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management a seguito del controllo a campione per singolo reparto da parte delle cartelle cliniche con particolare attenzione su alcuni campi imprescindibili, la cui omissione compromette il raggiungimento dell'obiettivo, tra cui: timbro professionista, registrazione parametri vitali, compilazione consensi informati e check-list chirurgiche, completezza anamnesi, indicazioni diagnostiche e follow-up post-dimissione;
- Nella gestione di ogni sinistro, la ricerca, la raccolta e lo studio della documentazione sanitaria assumono un ruolo di fondamentale importanza, e la puntuale gestione del fattore “tempo” rappresenta certamente un elemento di grande valore aggiunto dell'intera filiera. Il successo di tali dinamiche dipende dalla concreta partecipazione di tutti gli attori coinvolti nel processo e dal grado di collaborazione che, nell'ambito dei rispettivi ruoli, viene accordato da ciascuno di essi. La corretta gestione del sinistro, sin dalle fasi iniziali – ossia, sin dalla denuncia stragiudiziale dell'episodio - oltre a rappresentare un momento di analisi e di riflessione per ciascuna U.O.C. sul singolo episodio segnalato, pone le basi per poter predisporre una difesa aziendale più efficace. Di contro, una gestione approssimativa e non sufficientemente documentata permetterà al massimo una gestione meramente formalistica e superficiale del sinistro, con gravi conseguenze che si ripercuteranno, in futuro, sul piano giudiziario nella difesa degli interessi aziendali e degli operatori coinvolti. Ciò considerato, per l'anno 2026, si ritiene opportuno inserire un **obiettivo specifico** sulla verifica della puntuale collaborazione e partecipazione delle diverse strutture coinvolte;
- il monitoraggio periodico di questo indicatore, unitamente al ruolo strategico della U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management, consente di:
 - migliorare la qualità assistenziale e l'omogeneità della documentazione;
 - ridurre il rischio di soccombenza in giudizio;
 - proteggere il personale sanitario da eventuali responsabilità amministrative per danno indiretto.

Infine, l'integrazione tra analisi quantitativa dei sinistri, valutazione economica del Co.Va.Si. e monitoraggio della documentazione clinica costituisce un presupposto fondamentale per la pianificazione **2026-2028**, al fine di rafforzare la prevenzione del rischio, ottimizzare gli accantonamenti al Fondo Rischi e promuovere una responsabilizzazione diffusa del personale sanitario.

A partire dal 2026, il Co.Va.Si. introdurrà la figura del Loss Adjuster, che avrà il compito di supportare la valutazione e la gestione dei sinistri, aumentando l'efficacia delle analisi e la protezione del patrimonio aziendale.

Per garantire una valutazione tecnica ancora più congrua, l'Azienda ha recentemente incaricato — a seguito dell'espletamento di una specifica procedura di gara — una società professionale di **Loss Adjuster**. Il contributo di questa figura sarà determinante per la configurazione dei fondi, in vista dell'adozione del Bilancio di Esercizio 2025 con i seguenti compiti:

1. **analisi tecnica del danno:** valutazione analitica di ogni singolo fascicolo (sinistri 2025 e seguenti) per determinare il "probabile costo di liquidazione" sulla base della giurisprudenza più recente e delle tabelle risarcitorie (es. Tabelle di Milano).
2. **congruità delle riserve:** validazione delle riserve apposte dal Co.Va.Si., assicurando che il fondo accantonato in bilancio sia coerente con l'esposizione reale, evitando sia sottostime pericolose che sovra-stime che immobilizzerebbero risorse inutilmente.
3. **supporto alla transazione:** assistenza tecnica nelle fasi di negoziazione stragiudiziale per chiudere i sinistri a valori congrui, riducendo l'incertezza legata ai tempi del giudizio ordinario.
4. **stima accantonamento fondo rischi:** collaborazione nella definizione della quota di fondo necessaria per i sinistri "avvenuti ma non ancora denunciati", parametro essenziale per la sicurezza dei bilanci futuri.

Risorse, efficienza ed economicità

Sul piano **economico-finanziario**, il triennio 2023–2025 è stato caratterizzato da un rafforzamento delle azioni di governo dei costi, di monitoraggio dei volumi di attività e di utilizzo efficiente delle risorse disponibili, in un contesto di crescente complessità assistenziale. I risultati conseguiti hanno contribuito a sostenere l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e a garantire la continuità degli investimenti necessari allo sviluppo organizzativo e tecnologico.

Nel presente documento si fa riferimento agli ultimi dati economici formalmente approvati, che riguardano il bilancio d'esercizio 2024 adottato con delibera del Commissario Straordinario n. 421 del 29.4.2025.

Nel 2024 l'Azienda ha saputo proseguire nel percorso di ripresa già intrapreso nel triennio 2021-2023. Infatti, il valore economico delle prestazioni sanitarie erogate che si era riportato al livello del 2019 (ultimo anno preCoViD-19) nel triennio 2021 - 2023, è ulteriormente aumentato. Nel 2025, il Commissario Straordinario, incaricato ad inizio anno, ha attuato una riorganizzazione di alcune attività assistenziali coinvolgendo tutto l'assetto aziendale, toccando trasversalmente ogni area strategica, cosa che ha contribuito ad incrementare nuovamente il valore della produzione registrando un progresso di notevoli proporzioni.

L'effetto economico dei maggiori costi riferiti alle iniziative appena sopra citate e dei minori ricavi (relativi alla mancata assegnazione nel 2024 da parte della Regione Calabria della quota di riparto dei fondi per l'anno 2021 del Contributo di solidarietà finalizzato a supportare gli interventi di potenziamento del Servizio Sanitario della Regione Calabria, ai sensi del D.L. 10 novembre 2020, n. 150, art. 6, o alla potenziale mancata assegnazione nel 2025 del finanziamento di parte corrente relativo al pay-back per l'acquisto di beni sanitari) è stato tempestivamente e periodicamente segnalato dalla Direzione Strategica e dalla U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie agli organismi superiori di programmazione regionale già in sede di redazione del bilancio economico preventivo 2025 e pluriennale 2025 – 2027 e del bilancio di esercizio del 2024, nonché nelle relazioni di accompagnamento ai modelli trimestrali di rilevazione della situazione economica aziendale (modello CE) del triennio 2023-2025.

Di seguito, in forma tabellare, si riporta l'evoluzione dei principali costi diretti rilevati nei bilanci di esercizio del quinquennio 2021 – 2025 (per il 2025 il dato è provvisorio e riferito al modello CE del 4° trimestre).

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
ACQUISTI BENI SANITARI	64.232.358	67.392.488	74.591.094	77.310.345,24	82.736.659,69
COSTO DEL PERSONALE	96.284.758	100.776.490	106.597.980	107.782.875,34	112.428.620,83
TOTALE	160.517.116	168.168.978	181.189.073	185.093.220,58	195.165.280,52

Tabella 11 Sez. 2.2 - Costi 2021-2025.

Più in dettaglio, va segnalato che, nell'arco temporale considerato, si è verificato un aumento del costo relativo agli acquisti di materiale sanitario dovuto proprio alla maggiore attività assistenziale.

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
PRODOTTI FARMACEUTICI ED EMO DERIVATI	35.931.258	37.225.186	38.644.632	42.292.405	45.329.837
DISPOSITIVI MEDICO DIAGNOSTICI IN VITRO	8.042.112	8.337.021	8.662.305	8.914.337	9.316.108
DISPOSITIVI MEDICI IMPIANTABILI ATTIVI	4.555.492	4.505.742	6.138.867	4.960.182	5.079.312
PRESIDI CHIRURGICI	15.703.496	16.025.298	19.657.566	19.361.202	21.105.233
TOTALI	64.232.358	66.093.247	73.103.370		

Tabella 12 Sez. 2.2 - Costo per beni sanitari 2021-2025.

Al fine di rendere l'analisi più completa possibile, è opportuno osservare anche l'andamento di un'altra importante voce di costo, ovvero quella del personale dell'Azienda.

Nella tabella seguente si riporta il dettaglio delle voci in cui è suddiviso il costo del personale.

Totale Costo del personale	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
B.5) Personale del ruolo sanitario	96.284.757,51	100.776.490,36	106.597.979,68	107.782.875,34	112.428.620,83
B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario	84.798.231,84	88.668.734,09	93.084.383,39	93.560.720,06	96.635.202,60
B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico	47.321.654,40	49.196.253,38	49.392.868,51	49.891.916,38	50.641.699,34
B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	43.461.548,73	44.801.325,44	44.834.222,36	45.416.774,26	45.775.756,30
B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	39.641.586,22	41.826.598,35	42.332.615,59	43.137.805,94	43.152.944,97
B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro	3.121.992,55	2.892.732,33	2.501.606,77	1.456.431,95	1.031.560,96
B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico	697.969,96	81.994,76		822.536,37	1.591.250,37
B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	3.860.105,67	4.394.927,94	4.558.646,15	4.475.142,12	4.865.943,04
B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	3.419.669,07	3.945.732,36	4.293.359,15	4.142.490,71	4.731.306,02
B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro	440.436,60	449.195,58	265.287,00	332.651,41	134.637,02
B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario					
B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato					
B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato					
B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro					
B.6) Personale del ruolo professionale					
B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale					
B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato					
B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato					
B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro					
B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale					
B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato			3713,49	39872,95	64062,61
B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato			3713,49	39872,95	64062,61
B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro					
B.7) Personale del ruolo tecnico					
B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico					
B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato			8.550.156,38	9.458.085,01	11.233.216,10
B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico -					

tempo determinato				
B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro				
B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico				
B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato		8.550.156,38	9.458.085,01	11.233.216,10
B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato		8.469.766,11	9.368.316,24	11.183.272,33
B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro		80.390,27	89.768,77	49.943,77
B.8) Personale del ruolo amministrativo		4.509.236,43	4.163.316,14	3.965.592,98
B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo		575.937,13	631.797,90	445.770,64
B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo indeterminato		575.937,13	631.797,90	445.770,64
B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - tempo determinato				
B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo - altro				
B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo		3.933.299,30	3.531.518,24	3.519.822,34
B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo indeterminato		3.933.299,30	3.531.518,24	3.519.822,34
B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - tempo determinato				
B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amministrativo - altro				

Tabella 13 Sez. 2.2 - Dettaglio voci di costo del personale 2021-2025.

L'incremento del costo del personale è determinato sia dalla stabilizzazione del personale precario ai sensi dall'art. 20 del Decreto Legislativo n. 75/2017 ed ai sensi dell'articolo 1, comma 268, lett. b) della L. n. 234/2021 (per il personale con contratto di lavoro dipendente a tempo determinato), che a seguito dei piani assunzionali approvati dalla Regione Calabria con il D.C.A. n. 165 del 29 novembre 2022 e, da ultimo, con il D.C.A. n. 185 del 26.7.2024.

Infine, nella tabella seguente, si presenta, un quadro di sintesi sulle principali determinanti del Conto Economico, mettendo in rilievo ed in rapporto alle degenze, il costo del personale, il costo dei farmaci e degli altri beni sanitari.

	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
QUOTA F.S.R.	206.845.416	215.774.858	215.608.332	221.489.960
RISULTATO DI ESERCIZIO	1.343.468	2.734.827	26.056	350.000
NR. UNITA' DI PERSONALE	1.681	1.791	1.784	1.832
COSTO PERSONALE	96.284.758	100.776.490	106.597.980	107.782.875
NR. DEGENZE	22.204	22.649	22.916	22.340
COSTO PERSONALE/N. DEGENZE	4.336	4.449	4.652	4.825
COSTO FARMACI	35.579.923	37.225.186	38.644.632	45.329.837
COSTO FARMACI/N. DEGENZE	1.602	1.644	1.686	2.029
COSTO ALTRI BENI SANITARI	28.305.350	28.868.061	34.458.738	35.500.653
COSTO ALTRI BENI SANITARI/N. DEGENZE	1.275	1.275	1.504	1.589

Tabella 14 Sez. 2.2 - Principali determinanti del Conto Economico 2021-2024.

Programmazione delle misure Riforma 1.11 del PNRR "Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie".

Il G.O.M. si impegna a migliorare il tempo di pagamento delle fatture relative ai debiti commerciali del triennio 2026-2028 per portarlo il più possibile vicino ai 60 giorni dalla data di ricevimento richiesti dal D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i., migliorando, quindi, il valore dell'indicatore del tempo medio ponderato di ritardo per le fatture ricevute. In sede di negoziazione del budget saranno assegnati specifici obiettivi alle U.O.C. coinvolte nella gestione amministrativa e contabile del ciclo passivo, mediante l'individuazione di indicatori misurabili che orientino i comportamenti di tutti gli operatori interessati verso il raggiungimento del risultato atteso.

In particolare, nell'ambito del sistema di valutazione della performance, sono stati definiti specifici obiettivi già per l'anno 2025 relativi al rispetto dei tempi di pagamento, da valutare ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato sia per i dirigenti responsabili dei pagamenti delle fatture commerciali che per i dirigenti apicali delle altre strutture coinvolte nella gestione del ciclo passivo, per quanto di rispettiva competenza.

In merito a tale argomento con la Circolare del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato n. 1 del 3.1.2024 e le successive integrazioni (v. Circolari nn. 15, 17 e 36 tutte del 2024) sono state diffuse le raccomandazioni della Commissione europea sulla Riforma n. 1.11 - Riduzione dei tempi di pagamento delle pubbliche amministrazioni e delle autorità sanitarie. A tale proposito, benché le previsioni di cui all'articolo 4 - bis del decreto legge 24 febbraio 2023, n. 13, convertito in legge 21 aprile 2023, n. 41, non siano direttamente applicabili agli enti del S.S.N., il G.O.M. ritiene opportuno confermare anche per l'anno 2026, nell'ambito del sistema di valutazione della performance, specifici obiettivi relativi al rispetto dei tempi di pagamento da valutare, ai fini del riconoscimento della retribuzione di risultato.

Nonostante il valore dell'indice dei tempi di pagamento del G.O.M. relativo all'anno 2025, tenuto conto del notevole volume di documenti contabili gestiti annualmente (circa 16.000 tra fatture e note di credito), (44,72 gg) non evidenzi una particolare criticità nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, la Direzione strategica ritiene opportuno proseguire nel percorso di miglioramento già avviato nelle precedenti annualità, correlando l'erogazione dei premi di risultato al raggiungimento di obiettivi direttamente connessi al rispetto dei tempi di pagamento e prevedendo percentuali di abbattimento del valore delle indennità di risultato in caso di mancato rispetto dei tempi.

La Direzione Strategica intende definire percentuali di abbattimento che, considerate le carenze di dotazione organica e le scelte adottate dalla Struttura Commissariale della Regione Calabria e da Azienda Zero che hanno fortemente ridotto la possibilità di reclutare personale del comparto amministrativo, non risultino eccessivamente penalizzanti, quanto meno per il primo anno di avvio.

Pertanto, gli obiettivi, gli indicatori e i correlati risultati attesi saranno definiti in modo tale che in caso di mancato o parziale raggiungimento il valore delle indennità di risultato dei dirigenti interessati vengano ridotte, proporzionalmente, secondo percentuali che saranno definite in sede di negoziazione del budget degli obiettivi ai Direttori/Dirigenti Responsabili delle U.O..

La base di calcolo degli indicatori e relativi risultati sarà fornita, con cadenza trimestrale dalla U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie sull'indicatore di tempestività dei pagamenti ex D. Lgs. n. 33/2013 e/o sulla base dei dati pubblicati nel sistema informativo della PCC, la Piattaforma dei Crediti Commerciali.

2.2.4 La pianificazione triennale: aree strategiche, obiettivi e indicatori

La pianificazione strategica per il triennio 2026–2028 è definita a partire dall’analisi integrata dei risultati di performance conseguiti nel periodo 2023–2025 e dall’evoluzione organizzativa, gestionale e tecnologica che ha caratterizzato l’Azienda nello stesso arco temporale. Gli esiti del monitoraggio degli indicatori di attività, di outcome e di sostenibilità, unitamente alle azioni di rafforzamento dei processi clinici, amministrativi e di governo interno, hanno consentito di individuare con maggiore chiarezza i principali ambiti di miglioramento e sviluppo su cui orientare la programmazione del ciclo successivo.

In tale contesto, le aree strategiche individuate dall’Azienda per il triennio 2026–2028 si fondano su un approccio integrato, che connette in modo sistematico gli obiettivi di creazione di valore pubblico con il miglioramento della performance sanitaria e il rafforzamento dei presidi di legalità, trasparenza e responsabilità. Tale impostazione consente di superare logiche settoriali o di mero adempimento, orientando l’azione aziendale verso risultati concreti, misurabili e sostenibili nel medio periodo.

Le aree strategiche rappresentano pertanto la traduzione operativa delle evidenze emerse nel precedente ciclo di programmazione e costituiscono il quadro di riferimento unitario per la definizione degli obiettivi strategici, degli indicatori di performance e dei risultati attesi, assicurando coerenza tra pianificazione, gestione e rendicontazione delle performance.

Area 1 – Qualità, sicurezza, integrità ed esiti delle cure

Obiettivo strategico: Alla luce dei risultati di performance del triennio 2023–2025, che hanno evidenziato il ruolo centrale degli esiti clinici, in particolare nelle attività chirurgiche ad alta complessità, e delle criticità connesse alla gestione del rischio clinico e alla qualità della documentazione sanitaria, l’Azienda orienta la pianificazione 2026–2028 al rafforzamento sistematico della qualità, della sicurezza e dell’integrità dei percorsi assistenziali. L’obiettivo è consolidare e migliorare gli esiti delle cure, garantendo al contempo tracciabilità dei processi clinici, responsabilità professionale e trasparenza dei comportamenti.

Indicatori di performance

- indicatori di esito clinico (mortalità, complicanze, riammissioni);
- indicatori PNE relativi alle principali linee di attività;
- volumi di interventi chirurgici ad alta complessità;
- tasso di eventi avversi e segnalazioni di rischio clinico;
- numero di audit clinici e verifiche di conformità effettuate.

Risultato atteso

Miglioramento misurabile degli esiti di salute, riduzione del rischio clinico e rafforzamento di una cultura organizzativa orientata alla qualità, alla sicurezza ed all’integrità ed alla trasparenza nei processi assistenziali.

Area 2 – Attrattività, incremento volumi di attività e riduzione della mobilità sanitaria passiva

Obiettivo strategico: I dati di attività e di mobilità del triennio precedente hanno confermato come l’attrattività dell’Azienda sia strettamente connessa alla capacità di garantire volumi adeguati, qualità delle prestazioni e affidabilità dei percorsi clinici, in particolare nelle aree cardiochirurgica ed

oncologica. In continuità con tali evidenze, la pianificazione 2026–2028 mira a rafforzare l'offerta sanitaria, incrementando in modo sostenibile i volumi di attività e riducendo la mobilità passiva, anche attraverso il miglioramento della reputazione istituzionale e della fiducia dei cittadini.

Indicatori di performance

- flussi di mobilità sanitaria attiva e passiva;
- numero di interventi chirurgici e prestazioni ambulatoriali erogate a pazienti extra-regionali;
- indicatori soddisfazione dell'utenza;
- incremento dei volumi di attività nelle aree strategiche.

Risultato atteso

Riduzione della mobilità sanitaria passiva, incremento dell'attrattività e consolidamento del valore pubblico generato dall'Azienda in termini di fiducia, accessibilità e qualità delle cure.

Area 3 – Governo della domanda, appropriatezza e gestione del rischio corruttivo

Obiettivo strategico: L'analisi degli indicatori di attività e di processo del periodo 2023–2025 ha evidenziato la necessità di rafforzare il governo della domanda sanitaria, in particolare in relazione all'appropriatezza dei ricoveri, alla gestione delle liste di attesa e all'accesso alle prestazioni. In tale ambito, la pianificazione strategica integra in modo esplicito il presidio dei rischi corruttivi e delle aree di discrezionalità, orientando l'azione aziendale a criteri di equità, trasparenza e tracciabilità.

Indicatori di performance

- tasso di accessi impropri al Pronto Soccorso;
- percentuale di ricoveri potenzialmente evitabili;
- tempi medi di attesa per prestazioni ambulatoriali e chirurgiche;
- volumi di attività chirurgica e ambulatoriale per area specialistica;
- numero di controlli su appropriatezza e liste di attesa.

Risultato atteso

Maggiore equità di accesso alle cure, riduzione dell'inappropriatezza e contenimento dei rischi di opacità nella gestione della domanda sanitaria.

Area 4 – Continuità assistenziale e integrazione ospedale - territorio

Obiettivo strategico: rafforzare la continuità dei percorsi di cura e l'integrazione con i servizi territoriali, con particolare attenzione ai pazienti complessi, oncologici e cronici, favorendo dimissioni appropriate e una presa in carico tempestiva post-acuzie.

Indicatori di performance

- numero di dimissioni protette attivate;
- percentuale di pazienti presi in carico in ADI post-dimissione;
- tasso di riammissioni entro 30 giorni;
- numero di PDTA ospedale - territorio attivi.

Risultato atteso

Riduzione delle riammissioni inappropriate, miglior continuità assistenziale e maggiore integrazione dei percorsi di cura ospedale - territorio.

Area 5 – Innovazione, digitalizzazione, semplificazione dei processi e trasparenza

Obiettivo strategico: proseguire e potenziare il percorso di digitalizzazione e innovazione tecnologica intrapreso nel triennio precedente, valorizzando i risultati ottenuti nei progetti di firma

digitale, portali dedicati a cittadini, dipendenti e fornitori, identificazione paziente e connettività infrastrutturale, al fine di semplificare i processi clinico - amministrativi, aumentare efficienza e tracciabilità e ridurre le aree di discrezionalità.

Indicatori di performance

- percentuale di processi clinico - amministrativi digitalizzati;
- livello di interoperabilità dei sistemi informativi;
- utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- riduzione dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali;
- grado di aggiornamento della sezione “Amministrazione Trasparente”.

Risultato atteso

processi più efficienti, accessibili e trasparenti, con continuità rispetto agli avanzamenti tecnologici e organizzativi già realizzati, riducendo i rischi di opacità e migliorando l’esperienza di cittadini e operatori.

Area 6 – Benessere organizzativo e valorizzazione del capitale umano

Obiettivo strategico: rafforzare il capitale umano dell’Azienda, valorizzando le competenze professionali e migliorando il benessere organizzativo, con particolare riferimento ai percorsi formativi già attivati e ai sistemi di prevenzione del rischio legato a eventi di aggressione o comportamento a rischio, in continuità con le iniziative di responsabilizzazione e gestione del personale intraprese nel triennio 2023-2025.

Indicatori di performance

- tasso di assenteismo;
- numero di eventi di aggressione segnalati;
- partecipazione del personale a programmi formativi, anche in materia di anticorruzione, trasparenza e aggiornamento tecnico-scientifico;
- numero di eventi segnalati e gestiti tramite sistemi di monitoraggio interni (es. whistleblowing);
- indicatori di clima organizzativo.

Risultato atteso

maggiori stabilità organizzativa, crescita delle competenze professionali, miglioramento della sicurezza sul lavoro e rafforzamento della cultura della responsabilità e della trasparenza.

Area 7 – Sostenibilità economico-finanziaria e uso efficiente delle risorse

Obiettivo strategico: garantire la continuità dell’equilibrio economico-finanziario dell’Azienda e un uso sostenibile ed efficiente delle risorse pubbliche, valorizzando i risultati raggiunti nel triennio 2023-2025 in termini di controllo dei costi, gestione dei DRG complessi e saldo della mobilità sanitaria, supportando lo sviluppo dell’attività chirurgica, ambulatoriale e dei servizi ad alto valore clinico. L’azione mira a ottimizzare l’impiego delle risorse, sostenere l’attività ad alto valore clinico e rafforzare i presidi di legalità e trasparenza nella gestione economica.

Indicatori di performance

- risultato di esercizio;
- rapporto tra volumi di attività e risorse impiegate;
- indice di tempestività dei pagamenti;
- saldo di mobilità sanitaria attiva e passiva.

Risultato atteso

maggior sostenibilità del sistema, equilibrio tra costi e volumi di attività, rafforzamento della capacità di investimento e consolidamento dei presidi di legalità e trasparenza.

Area strategica	Obiettivi strategici 2026–2028	Principal indicatori di performance	Risultati attesi
1. Qualità, sicurezza, integrità ed esiti delle cure	Migliorare qualità e sicurezza delle cure, consolidando i percorsi ad alta complessità e garantendo tracciabilità e integrità dei processi clinici, sulla base dei risultati 2023–2025.	Esiti clinici (mortalità, complicanze, riammissioni); indicatori PNE; volumi e appropriatezza chirurgica; eventi avversi; audit clinici.	Migliori esiti di salute, riduzione del rischio clinico e rafforzamento della cultura dell'integrità.
2. Attrattività, incremento volumi di attività e riduzione mobilità passiva	Rafforzare l'attrattività dell'Azienda, ridurre la mobilità passiva e valorizzare trasparenza e accountability, consolidando i progressi 2023–2025.	Mobilità sanitaria attiva/passiva; prestazioni extra-regionali; soddisfazione utenti; incremento volumi attività.	Maggiore fiducia dei cittadini, incremento del valore pubblico prodotto e miglioramento della reputazione istituzionale.
3. Governo della domanda e appropriatezza	Ridurre inappropriatezza di ricoveri e accessi, garantendo equità e controllo dei volumi, rafforzando le buone pratiche emerse nel triennio precedente.	Accessi impropri PS; ricoveri evitabili; tempi di attesa; volumi chirurgici e ambulatoriali; controlli su priorità e appropriatezza.	Equità di accesso, incremento controllato dei volumi e migliore utilizzo delle risorse.
4. Continuità assistenziale e integrazione ospedale-territorio	Rafforzare percorsi integrati di cura, con focus su pazienti complessi e cronici, valorizzando i risultati 2023–2025 su dimissioni protette e PDTA.	Dimissioni protette; ADI post-dimissione; riammissioni entro 30 giorni; PDTA attivi.	Migliore continuità assistenziale, riduzione riammissioni inappropriate e maggiore integrazione ospedale-territorio.
5. Innovazione, digitalizzazione, semplificazione e trasparenza	Digitalizzare e semplificare processi clinico-amministrativi, consolidando i progressi 2023–2025 su FSE e interoperabilità dei sistemi.	Processi digitalizzati; interoperabilità sistemi; utilizzo FSE; tempi di attesa; aggiornamento “Amministrazione Trasparente”.	Processi più efficienti, trasparenti e orientati al cittadino, con riduzione dei rischi di opacità.
6. Benessere organizzativo e valorizzazione del capitale umano	Promuovere benessere, sicurezza e sviluppo professionale, rafforzando formazione, etica e prevenzione comportamenti a rischio, in continuità con il triennio precedente.	Assenteismo e turnover; eventi di aggressione; partecipazione a formazione; indicatori di clima organizzativo.	Migliore clima organizzativo, maggiore consapevolezza etica e rafforzamento delle competenze professionali.
7. Sostenibilità economico-finanziaria e uso efficiente delle risorse	Garantire equilibrio economico-finanziario, uso efficiente delle risorse e rafforzamento presidi di legalità, valorizzando le criticità e i punti di forza 2023–2025.	Risultato di esercizio; costi medi per DRG; rapporto volumi/risorse; tempi di pagamento; audit economico-finanziari; saldo mobilità sanitaria.	Sostenibilità del sistema, equilibrio costi-volumi e capacità di investimento, con trasparenza e legalità consolidate.

Tabella 15 Sez. 2.2 – Sintesi aree strategiche di intervento.

2.2.5 Dagli obiettivi strategici triennali agli obiettivi annuali: il percorso di budget

L’Azienda ha approvato con la delibera del Commissario n. 200 del 28 marzo 2019 il “*Regolamento aziendale percorso di Budget*” quale strumento operativo aziendale nell’ambito del processo di programmazione e controllo, periodico e sistematico, della gestione.

Il Budget è lo strumento di programmazione e controllo di breve e medio periodo che traduce in obiettivi annuali i programmi triennali espressi dalla Direzione Strategica nel P.I.A.O., assegnandoli ai Centri di Responsabilità.

Il budget, quale atto di incontro tra i differenti livelli di responsabilità, ha valore di impegno bilaterale e implica un programma operativo attivo, che supera la mera programmazione e rimanda all’impegno dinamico verso il miglioramento organizzativo, il governo gestionale, la responsabilizzazione diffusa e partecipata, la comunicazione all’interno dell’Azienda.

Il processo di budgeting consente di indirizzare tutte le unità operative verso gli obiettivi negoziati, di verificarne il conseguimento ed eventualmente di rimodulare l’operatività in modo da riportare l’eventuale scostamento in linea con gli obiettivi stabiliti, favorendo nei dirigenti, la consapevolezza del loro operare sul raggiungimento dei risultati e nell’assunzione di responsabilità ben precise di carattere economico e produttivo.

Monitoraggio degli obiettivi assegnati

Il sistema degli obiettivi assegnati deve essere sottoposto durante l’esercizio ad un monitoraggio, almeno semestrale, finalizzato ad evidenziare gli scostamenti della gestione reale rispetto a quella attesa, ad individuare le cause degli stessi e le possibili azioni da intraprendere per garantire il raggiungimento degli obiettivi o l’eventuale loro revisione.

Misurazione e valutazione della performance

La misurazione della performance organizzativa avverrà alla chiusura dell’esercizio, probabilmente entro la fine del mese di aprile dell’anno seguente, una volta acquisite le necessarie informazioni consuntive consolidate sugli obiettivi negoziati.

La successiva valutazione della performance organizzativa predisposta dall’O.I.V. ha effetto ai fini del riconoscimento degli incentivi previsti dal sistema premiante, sia della dirigenza sia del comparto, sulla base dell’afferenza a ciascun Centro di Responsabilità.

Performance e trasparenza

I risultati delle misurazioni saranno inserite nella Relazione sulla Performance adottata dal Direttore Generale ogni anno secondo una tempistica che consenta all’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V) di effettuare la validazione della stessa entro il 30 giugno, ai sensi dell’art. 14, comma 6 del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.ii..

I risultati della performance sono oggetto di rendicontazione attraverso gli strumenti di trasparenza e accountability previsti dalla normativa vigente, garantendo l’accessibilità delle informazioni ai cittadini e agli stakeholder istituzionali.

2.3 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

2.3.1 – Quadro introduttivo e obiettivi strategici

La presente sottosezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.) del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi - Melacrino - Morelli” di Reggio Calabria. Essa è elaborata in coordinamento con i responsabili delle altre Sezioni del PIAO (performance, organizzazione, lavoro agile, personale, formazione) e con i responsabili delle principali aree di programmazione (bilancio, digitalizzazione, comunicazione), sulla base degli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Strategica, ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190.

La gestione dei rischi corruttivi e la promozione della trasparenza costituiscono elementi fondamentali per garantire un utilizzo responsabile delle risorse pubbliche, migliorare la qualità dei servizi offerti e prevenire condotte illecite, nonché per preservare la fiducia dei cittadini e delle istituzioni nel sistema sanitario pubblico. In tale prospettiva, la presente sezione è concepita come parte integrante del P.I.A.O., concorrendo, in modo coordinato con le altre sezioni, alla definizione delle strategie di governo dell’Azienda.

La strategia di prevenzione della corruzione dell’Azienda si sviluppa partendo dall’analisi dell’organizzazione e del funzionamento dei diversi processi aziendali, sotto il profilo dell’esposizione al fenomeno corruttivo, al fine di individuare le necessarie misure di prevenzione e correttive, con il coinvolgimento diretto dei Direttori/Dirigenti Responsabili. La prevenzione della corruzione è fondamentale attività per la creazione del valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder e dei destinatari di un servizio.

Nell’attività di prevenzione della corruzione e trasparenza assumono rilievo il principio di responsabilità in capo al Dirigente della struttura per il rispetto delle misure di prevenzione contenute nella presente sezione, il principio del controllo diffuso sul rispetto dei principi di legalità, imparzialità e trasparenza dell’azione amministrativa e la gestione a rete della prevenzione della corruzione per la creazione di un sistema efficace di contenimento del rischio e di miglioramento continuo dell’azione amministrativa.

Ai fini dell’aggiornamento del presente documento, la sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” del P.I.A.O. 2025–2027, adottato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 68 del 31/01/2025, è stata sottoposta a procedura di consultazione pubblica rivolta ai soggetti interni ed esterni direttamente e/o potenzialmente interessati (dipendenti, dirigenti, organizzazioni sindacali, associazioni dei consumatori, organizzazioni rappresentative di interessi particolari e, più

in generale, stakeholder qualificati), mediante la messa a disposizione di un apposito modulo online. Il termine per la presentazione di osservazioni e contributi è stato fissato al 23 gennaio 2026; entro tale data non sono pervenute osservazioni.

Gli obiettivi che l’Azienda intende perseguire nel triennio 2026-2028 sono finalizzati al rafforzamento del sistema di prevenzione della corruzione e al miglioramento dei livelli di trasparenza e sono declinati in **azioni concrete, misurabili e monitorabili** attraverso specifici indicatori di risultato. In particolare, l’Azienda si propone, tra l’altro, di:

- potenziare **l’analisi dei processi aziendali** attraverso l’utilizzo della nuova e completa mappatura aziendale (**Allegato unico al P.I.A.O.**), al fine di sviluppare un sistema sempre più strutturato ed evoluto di valutazione dei rischi corruttivi, con particolare attenzione ai processi maggiormente esposti e alla gestione delle risorse finanziarie, incluse quelle derivanti da fondi europei e dal PNRR;
- effettuare **audit interni mirati** nelle aree prioritarie di rischio, quale strumento di verifica dell’efficacia delle misure di prevenzione adottate;
- promuovere **iniziativa di formazione specifica** rivolte al personale, incentrate sui temi dell’etica pubblica e della legalità, della trasparenza e delle interrelazioni tra trasparenza e sistema di prevenzione della corruzione, con particolare riferimento al *Codice di Comportamento aziendale* in fase di aggiornamento.

Tali obiettivi saranno inseriti nelle **schede di budget 2026**, al fine di garantirne l’integrazione con il sistema di programmazione e controllo aziendale e di consentirne il monitoraggio periodico.

L’attività di prevenzione della corruzione si inserisce nel complesso sistema dei controlli aziendali e, in tale ambito, prevede un costante raccordo con le seguenti funzioni:

- Controllo di Gestione;
- Governo Clinico e Risk Management;
- Percorso Attuativo della Certificabilità di Bilancio (PAC);
- Qualità;
- Privacy;
- Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Sicurezza Informatica e Transizione Digitale.

2.3.2 - Modalità di predisposizione della sezione e assetto organizzativo

E’ importante sottolineare che il processo per la definizione della presente sottosezione si è svolto con la piena collaborazione e l’attiva partecipazione dei Direttori/Responsabili delle diverse strutture aziendali, specie quelle operanti nelle aree più esposte a rischio corruttivo, in termini di contributo conoscitivo e di diretta responsabilità.

Il R.P.C.T. ha provveduto all’elaborazione della proposta definitiva incontrando i responsabili dei settori a rischio per analizzare, a partire dalla nuova mappatura aziendale (**Allegato unico al P.I.A.O.**), i diversi processi di loro competenza, valutarne la rischiosità a livello corruttivo e individuare i principali eventi rischiosi e le relative misure di prevenzione.

L’Azienda dispone di un sistema informativo amministrativo-contabile altamente integrato, conforme agli standard normativi nazionali e interconnesso con le principali piattaforme esterne (NSO, SDI, Slope+, PCC). Tale sistema, caratterizzato da tracciabilità delle operazioni, profilazione degli accessi, iter autorizzativi codificati e produzione automatica dei flussi informativi, costituisce una misura strutturale di prevenzione idonea a ridurre significativamente i rischi corruttivi nei processi amministrativo-contabili, di approvvigionamento e di gestione delle risorse umane.

Persistono, tuttavia, rischi residui connessi alla corretta configurazione delle profilazioni, al rispetto della segregazione delle funzioni e all’effettivo utilizzo dei controlli di secondo livello, che vengono presidiati mediante attività di monitoraggio, audit periodici e aggiornamento delle misure organizzative.

TIPOLOGIA DI ISTITUZIONE	Azienda Ospedaliera
DENOMINAZIONE	Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria
LEGGE ISTITUTIVA	Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 del 8 febbraio 1995
SEDE LEGALE	Via Provinciale Spirito Santo n. 24 - 89128 - Reggio Calabria (RC)
PARTITA IVA	01367190806
COMMISSARIO STRAORDINARIO	Dott.ssa Tiziana Frittelli
DIRETTORE AMMINISTRATIVO AZIENDALE F.F.	Dott. Francesco Araniti
DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE F.F.	Dott. Salvatore Maria Costarella
RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	Dott.ssa Giuseppina Sandra Albanese (delibera del Commissario Straordinario n. 1520 del 3/12/2025)
PRESIDENTE UFFICIO COMPETENTE PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (U.C.P.D.)	Dott. Giuseppe Gargiulo (delibera del Commissario Straordinario n. 521 del 3/07/2023)
RESPONSABILE DELL’ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (R.A.S.A.)	Ing. Pietrangelo Tringali (delibera del Commissario Straordinario n. 242 del 15.4.2024)
RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE (R.T.D.)	Ing. Antonio Fazzello (delibera del Direttore Sanitario Aziendale f.f. n. 98 del 3/02/2022)
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (R.P.D.)	Avv. Giuseppe Massimo Cannella (delibera del Commissario Straordinario n. 858 del 28/07/2025)
PRESIDENTE DELL’ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)	Dott.ssa Daniela Costantino (delibera del commissario Straordinario n. 572 del 23/05/2025)
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	protocollo@pec.ospedalerc.it
SITO ISTITUZIONALE	https://www.ospedalerc.it
IPA	obm_080
CENTRALINO TELEFONICO	0965.397111

Tabella 1 Sez. 2.3 – Scheda anagrafica dell’Azienda

La vigente disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.) un importante ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riferimento alla fase di predisposizione della sezione 3.2 del P.I.A.O. ed al monitoraggio. Tuttavia, l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

Di seguito, si espongono sinteticamente i compiti dei principali soggetti coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo.

La Direzione Strategica

Il Direttore Generale/Commissario Straordinario, in qualità di Organo di indirizzo, nomina il R.P.C.T. ed assicura che lo stesso disponga di poteri idonei allo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività e definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico - gestionale.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.) svolge un ruolo fondamentale nell'assicurare l'integrità e la trasparenza dell'attività amministrativa dell'Azienda Ospedaliera. Tale figura coordina l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, promuove la cultura dell'etica pubblica e vigila sull'applicazione delle norme in materia di anticorruzione e trasparenza, in conformità alla normativa nazionale ed alle Linee guida dell'A.N.A.C..

Area di attività	Compiti principali del R.P.C.T.	Riferimenti normativi
Pianificazione	Redige e aggiorna la Sezione 2.3 Rischi Corrottivi e Trasparenza del P.I.A.O..	Legge n. 190/2012 D.Lgs. n. 33/2013. D.L. n. 80/2021.
Analisi e gestione del rischio	Individua le aree a rischio e le misure preventive. Coordina l'attuazione delle misure di prevenzione e propone azioni correttive.	A.N.A.C. Piano Nazionale Anticorruzione
Formazione e sensibilizzazione	Organizza corsi e attività di formazione su etica pubblica e trasparenza. Diffonde la cultura dell'integrità nel personale.	Legge n. 190/2012, art. 1, c. 8.
Vigilanza e controllo	Verifica l'attuazione del P.I.A.O. per la sezione di competenza e delle misure di prevenzione. Controlla conflitti d'interesse, rotazione del personale, affidamenti e incarichi.	Legge n. 190/2012. D.Lgs. n. 165/2001, art. 16.
Trasparenza e accesso civico	Monitora la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente. Gestisce le istanze di accesso civico semplice e generalizzato (FOIA).	D.Lgs. n. 33/2013. D.Lgs. n. 97/2016.

Area di attività	Compiti principali del R.P.C.T.	Riferimenti normativi
Rapporti con A.N.A.C. e altri organi	È il referente unico dell’Azienda verso A.N.A.C.. Trasmette relazioni, piani e comunicazioni obbligatorie.	Legge n. 190/2012, art. 1, c. 7-9
Tutela del whistleblower	Gestisce il canale interno di segnalazione di illeciti. Garantisce riservatezza e protezione del segnalante.	D.Lgs. n. 24/2023 (recepimento Direttiva UE 2019/1937).
Relazione annuale	Redige la Relazione annuale sull’attività di prevenzione della corruzione e trasparenza. La invia al Direttore Generale, all’O.I.V. e all’A.N.A.C.	Legge n. 190/2012, art. 1, c. 14.
Coordinamento interno	Collabora con Direzione Generale, D.P.O., O.I.V. e referenti per la trasparenza delle strutture operative. Supporta l’adozione di comportamenti etici e conformi.	Linee guida A.N.A.C. Codice di comportamento (D.P.R. n. 62/2013).

Tabella 2 Sez. 2.3 – Sintesi aree strategiche di intervento.

I poteri di vigilanza e di controllo attribuiti, devono tuttavia coordinarsi con quelli degli organi di controllo interno dell’Azienda. Pertanto, il R.P.C.T.:

- a) non effettua accertamenti in merito a responsabilità né svolge direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile;
- b) acquisisce direttamente, in caso di segnalazioni di natura corruttiva, documenti o svolge audizioni di dipendenti al fine di ricostruire la dinamica dei fatti segnalati;
- c) non può ricoprire il ruolo di componente o presidente dell’O.I.V. nella stessa azienda di appartenenza.
- d) a seguito di avvio da parte di A.N.A.C. del procedimento di vigilanza di cui all’art. 1 co. 2, lett. f) della Legge n. 190/2012, fornisce, su richiesta, informazioni ed esibisce eventuali documenti, utili per l’avvio del procedimento, assicurando piena collaborazione;
- e) ai fini della predisposizione della relazione di cui all’art. 1 comma 14 della Legge n. 190/2012, esercita poteri di vigilanza e controllo e acquisisce dati e informazioni;
- f) esercita l’attività di controllo di cui all’art 43 co. 1 D.Lgs. n. 33/2013.

Il Responsabile, nell’ambito dello svolgimento delle proprie funzioni, è tutelato da norme volte a garantirne la necessaria indipendenza e ad evitare l’adozione nei suoi confronti di possibili misure discriminatorie.

Affinché il R.P.C.T. possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, l’Organo di indirizzo gli assicura il necessario supporto dotandolo, a tal fine di una struttura organizzativa idonea e proporzionata, con adeguato personale.

L’incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è stato conferito alla Dr.ssa Giuseppina Sandra Albanese con delibera n. 1520 del 3 dicembre 2025.

I Referenti del R.P.C.T. – Gruppo di supporto

Ai fini dell’attuazione della legge n. 190/2012, del decreto legislativo n. 33/2013 e degli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione, l’Azienda individua, ai sensi dell’art. 1, comma 9,

della legge n. 190/2012, quali soggetti tenuti alla collaborazione nella predisposizione, attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, i seguenti:

- Direttori di Struttura Complessa;
- Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale;
- Coordinatore dell’Avvocatura;
- Presidente dell’Ufficio Competente per i Procedimenti Disciplinari (U.C.P.D.);
- Presidente della Commissione Beni Infungibili;

- Referente per la sperimentazione clinica e la gestione dei progetti di ricerca;
- Responsabile della Protezione dei Dati, limitatamente ai profili di coordinamento tra obblighi di trasparenza e tutela dei dati personali;
- Referente per la gestione delle Liste di Attesa.

I suddetti soggetti costituiscono la rete dei Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e operano quali struttura di supporto allo stesso, nell’ambito delle rispettive competenze e responsabilità.

Compiti dei Referenti del RPCT

Ai Referenti del RPCT sono attribuiti, in particolare, i seguenti compiti:

- elaborare proposte e contributi istruttori ai fini dell’adozione e dell’aggiornamento della Sezione 3.2 “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO;
- garantire e vigilare sull’attuazione degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza nell’ambito delle strutture di rispettiva competenza, ferma restando la responsabilità primaria di gestione e controllo in capo ai Dirigenti/Responsabili delle strutture organizzative;
- collaborare stabilmente con il RPCT nello svolgimento delle attività di competenza;
- partecipare al processo di mappatura dei processi, valutazione e gestione del rischio corruttivo;
- individuare e proporre misure organizzative e procedurali idonee a ridurre il rischio di comportamenti corruttivi;
- monitorare i flussi informativi e il corretto adempimento degli obblighi di trasparenza;
- attestare il rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura;
- adottare e attuare le misure gestionali previste dal PIAO;
- assicurare l’osservanza del Codice di comportamento, verificare eventuali violazioni e darne comunicazione al RPCT e all’Ufficio Competente per i Procedimenti Disciplinari.

Relazione periodica al RPCT

I Referenti del RPCT sono tenuti a redigere e trasmettere al RPCT, **entro il 30 novembre** di ogni anno, una relazione illustrativa circostanziata sulle attività svolte, contenente in particolare:

- la descrizione analitica dei processi di competenza e dei relativi rischi corruttivi;
- gli interventi organizzativi realizzati per la prevenzione della corruzione;
- le misure adottate in materia di rotazione del personale o, in alternativa, le soluzioni organizzative adottate per perseguirne le finalità;

- le attività formative svolte a favore del personale in materia di anticorruzione, trasparenza e codice di comportamento;
- i procedimenti disciplinari eventualmente attivati e le sanzioni irrogate;
- le segnalazioni ricevute relative a condotte illecite o irregolarità, nel rispetto della riservatezza e della normativa vigente.

La mancata collaborazione dei Referenti del RPCT, sia sotto il profilo della fornitura di dati, documenti e informazioni, sia con riferimento alla disponibilità a consentire verifiche e monitoraggi, è segnalata alla Direzione Strategica e può comportare l'attivazione delle conseguenti responsabilità disciplinari e dirigenziali, ai sensi della normativa vigente.

Misure programmate triennio 2026-2028

Nell'ambito delle misure di prevenzione della corruzione programmate per il triennio 2026-2028, i Referenti del RPCT sono tenuti, in particolare, a:

- procedere, compatibilmente con le esigenze organizzative e le risorse disponibili, alla rotazione del personale operante nei settori a più elevato rischio corruttivo ovvero, in caso di impossibilità, ad adottare misure organizzative alternative idonee a garantire la condivisione delle attività e il controllo reciproco;
- vigilare sulla corretta e tempestiva applicazione del Codice di comportamento, sull'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, sulla rotazione ordinaria e sul divieto di pantoufage di cui all'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001;
- individuare il personale operante nei settori a rischio da avviare a specifici percorsi formativi;
- verificare, almeno annualmente, lo svolgimento di attività di informazione e sensibilizzazione del personale sui doveri giuridici e sui principi etici;
- monitorare il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti e i rapporti tra l'Azienda e i soggetti esterni, raccogliendo e aggiornando annualmente le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e segnalando eventuali situazioni rilevanti alla Direzione Generale e al RPCT;
- vigilare sulla corretta composizione delle commissioni e sull'assegnazione agli uffici, nel rispetto dei divieti di cui all'art. 1, comma 46, della legge n. 190/2012;
- segnalare al RPCT eventuali fenomeni corruttivi emersi e proporre ulteriori misure di contenimento del rischio;
- trasmettere report semestrali al RPCT sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione e proporre eventuali modifiche o nuove misure;
- assicurare, in materia di trasparenza, il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi, effettuando controlli periodici sui contenuti della sezione "Amministrazione Trasparente".

Al fine di agevolare lo svolgimento delle attività sopra descritte, ciascun Direttore di U.O.C. e Responsabile di U.O.S.D. individua, all'interno della propria struttura, collaboratori per l'anticorruzione, la trasparenza e l'accesso agli atti.

I nominativi dei Referenti del RPCT sono pubblicati sul sito web istituzionale, nella sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione.

Ufficio R.P.C.T.	
Referente Trasparenza	Dott. Simeone Carullo
U.O.C. Direzione Medica di Presidio	
Referente Anticorruzione	Dott. Matteo Galletta
Referente Accesso agli Atti	Dott.ssa Maria Antonia Marino
Referente Pubblicazione	Dott.ssa Maria Antonia Marino
U.O.C. Farmacia	
Referente Anticorruzione	Dott.ssa Vittoria Borzumati
Referente Accesso agli Atti	Dott.ssa Vittoria Borzumati
Referente Pubblicazione	Dott.ssa Maria Altomonte
Avvocatura	
Referente Anticorruzione	Avv. Damiana Falcone
Referente Accesso agli Atti	Dott.ssa Tiziana D'Agostino
Referente Pubblicazione	Dott.ssa Tiziana D'Agostino
U.O.C. Affari Generali, Legali ed Assicurativi	
Referente Anticorruzione	Dott.ssa Caterina Ferraro
Referente Accesso agli Atti	Dott.ssa Antonia Consuelo Falzea
Referente Pubblicazione	Dott.ssa Jlenia Lacava
U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	
Referente Anticorruzione	Dott.ssa Francesca Neri, Dott.ssa Marika Sciarrone, Sig. Emilio Bellantoni
Referente Accesso agli Atti	Dott.ssa Alessandra Gambel
Referente Pubblicazione	Dott.ssa Francesca Neri, Sig. Emilio Bellantoni
U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	
Referente Anticorruzione	Dott. Bruno Restuccia
Referente Accesso agli Atti	Dott.ssa Francesca Fiorentino
Referente Pubblicazione	Dott. Bruno Restuccia
U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	
Referente Anticorruzione	Sig. Massimo Suraci
Referente Accesso agli Atti	Ing. Pietranglelo Tringali
Referente Pubblicazione	Sig. Roberto Comandé
U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali	
Referente Anticorruzione	Ing. Antonio Fazzello
Referente Accesso agli Atti	Dott.ssa Alessia Borrello
Referente Pubblicazione	Sig. Antonio Corsaro
U.O.C. Provveditorato Economato e Gestione Logistica	
Referente Anticorruzione	Dott.ssa Italia Vegliante
Referente Accesso agli Atti	Dott.ssa Francesca Parlongo
Referente Pubblicazione	Dott.ssa Francesca Parlongo

Tabella 3 Sez. 2.3 – Elenco Referenti.

I Dipendenti dell'Azienda

I dipendenti dell'Azienda partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, osservano le misure previste nel P.T.P.C. e segnalano al proprio dirigente o all'U.C.P.D. eventuali situazioni di illecito di cui vengano a conoscenza nell'ambito del rapporto di lavoro. Essi sono inoltre tenuti a dichiarare eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria per i fatti penalmente rilevanti.

Le misure di prevenzione e contrasto della corruzione contenute nel presente P.I.A.O. devono essere rispettate da tutto il personale, sia del comparto che della dirigenza. La violazione di tali misure costituisce illecito disciplinare ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012.

Pertanto, tutti i dipendenti sono tenuti a:

- partecipare al processo di gestione del rischio, collaborando con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- osservare le misure contenute nella Sezione Anticorruzione e Trasparenza del P.I.A.O. (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012; art. 8 Codice di comportamento generale);
- segnalare tempestivamente al Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza o all'U.C.P.D. le situazioni di illecito delle quali vengano a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro (art. 54-bis D.Lgs. n. 165/2001), nonché ogni situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, riferita a sé o a prossimi congiunti (art. 6-bis legge n. 241/1990; artt. 6 e 7 del Codice di comportamento generale, D.P.R. n. 62/2013);
- comunicare alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione l'assenza di carichi pendenti per fatti connessi all'attività svolta e, in generale, per reati contro la Pubblica Amministrazione;
- segnalare eventuali condanne, anche non definitive, per reati previsti dal Libro II, Titolo II, del codice penale;
- mantenere un comportamento eticamente e giuridicamente corretto.

Le presenti disposizioni si applicano anche agli specializzandi, nonché ai soggetti autorizzati alla frequenza volontaria o allo svolgimento di attività a titolo gratuito.

I Responsabili delle strutture sono tenuti ad assicurare la massima diffusione dei contenuti della presente Sezione e del Codice di Comportamento.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) svolge le seguenti funzioni:

- **fornisce supporto metodologico** al R.P.C.T. e agli altri soggetti coinvolti, nell'ambito delle proprie competenze, per la corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- **favorisce l'integrazione metodologica** tra il ciclo di gestione della performance ed il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- **attesta, annualmente, la corretta pubblicazione dei dati, documenti e informazioni** individuati dall'A.N.A.C., ai sensi dell'art. 14, comma 4, lett. g), del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- **esprime parere obbligatorio** sul Codice di Comportamento dell'Azienda. Attestazione pubblicata nella sottosezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione" – "Organismi Indipendenti di Valutazione";
- **riceve dal R.P.C.T. segnalazioni** relative a disfunzioni nell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza e, viceversa, **richiede al R.P.C.T. informazioni e documenti** necessari allo svolgimento delle attività di controllo, nonché procedere, ove ritenuto utile, ad avviare **audizioni dei dipendenti**.

L’O.I.V. rappresenta il primo interlocutore esterno al sistema organizzativo del R.P.C.T., che è tenuto a coinvolgerlo ognqualvolta i Dirigenti o i Referenti omettano gli adempimenti previsti da norme, regolamenti, direttive, linee guida A.N.A.C. o atti interni aziendali.

La **relazione annuale del R.P.C.T.** di cui all’art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012 — contenente i risultati dell’attività svolta e pubblicata sul sito istituzionale — è trasmessa, oltre che al Direttore Generale, anche all’O.I.V. (art. 41, co. 1, lett. I), D.Lgs. n. 97/2016), che può richiedere ulteriori informazioni e documenti ed effettuare audizioni di dipendenti. L’Organismo assicura, inoltre, all’A.N.A.C., su richiesta, le informazioni e la documentazione necessarie allo svolgimento delle attività di controllo e riferisce all’Autorità sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il potere attribuito all’O.I.V. di attestare lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, secondo le indicazioni che A.N.A.C. rinnova annualmente, si esercita anche su profili qualitativi, quali la completezza del dato pubblicato, l’uniformità rispetto a tutti gli uffici, l’aggiornamento e l’utilizzo di formati aperti ed elaborabili.

L’Ufficio Competente per i Procedimenti Disciplinari (U.C.P.D.)

L’Ufficio per i Procedimenti Disciplinari svolge i procedimenti disciplinari di propria competenza ai sensi dell’art. 55-bis del D.Lgs. n. 165/2001, cura le comunicazioni obbligatorie verso l’Autorità Giudiziaria e formula proposte di aggiornamento del Codice di Comportamento.

Inoltre, per i procedimenti che riguardino ipotesi di natura corruttiva, l’U.C.P.D. redige una relazione semestrale da trasmettere alla Direzione Generale e al R.P.C.T. Tale relazione è finalizzata a individuare eventuali aree critiche, anomalie o deviazioni dai corretti processi aziendali, utili alla mappatura dei processi ed alla conseguente definizione delle misure di prevenzione e contrasto.

Il ruolo di Presidente dell’U.C.P.D. è, attualmente, ricoperto dal Dott. Giuseppe Gargiulo Direttore della U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi.

Il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.)

In attuazione dell’obbligo previsto dall’art. 33-ter del Decreto-Legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla Legge 17 dicembre 2012, n. 221, l’Azienda ha individuato il Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (R.A.S.A.), il cui profilo deve essere registrato e attivato nella specifica sezione del sito A.N.A.C.. Tale adempimento costituisce anche una misura organizzativa di trasparenza, finalizzata alla prevenzione di fenomeni corruttivi.

Il R.A.S.A. è l’unico soggetto responsabile dell’inserimento e dell’aggiornamento dei dati e delle informazioni identificative della Stazione Appaltante nell’Anagrafe Unica, in conformità alla normativa vigente e con obbligo di aggiornamento entro il 31 dicembre di ogni anno.

Con la delibera n. 242 del 15.4.2024 è stata conferita la nomina di R.A.S.A. del G.O.M. “Bianchi Melacrino Morelli” di Reggio Calabria all’Ing. Pietrangelo Tringali Dirigente Professionale.

In caso di mancata indicazione del R.A.S.A. nel P.T.P.C., l’A.N.A.C. — previa richiesta di chiarimenti al R.P.C.T. — può esercitare il potere d’ordine previsto dall’art. 1, comma 3, della Legge n. 190/2012 nei confronti dell’Organo Amministrativo di vertice o, in caso di omissione, nei confronti dello stesso R.P.C.T.

Come comunicato dall’A.N.A.C. il 23 maggio 2023, a far data 1 luglio 2023 è divenuta obbligatoria la qualificazione delle stazioni appaltanti, con contestuale blocco del rilascio del Codice

Identificativo di Gara (CIG) per i soggetti privi dei requisiti richiesti. Pertanto, possono appaltare opere pubbliche di importo superiore a 500.000 euro, nonché acquisire beni e servizi oltre 140.000 euro, solo le amministrazioni qualificate sulla base di competenze, professionalità e disponibilità di personale, come previsto dal nuovo Codice dei Contratti Pubblici.

In tale contesto, il R.A.S.A. dell’Azienda ha provveduto a trasmettere ad A.N.A.C., tramite il portale istituzionale, i dati necessari alla valutazione per la qualificazione della Stazione Appaltante, ottenendo il massimo livello di qualificazione (terzo livello, senza limiti d’importo) per gli appalti di lavori, forniture e servizi.

L’elevata qualificazione conseguita consente al G.O.M. di Reggio Calabria di operare con piena autonomia ed efficienza, garantendo l’affidamento di lavori, servizi e forniture essenziali, nonché gli interventi di ristrutturazione, riqualificazione e ammodernamento necessari al perseguimento degli obiettivi istituzionali.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (R.P.D.)

Con delibera del Commissario Straordinario n. 858 del 28/07/2025 dall’oggetto “*Aggiudicazione – Procedura di affidamento ai sensi dell’art. 50, comma 1, lett. b) del D.lgs n. 36/2023 e s.m.i., per l’individuazione di persone fisiche o giuridiche per l’assunzione dell’incarico di Responsabile per la Protezione dei Dati (c.d. DPO) del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria”. Cod. CIG B74cE38913*”, è stata aggiudicata alla società *LCG-LECIS Cannella Grassi Studio Legale Associati* la procedura di gara per l’individuazione di persone fisiche o giuridiche per l’assunzione dell’incarico di Responsabile per la Protezione dei Dati (c.d. DPO) del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria”.

Responsabile per la Protezione dei Dati del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” di Reggio Calabria è l’Avv. Giuseppe Massimo Cannella.

Gli Stakeholder

Il G.O.M., al fine di facilitare un ascolto attivo dei vari portatori di interessi, ha attivato canali di comunicazione, pubblicandone gli estremi sul sito internet istituzionale:

- telefonico (disponibilità di numeri verdi, numeri diretti dei servizi);
- indirizzi di posta elettronica dei servizi e dei centri di attività;
- indirizzi di posta elettronica certificata (PEC);
- U.R.P. (gestione reclami, lettere di ringraziamento);
- questionari di soddisfazione (customers - satisfaction);
- portale internet, presso il quale i portatori di interesse possono reperire le informazioni necessarie ed i contatti per entrare in collegamento con l’Amministrazione.

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

2.3.3 - Metodologia di gestione del rischio corruttivo

Il processo di gestione del rischio corruttivo all'interno del G.O.M. si sviluppa secondo una logica ciclica e sequenziale, che favorisce il miglioramento continuo del sistema e la sua capacità di adattamento a eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

Il ciclo di gestione del rischio comprende cinque fasi principali, di cui tre centrali e due trasversali:

1. Analisi del contesto
2. Valutazione del rischio
3. Trattamento del rischio
4. Consultazione e comunicazione (fase trasversale)
5. Monitoraggio e riesame del sistema (fase trasversale)

Ogni ripartenza del ciclo tiene conto delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata per ottimizzare l'efficacia degli interventi e migliorare la prevenzione dei rischi corruttivi. Relativamente alla metodologia di gestione del rischio corruttivo da adottare per il triennio 2026-2028, come da indicazioni A.N.A.C. approvate dal Consiglio dell'Autorità nell'Adunanza del 23 luglio 2025, il riferimento continua ad essere l'Allegato 1) al PNA 2019.

FASE 1) ANALISI DEL CONTESTO

A. Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto è volta ad evidenziare come l'ambiente esterno con il quale l'Azienda viene a contatto e nel quale opera con le proprie specifiche caratteristiche e peculiarità può, eventualmente, favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

Ad integrazione di quanto già riportato nella precedente Sottosezione 2.1 “Valore Pubblico” del P.I.A.O., si riporta un'analisi di contesto specifico della Regione Calabria, per come emerso dalla *Relazione 2024 della Direzione Investigativa Antimafia - Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento*.

La Regione Calabria continua a rappresentare un terreno fertile per le organizzazioni mafiose che, approfittando delle difficoltà economiche e delle vulnerabilità strutturali, riescono a infiltrarsi nei settori produttivi legali.

L'analisi delle attività di contrasto, sul piano preventivo e repressivo, poste in essere dalle Istituzioni hanno documentato numerosi tentativi di infiltrazione e condizionamenti nei settori legati agli appalti pubblici, alla grande distribuzione organizzata e al comparto agricolo.

Le cosche avrebbero evidenziato, in particolare, un crescente interesse nel controllo delle grandi opere pubbliche e nella gestione delle risorse economiche degli Enti locali, come nel caso delle aziende ospedaliere o dei servizi di raccolta rifiuti.

La 'ndrangheta, come ormai noto, è un fenomeno di portata internazionale che, tuttavia, continua a mantenere le sue radici nella provincia di Reggio Calabria, fonte di legittimazione di tutte le decisioni strategiche.

La delocalizzazione delle proprie attività criminali tramite centri decisionali fuori Regione risponde, infatti, ad una regia collegata al territorio d'origine da cui promana il beneplacito alla conclusione di affari e alla stipula di nuove alleanze senza mai rinunciare al ricorso all'uso della violenza, soprattutto nei territori di origine, ove nel corso del 2024 si è registrato un numero rilevante di atti intimidatori, diretti contro amministratori o rappresentanti di enti locali, membri delle Forze dell'ordine, giornalisti e imprenditori.

La Calabria è, d'altra parte, l'origine di una combinazione di simboli e tradizioni di primaria importanza, che cementificano il senso di appartenenza caratterizzante, anche fuori confine, l'impermeabilità delle cosche a condizionamenti esterni.

Tutte le province calabresi registrano indistintamente una marcata presenza di strutture 'ndranghetiste' la cui portata criminale assume connotazioni specifiche, come meglio si illustrerà nei paragrafi che seguono, in ragione dei contesti socio-geografici in cui insistono.

L'analisi porta ad individuare due principali "aree /elementi" di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti disonesti o fatti di corruzione:

1) il primo è la natura della criminalità nel territorio interessato;

2) il secondo è la dimensione del G.O.M. nell'ambito economico – produttivo regionale ed il ruolo che esso gioca nella sanità.

Il mondo della sanità è importante, innanzitutto, per l'occupazione che assicura e l'indotto che ne deriva. Di qui gli investimenti della criminalità organizzata, non solo di tipo economico con la realizzazione di attività imprenditoriali nello specifico settore, ma anche, e soprattutto, su soggetti politici ad essa legati, al fine di manipolare i flussi di spesa pubblica e la gestione amministrativa.

Tra i molti elementi messi in luce per la nostra regione, ai fini dell'analisi di contesto per il presente P.I.A.O. appaiono significativi i seguenti:

- attori economici, di natura sia illegale che legale, sottopongono i centri decisionali pubblici ad una sorta di pressione "continuativa", cercando di influenzarne e manipolarne le decisioni, col fine di garantirsi un "accesso", stabile, improprio e privilegiato a risorse e contratti pubblici: tale modalità sembra gradualmente sostituire i "vecchi" tentativi di "corrottela" settoriale o di specifica "infiltrazione" criminale;
- un cambiamento degli attori "corruttivi" dalle figure politiche e partitiche verso altre figure, non solo pubblici dirigenti e funzionari, ma anche privati come manager, mediatori, professionisti che spesso operano come intermediari o "facilitatori";
- una graduale sostituzione della "piccola" corruzione con altre forme di *do ut des* più strutturate e sistemiche, nelle quali un soggetto opera come centro di potere riconoscibile e come "garante" dei rapporti tra gli attori.

B. Analisi del contesto interno

Il contesto interno risulta ampiamente descritto nelle altre sezioni del presente P.I.A.O., in particolare, nelle *sottosezioni 2.1 "Valore pubblico" e 2.2 "Performance"* sono riportati dati di struttura e di attività dai quali è possibile rilevare le dimensioni dell'Azienda oltre che della sua organizzazione e funzionamento anche in termini di attività svolte.

Inoltre, nella *sezione 3.1 Organizzazione e Capitale Umano* sono illustrate, nel dettaglio, la struttura organizzativa e le risorse umane dell'Azienda.

Come da indicazioni A.N.A.C. del 23 luglio 2025, la nuova mappatura dei processi a rischio corruttivo, parte fondamentale dell'analisi del contesto interno, è contenuta nell'***Allegato Unico*** al presente P.I.A.O., all'interno del quale, per ogni processo, si è proceduto ad identificare, analizzare e ponderare i potenziali rischi corruttivi, a definire misure, fasi, modalità, tempistiche e responsabilità per il trattamento del rischio, nonché indicatori e modalità per il monitoraggio attuate come di seguito descritte.

FASE 2) VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

A. Identificazione degli eventi a rischio

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi potenzialmente rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Azienda, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi. Anche in questa fase, il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale poiché i responsabili delle unità operative o dei processi, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi. (cfr. All. 1 al PNA 2019, § 4.1).

B. Analisi del rischio

Attraverso l'analisi dei cosiddetti *fattori abilitanti della corruzione* (mancanza di misure di controllo, mancanza di trasparenza, eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento, esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto, scarsa responsabilizzazione interna, inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi, inadeguata diffusione della cultura della legalità, ecc. - cfr. All. 1 al PNA 2019) è stato possibile comprendere i fattori di contesto che potrebbero agevolare il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione ed ha consentito di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi.

In questo passaggio il coinvolgimento della struttura organizzativa è stata indispensabile.

C. Misurazione del rischio

Si è proceduto, quindi, a definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi al fine di individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione sia per la progettazione e/o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del R.P.C.T..

In questa fase per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) si è proceduto alla misurazione degli indicatori di rischio, di seguito descritti, in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione del processo o delle sue attività. Per la misurazione si è applicata una scala di misurazione ordinale (*alto, medio, basso*) e ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio.

Ai fini della valutazione del rischio corruttivo, l'Azienda tiene conto dei seguenti indicatori, idonei a evidenziare il grado di esposizione dei processi e delle attività a fenomeni corruttivi:

- 1. Livello di interesse esterno:** la presenza di interessi esterni rilevanti, anche di natura economica, nonché di benefici significativi per i destinatari del processo, determina un incremento del livello di rischio.

2. **Grado di discrezionalità del decisore interno:** un processo decisionale caratterizzato da elevata discrezionalità comporta un rischio maggiore rispetto a processi vincolati da norme, procedure o criteri oggettivi.
3. **Pregressa manifestazione di eventi corruttivi:** la presenza, nel passato, di eventi corruttivi riferibili al medesimo processo o ad attività analoghe, sia all'interno dell'Azienda sia in contesti organizzativi comparabili, incrementa il rischio, in quanto segnala la sussistenza di fattori strutturali di vulnerabilità.
4. **Livello di trasparenza del processo decisionale:** l'opacità del processo accresce il rischio corruttivo, mentre l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, oltre che formale, contribuisce in modo significativo alla sua riduzione.
5. **Adeguatezza delle competenze del personale:** un livello insufficiente di competenze tecniche e professionali del personale coinvolto nel processo può costituire un fattore di rischio, favorendo errori, semplificazioni improprie o comportamenti non conformi.
6. **Efficacia delle misure di trattamento del rischio:** l'attuazione concreta ed efficace delle misure di prevenzione e di controllo è associata a una minore probabilità di accadimento di eventi corruttivi; al contrario, la loro inadeguata applicazione rappresenta un elemento di criticità.
7. **Livello di collaborazione del responsabile del processo:** una collaborazione insufficiente può indicare una ridotta attenzione ai temi della prevenzione della corruzione o determinare una scarsa conoscenza del reale livello di rischio del processo.
8. **Grado di informatizzazione del processo:** l'utilizzo di applicativi e sistemi informativi aziendali a supporto del processo costituisce un fattore di mitigazione del rischio, favorendo la tracciabilità delle operazioni, la standardizzazione delle attività e il rafforzamento dei controlli.

La sintesi delle misurazioni di probabilità si ricava dal valore (alto, medio, basso) che si presenta con maggiore frequenza. Nel caso di valori che si presentano con la medesima frequenza è consigliabile adottare il valore più alto. Il giudizio formulato sui criteri su esposti deve basarsi sia su dati oggettivi che su forme di autovalutazione da parte dei Responsabili dei processi, con il supporto del R.P.C.T. che deve valutare la ragionevolezza delle valutazioni e delle motivazioni ed evitare una sottostima del rischio.

D. Ponderazione del rischio

La fase di ponderazione del rischio, sulla base delle risultanze emerse nella precedente fase di valutazione, è finalizzata a:

- a) individuare le azioni più idonee da intraprendere per ridurre il livello di esposizione al rischio corruttivo;
- b) definire le priorità di trattamento dei rischi, mediante il confronto tra gli stessi, tenendo conto degli obiettivi strategici dell'organizzazione e del contesto interno ed esterno in cui l'Azienda opera.

FASE 3) TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio costituisce la fase finalizzata all'individuazione delle misure e dei correttivi più idonei a prevenire e mitigare i rischi corruttivi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione e ponderazione degli eventi rischiosi. In tale ambito, l'Azienda non deve limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma è chiamata a progettare interventi

concreti, specifici e puntualmente declinati, definendo modalità di attuazione, tempistiche ragionevoli e responsabilità, in coerenza con le priorità individuate e con le risorse organizzative, finanziarie e professionali disponibili.

La progettazione delle misure di prevenzione deve, inoltre, tenere conto della loro effettiva sostenibilità nel tempo, in particolare con riferimento alle attività di controllo e monitoraggio, al fine di evitare la pianificazione di misure formalmente previste ma di fatto non attuabili o non verificabili.

L'individuazione delle misure di trattamento del rischio avviene tenendo conto della distinzione tra misure generali e misure specifiche di prevenzione della corruzione.

Le **misure generali** sono interventi di carattere trasversale, che incidono sull'intera organizzazione e contribuiscono al rafforzamento complessivo del sistema di prevenzione della corruzione, migliorando il contesto organizzativo, procedurale e culturale in cui si svolgono le attività aziendali. Le **misure specifiche**, invece, sono interventi mirati, direttamente correlati ai singoli rischi individuati in fase di valutazione, e sono finalizzate a ridurre o neutralizzare vulnerabilità puntuale dei processi o delle attività considerate.

Pur rispondendo a presupposti e modalità di intervento differenti, entrambe le tipologie di misure risultano complementari e indispensabili ai fini della definizione di una strategia organica ed efficace di prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda.

A. Individuazione delle misure di prevenzione della corruzione

La prima e delicata fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione dell'Azienda, in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi. In questa fase, dunque, l'Azienda è chiamata ad individuare le misure più idonee a prevenire i rischi individuati, in funzione del livello di rischio e dei loro fattori abilitanti. Appare subito evidente che la correttezza e l'accuratezza dell'analisi svolta incide fortemente sull'individuazione delle misure più idonee a prevenire il rischio: minore è la conoscenza del processo, più generica sarà l'individuazione degli eventi rischiosi; più superficiale è la fase di analisi e valutazione del rischio, minori saranno le informazioni utili a tarare le misure di prevenzione in funzione dei rischi individuati e delle caratteristiche dell'organizzazione.

L'obiettivo di questa prima fase del trattamento è quella di individuare, per i rischi/processi ritenuti prioritari, l'elenco delle possibili specifiche misure di prevenzione della corruzione.

In questa fase l'Azienda stabilisce linee guida generali per l'attuazione delle misure preventive, senza entrare nel dettaglio operativo, che sarà descritto nella successiva sezione **2.3.4 – Misure di prevenzione della corruzione**.

B. Programmazione delle misure

La programmazione operativa delle misure contenuta nell'**Allegato unico** al presente documento è stata realizzata prendendo in considerazione gli elementi descrittivi riportati nel Box 14 All. 1 al PNA 2019:

B.1 - Fasi (e/o modalità) di attuazione della misura: Laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei vari soggetti coinvolti, appare opportuno

indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'Azienda intende adottare la misura;

B.2 - Tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi: la misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), deve opportunamente essere scadenzata nel tempo. Ciò consente ai soggetti che sono chiamati ad attuarle, così come ai soggetti chiamati a verificarne l'effettiva adozione (in fase di monitoraggio), di programmare e svolgere efficacemente tali azioni nei tempi previsti;

B.3 - Responsabilità connesse all'attuazione della misura e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola: in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi, al fine di evitare fraintendimenti sulle azioni da compiere per la messa in atto della strategia di prevenzione della corruzione;

B.4 - Indicatori di monitoraggio e valori attesi: devono essere individuati al fine di poter agire tempestivamente definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure. A titolo meramente esemplificativo si riportano nella tabella seguente esempi di indicatori di monitoraggio per tipologia di misura. Gli stessi potranno essere di semplice verifica di attuazione *on/off* (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), *quantitativi* (es. numero di controlli su numero pratiche) o *qualitativi* (es. audit o check list volte a verificare la qualità di determinate misure).

TIPOLOGIE DI MISURE	ESEMPI DI INDICATORI
Misure di controllo.	Numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc.
Misure di trasparenza.	Presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione.
Misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento.	Numero di incontri o comunicazioni effettuate.
Misure di regolamentazione.	Verifica adozione di un determinato regolamento/procedura.
Misure di semplificazione.	Presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi.
Misure di formazione.	Numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso).
Misure di sensibilizzazione e partecipazione.	Numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti.
Misure di rotazione.	Numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale.
Misure di segnalazione e protezione.	Presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti.
Misure di disciplina del conflitto di interessi.	Specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente.
Misure di regolamentazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari.	Presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le lobby e strumenti di controllo.

Tabella 3 Sez. 2.3 – Misure e indicatori.

FASE 4) MONITORAGGIO

La fase di monitoraggio costituisce un momento essenziale del ciclo di gestione del rischio corruttivo, finalizzato a verificare nel tempo l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione individuate e la loro idoneità a ridurre i rischi rilevati.

Il monitoraggio è svolto in coerenza con quanto previsto dal PNA e dalle Linee guida ANAC ed è integrato con il sistema dei controlli interni dell'Azienda Ospedaliera.

Ogni unità organizzativa è competente sui *controlli di primo livello* ed è tenuta a relazionare al R.P.C.T. sulle attività rese relativamente alle misure generali e/o specifiche individuate per ciascun processo organizzativo di competenza per come indicate nell'Allegato unico.

Il R.P.C.T. è competente per i *controlli di secondo livello*, tramite specifici audit e valutazione di documentazione e atti trasmessi dalle unità organizzative.

A tal fine sono individuati il responsabile del monitoraggio, i processi e le attività oggetto del monitoraggio, la periodicità e le modalità di svolgimento della verifica. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasi:

A. Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

La responsabilità del monitoraggio è del R.P.C.T., tuttavia, considerate le dimensioni e l'elevato livello di complessità dell'Azienda nonché la dislocazione su due Presidi Ospedalieri ed un edificio di uffici amministrativi, il monitoraggio in capo al solo R.P.C.T. potrebbe non essere facilmente attuabile.

Per tale ragione, è stato previsto un sistema di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al R.P.C.T..

Il *monitoraggio di primo livello*, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi che hanno la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al R.P.C.T. evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura.

Attività di monitoraggio

Prevenzione della corruzione:

1. Ogni unità organizzativa è competente sui *controlli di primo livello* ed è tenuta a relazionare al R.P.C.T. sulle attività rese relativamente alle misure generali e/o specifiche individuate per ciascun processo organizzativo di competenza per come indicate nell'Allegato unico;
2. il R.P.C.T. è competente per i *controlli di secondo livello*, tramite specifici audit e valutazione di documentazione e atti trasmessi dalle unità organizzative.

Possibili indicatori di monitoraggio dell'attuazione:

- percentuale di misure di prevenzione attuate rispetto a quelle programmate;
- numero di misure attuate nei tempi previsti / numero totale di misure previste;
- numero di strutture/processi che hanno trasmesso la reportistica di monitoraggio nei termini stabiliti;
- numero di controlli effettuati sui processi a rischio (es. affidamenti, gestione del personale, liste di attesa, rapporti con fornitori);

- numero di azioni correttive avviate a seguito del monitoraggio;
- grado di copertura della formazione obbligatoria in materia di anticorruzione e trasparenza (dipendenti formati / dipendenti da formare).

Gli esiti del monitoraggio concorrono alla relazione annuale del R.P.C.T. e alla successiva fase di aggiornamento del Piano.

Ambito	Indicatore	Descrizione	Riferimento PNA ANAC	Fonte dati	Periodicità
Attuazione misure	% misure attuate	Misure realizzate / misure programmate	PNA 2022–2024 Parte II – Programmazione e monitoraggio delle misure	Report strutture	Annuale
Tempistiche	% misure attuate nei tempi	Misure concluse entro la scadenza	PNA, Allegato 1 Gestione del rischio corruttivo	Cronoprogrammi	Annuale
Responsabilizzazione	% strutture adempienti	Strutture che trasmettono dati/ relazioni	PNA, Parte II Ruolo dei dirigenti e dei responsabili di processo	Protocolli / PEC	Annuale
Controlli interni	N. controlli effettuati	Controlli su processi a rischio	PNA, Parte II Monitoraggio e controlli	Verbali di controllo	Annuale
Formazione	% personale formato	Copertura formativa anticorruzione	PNA, Parte II Misure trasversali: formazione	Ufficio Formazione	Annuale
Azioni correttive	N. azioni correttive	Interventi avviati a seguito di criticità	PNA, Allegato 1 Riesame del sistema di prevenzione	Report R.P.C.T.	Annuale

Tabella 4 Sez. 2.3 – Monitoraggio sull’attuazione delle misure di trattamento del rischio.

B. Monitoraggio sull’idoneità delle misure di trattamento del rischio

Il monitoraggio sull’idoneità delle misure di trattamento del rischio è volto a valutare l’efficacia delle misure adottate rispetto alla riduzione del livello di rischio corruttivo e alla prevenzione di comportamenti non conformi ai principi di legalità, imparzialità e trasparenza.

Tale attività prevede:

- l’analisi degli eventi verificatisi (es. segnalazioni, reclami, contenziosi, procedimenti disciplinari, rilievi degli organi di controllo) che possano costituire indicatori di rischio o di inefficacia delle misure adottate;
- la valutazione della coerenza delle misure con l’evoluzione del contesto organizzativo, normativo ed operativo dell’Azienda o delle strutture;
- l’utilizzo di indicatori di performance e di rischio, anche di natura qualitativa, per misurare l’impatto delle misure di prevenzione;
- il coinvolgimento, ove opportuno, degli organismi di controllo interno e dell’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Possibili indicatori di monitoraggio dell’idoneità:

- numero di segnalazioni (incluse quelle tramite canali di whistleblowing) riferibili ai processi a rischio;
- trend dei procedimenti disciplinari o contenziosi connessi a violazioni delle regole di trasparenza e integrità;
- numero e tipologia di rilievi formulati dagli organi di controllo interno ed esterno;

- grado di riduzione del livello di rischio residuo rispetto alla mappatura precedente;
- esito delle verifiche sulla completezza e tempestività degli obblighi di pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente”;
- riscontri qualitativi dei responsabili di struttura sull’efficacia operativa delle misure adottate.

Qualora emerga la non adeguatezza o la parziale efficacia delle misure in essere, il R.P.C.T. propone la loro revisione o l’adozione di ulteriori misure correttive, da recepire nella fase di aggiornamento del P.I.A.O..

Ambito	Indicatore	Descrizione	Riferimento PNA ANAC	Fonte dati	Periodicità
Segnalazioni	Nr. segnalazioni	Segnalazioni e whistleblowing	PNA, Parte II Whistleblowing	Sistema WB	Annuale
Procedimenti	Nr. procedimenti disciplinari	Violazioni di integrità e legalità	PNA, Parte II Sistema sanzionatorio	U.C.P.D.	Annuale
Contenzioso	Nr. contenziosi	Contenziosi legati a irregolarità	PNA, Allegato 1 Indicatori di rischio	Affari Generali, Legali e Assicurativi	Annuale
Controlli esterni	Nr. rilievi	Rilievi O.I.V., Collegio Sindacale, Corte dei Conti	PNA, Parte II Coordinamento con i controlli	Verbali	Annuale
Rischio residuo	Variazione rischio	Confronto rischio iniziale/residuo	PNA, Allegato 1 Valutazione del rischio	Mappatura rischi	Annuale
Trasparenza	% obblighi assolti	Completezza e tempestività pubblicazioni	PNA, Parte II Trasparenza e accesso civico	Monitoraggio AT	Semestrale
Valutazione qualitativa	Feedback strutture	Valutazione efficacia misure	PNA, Parte II Miglioramento continuo	Questionari	Annuale

Tabella 5 Sez. 2.3 – Monitoraggio sull’idoneità delle misure di trattamento del rischio.

FASE 5) CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE

La fase trasversale di consultazione e comunicazione assicura il coinvolgimento di tutte le strutture organizzative e degli stakeholder pertinenti.

Inoltre, garantisce la diffusione delle informazioni sul rischio corruttivo e sulle azioni preventive adottate, contribuendo a creare una cultura interna di trasparenza e legalità.

2.3.4 – Misure di prevenzione della corruzione

Le misure di prevenzione della corruzione rappresentano la componente operativa del sistema di gestione del rischio corruttivo e hanno l’obiettivo di ridurre o neutralizzare le vulnerabilità individuate nei processi aziendali. Le misure si distinguono in generali e specifiche, entrambe complementari e indispensabili per garantire una strategia di prevenzione coerente ed efficace.

A - Misure generali

Le misure generali sono interventi trasversali che incidono sull’intera organizzazione, rafforzando il contesto culturale, procedurale e operativo in cui si svolgono le attività aziendali. Esse mirano a consolidare la **trasparenza, l’integrità e la responsabilizzazione interna**.

L'identificazione delle misure idonee a prevenire i rischi corruzione emersi dall'analisi del contesto e valutazione del rischio è svolta dai Referenti aziendali supportati dal R.P.C.T. e sono riportate nell'***Allegato Unico*** al P.I.A.O..

Trasparenza

La Trasparenza ed in particolare la sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale, prevista dal *Decreto Trasparenza* (D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.), è lo strumento fondamentale che la Pubblica Amministrazione ha a disposizione per prevenire la corruzione. Pertanto, il G.O.M. pone la trasparenza come obiettivo strategico di prevenzione della corruzione. Si rimanda alla sezione del presente P.I.A.O. dedicata alla Trasparenza.

Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento rappresenta una misura essenziale di prevenzione della corruzione ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190, ed è parte integrante della strategia delineata nella Sezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del P.I.A.O.. Esso disciplina i doveri e le condotte del personale, orientandone l’azione alla tutela dell’interesse pubblico e al rispetto dei principi di diligenza, lealtà, imparzialità e correttezza.

L’Azienda ha adottato il proprio Codice di Comportamento con deliberazione del Commissario Straordinario n. 855 del 29 dicembre 2022, in attuazione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62. A seguito delle modifiche introdotte dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81, l’Azienda ha elaborato l’aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, attualmente in fase di approvazione.

L’aggiornamento recepisce, in particolare, le disposizioni relative all’utilizzo corretto delle tecnologie informatiche e dei social media, all’introduzione di percorsi formativi obbligatori in materia di etica pubblica, a specifiche previsioni per i dirigenti ed alla disciplina dei rapporti con il pubblico, orientata alla tutela dell’immagine dell’Azienda ed alla soddisfazione dell’utenza.

La violazione delle disposizioni contenute nel Codice di Comportamento costituisce fonte di responsabilità disciplinare. Il Codice vigente è pubblicato sul sito istituzionale e nell’area intranet aziendale ed è diffuso a tutto il personale, nonché consegnato ai neoassunti al momento della sottoscrizione del contratto di lavoro.

Divieto di Pantoufage

Il divieto di pantoufage è stato introdotto nel nostro ordinamento dalla Legge n. 190/2012, che ha modificato l’articolo 53 del D.Lgs. n. 165/2001, introducendo, al comma 16-ter, il divieto per i dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di intraprendere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, qualsiasi attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell’attività amministrativa svolta mediante i medesimi poteri.

Questa normativa si applica a tutti i dipendenti delle pubbliche amministrazioni, inclusi i soggetti legati alla pubblica amministrazione da contratti di lavoro a tempo determinato o autonomo. Per una consultazione puntuale e aggiornata della normativa relativa al *Divieto di Pantoufage*, si rimanda al sito ufficiale dell’A.N.A.C., disponibile al seguente link: <https://www.anticorruzione.it>.

Il Grande Ospedale Metropolitano adotta la suddetta misura di prevenzione, attraverso le unità operative competenti, con le seguenti modalità operative:

- *Clausola nei contratti di assunzione*: in tutti i contratti di assunzione del personale, viene inserita una clausola che stabilisce il divieto per i dipendenti di svolgere attività lavorativa, sia a titolo di lavoro subordinato che autonomo, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto con i destinatari di provvedimenti o contratti stipulati grazie all'apporto decisionale del dipendente;
- *Clausola nei contratti dirigenziali*: nei contratti relativi agli incarichi dirigenziali, viene inserita una clausola che impegna il dirigente al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001. Pertanto, nel caso in cui, negli ultimi tre anni di servizio, il dirigente abbia esercitato poteri autoritativi o negoziali, gli è fatto divieto di intraprendere attività lavorativa, sia subordinata che autonoma, presso soggetti privati destinatari dell'attività svolta tramite tali poteri nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto;
- *Condizione nei bandi di gara*: in tutti i bandi di gara e negli atti propedeutici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, viene inclusa la condizione che i partecipanti non abbiano stipulato contratti di lavoro subordinato o autonomo, né abbiano attribuito incarichi a soggetti già dipendenti dell'Azienda che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro;
- *Dichiarazione di impegno*: al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, il dipendente è obbligato a sottoscrivere una dichiarazione in cui si impegna a rispettare il divieto di pantouflage, al fine di evitare contestazioni relative alla conoscibilità della norma;
- *Esclusione dalle procedure di affidamento*: i soggetti per i quali emerge una violazione del divieto di pantouflage sono esclusi dalle procedure di affidamento;
- *Azione giudiziale per il risarcimento del danno*: l'Azienda, attraverso l'Avvocatura aziendale, agisce giudizialmente per ottenere il risarcimento del danno nei confronti dei dipendenti che abbiano violato i divieti previsti dall'art. 53, comma 16-ter del D.Lgs. n. 165/2001; il risarcimento corrisponde agli emolumenti liquidati complessivamente, inclusi eventuali indennità di risultato.

Relativamente al personale l'attuazione di questa misura è responsabilità della U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, che provvede a effettuare controlli presso l'Agenzia delle Entrate competente sui nominativi estratti, per verificare i redditi derivanti dallo svolgimento di attività lavorativa o professionale presso soggetti privati. Tale verifica riguarda qualsiasi tipo di rapporto lavorativo o professionale, sia mediante assunzione a tempo determinato o indeterminato, sia mediante affidamento di incarichi o consulenze. Le risultanze di tali verifiche devono essere tempestivamente segnalate al R.P.C.T..

In caso di violazione del divieto di pantouflage, il R.P.C.T. provvede a segnalare la violazione alla Direzione Strategica e, se necessario, al soggetto privato presso cui l'ex dipendente è stato assunto.

Formazione per la promozione della cultura della legalità

Nel perseguimento dell'obiettivo aziendale di promuovere una cultura della legalità, della trasparenza e della prevenzione della corruzione, nonché in ottemperanza alle disposizioni della Legge n. 190/2012, l'Azienda ha incluso nel piano formativo annuale una sezione dedicata alla prevenzione della corruzione. Tale sezione prevede corsi di formazione mirati sui temi dell'etica pubblica, della legalità, della trasparenza e sul suo impatto nel sistema aziendale di prevenzione della corruzione.

La progettualità formativa per il triennio 2026-2028 comprende, nell'ambito della trasparenza e anticorruzione, una serie di tematiche di interesse nazionale, regionale e aziendale, rivolte agli operatori di tutte le qualifiche. L'obiettivo è garantire che il personale coinvolto, a vario titolo, in attività ad alto rischio corruttivo, venga adeguatamente formato e sensibilizzato sui contenuti del presente Piano, sull'importanza del rispetto delle sue disposizioni, sulle diverse fattispecie di reato di corruzione, sulle connesse responsabilità personali e sulle conseguenze disciplinari in caso di violazione degli obblighi previsti. Inoltre, si intende rafforzare le competenze e conoscenze del personale, introducendo anche nuove riflessioni e abilità su temi quali:

- conoscenza e sensibilizzazione sulla strategia anticorruzione e integrità dell'Azienda;
- mappatura dei processi e analisi dei rischi di corruzione nell'area sanitaria;
- sicurezza informatica (Cybersecurity).

In particolare, le iniziative formative incluse nel Piano Aziendale della Formazione saranno strutturate su tre livelli e saranno orientate a un approccio pratico e operativo, sia per il personale amministrativo che per il personale sanitario:

- **Neoassunti:** formazione FAD incentrata sulla conoscenza e sensibilizzazione riguardo alla strategia anticorruzione e all'integrità dell'Azienda;
- **Personale Amministrativo:** formazione in aula, focalizzata sull'acquisizione di competenze specifiche per l'analisi dei rischi di corruzione, l'individuazione dei fattori di rischio e la definizione di strategie efficaci di prevenzione – ordinarie e straordinarie – applicabili nei vari processi aziendali;
- **Personale Sanitario:** formazione in presenza nei vari reparti, mirata ad accrescere la conoscenza delle regole, dei doveri, dei limiti e delle responsabilità in relazione a etica e integrità.

Il percorso formativo, oltre a trattare la normativa anticorruzione, presenterà il sistema aziendale di prevenzione della corruzione, includendo il Codice di Comportamento, la Sezione 2.3 Rischi Corrottivi e Trasparenza del P.I.A.O., i regolamenti, le linee guida e le disposizioni adottate, nonché la procedura aziendale sul conflitto di interessi.

Patto d'integrità

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi – Melacrino – Morelli" di Reggio Calabria, con delibera n. 188 del 27/03/2024, ha approvato il *Patto d'Integrità* quale misura di prevenzione nei confronti di pratiche corruttive, concesse o comunque tendenti ad identificare il corretto svolgimento dell'azione amministrativa nell'ambito dei pubblici appalti banditi dall'Azienda.

Il Patto d'Integrità si applica a tutte le procedure di gara sopra e sotto soglia comunitaria.

Nel patto vengono stabilite reciproche e formali obbligazioni tra il G.O.M. e l'Operatore economico partecipante alla procedura di gara ed eventualmente aggiudicatario della gara medesima, affinché i propri comportamenti siano improntati all'osservanza dei principi di lealtà, trasparenza e correttezza in tutte le fasi dell'appalto, dalla partecipazione all'esecuzione contrattuale.

In particolare viene assunto l'impegno anticorruzione delle parti di non offrire, accettare o richiedere somme o qualsiasi ricompensa, vantaggio o beneficio – sia direttamente che indirettamente tramite intermediari – al fine di distorcere la relativa corretta esecuzione.

Tale misura si estende ciascuna delle imprese nel caso di consorzi o Raggruppamenti temporanei di Imprese. All'art. 4 del suddetto documento vengono preciseate le sanzioni previste in caso di mancata sottoscrizione dello stesso.

Misure di rotazione del personale

La rotazione del personale è una misura organizzativa che tende ad evitare il verificarsi di fenomeni corruttivi, sulla base del principio che l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti/fornitori, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e possibilità di collusione.

Essa, come sottolineato da A.N.A.C., è altresì correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.), con Atto del Presidente del 3 luglio 2024, si è espressa specificando che in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle peculiari criticità dovute alla natura stessa del settore.

Per A.N.A.C., infatti, il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Inoltre, anche per incarichi amministrativi e tecnici (ad es. ingegneria clinica, ufficio legale, settore dell'informatica, ecc.), dove sono richieste competenze specifiche, il numero di figure qualificate è spesso limitato. *"Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es. ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore prevenzione e protezione) le figure in grado di svolgere tali compiti sono spesso in numero molto limitato all'interno di un'azienda. Per una corretta applicazione della misura occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione"*

degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, ecc.), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse".

Pertanto, nonostante la “**rotazione ordinaria**” del personale non è sempre misura di facile realizzazione, compatibilmente con l’esigenza di dover garantire la speditezza e l’efficacia della funzione amministrativa, comunque strumentale e indispensabile all’erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, nonché di mantenere continuità e coerenza d’indirizzo nelle strutture, in Azienda si applica il principio di rotazione nei settori maggiormente esposti a rischio, invitando i dirigenti ad effettuare la rotazione tra i vari responsabili di procedimento (ad es. tra i componenti delle commissioni di gara e di concorso e le segreterie addette; oppure nelle attività di front office, ecc.).

Inoltre, al fine evitare che i soggetti non sottoposti a rotazione abbiano il controllo dei processi dell’Azienda, sono state indicate le misure alternative quali ad esempio la previsione di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, ferma restando l’unitarietà della responsabilità del procedimento, facendo sì che più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell’istruttoria.

La norma di riferimento che disciplina la “**rotazione straordinaria**” del personale è l’art. 16, comma 1, lettera I-quater del D.lgs. n. 165/2001 che stabilisce l’obbligo per l’amministrazione di disporre, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

La rotazione straordinaria rappresenta una misura di carattere successivo, destinata ad operare a seguito dell’avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. E’ una misura di natura non sanzionatoria dal carattere cautelare, tesa a garantire che nell’area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure al fine di tutelare l’immagine di imparzialità dell’amministrazione.

Al riguardo l’Azienda ha sempre applicato quanto previsto dalle “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, c. 1 lettera I-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001” di cui alla Delibera dell’A.N.A.C. n. 215 del 26 marzo 2019.

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi di vertice e dirigenziali

Con il Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

L’incompatibilità comporta l’obbligo, per il soggetto cui viene conferito l’incarico, di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza dell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali o l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h D.Lgs. n. 39/2013).

L’inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g).

L'obbligo di dichiarare l'assenza di cause di incompatibilità/inconferibilità, previsto dall'art. 20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

L'Azienda conformandosi all'orientamento interpretativo espresso dall'A.N.A.C., ha ritenuto di applicare le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi con riferimento agli incarichi di vertice: Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario.

È, pertanto, fatto obbligo a tali soggetti di rilasciare, all'atto della nomina, una dichiarazione sull'insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013 e tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico. Inoltre, i medesimi soggetti devono rilasciare, con cadenza annuale, una dichiarazione circa l'insussistenza di cause d'incompatibilità alla carica ricoperta. Inoltre, in ottemperanza alla delibera A.N.A.C. n. 1146/2019 viene acquisita dalla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione, all'atto del conferimento e dell'eventuale rinnovo dell'incarico, la dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013, anche dai Dirigenti appartenenti all'area PTA titolari di incarichi di Direzione di Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali.

Le sopra citate dichiarazioni sono condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico (art. 20, comma 4, del D.Lgs. n. 39/2013).

Tali dichiarazioni sono oggetto di pubblicazione nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" (art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013).

Antiriciclaggio

Il rischio di riciclaggio di denaro è una questione rilevante nel nostro Paese, e tra i reati che generano proventi da riciclare, la corruzione rappresenta una minaccia significativa. Un'efficace azione di prevenzione e contrasto alla corruzione contribuisce direttamente a ridurre il rischio di riciclaggio. Allo stesso modo, le attività di antiriciclaggio rappresentano uno strumento efficace per combattere la corruzione: impedendo il reimpegno dei proventi illeciti, si rende meno vantaggioso il compimento di atti corruttivi.

Di conseguenza, l'Azienda ha adottato un percorso interno per individuare e gestire eventuali operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo. Tale percorso prevede l'obbligo di acquisire specifiche autodichiarazioni sul titolare effettivo da parte degli operatori economici coinvolti nelle gare d'appalto. Inoltre, vengono attivati controlli tempestivi e mirati sulla documentazione antimafia (per le gare gestite direttamente dall'Azienda) e sull'assenza di conflitto di interessi per i dipendenti coinvolti nelle varie fasi delle procedure di acquisto (fase di espletamento, aggiudicazione ed esecuzione).

Le informazioni relative a operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo devono essere trasmesse con la massima riservatezza al soggetto aziendale (Gestore aziendale) incaricato della loro valutazione, che provvederà a inoltrarle alla UIF, assicurando la uniformità e la riservatezza delle comunicazioni.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

L'istituto del whistleblowing rappresenta uno strumento di prevenzione e contrasto della corruzione e della "maladministration" perché contribuisce all'emersione ed alla prevenzione dei relativi rischi rafforzando i principi di trasparenza e responsabilità delle istituzioni democratiche.

La Legge n. 190/2012 ha introdotto nel D.Lgs. n. 165/2001, l'art. 54 bis "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", a cui ha fatto seguito nel 2015 la determinazione A.N.A.C. n. 6 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)". Tale disposizione mira a garantire la tutela del dipendente della pubblica amministrazione che segnali condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. La norma del 2012 è stata modificata dal legislatore con la Legge 30 novembre 2017, n. 179 "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", entrata in vigore il 29.12.2017. In particolare, la Legge n. 179/2017 si occupa del dipendente che "nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ovvero all'A.N.A.C., o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro" prevedendo che il dipendente non possa essere "sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione".

La Legge n. 179/2017 stabilisce, inoltre, che l'identità del segnalante non può essere rivelata:

- nel procedimento penale l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del c.p.p.;
- nel procedimento dinanzi alla Corte dei Conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria;
- nei procedimenti disciplinari l'identità del segnalante non può essere rivelata quando la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante e sia indispensabile per la difesa del soggetto incriminato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità".

Pertanto, i principi fondamentali sono:

- tutela dell'anonimato;
- divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- sottrazione della denuncia al diritto di accesso ex Legge n. 241/1990.

Attualmente, la procedura di segnalazione è regolamentata dalla delibera A.N.A.C. n. 311 del 12.07.2023, in ossequio al Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 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)".

Al fine di agevolare il segnalante, a quest'ultimo va garantita la scelta fra diverse modalità di segnalazione:

- *forma scritta*, anche con modalità informatiche (piattaforma online). La posta elettronica ordinaria e la PEC si ritiene siano strumenti non adeguati a garantire la riservatezza. Al fine di garantire la riservatezza richiesta dalla normativa ed in vista della protocollazione riservata della segnalazione, è necessario che la segnalazione venga inserita in due buste chiuse: la prima con i dati identificativi del segnalante unitamente alla fotocopia del documento di riconoscimento; la seconda con la segnalazione, in modo da separare i dati identificativi del segnalante dalla segnalazione. Entrambe dovranno poi essere inserite in una terza busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "riservata" al gestore della segnalazione (ad es. "riservata al R.P.C.T.");
- *forma orale*, alternativamente, attraverso linee telefoniche, con sistemi di messaggistica vocale, ovvero, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto fissato entro un termine ragionevole.

Obiettivi e condizioni della segnalazione

- Le segnalazioni devono essere effettuate nell'interesse pubblico e nell'interesse alla integrità dell'amministrazione;
- al momento della segnalazione la persona segnalante deve avere un ragionevole e fondato motivo di ritenere che le informazioni sulle violazioni segnalate (divulgate o denunciate) siano vere e rientrino nell'ambito della normativa;
- le segnalazioni non possono riguardare contestazioni, rivendicazioni o richieste legate ad un interesse di carattere personale della persona segnalante che attengano ai propri rapporti di lavoro/impiego.

Canali di segnalazione

Per segnalazione si intende la comunicazione scritta od orale di informazioni sulle violazioni.

Canali e modalità:

- "*segnalazione interna*", cioè nell'ambito del proprio contesto lavorativo/amministrazione;
- "*segnalazione esterna*", cioè rivolta all'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.);
- "*divulgazione pubblica*", tramite la stampa o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone;
- "*denuncia diretta*" all'autorità giudiziaria o contabile.

Segnalazioni anonime

La rilevanza delle segnalazioni è limitata all'ipotesi in cui queste si presentino circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano cioè tali da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es. indicazione di nominativi o qualifiche particolari ecc.). Le segnalazioni verranno esaminate soltanto in presenza di queste caratteristiche.

Segnalazioni spontanee

Tutti i dipendenti del G.O.M. possono inoltrare al R.P.C.T. segnalazioni di comportamenti che siano percepiti quali fatti corruttivi.

Le segnalazioni possono essere inoltrate utilizzando l'indirizzo mail anticorruzione@ospedalerc.it

Le istruzioni per inviare una segnalazione di illeciti sono pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/ Prevenzione della corruzione del sito internet aziendale. In presenza di *segnalazioni anonime*, naturalmente, non saranno possibili avviso, interlocuzione, riscontro. Le stesse vengono trattate esclusivamente se “circostanziate” in modo specifico (linee guida A.N.A.C.).

Regolamentazione

La regolamentazione costituisce un elemento strutturale del sistema di prevenzione della corruzione, rafforzando la capacità dell’Azienda di individuare tempestivamente eventuali anomalie e di tutelare l’integrità e la trasparenza dell’azione amministrativa.

La definizione di procedure chiare e uniformi, l’aggiornamento costante di regolamenti e istruzioni operative, riducono la discrezionalità dei singoli operatori, assicurando che ogni fase – dagli acquisti alla gestione del personale, fino all’erogazione delle prestazioni sanitarie – sia documentata, tracciata e verificabile.

Inoltre, la presenza di regole, integrate da controlli interni e obblighi di trasparenza, contribuisce a rendere più prevedibili i comportamenti a rischio corruttivo, a prevenire conflitti di interesse e a ridurre le opportunità di condotte illecite.

Semplificazione

La semplificazione dei processi amministrativi rappresenta un importante strumento di prevenzione della corruzione, poiché riduce passaggi inutili, tempi di lavorazione e margini di discrezionalità. Procedure più snelle e standardizzate rendono le attività dell’Azienda Ospedaliera più chiare, tracciabili e trasparenti, facilitando i controlli e limitando le occasioni di comportamenti irregolari.

La semplificazione contribuisce inoltre a migliorare l’accessibilità delle informazioni e a garantire maggiore comprensibilità delle decisioni adottate, favorendo così un ambiente organizzativo più efficiente e meno esposto a rischi corruttivi.

Regolazione dei rapporti con i “rappresentanti di interessi particolari”.

La regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari costituisce un elemento rilevante nella prevenzione dei rischi corruttivi. L’Azienda Ospedaliera adotta misure volte a garantire che ogni interlocuzione con portatori di interessi privati, quali associazioni, imprese o gruppi organizzati, avvenga in modo trasparente, tracciabile e secondo regole predeterminate.

Tali strumenti riducono il rischio di influenze indebite sui processi decisionali, favoriscono l’uguaglianza di trattamento tra tutti gli stakeholder e rafforzano la fiducia dei cittadini nella correttezza dell’azione amministrativa.

B - Misure specifiche di trattamento del rischio

Le misure specifiche sono interventi mirati, direttamente correlati ai singoli rischi individuati nelle fasi di analisi e valutazione. Queste misure si applicano **processo per processo**, sono progettate per neutralizzare vulnerabilità puntuali e sono indicati nell’**Allegato Unico** al presente documento.

Libera professione

Con delibera del Direttore Generale n. 65 del 15.2.2018, il G.O.M. ha adottato il regolamento aziendale per l'esercizio della libera professione intramoenia il quale disciplina i principi generali dello svolgimento dell'attività, il percorso autorizzativo e l'organizzazione della stessa, gli aspetti economici e le modalità di controllo.

Il corretto svolgimento dell'attività libero professionale ed i principi che devono orientare i professionisti in tale ambito, inoltre, sono espressamente presi in considerazione dall'art. 12 del Codice di comportamento Aziendale che detta a tal proposito alcune specifiche prescrizioni.

L'Allegato Unico al presente documento riporta il sistema di misure di prevenzione della corruzione, programmate da attuare dalla U.O.S. Gestione Attività Ambulatoriale ed ALPI afferente alla U.O.C. Direzione Medica di Presidio. Dal monitoraggio riferito all'anno 2025 sono emerse alcune criticità per le quali sono state individuate ulteriori fasi operative di processo per lo svolgimento efficace dei controlli.

L'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria non deve essere in contrasto con le finalità istituzionali dell'Azienda e si deve svolgere in modo da non ostacolare l'integrale assolvimento dei compiti istituzionali ed assicurare la piena funzionalità dei servizi, in relazione alla programmazione aziendale ed al rispetto dei tempi di attesa definiti a livello regionale, ponendosi come offerta ulteriore di servizi all'utenza.

L'Azienda vigila sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale, in particolare per quanto attiene alla libera scelta dell'assistito, al rispetto del corretto rapporto fra volumi di attività istituzionale e libero professionale ed alla corretta e trasparente informazione al paziente

Con la delibera del Commissario Straordinario n. 733 del 26.10.2020, a far data 1.1.2021, a seguito della realizzazione degli ambulatori dedicati all'attività libero professionale presso il Presidio Ospedaliero "Morelli, è cessata l'attività libero professionale intramoenia in regime "allargato", ovvero l'attività svolta in via eccezionale e residuale, dai professionisti presso studi privati non accreditati con il S.S.N..

Con la delibera n. 842 del 27.12.2024 è stato adottato il "Piano Aziendale per l'attività libero professionale (ALPI)".

Con la delibera n. 843 del 27.12.2024 è stato adottato il nuovo "Regolamento per la disciplina delle prestazioni orarie aggiuntive del personale della Dirigenza e del Comparto".

Piano dei controlli interni – liste d'attesa

Con delibera del Commissario Straordinario n. 844 del 27/12/2024 l'Azienda ha adottato il "*Piano attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2025-2027*" al fine di garantire a tutti i cittadini che i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie siano certi e adeguati ai problemi clinici.

Il Piano Aziendale per il Governo liste di attesa declina tutte le attività implementate dall'Azienda in tale ambito in ottemperanza ai provvedimenti regionali in materia.

In particolare, per la specialistica ambulatoriale sono state implementate da parte di questa Azienda tutte le azioni inerenti a:

- gestione informatizzata nel processo prescrizione/prenotazione/refertazione/pagamento;

- organizzazione della libera professione e la verifica delle relative liste di attesa rispetto all'attività istituzionale;
- monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di primo accesso con particolare attenzione a quelle oggetto di monitoraggio del Piano Regionale.

L'Azienda, come ulteriore grado di analisi, ha attivato un monitoraggio volto ad analizzare in dettaglio le singole prescrizioni eseguite da specialisti ad essa afferenti, correlando le stesse alla erogazione di prestazioni e consentendo la rimodulazione dell'offerta in linea con un'ottica di efficacia ed efficienza.

L'Azienda ha provveduto ad implementare il contenuto della sezione Amministrazione Trasparente – Servizi Erogati- Liste d'attesa, riportando i tempi di attesa per prestazione in regime istituzionale ed in regime libero professionale.

Con la delibera n. 845 del 27.12.2024 è stato adottato il "Piano Operativo aziendale per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie ex articolo 3 commi 10 e 11 del D.L. n. 73 del 7 giugno 2024 convertito in legge n. 107 del 29 luglio 2024 "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie".

Con le delibere n. 124 del 14.02.2025 e n. 1511 del 1/12/2025 è stato rimodulato ed integrato il Piano Operativo adottato con la delibera n. 845 del 27/12/2024.

Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

A seguito della emanazione della Legge Regionale del 29 novembre 2019, n. 48 "*Disposizioni in materia funeraria e polizia mortuaria*", il G.O.M. con le note prot. n. 43553 del 11.12.2019 e prot. n. 26269 del 24.12.2019 del Direttore U.O.C. Direzione Medica di Presidio ha delineato le azioni da adottare in caso di decesso all'interno dell'Azienda.

Oltre alla modulistica da compilare a cura del personale della Direzione Medica di Presidio da trasmettere all'Ufficio Stato Civile del Comune interessato e la certificazione medica per il trasposto della salma, ai sensi della vigente normativa in materia, è stata adottata la modulistica necessaria a garantire la correttezza e la trasparenza delle procedure di trasporto della salma.

La richiesta di trasporto contiene dati relativi alla ditta incaricata del trasporto, il mandato all'impresa funebre la sede di destinazione della salma e i dati anagrafici corredati di fotocopia del documento di identità del familiare che la sottoscrive.

Il personale dell'Azienda ha il divieto assoluto di fornire informazioni ai familiari dei defunti in merito alla scelta dell'impresa di onoranze funebri ed è inoltre fatto assoluto divieto di comunicare alle stesse imprese il nome dei deceduti giacenti presso i locali aziendali. Di contro, è fatto divieto assoluto alle imprese di onoranze funebri di pubblicizzare e promuovere propri servizi e l'accesso dei dipendenti delle stesse imprese nelle aree riservate all'interno deve essere specificatamente autorizzato, previa identificazione degli operatori incaricati.

Sperimentazioni cliniche

La materia delle sperimentazioni cliniche è regolamentata a livello aziendale dal "*Regolamento per la Gestione delle Sperimentazioni Cliniche e degli Studi Osservazionali del G.O.M. 'Bianchi – Melacrino Morelli' di Reggio Calabria*", adottato con la delibera n. 191 del 3 marzo 2022. Questo

regolamento stabilisce le linee guida e le procedure operative per la conduzione di studi clinici e osservazionali, al fine di garantire il rispetto degli standard etici, scientifici e normativi.

Con la delibera del Commissario Straordinario n. 955 del 21 novembre 2023, è stato istituito il *Clinical Trial Center (CTC)*, che ha il compito di coordinare le attività relative alle sperimentazioni cliniche e di fornire supporto tecnico alla direzione aziendale. Le principali funzioni del CTC comprendono:

- supporto tecnico nella analisi e autorizzazione degli studi, delle sperimentazioni e delle attività assimilate;
- supporto nella revisione e firma dei contratti e delle convenzioni relativi agli studi e alle sperimentazioni;
- interfaccia tecnica per le comunicazioni tra la direzione aziendale, i promotori degli studi, gli sperimentatori e il Comitato Etico;
- supporto tecnico ai referenti interni per la predisposizione della documentazione necessaria, in particolare per la programmazione del budget e delle rendicontazioni, collaborando con la U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie e con la U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A;
- supporto alla verifica e/o revisione delle polizze stipulate dagli sponsor e dai promotori per gli studi;
- supporto agli sperimentatori per la redazione dei rapporti da inoltrare alle U.O.C. competenti;
- audit di monitoraggio per garantire la corretta esecuzione delle sperimentazioni.

Con la delibera del Commissario Straordinario n. 3 del 4 gennaio 2024, è stata approvata la *"Revisione del Regolamento Aziendale per la Gestione degli Aspetti Procedurali, Amministrativi ed Economici per la Conduzione di Ricerche e Sperimentazioni Cliniche"*. Questa revisione mira ad aggiornare e semplificare le procedure amministrative e a garantire una gestione più efficiente delle risorse impiegate nelle sperimentazioni cliniche.

Queste iniziative mirano a garantire che tutte le sperimentazioni cliniche siano svolte nel rispetto delle normative etiche, scientifiche e di trasparenza, con un particolare focus sulla semplificazione dei processi amministrativi e sulla continua evoluzione delle best practices in ambito sanitario e di ricerca.

Informazione scientifica sui farmaci e sui dispositivi medici

L'attività di informazione scientifica sui farmaci e sui dispositivi medici costituisce un'area a potenziale elevato rischio corruttivo, in quanto può incidere sull'autonomia decisionale e prescrittiva del personale sanitario, nonché sulle scelte cliniche e organizzative dell'Azienda Ospedaliera.

I principali rischi corruttivi sono riconducibili a possibili forme di condizionamento da parte delle aziende produttrici, alla gestione non trasparente dei rapporti con gli informatori scientifici, all'accettazione di benefici o vantaggi non consentiti e alla presenza di conflitti di interesse, anche solo potenziali, non adeguatamente dichiarati.

A presidio di tali rischi, l'Azienda richiama l'osservanza delle disposizioni contenute nel Codice di Comportamento aziendale, che disciplina i rapporti con soggetti esterni, il divieto di ricezione di utilità indebite, gli obblighi di imparzialità e correttezza e la gestione dei conflitti di interesse.

Il rispetto del Codice di Comportamento costituisce misura fondamentale di prevenzione della corruzione anche con riferimento alle attività di informazione scientifica, ferma restando l'applicazione delle ulteriori disposizioni normative vigenti in materia.

Gestione dei fabbisogni di farmaci, dispositivi medici e presidi

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

Con delibera del Commissario Straordinario n. 1308 del 31.10.2025, così come previsto dall'art. 37 comma 6 del decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36, l'Azienda ha approvato il "Programma triennale delle opere pubbliche 2025-2027" ed il "Programma triennale degli acquisti di forniture e servizi 2026-2028" redatto in coerenza alle esigenze del G.O.M.

Il processo di gestione dei fabbisogni di farmaci, dispositivi medici e presidi sanitari presenta un rischio corruttivo medio, in quanto caratterizzato da un'elevata rilevanza economica, da margini di discrezionalità tecnica nella programmazione dei quantitativi e delle tipologie di beni e da possibili interferenze con operatori economici esterni. I principali fattori di rischio sono riconducibili a una non corretta stima dei fabbisogni, a favorismi nella definizione delle specifiche tecniche e a pressioni indebite finalizzate a orientare le scelte di approvvigionamento. A presidio di tali rischi, l'Amministrazione adotta specifiche misure di trattamento, tra cui la programmazione dei fabbisogni basata su dati storici e indicatori di consumo oggettivi, il coinvolgimento di più strutture e professionalità nella fase di pianificazione, la tracciabilità e formalizzazione di tutte le decisioni assunte, la separazione delle funzioni tra chi rileva il fabbisogno e chi gestisce le procedure di acquisto, nonché il rispetto degli obblighi di trasparenza e rotazione del personale, ove applicabile. Tali misure sono finalizzate a garantire imparzialità, efficienza e corretto utilizzo delle risorse pubbliche.

Con la nota prot. 31037 del 29/08/2023 della Direzione Amministrativa Aziendale, nell'ottica di una più razionale ed uniforme valutazione dei fabbisogni, sono state definite le procedure per l'acquisizione di beni e servizi.

In particolare è stata definito il processo autorizzativo per le diverse tipologie di richieste (1. fornitura arredi e attrezzature; 2. manutenzione ordinaria; 3. fornitura farmaco; 4. fornitura dispositivo medico) che vede interessato in prima istanza il Direttore di Dipartimento che valutato il fabbisogno delle unità afferenti al proprio dipartimento, inoltra le richieste ai fini autorizzativi al Direttore Sanitario Aziendale (richieste di tipo 1.e 2.) o al Direttore U.O.C. Farmacia (richieste tipo 3. e 4.).

Con prot. 13478 del 15/04/2025 il Commissario Straordinario ha disposto che l'indicazione del prezzo per farmaci e dispositivi deve essere individuato sulla base di indagini di mercato effettuate dalla Farmacia. Inoltre, per dispositivi medici le caratteristiche tecniche devono essere elaborate in collaborazione con la Farmacia ospedaliera che ne attesterà le evidenze scientificamente , oltre alla congruità della base d'asta.

Gestione del contenzioso

Nel triennio 2023–2025 l’Azienda ha rafforzato il presidio dei rischi corruttivi e degli obblighi di trasparenza connessi alla gestione del contenzioso sanitario, in coerenza con la Legge n. 24/2017 e con il quadro normativo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza amministrativa.

In particolare, è stata assicurata la pubblicazione periodica, nella sezione “Amministrazione Trasparente”, dei dati relativi ai sinistri aperti e liquidati, alle segnalazioni di emovigilanza e farmacovigilanza, agli eventi avversi e ai reclami URP, quale misura di accountability e di riduzione dei rischi di opacità informativa.

Il passaggio al regime di autoritenzione del rischio e la gestione diretta dei sinistri hanno comportato un significativo impatto organizzativo e finanziario, richiedendo la definizione di processi standardizzati, tracciabili e controllabili, affidati a strutture multidisciplinari (Co.Va.Si., Avvocatura aziendale, Governo Clinico e Risk Management, Direzione Medica e U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi), al fine di prevenire conflitti di interesse, discrezionalità non presidiate e potenziali fenomeni di mala gestio.

L’analisi sistematica dei sinistri, dei costi sostenuti, degli accantonamenti al Fondo Rischi e delle scelte transattive, che sarà supportata a partire dal 2026 anche dall’incarico a una società di Loss Adjuster selezionata tramite procedura di gara, costituisce una misura di mitigazione dei rischi corruttivi, garantendo valutazioni tecniche indipendenti, congruità delle riserve, correttezza delle transazioni e attendibilità delle stime di bilancio. Parallelamente, il rafforzamento della qualità e completezza della documentazione clinica, oggetto di specifici obiettivi e controlli, contribuisce a ridurre il rischio di contenzioso strumentale, responsabilità presunte e conseguenti danni erariali.

Nel complesso, l’integrazione tra trasparenza dei dati, controllo dei processi decisionali, tracciabilità delle attività e responsabilizzazione diffusa del personale rappresenta un elemento essenziale del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi e di promozione dell’integrità amministrativa dell’Azienda.

Gestione degli incarichi legali esterni

In ordine alle procedure di conferimento degli incarichi a legali esterni, l’Azienda ha adottato i seguenti regolamenti:

- 1) il “*Regolamento per il conferimento degli incarichi legali esterni del Grande Ospedale Metropolitano Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria*” adottato con la delibera n. 587 del 1/08/2023, il quale stabilisce che la rappresentanza in giudizio dell’Azienda è, in via prioritaria, affidata all’Avvocatura aziendale. Nell’ambito di tale attività di rappresentanza e difesa in giudizio dell’Azienda possono verificarsi casi in cui risulta opportuno e conveniente affidare il patrocinio a legali esterni in ragione della natura della materia, la particolare rilevanza e delicatezza degli interessi pubblici in discussione, la concomitanza e/o l’urgenza di gestione di incarichi difensivi o di altri carichi di lavoro dell’Avvocatura aziendale. Pertanto, nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale e dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità e pubblicità, si stabiliscono le modalità per il conferimento da parte dell’Azienda di incarichi di patrocinio legale a professionisti esterni, nonché le condizioni giuridiche ed economiche.

- 2) il “Regolamento per la concessione del **patrocinio legale ai dipendenti** del Grande Ospedale Metropolitano Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria”, adottato con la delibera del Commissario Straordinario n. 588 del 1/08/2023, che disciplina le condizioni e la procedura di ammissione al patrocinio legale con oneri a carico dell’Azienda, in favore dei dipendenti dell’Azienda, sia dirigenti che di comparto, ai sensi delle vigenti disposizioni dei CC.CC.NN.L., coinvolti in procedimenti di responsabilità civile, penale o contabile – amministrativa per fatti o atti direttamente connessi all’espletamento del servizio e all’adempimento dei compiti d’ufficio.

Con delibera n. 1514 del 3.12.2025 è stato avviato l’avviso pubblico per la formazione di una short list di avvocati del libero foro per l’affidamento di incarichi professionali di collaborazione esterna del Grande Ospedale Metropolitano.

Misure relative alla realizzazione di lavori ed acquisizione di beni – PNRR

Il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)* costituisce la strategia nazionale di utilizzo del programma Next Generation EU, un piano temporaneo di investimenti dell’Unione Europea, approvato nel luglio 2020 per sostenere e rilanciare le economie degli stati membri UE colpiti dalla pandemia da Covid-19.

Nell’ambito del programma di investimenti del PNRR, il G.O.M., come le altre Aziende Ospedaliere e Sanitarie, è **soggetto attuatore delegato** che provvede all’esercizio delle competenze relative all’avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi, pur mantenendo la Regione la titolarità di **soggetto attuatore** responsabile nei confronti del Ministero della Salute, nonché la regia e il coordinamento degli interventi.

L’Azienda ha colto le opportunità offerte dal PNRR per realizzare importanti investimenti che hanno richiesto un’attività di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza più specifica nei settori interessati dagli interventi, in grado di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi, entro le scadenze fissate nella decisione di approvazione del Piano stesso da parte dell’U.E..

In particolare, le Strutture aziendali maggiormente coinvolte nelle attività (U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A., U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica), hanno dovuto adempiere ai numerosi obblighi dettati dal Ministero della Salute e dalla Regione Calabria per il monitoraggio sulla realizzazione degli interventi.

Per il controllo sulla correttezza delle procedure messe in atto, la trasparenza degli affidamenti e la completa rendicontazione delle attività, il Ministero ha messo a disposizione la **piattaforma REGIS** grazie alla quale, mediante strumenti quali un cronoprogramma degli interventi, la gestione delle spese sostenute, l’inserimento della documentazione inerente l’affidamento degli appalti propedeutici alla realizzazione dell’intervento specifico ed i controlli di regolarità amministrativa e contabile, è possibile effettuare il controllo e/o la supervisione sui progetti sia da parte della stazione appaltante, sia da parte degli enti superiori preposti, nazionali e regionali.

I controlli sulle attività svolte e la loro corretta pubblicazione vengono monitorate dal R.P.C.T. previa verifica con i Direttori e Responsabili delle U.O. interessate.

Obblighi di informazione nei confronti del R.P.C.T.

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al R.P.C.T. di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

Tutti i Direttori/Responsabili delle strutture e tutti i Referenti aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al R.P.C.T., provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

Il R.P.C.T. fornisce, per contro, il proprio supporto alle Strutture fornendo loro anche aggiornamenti sulle norme e sulle indicazioni A.N.A.C. che intervengono in materia.

2.3.7 – Trasparenza

Finalità e quadro di riferimento

La presente sezione definisce gli **obiettivi, le misure organizzative e le modalità di attuazione della trasparenza amministrativa** dell’Azienda, in coerenza con il decreto legislativo n. 33/2013, come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016, con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e con la programmazione strategica e di performance contenuta nel presente P.I.A.O..

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dall’Azienda, finalizzata alla tutela dei diritti dei cittadini, alla promozione della partecipazione all’attività amministrativa e al rafforzamento delle forme di controllo diffuso sull’esercizio delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche, nel rispetto dei principi di imparzialità, buon andamento, efficacia, efficienza, integrità e responsabilità.

Obblighi di pubblicazione e flussi informativi

L’Azienda assicura l’adempimento sistematico degli obblighi di pubblicazione mediante la sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale, strutturata secondo le sottosezioni previste dalla normativa vigente e costantemente aggiornata.

La gestione degli obblighi di pubblicazione è disciplinata attraverso una **Tabella riepilogativa degli obblighi di pubblicazione**, allegata al presente Piano, che individua per ciascun obbligo:

- le strutture responsabili dell’individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati;
- le tempistiche di pubblicazione e aggiornamento;
- le modalità di monitoraggio;
- l’eventuale non applicabilità dell’obbligo all’Azienda.

I flussi informativi sono organizzati in modo da garantire la qualità, completezza, aggiornamento, accessibilità e riutilizzabilità dei dati, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Tempistiche di pubblicazione

La pubblicazione dei dati e dei documenti avviene nel rispetto delle tempistiche stabilite dalla normativa vigente e, in particolare:

- **pubblicazione tempestiva**, di norma entro 30 giorni dalla formazione del documento o del provvedimento;

- **aggiornamento periodico** (trimestrale, semestrale o annuale), entro 30 giorni dalla scadenza del periodo di riferimento;
- **termini specifici**, ove previsti da disposizioni normative settoriali.

Assetto organizzativo e responsabilità

Ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 33/2013, la presente sezione costituisce il **Programma per la Trasparenza** dell'Azienda per il triennio di riferimento del P.I.A.O..

Ciascun Direttore/Dirigente di struttura è responsabile degli obblighi di pubblicazione relativi ai procedimenti ed alle attività di propria competenza, ai sensi dell'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013.

Il Responsabile della pubblicazione:

- assicura la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati nei termini previsti;
- garantisce la qualità delle informazioni pubblicate;
- coordina gli operatori incaricati;
- cura l'alimentazione delle banche dati di cui all'art. 9-bis del d.lgs. n. 33/2013, ove applicabile;
- collabora con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.) nella gestione degli accessi civici.

Il R.P.C.T. svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo sull'attuazione delle misure di trasparenza, assicurandone la coerenza con le misure di prevenzione della corruzione.

Trasparenza, performance e monitoraggio

Per il triennio di riferimento del P.I.A.O. è confermato un **obiettivo di performance organizzativa**, assegnato a tutte le strutture aziendali, relativo al corretto e tempestivo aggiornamento delle sottosezioni di "Amministrazione Trasparente", in coerenza con le indicazioni del PNA e dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Il sistema di monitoraggio della trasparenza si articola in:

- monitoraggi periodici sugli obblighi di pubblicazione;
- verifiche specifiche in occasione delle attestazioni annuali ANAC/O.I.V.;
- monitoraggio delle istanze di accesso civico semplice e generalizzato.

In caso di inadempimenti gravi o reiterati, il R.P.C.T. provvede alle segnalazioni agli organi competenti, inclusi l'Ufficio Competente per i Procedimenti Disciplinari, la Direzione Strategica, l'O.I.V. e l'A.N.A.C., ai fini dell'attivazione delle responsabilità previste dalla normativa vigente.

Accesso agli atti e trasparenza

Il sistema della trasparenza è attuato non solo mediante gli obblighi di pubblicazione, ma anche attraverso gli strumenti di accesso ai dati e ai documenti detenuti dall'Azienda, distinti come segue:

- **accesso documentale** ex legge n. 241/1990;
- **accesso civico semplice** ex art. 5, comma 1, d.lgs. n. 33/2013;
- **accesso civico generalizzato (FOIA)** ex art. 5, comma 2, d.lgs. n. 33/2013.

Le modalità operative per l'esercizio dei diritti di accesso sono disciplinate dal regolamento aziendale sull'accesso agli atti amministrativi del adottato con delibera del Direttore Sanitario f.f. n. 823 del 20 dicembre 2024 pubblicato nella sezione **Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti – Accesso Civico** del sito istituzionale.

In attuazione delle Linee guida ANAC, inoltre, l’Azienda cura la pubblicazione nella predetta sezione del sito istituzionale del **Registro delle richieste di accesso civico e di accesso civico generalizzato**, aggiornato con cadenza semestrale, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

Trasparenza e tutela dei dati personali

L’Azienda assicura il bilanciamento tra esigenze di trasparenza e tutela dei dati personali, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), al d.lgs. n. 196/2003 e all’art. 5-bis del d.lgs. n. 33/2013.

Il R.P.C.T. opera in collaborazione con il **Responsabile della Protezione dei Dati** al fine di garantire che la pubblicazione e l’accesso ai dati avvengano nel rispetto dei principi di minimizzazione, pertinenza e proporzionalità, con particolare riferimento ai dati di natura sanitaria.

Comunicazione con i cittadini

Il sito web istituzionale www.gomrc.it rappresenta il principale strumento di comunicazione tra l’Azienda e i cittadini.

Inoltre, sono attivi i seguenti canali dedicati:

- trasparenza@ospedalerc.it,
- anticorruzione@ospedalerc.it.

Programma attività per il triennio 2026-2028

Di seguito si riportano le più rilevanti azioni programmate per il’anno 2026 nell’ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

ATTIVITÀ	SOGGETTI	ENTRO IL
Relazione sull’attività svolta nell’anno 2025 in tema di prevenzione della corruzione, da pubblicare su sito aziendale.	R.P.C.T.	31 gennaio
Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.).	R.P.C.T.	31 gennaio
Pubblicazione su sito istituzionale del P.I.A.O. 2026-2028.	R.P.C.T.	31 gennaio
Comunicazione alle UO del P.I.A.O.	R.P.C.T.	15 febbraio
Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente al 31/03/2026 - 1° monitoraggio.	R.P.C.T. e Direttori U.O.C./UOSD	15 aprile
Verifica dei dati inseriti in Amministrazione Trasparente al 30/06/2026 - 2° monitoraggio.	R.P.C.T. e Dirigenti U.O.C./UOSD	15 luglio
Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente al 30/09/2026 - 3° monitoraggio.	R.P.C.T. e Dirigenti U.O.C./UOSD	15 ottobre
Monitoraggio misure organizzative per il trattamento del rischio e analisi rischi corruttivi.	R.P.C.T. e Referenti/Dirigenti	31 dicembre
Attività formative in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.	R.P.C.T., Formazione, Referenti, Dirigenti Strutture	31 dicembre

Tabella 6 Sez. 2.3 – Programma di attività.

SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L’Azienda ha ridefinito il proprio modello organizzativo, in coerenza con il D.C.A. n. 360 del 20 novembre 2024 di riordino della rete ospedaliera, mediante l’**Atto Aziendale** di diritto privato, adottato con la delibera del Commissario Straordinario n. 607 del 5 giugno 2025, ad oggi, in attesa di approvazione regionale.

Nelle more dell’approvazione del nuovo Atto Aziendale, pertanto, l’organizzazione ed il funzionamento dell’Azienda sono ancora disciplinati con l’Atto Aziendale approvato con la delibera del Direttore Generale n. 578 del 19 luglio 2016, approvato dal Commissario ad acta con il D.C.A. n. 82 del 25 luglio 2016 ed attivo dal 1 agosto 2016 con la delibera n. 588 del 28 luglio 2016.

L’Azienda ha anche adottato il “*Piano di rientro aziendale triennio 2019-2021*” ai sensi della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 528, del decreto del Ministero della Salute del 21.6.2016 e del decreto del Commissario ad acta n. 104 del 28 settembre 2016 con delibera n. 386 del 28 giugno 2019 ed il relativo allegato tecnico che sono stati in seguito approvati con il decreto del Commissario ad Acta n. 151 del 18 novembre 2019.

Alla base delle scelte di riprogettazione organizzativa vi è l’obiettivo della Direzione Aziendale di semplificare i ruoli direzionali, ridurre la frammentazione organizzativa che genera costi di coordinamento, valorizzare le sinergie, ottimizzare professionalità, spazi e dotazioni tecnologiche (nei Dipartimenti e grazie all’istituzione di un gruppo operativo interdipartimentale), rafforzare gli staff direzionali.

3.1.1 Organigramma

Il modello organizzativo aziendale è di tipo dipartimentale con n. 8 Dipartimenti Strutturali e n. 4 Dipartimenti Funzionali. Le Strutture Operative Complesse aziendali sono n. 45; le Strutture Operative Semplici sono n. 65, delle quali n. 13 Dipartimentali.

Di seguito (Figure 1 e 2) si presenta l’assetto organizzativo del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi – Melacrino – Morelli” di Reggio Calabria, evidenziando i vari dipartimenti e l’articolazione dello Staff Direzionale.

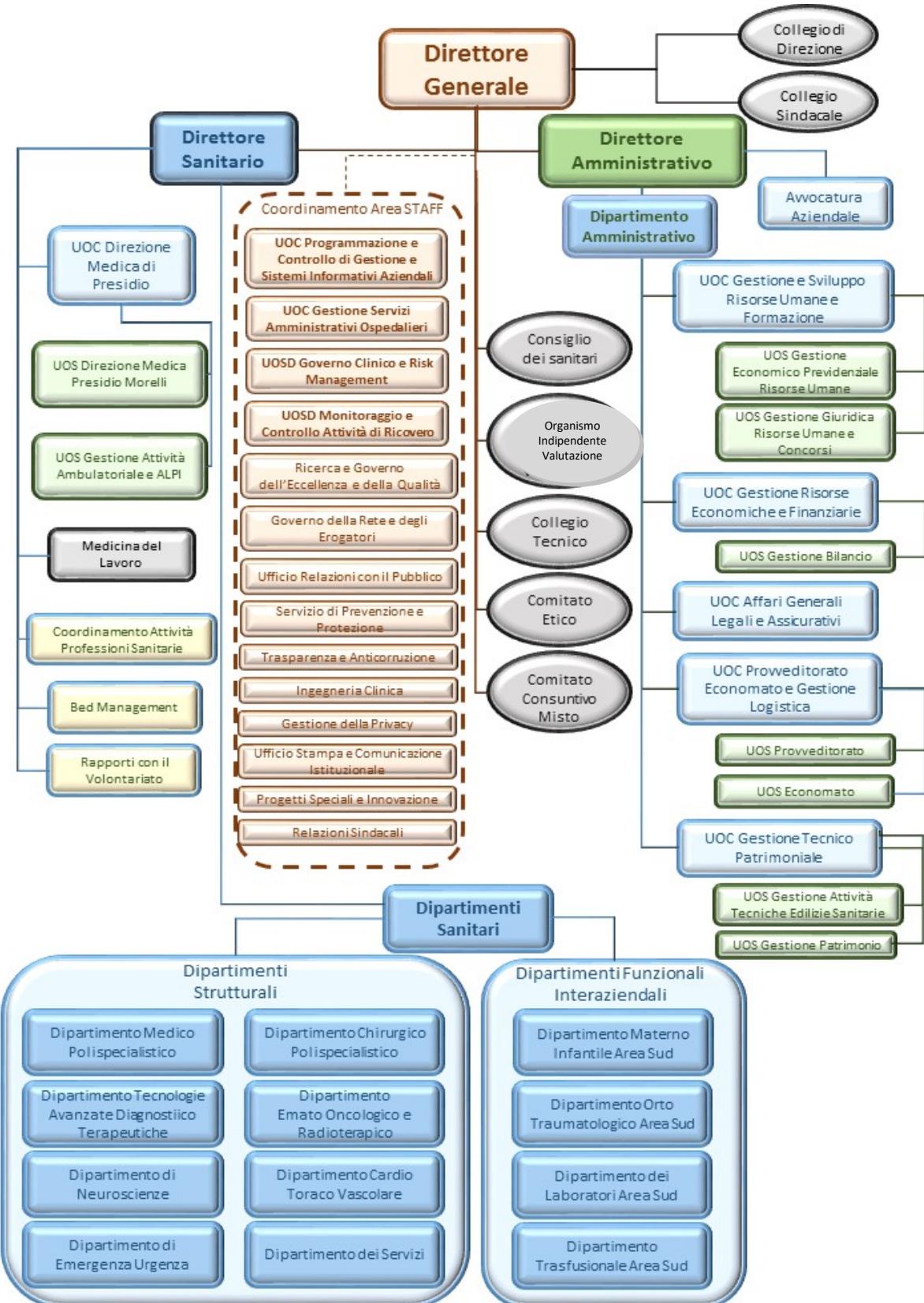


Grafico 20 – Organigramma del G.O.M. "Bianchi Melacrino Morelli" Reggio Calabria.

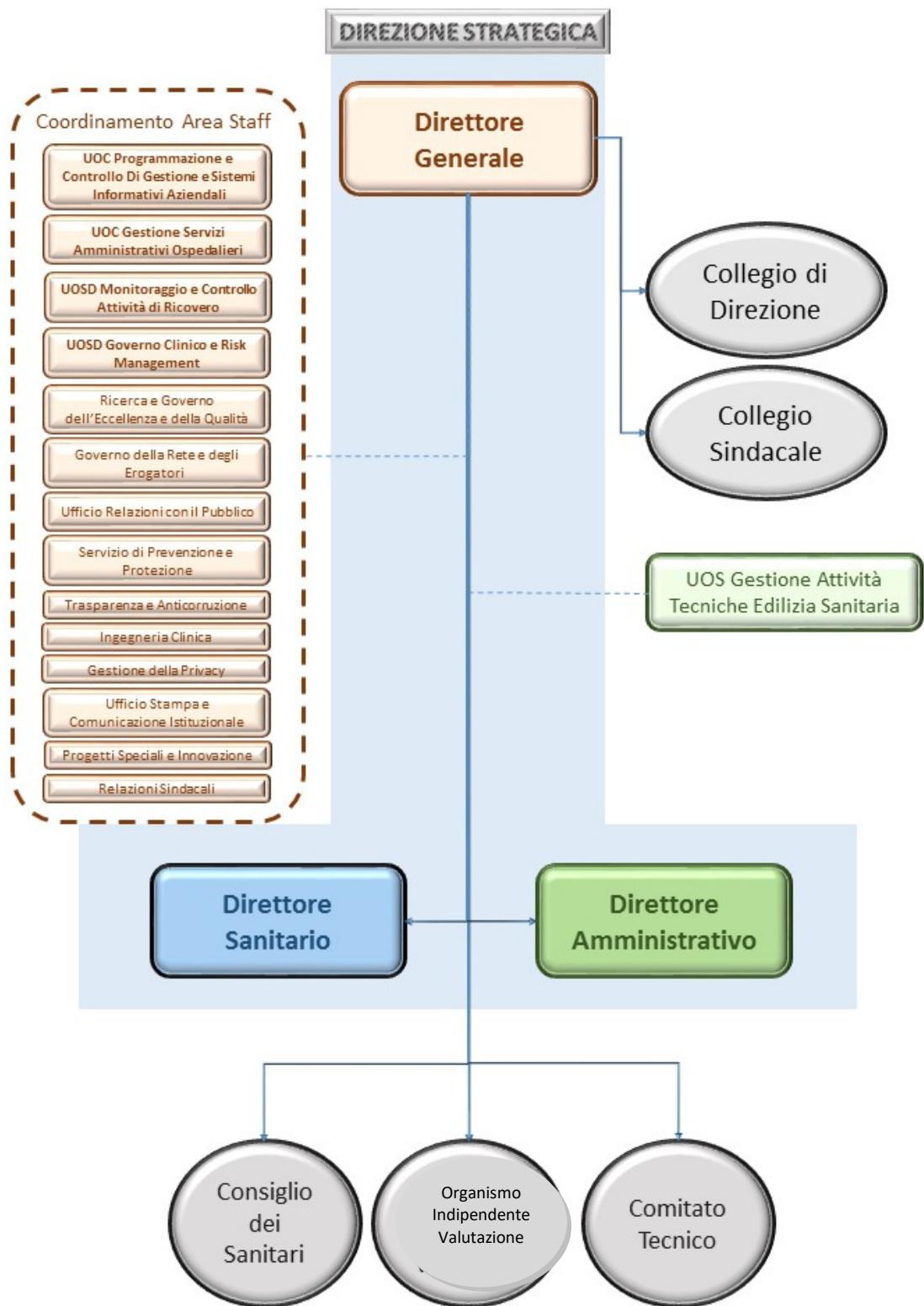


Grafico 21 – Organigramma della Direzione Strategica

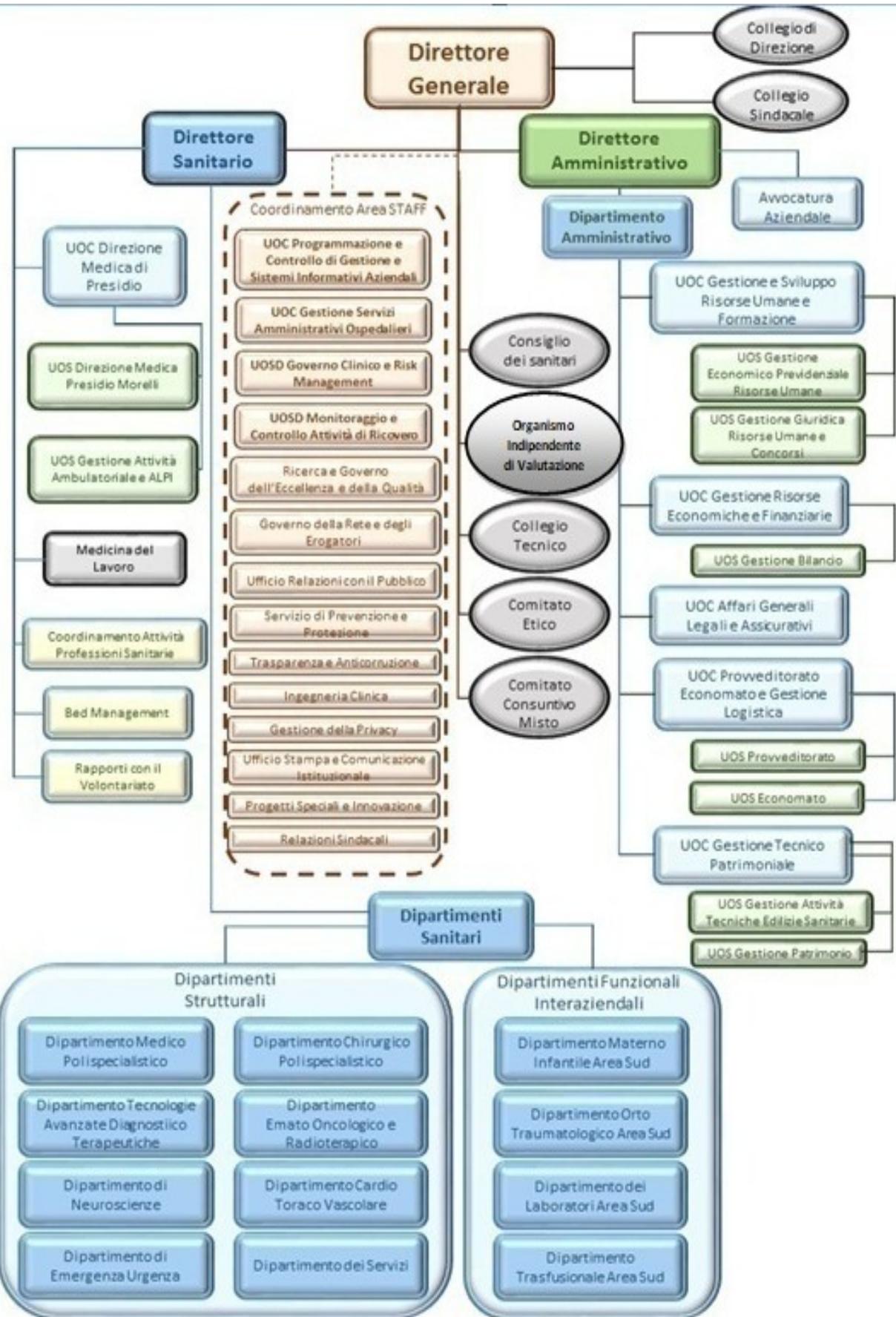


Grafico 22 – Organigramma della Direzione Strategica e dei Dipartimenti.

Il modello organizzativo aziendale è, dunque, di tipo dipartimentale con n. 1 Dipartimento Amministrativo, n. 8 Dipartimenti Sanitari Strutturali e n. 4 Dipartimenti Sanitari Funzionali. Le strutture operative ospedaliere comprendono n. 39 unità operative complesse e n. 13 unità operative semplici dipartimentali.

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Il Dipartimento Amministrativo è un'unità organizzativa a carattere gestionale la cui principale funzione è quella di garantire supporto alla Direzione Strategica e alle varie articolazioni aziendali, coordinando ed integrando tutti i processi tecnico amministrativi necessari alla realizzazione della missione aziendale.

Unità operative afferenti al Dipartimento Amministrativo:

1. U.O.C. AFFARI GENERALI, LEGALI E ASSICURATIVI,
2. U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE E FORMAZIONE,
3. U.O.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE,
4. U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE,
5. U.O.C. PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA.

DIPARTIMENTI SANITARI

DIPARTIMENTI STRUTTURALI

1. *Dipartimento Medico Polispecialistico*

Nell'ambito delle attività dell'Azienda il *Dipartimento Medico Polispecialistico* eroga prestazioni sanitarie di elevata complessità, rispondendo alla domanda di assistenza sanitaria plurispecialistica della popolazione assistita secondo criteri di appropriatezza, efficacia e qualità.

Il Dipartimento Medico Polispecialistico si propone di promuovere l'eccellenza nella pratica clinica quotidiana, capace di affrontare e risolvere problemi clinici complessi avvalendosi di una struttura flessibile e plurifunzionale in un paziente spesso fragile, polipatologico, anziano, facendosi carico di patologie epidemiologicamente rilevanti. Grazie alla sua componente specialistica il dipartimento è inoltre in grado di affrontare e risolvere problematiche cliniche di grande complessità, ponendosi come riferimento regionale e nazionale nel follow-up pre e post trapianto di rene, oltre che nel campo infettivologico.

Il Dipartimento Medico Polispecialistico si propone, inoltre, secondo criteri di appropriatezza, di migliorare l'integrazione fra la fase acuta e la bassa intensità di cure, favorendo l'implementazione di percorsi clinico-assistenziali post-ricovero e la continuità assistenziale.

Unità operative afferenti al Dipartimento Medico Polispecialistico:

1. U.O.C. DERMATOLOGIA,
2. U.O.C. DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA,
3. U.O.C. GASTROENTEROLOGIA,
4. U.O.C. GERIATRIA,
5. U.O.C. MALATTIE INFETTIVE,
6. U.O.C. MEDICINA GENERALE,
7. U.O.C. NEFROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO,

8. U.O.C. PNEUMOLOGIA,
9. U.O.C. PSICHIATRIA (unità operativa allocata presso il Presidio “Riuniti” afferente all’ASP di RC),
10. U.O.C. RECUPERO E RIABILITAZIONE,
11. U.O.S.D. REUMATOLOGIA.

2. Dipartimento Chirurgico Polispecialistico

Si propone come dipartimento per l’erogazione di prestazioni di chirurgia generale e specialistica di elevata complessità svolte secondo criteri di appropriatezza e qualità. Grazie alla sua componente specialistica, il dipartimento è in grado di affrontare e risolvere problematiche cliniche di grande complessità, della chirurgia generale e specialistica. Ulteriore compito del dipartimento è quello di integrare e supportare l’attività chirurgica in urgenza effettuata dal Dipartimento Emergenza-Urgenza.

Unità operative afferenti al Dipartimento Chirurgico Polispecialistico:

1. U.O.C. CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA,
2. U.O.C. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA,
3. U.O.C. UROLOGIA ABILITATA AL TRAPIANTO,
4. U.O.S.D. BLOCCO OPERATORIO,
5. U.O.S.D. ENDOCRINOCHIRURGIA (da attivare).

3. Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare

Il Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, di nuova istituzione, rispondendo alla domanda di assistenza sanitaria, nasce come centro di eccellenza e di riferimento per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie cardiologiche, cardiochirurgiche, toraciche e vascolari. All’interno del Dipartimento è garantita l’erogazione di servizi e prestazioni sanitarie di elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità.

L’Azienda ha inteso attivare, di concerto con la struttura commissariale, tutte le procedure per l’apertura della prima Cardiochirurgia Ospedaliera della Calabria, con il preciso obiettivo di fornire un servizio di eccellenza ai cittadini e conseguentemente ridurre la mobilità passiva delle patologie di interesse cardiochirurgico dalla nostra provincia e Regione.

La mission del dipartimento è sviluppare l'eccellenza nell'attività chirurgica attraverso la collaborazione multiprofessionale, l'applicazione integrata delle tecnologie più avanzate, l'impegno nella cultura medico-clinica e nella formazione degli operatori, finalizzando le risorse professionali, tecniche e strumentali secondo livelli di assistenza appropriati alle necessità di cura del paziente.

Unità operative afferenti al Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare:

1. U.O.C. CARDIOLOGIA E U.T.I.C.,
2. U.O.C. CARDIOCHIRURGIA,
3. U.O.C. CHIRURGIA VASCOLARE,
4. U.O.C. CHIRURGIA TORACICA,
5. U.O.S.D. RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA.

4. Dipartimento Onco-Ematologico e Radioterapico

Il Dipartimento Onco - Ematologico e Radioterapico si propone di migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita del paziente affetto da malattie oncologiche ed ematologiche attraverso il concorso dell'ottimizzazione dell'assistenza necessariamente coniugata con l'innovazione terapeutica.

Il Dipartimento Onco-Ematologico e Radioterapico rappresenta l'ambito naturale nel quale si realizzano le terapie multimodali, cui concorrono direttamente o funzionalmente l'oncologia medica e l'ematologia.

Unità operative afferenti al Dipartimento Onco-Ematologico e Radioterapico:

1. U.O.C. CENTRO TRAPIANTI MIDOLLO OSSEO,
2. U.O.C. EMATOLOGIA,
3. U.O.C. ONCOLOGIA MEDICA,
4. U.O.C. RADIOTERAPIA ONCOLOGICA,
5. U.O.S.D. MICROCITEMIE - EMOSTASI E TROMBOSI,
6. U.O.S.D. ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA,
7. U.O.S.D. BANCA DEL CORDONE.

5. Dipartimento Neuroscienze

Il Dipartimento Neuroscienze si caratterizza per l'elevato livello di specializzazione delle sue componenti e per una consuetudine all'integrazione tra strutture diagnostiche e assistenziali, conseguente ad uno sviluppo culturale in continua evoluzione.

Il Dipartimento, inoltre, si avvale di apparecchiature con tecnologia avanzata.

Unità operative afferenti al Dipartimento Neuroscienze:

1. U.O.C. NEUROLOGIA,
2. U.O.C. NEUROCHIRURGIA,
3. U.O.C. OTORINOLARINGOLOGIA,
4. U.O.C. OCULISTICA,
5. U.O.S.D. TERAPIA DEL DOLORE.

6. Dipartimento Emergenza-Urgenza

Obiettivo primario dell'attività dipartimentale è la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti che presentano acutamente gravi compromissioni delle funzioni vitali e la costante applicazione delle metodiche di trattamento di eccellenza. Particolare attenzione viene posta all'aspetto multidisciplinare e all'integrazione funzionale delle diverse competenze professionali presenti all'interno dell'azienda e a vario titolo coinvolte nella gestione di queste problematiche cliniche, specificatamente attraverso la produzione di protocolli e linee guida condivisi e la revisione sistematica della casistica, al fine di creare una cultura diffusa dell'emergenza-urgenza clinica, integrata rispetto all'attività clinica ordinaria elettiva.

Unità operative afferenti al Dipartimento Emergenza – Urgenza:

1. U.O.C. CENTRO REGIONALE TRAPIANTI,
2. U.O.C. SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE,
3. U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA (MCAE),
4. U.O.C. TERAPIA INTENSIVA,
5. U.O.S.D. TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA.

7. Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche

Il Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche ha come elemento caratterizzante l'integrazione di conoscenze, risorse umane e tecnologie per la diagnostica e la terapia attraverso l'impiego di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti.

Il Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche valorizza e ottimizza l'impiego della strumentazione diagnostico e terapeutica, in particolare quella di elevato valore tecnologico e clinico di area radiologica, e ritiene fondamentale l'approccio multidisciplinare per il raggiungimento dei compiti assegnati.

Unità operative afferenti al Dipartimento Tecnologie Avanzate Diagnostico Terapeutiche:

1. U.O.C. RADIOLOGIA RIUNITI,
2. U.O.C. MEDICINA NUCLEARE,
3. U.O.C. FISICA SANITARIA,
4. U.O.C. NEURORADIOLOGIA,
5. U.O.S.D. RADIOLOGIA MORELLI.

8. Dipartimento dei Servizi

Il Dipartimento dei Servizi si caratterizza come fornitore di servizi sia per le U.O.C. interne che per gli utenti esterni all'Azienda e riveste un ruolo importante di supporto all'attività clinica. Il Dipartimento dei Servizi persegue la capacità di mantenere una continua attenzione alla qualità e tempestività del servizio offerto, alla completezza della diagnostica offerta e alla sua costante aderenza alle necessità cliniche, all'aggiornamento delle prestazioni in base all'evoluzione delle discipline mediche, in particolare nelle aree critiche o di eccellenza nelle quali la diagnostica di laboratorio è fondamentale (quali ad es. emergenza, trapianti, onco-ematologia).

Questo obiettivo è perseguito anche attraverso lo sviluppo di opportune sinergie organizzative per l'ottimizzazione delle risorse, sia all'interno del dipartimento sia con strutture che erogano prestazioni di medicina di laboratorio afferenti ad altri dipartimenti.

Unità operative afferenti al Dipartimento dei Servizi:

1. U.O.C. ANATOMIA PATHOLOGICA,
2. U.O.C. LABORATORIO ANALISI,
3. U.O.C. MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA,
4. U.O.C. FARMACIA,
5. U.O.S.D. CITOLOGIA DIAGNOSTICA PREVENZIONE TUMORI (non attiva),
6. U.O.S.D. TIPIZZAZIONE TISSUTALE,
7. U.O.S.D. GENETICA MEDICA.

DIPARTIMENTI FUNZIONALI

1. Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile Area-Sud

Il *Dipartimento Materno-Infantile dell'Area Sud* è un dipartimento funzionale su base interaziendale, comprendendo le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda Sanitaria Provinciale e del Grande Ospedale Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera.

Tale Dipartimento è deputato all'assistenza di donne, bambini e adolescenti mediante interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assicurando:

- la promozione e tutela della salute della donna e della coppia (assistenza alla coppia nella pianificazione familiare, assistenza alla donna, con particolare attenzione alla gravidanza, parto e puerperio);
- la promozione e tutela della salute dei bambini e degli adolescenti (assistenza al neonato sano e al neonato con patologie, assistenza al minore sano e al minore con bisogni speciali o con malattie croniche, riabilitazione dei minori disabili).

All'interno del dipartimento Materno-Infantile sono presenti servizi territoriali ed ospedalieri collegati in rete ed in particolare:

- strutture ospedaliere di Pediatria;
- strutture ospedaliere di Ostetricia e Ginecologia;
- strutture ospedaliere di Neonatologia e di Terapia Intensiva Neonatale;
- strutture ospedaliere e territoriali di Neuropsichiatria Infantile;
- consultori familiari;

assicurando, inoltre, il collegamento con le altre strutture che offrono prestazioni e servizi per minori (Medicina Fisica e Riabilitazione, Psicologia, Prevenzione, ecc.).

Unità operative del afferenti al Dipartimento Interaziendale Materno-Infantile Area Sud:

1. U.O.C. NEONATOLOGIA,
2. U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA,
3. U.O.C. PEDIATRIA.

2. Dipartimento Interaziendale Orto-Traumatologico Area Sud

Il *Dipartimento Orto-Traumatologico dell'Area Sud* è un dipartimento funzionale su base interaziendale comprendente strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda Sanitaria Provinciale e del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, in coerenza con quanto definito per la rete ospedaliera.

Il Dipartimento Orto-Traumatologico dell'Area Sud, nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale, risponde ai bisogni della popolazione dell'area di riferimento, attraverso la condivisione di percorsi clinico-assistenziali, standard di appropriatezza delle prestazioni, best practice e modelli organizzativi.

3. Dipartimento Interaziendale Medicina di Laboratorio Area Sud

Si propone come dipartimento con un importante ruolo di fornitore di servizi sia per i clienti interni che esterni all’Azienda avendo come obiettivo l’efficacia e l’efficienza da raggiungere attraverso sinergie organizzative intra ed interdipartimentali volte all’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse.

Il dipartimento medicina di laboratorio riveste un importante ruolo di supporto all’attività clinica: la strategia che esso persegue è la capacità di mantenere una continua attenzione alla qualità e tempestività del servizio offerto, alla completezza della diagnostica offerta e alla sua costante aderenza alle necessità cliniche, all’aggiornamento delle prestazioni in base all’evoluzione delle discipline mediche, in particolare nelle aree critiche o di eccellenza della nostra azienda nelle quali la diagnostica di laboratorio è fondamentale (quali ad es. emergenza, trapianti, onco-ematologia). Questo obiettivo è perseguito anche attraverso lo sviluppo di opportune sinergie organizzative per l’ottimizzazione delle risorse, sia all’interno del dipartimento sia con strutture che erogano prestazioni di medicina di laboratorio afferenti ad altri dipartimenti.

Inoltre, la completezza e l’elevato livello di specializzazione della diagnostica vengono messe a disposizione non solo degli utenti interni od esterni dell’azienda, ma anche di altre strutture sanitarie.

4. Dipartimento Interaziendale Trasfusionale Area Sud

Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale dell’Area Sud costituisce l’ambito territoriale di riferimento per sviluppare un’integrazione e un forte coordinamento tra i Servizi Trasfusionali dell’intera provincia di Reggio Calabria. Il nuovo modello organizzativo si propone il miglioramento dei livelli di qualità ed efficienza dei servizi trasfusionali nonché la promozione di tutti gli aspetti legati alla sicurezza della donazione e della trasfusione del sangue.

Al Dipartimento interaziendale afferiscono le Strutture Trasfusionali dell’intera provincia di Reggio Calabria modulate su diversi livelli di attività, realizzando così una specifica rete secondo il modello Hub e Spoke. Il Servizio Trasfusionale del Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli”, centro HUB, svolge la funzione di Unità di Coordinamento.

3.1.2 Risorse umane

L’Azienda considera le risorse umane un fattore essenziale per l’erogazione dei propri servizi e per la qualità degli stessi. L’importanza di tali risorse giustifica gli investimenti in attività formative e di aggiornamento professionale, nonché l’attenzione ai sistemi di valutazione del loro operato; in considerazione della valenza altamente strategica, l’Azienda sostiene la valorizzazione del personale, con l’obiettivo di renderlo il più possibile partecipe delle scelte aziendali, favorendo l’espressione delle capacità propositive e la responsabilizzazione rispetto alla propria attività, utilizzando allo scopo anche gli istituti incentivanti contrattualmente previsti.

Tale impegno si sviluppa con l’obiettivo di disporre di personale qualificato ed efficiente, preparato sia sotto il profilo professionale che relazionale ed in numero adeguato rispetto alle richieste dei diversi servizi.

L’Azienda si avvale in maggioranza di personale dipendente suddiviso nelle quattro diverse “aree”: medica, sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa.

Al 31.12.2025 le risorse umane sono pari a n. 1.802 unità, comprensive anche del personale assunto a tempo determinato, distribuito per ruolo secondo quanto indicato nella tabella seguente:

RUOLO	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
AMMINISTRATIVO	3	88	91
PROFESSIONALE	4	-	4
RELIGIOSO	-	1	1
SANITARIO	439	983	1.422
SOCIOSANITARIO	-	260	260
TECNICO	-	24	24
TOTALE	446	1.356	1.802

Tabella 1 Sez. 3 – Personale al 31.12.2025.

Analisi di genere

Dei complessivi n. 1.802 dipendenti n. 1.112 sono donne (61,70%) e n. 690 sono uomini (38,30%).

RUOLO	DIRIGENZA			COMPARTO			TOT. COMPLESSIVO
	F	M	TOT.	F	M	TOT.	
AMMINISTRATIVO	1	2	3	51	37	88	91
PROFESSIONALE	1	3	4	-	-	-	4
RELIGIOSO	-	-	-	-	1	1	1
SANITARIO	224	215	439	680	303	983	1.422
SOCIOSANITARIO	-	-	-	153	107	260	260
TECNICO	-	-	-	2	22	24	24
Totale	226	220	446	886	470	1356	1.802

Tabella 2 Sez. 3 – Distribuzione per ruolo del personale del G.O.M. al 31.12.2025.

Approfondendo l’analisi di genere, si riscontra che nei ruoli dirigenziali risultano presenti complessivamente n. 226 donne (50,67%) e n. 220 uomini (49,33%), mentre per il personale non dirigente risultano n. 886 donne (65,34%) e n. 470 uomini (34,66%).

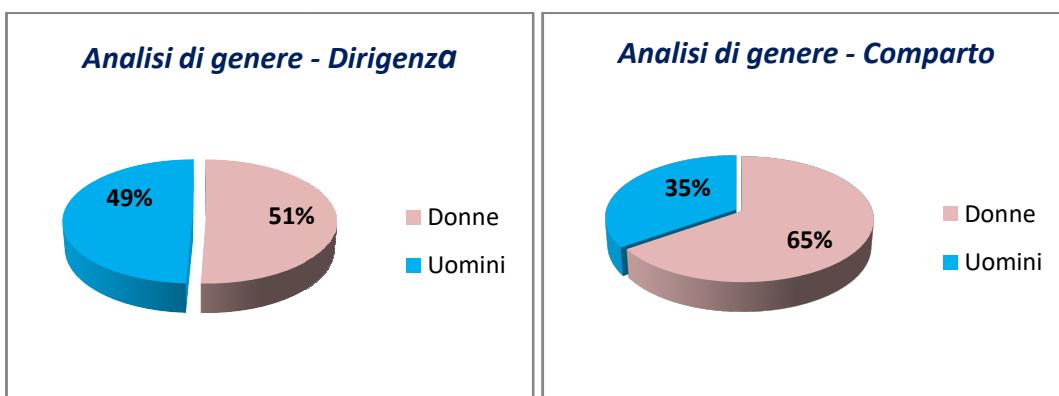


Grafico 25 – Analisi di genere.

3.2 PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA)

Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria, durante l'emergenza da virus Covid-19, ha avviato un percorso sperimentale di sviluppo interno volto alla valorizzazione di forme di "organizzazione agile", facendo ricorso allo "smart working" quale modalità di lavoro finalizzata al contrasto della pandemia e strumento di garanzia per l'erogazione dei servizi ordinari.

Il lavoro agile che ha caratterizzato il periodo emergenziale ha avuto come obiettivo principale quello del "distanziamento sociale" a tutela della salute pubblica, mentre il lavoro agile previsto dalla legge (ex art. 18 comma 1 Legge n. 81/2017) ha lo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro.

La "sperimentazione" messa in atto durante l'emergenza pandemica ha evidenziato come il ricorso al lavoro agile, se ben strutturato ed organizzato, possa comportare l'avvio di una rivoluzione della cultura organizzativa, poiché apre a una modalità di prestazione lavorativa che esula dalla concezione secondo la quale essa debba essere svolta in una sede e in un orario di lavoro definiti. In tale contesto, il G.O.M. ha avviato un sistema di flessibilità organizzativa che permetta di ottenere una maggiore produttività attraverso l'incremento di autonomia e responsabilità dei dipendenti nell'attivazione di forme di lavoro a distanza, pur con le caratteristiche peculiari proprie di un contesto ospedaliero.

È evidente che nel caso dell'Azienda Ospedaliera non tutti i dipendenti possono beneficiare delle opportunità offerte della nuova normativa. La loro applicazione è, infatti, possibile solo in aree di attività dei servizi amministrativi e di supporto, mentre non sono applicabili nelle aree preposte all'attività di produzione sanitaria.

In particolare, restano escluse dalla possibilità di svolgimento dell'attività lavorativa "agile" le attività assistenziali di diagnosi e cura implicanti contatto diretto con i pazienti o le attività che richiedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile in modalità remota, mentre possono accedere al lavoro agile quelle figure professionali, prevalentemente impiegate nei servizi amministrativi e di supporto (affari generali, gestione del personale, approvvigionamenti, ragioneria, Direzione Medica di Presidio, ecc.).

Con le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, le prestazioni lavorative di queste figure professionali non sono più collegate al posto di lavoro inteso come luogo fisico, ma spesso sono prestazioni che possono essere svolte in remoto, generalmente orientate ai progetti ed ai programmi di lavoro.

Il paradigma di tale trasformazione è il concetto di "smart working", da intendere come una cultura del lavoro che dedica maggiore attenzione ai risultati e meno alla presenza fisica, il quale è stato tradotto con la locuzione italiana di "lavoro agile" e definisce una modalità lavorativa dove la priorità viene data al risultato della prestazione del lavoratore piuttosto che alla sua effettiva presenza sul posto di lavoro.

Con le linee guida "Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e Indicatori di Performance" il Dipartimento della Funzione Pubblica ha inteso fornire alcune indicazioni metodologiche per

supportare le amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, focalizzando l'attenzione su obiettivi e indicatori di performance, funzionali a un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche.

L'Azienda, ha inserito nella presenta sottosezione del *Piano Integrato di Attività e Organizzazione* (P.I.A.O) un programma di interventi da implementare nel triennio 2026-2028 la modalità di lavoro agile in regime ordinario, da aggiornare in rapporto allo sviluppo del quadro normativo.

In particolare sono di seguito descritti:

- il livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile;
- le condizioni e i fattori riabilitanti (misure organizzative, piattaforme tecnologiche, competenze professionali);
- gli obiettivi individuati dall'Azienda ed i sistemi di misurazione della performance;
- i contributi al miglioramento delle performance, intermini di efficienza e di efficacia.

3.2.1 Livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile

Durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, l'Azienda ha adottato una modalità di attivazione dello Smart Working in linea con le indicazioni nazionali, regionali ed aziendali.

Tali misure hanno riguardato tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, con esclusione del personale a contatto diretto con i pazienti o delle attività che comunque richiedevano la presenza in sede.

Il lavoro agile è stato conseguentemente attivato, a seguito di una valutazione da parte del Direttore delle singole Unità Operative, assicurando prioritariamente la presenza del personale con qualifica dirigenziale.

Con delibera n. 1113 del 28/12/2023 l'Azienda ha approvato il regolamento per il lavoro agile (smart working) per disciplinare una modalità di esecuzione della prestazione lavorativa volta a promuovere una migliore conciliazione dei tempi vita/lavoro, ma anche quale misura che inneschi cambiamenti positivi in termini di ammodernamento organizzativo e manageriale, in grado di sviluppare processi virtuosi con impatti positivo sul benessere dei lavoratori e sull'efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa.

Nelle tabelle seguenti si riportano in maniera sintetica i dati relativi al personale che ha svolto attività in smart working nel periodo 2022/2024.

NR.DIPENDENTI IN SMART WORKING	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Affari Generali, Legali e Assicurativi	1	-	-	-
Gestione Attività Tecniche e Patrimonio	-	1	1	-
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	-	-	-	-
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	-	-	-	-
Provveditorato Economato e Gestione Logistica	1	-	-	1
Avvocatura	-	-	-	-
Area Staff Direzione Generale	2	-	-	-

Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	-	1	-	-
Monitoraggio e Controllo Ricoveri	-	-	-	-
Totale complessivo	4	2	1	1

Tabella 3 Sez. 3 - Attività (unità) di smart working 2022-2024.

NR. GIORNATE IN SMART WORKING	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Affari Generali, Legali e Assicurativi	1	-	-	-
Gestione Attività Tecniche e Patrimonio	-	12	22	
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	-	-	-	-
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	-	-	-	-
Provveditorato Economato e Gestione Logistica	4	-	-	9
Avvocatura	-	-	-	-
Area Staff Direzione Generale	24	-	-	-
Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	-	16	-	-
Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero	-	-	-	-
Totale complessivo	29	28	22	9

Tabella 4 Sez. 3 - Attività (ore) di smart working 2022-2024.

3.2.2 Le condizioni e i fattori abilitanti del lavoro agile

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

L’Azienda ha proceduto, pertanto, ad un’analisi preliminare del suo stato di salute, al fine di individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l’implementazione del lavoro agile, oltre che di eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo.

In particolare, sono stati valutate:

A. Le misure organizzative: Per un’attuazione del lavoro agile che si adatti al meglio alla tipologia di lavoro svolta dalle singole unità organizzative e alle diverse mansioni svolte dai singoli dipendenti, è demandata al personale dirigente di ogni unità organizzativa l’effettuazione della mappatura (e nel relativo aggiornamento) dei processi e delle attività, anche finalizzata all’eventuale individuazione di quelle attività che non possono essere svolte secondo le modalità di lavoro agile.

Si riporta di seguito una prima tabella di sintesi, da aggiornare e/o integrare, con la mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile e i relativi volumi.

Nella tabella sono, inoltre, specificati alcuni degli obiettivi raggiungibili con l’introduzione del lavoro agile sulla specifica attività:

- *Qualità del lavoro:* possibilità di svolgere qualitativamente meglio l’attività in modalità agile, potendo disporre di un contesto meno soggetto a interruzioni e/o dinamiche di ufficio che possono portare a interruzioni e/o distrazioni.
- *Quantità del lavoro:* possibilità di incrementare la produttività grazie al lavoro agile, sia perché questo porta ad una ottimizzazione dei tempi (ad esempio nello svolgimento delle riunioni e nell’utilizzo di procedure e strumenti digitali) sia come ricaduta del precedente obiettivo;

- *Qualità percepita dall'utente*: il servizio svolto in modalità agile può risultare conveniente e di maggiore qualità anche per l'utente del servizio;
- *Accessibilità*: il lavoro agile apre alla possibilità di svolgere alcune attività al di fuori del consueto orario di lavoro e/o rende più accessibili alcuni servizi (ad esempio colloqui, visite, etc).

A tali obiettivi si aggiungono alcuni obiettivi scontati e trasversali, non riportati in tabella, quali il benessere del lavoratore, la riduzione di assenze, la razionalizzazione degli spazi, la riduzione degli spostamenti.

Unità Operativa	Attività	Obiettivi				Volume attività
		Qualità del lavoro	Quantità tempo	Qualità percepita	Accessibilità servizio	
Affari Generali, Legali e Assicurativi	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	15%
	Gestione rapporti con broker, compagnie assicurative, difensori, consulenti tecnici, ecc.	X	X	X		
	Predisposizione convenzioni con altri Enti	X	X	X		
Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	30%
	Accreditamento e chiusura corsi in ECM	X	X		X	
	Applicazioni contrattuali e relazioni sindacali/Fondi: stesura documentazione (regolamenti, accordi, gestione della corrispondenza) ed elaborazioni dati.	X	X			
	Area economica/stipendi: elaborazioni inerenti tutte le verifiche relative ai pagamenti degli stipendi ed al monitoraggio costi del personale	X	X			
	Area Giuridica: stesura atti (determine, delibere), gestione part-time, mobilità, autorizzazioni per incarichi extraistituzionali	X	X			
	Concorsi e procedure selettive: stesura bandi	X	X			
	Gestione previdenziale: gestione pratiche quiescenza	X	X			
	Progettazione e gestione eventi formativi interni	X	X			
	Pubblicazione dati	X	X			
Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	15%
	Contabilizzazione fatture elettroniche passive	X	X			
	Emissione fatture attive	X	X			
	Emissione mandati di pagamento per fornitori	X	X			
	Regolarizzazione provvisori di entrata	X	X			
Gestione Tecnico Patrimoniale	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	25%
	Programmazione e progettazione interventi manutentivi	X	X			
	Stesura di relazioni, documentazione, ecc.	X	X			
Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X	X	X	30%
	Gestione gare CONSIP	X	X	X	X	
	Gestione ordinativi di acquisto	X	X	X	X	
	Gestione procedure di gara	X	X	X	X	
	Liquidazione fatture	X	X	X	X	
Avvocatura	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	30%
	Redazione atti	X	X			
Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.	Assistenza agli utenti, gestione rapporti con i fornitori, ecc.	X	X	X	X	20%
	Gestione degli acquisti di beni e servizi informatici	X	X			
	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X		X	
	Gestione flussi informativi, analisi dati, statistica, data warehouse, business intelligence, ecc.	X	X			
	Redazione P.I.A.O./Relazione sulla Performance	X	X			
	Redazione Schede di budget	X	X			

	Reportistica infrannuale/annuale strutturata o su richiesta	X	X			
	Stesura capitolati, attività varie di Project Management, RUP e DEC relativamente alla fornitura di beni e servizi informatici	X	X			X
	Stesura di relazioni, documentazione, linee guida, manuali, ecc.	X	X			
Monitoraggio e Controllo Attività di Ricovero	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X			X
	Monitoraggio flussi SDO, CEDAP	X	X			
Direzione Medica di Presidio	Gestione della posta in entrata e assegnazione	X	X			X
	Assistenza agli utenti, gestione rapporti con i fornitori, Gestione Agende, ecc.	X	X	X		X

Tabella 4 Sez. 3 – Mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile.

Sulla base della mappatura delle attività erogabili in modalità agile, il Direttore/Dirigente della struttura definisce il numero complessivo dei dipendenti che, per la tipologia di mansioni svolte, possono accedere al lavoro agile. Al personale dirigente è, inoltre, richiesto di verificare periodicamente le condizioni abilitanti, affinché sia possibile concedere al maggior numero possibile di richiedenti l'opportunità di svolgere parte del proprio lavoro in modalità agile.

L'individuazione di tali condizioni abilitanti da parte della dirigenza permetterà, infatti, all'Azienda di pianificare l'adozione di eventuali atti o provvedimenti che consentano di ampliare progressivamente la platea dei lavoratori agili, andando oltre le limitazioni di fatto esistenti.

Per le parti non espressamente disciplinate si rimanda a quanto previsto dai vigenti CCNL e successivo regolamento aziendale.

A. Le piattaforme tecnologiche di supporto al lavoro agile

Al fine di garantire il funzionamento dello smart working l'Azienda prevede accessi in VPN con autenticazione a doppio fattore che permettono:

- di utilizzare gli applicativi web dell'Azienda senza doverli pubblicare direttamente in internet in modo da poter preservare la sicurezza dei sistemi ed evitare attacchi esterni quali, ad esempio, i cosiddetti "attacchi brute force";
- di accedere alle risorse di rete locali (cartelle condivise, stampanti, scanner) con le modalità di cui al punto precedente;
- di connettersi con i sistemi indipendentemente dal dispositivo.

La soluzione adottata dispone di caratteristiche di sicurezza e semplicità d'uso.

In dettaglio, l'Azienda si è organizzata nel tempo e, ad oggi, garantisce:

- disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di opportune VPN con accesso protetto da autenticazione a due fattori;
- disponibilità di spazio di archiviazione su NAS presenti presso i data center aziendali per la conservazione dei dati con accesso protetto da account di dominio;
- utilizzo di applicativi che consentono la gestione di workflow che permettono la gestione per fasi dei processi, con le relative abilitazioni di accesso e ruoli dei singoli dipendenti;

- possibilità di accesso ai dati e agli applicativi da parte del dipendente presso qualunque postazione di lavoro, anche se dislocata presso una sede diversa da quella consueta di lavoro, purché all'interno della rete organizzativa o in VPN aziendale protetta.

B. Le competenze professionali

Ulteriori condizioni abilitanti al lavoro agile sono le competenze professionali, sia per quanto riguarda le competenze direzionali (capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e valutazione, attitudine verso l'innovazione e l'uso delle tecnologie digitali), sia con riferimento all'analisi e mappatura delle competenze del personale e alla rilevazione dei relativi bisogni formativi.

Infatti, è utile individuare i lavoratori in possesso di determinate competenze che possono facilitare l'implementazione e la diffusione del lavoro agile, in primo luogo competenze organizzative (capacità di lavorare per obiettivi, per progetti, per processi, capacità di autoorganizzarsi) e competenze digitali (capacità di utilizzare le tecnologie).

Ove le competenze abilitanti non siano sufficientemente diffuse, l'Azienda proporrà una serie di corsi orientati al miglioramento delle competenze digitali, alla sicurezza nello svolgimento del lavoro in modalità agile, ecc.

Ciò al fine di innescare un cambiamento culturale interno che dia ancora più centralità devono essere progettati adeguati percorsi di formazione al perseguimento degli obiettivi ed alla programmazione delle attività sia degli individui e dei gruppi di lavoro che delle singole strutture.

3.2.3 La misurazione e valutazione della performance

A consuntivo, dopo ogni fase, l'Azienda dovrà verificare il livello raggiunto rispetto al livello programmato. I risultati misurati, da rendicontare in apposita sezione della *Relazione sulla performance*, costituiranno il punto di partenza per l'individuazione dei contenuti della programmazione dei cicli successivi.

A tal fine potranno essere misurati:

- a) l'impatto del lavoro agile sulla complessiva qualità dei servizi erogati e delle prestazioni rese tenuto conto dei dati e delle eventuali osservazioni provenienti dall'utenza esterna;
- b) i costi e i ricavi sostenuti per l'implementazione lavoro agile, servendosi di alcuni indicatori, quali ad esempio il costo per la formazione delle competenze specifiche; gli investimenti in supporti hardware e infrastrutture; gli investimenti in digitalizzazione dei processi.
- c) l'impatto del lavoro agile dal punto di vista della dimensione economica e del livello di soddisfazione dei dipendenti.

Si possono individuare **indicatori** sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di *performance*:

1. **Indicatori riferiti allo stato di implementazione del lavoro agile:** utili a monitorare le diverse fasi e gli esiti dei progetti finalizzati all'introduzione del lavoro agile e, successivamente, a valutare il livello di utilizzo.

2.

INDICATORI RIFERITI ALLO STATO DI IMPLEMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE

INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
INDICATORI QUANTITATIVI % Lavoratori agili effettivi/totale lavoratori agili potenziali	X	X	X
INDICATORI QUALITATIVI Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dipendenti, articolato per genere, età, ecc.	X	X	X

Tabella 5 Sez. 3 – Indicatori riferiti allo stato di implementazione del lavoro agile.

- 3. Indicatori riferiti alla performance organizzativa:** utili a misurare e valutare il potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento dell’obiettivo stesso.

INDICATORI RIFERITI ALLE PERFORMANCE ORGANIZZATIVE

INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
ECONOMICITÀ Riduzione costi			X
EFFICIENZA Produttiva: Diminuzione assenze, aumento produttività Economica: Riduzione di costi per output di servizio Temporiale: Riduzione dei tempi di lavorazione di pratiche ordinarie	X	X	X
EFFICACIA Quantitativa: Quantità erogata, quantità fruita Qualitativa: Qualità erogata, qualità percepita	X X	X X	X X

Tabella 6 Sez. 3 – Indicatori riferiti alle performance organizzative.

- 4. indicatori riferiti alla performance individuale:** forniscono una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali.

Dal punto di vista individuale la flessibilità lavorativa e la maggiore autonomia, se ben accompagnata, favoriscono nei lavoratori una percezione positiva dell’equilibrio personale tra vita lavorativa e vita privata, consentendo di ottimizzare il tempo dedicato al lavoro e, contestualmente, la produttività a favore dell’Azienda, anche in ragione di una maggiore responsabilizzazione derivante dalla diversa organizzazione del lavoro. Un altro beneficio potenziale è riconducibile ad una riduzione dei livelli di stress, favorita dalla possibilità di lavorare in luoghi diversi dall’ufficio e dall’abitazione e di gestire al meglio il tempo libero.

A fronte di questi potenziali benefici è però necessario monitorare l’effetto del lavoro agile sulle performance dei singoli dipendenti in modo da valutare eventuali azioni di supporto (aumento o riduzione dei giorni di lavoro agile, formazione necessaria, modifica dei processi organizzativi, ecc.).

In tal senso, le componenti della misurazione e della valutazione della performance individuale rimangono le medesime e devono fare riferimento a risultati e comportamenti, così come indicato dalle Linee Guida n. 2/2017 e n. 5/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica. Infatti, il dipendente in lavoro agile ordinario lavorerà da remoto solo una quota del proprio tempo continuando a svolgere in presenza parte delle proprie attività.

Rispetto ai risultati, sarà necessario fare riferimento a obiettivi individuali o di gruppo/team e relativi indicatori che riguardano:

- la gestione delle attività programmate e i compiti assegnati;
- la declinazione di obiettivi specifici e organizzativi riportati nel Piano della performance e nei diversi strumenti di programmazione, in attività su cui singolo lavoratore è responsabilizzato.

INDICATORI RIFERITI ALLA PERFORMANCE INDIVIDUALE – AREA RISULTATI

INDICATORI	DESCRIZIONE
INDICATORI DI EFFICACIA	<p>Efficacia quantitativa: n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine (sia con riferimento ad attività ordinaria che a progetti specifici che possono o meno essere collegati a obiettivi di performance organizzativa riportati nel Piano della Performance); n. di pratiche evase in lavoro agile/n. pratiche assegnate in lavoro agile.</p> <p>Efficacia qualitativa: qualità del lavoro svolto (valutazione da parte del superiore o rilevazioni di custode satisfaction sia esterne che interne) nel complesso e con riferimento agli output del lavoro agile, se possibile.</p>
INDICATORI DI EFFICIENZA	<p>Efficienza produttiva: n. di pratiche, n. utenti serviti, n. di task portati a termine in rapporto alle risorse oppure al tempo dedicato.</p> <p>Efficienza temporale: tempi di completamento pratiche/servizi/task, rispetto scadenze; tempi di completamento pratiche/servizi in lavoro agile.</p>

Tabella 7 Sez. 3 – Indicatori riferiti alla performance individuale.

3.2.4 Gli impatti del lavoro agile

Il lavoro agile non si limita a contribuire alla *performance* organizzativa e alle *performance* individuali, ma può avere degli **impatti positivi o negativi**:

- sia all'**interno** dell’Azienda: ad esempio impatti sul livello di salute dell’ente, sulla struttura e sul personale (da verificare, ad esempio, attraverso periodiche indagini di clima);
- sia all'**esterno** dell’Azienda: ad esempio, minore impatto ambientale come conseguenza della riduzione del traffico urbano dato dal minore spostamento casa – lavoro dei propri dipendenti, nonché della ridotta necessità di spostamento casa-sportelli fisici per gli utenti dei servizi pubblici erogati; minore impatto ambientale derivante dalla riduzione dell’uso di materiali (cancelleria); migliori condizioni di pari opportunità nella gestione del rapporto tra tempi di vita e di lavoro, soprattutto per le donne su cui ricade ancora oggi il maggior carico di cura; aumento del benessere dell’utenza per ridotta necessità di file a sportelli fisici ecc; diffusione della cultura digitale.

La scelta degli indicatori più appropriati deve tenere conto, infine, dell’adeguatezza dei sistemi di misurazione dell’Azienda.

INDICATORI DI IMPATTO DEL LAVORO AGILE

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO	FASE DI SVILUPPO AVANZATO
IMPATTI ESTERNI	Migliorare la qualità della vita del lavoratore	Impatto Sociale: per i lavoratori % di dipendenti che ritiene di aver migliorato il rapporto lavoro-vita privata			X
		Impatto Ambientale: riduzione dell'utilizzo di carta stampata			X
		Impatto Economico: per i lavoratori % di dipendenti che ritiene di aver risparmiato in spese di viaggio per andare a lavoro			X
IMPATTI INTERNI	Migliorare la salute dell'Azienda	Salute organizzativa: miglioramento della salute organizzativa e di clima. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha migliorato il clima lavorativo aziendale			X
		Salute professionale: miglioramento della salute professionale. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di accrescere le proprie competenze professionali			X
		Salute economica: miglioramento della salute economico-finanziaria. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di ottenere dei risparmi per l'Azienda			X
		Salute digitale: miglioramento della salute digitale. % di dipendenti per cui il lavoro agile ha consentito di accrescere le proprie competenze informatiche			X

Tabella 8 Sez. 3 – Indicatori di impatto del lavoro agile.

3.3 PIANO DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

3.3.1 Rappresentazione della consistenza di personale

Nella tabella seguente si rappresenta la consistenza di personale al 31 dicembre 2025 in termini quantitativi in relazione ai profili professionali presenti.

RUOLO	PROFILO	F	M	TOTALE
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	1	2	3
	DIRIGENZA AMMINISTRATIVA Totale	1	2	3
DIRIGENZA PROFESSIONALE	INGEGNERI	0	3	3
	AVVOCATI	1	0	1
	DIRIGENZA PROFESSIONALE Totale	1	3	4
DIRIGENZA MEDICA	MEDICI	188	205	393
	DIRIGENZA MEDICA Totale	188	205	393
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	BIOLOGI	29	6	35
	FARMACISTI	6	1	7
	FISICI	1	3	4
	DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA Totale	36	10	46
COMPARTO SANITARIO	INFERMIERE ESP.	3	3	6
	INFERMIERE PEDIATRICO	19	0	19
	INFERMIERE	524	249	773
	FISIOTERAPISTA	10	6	16
	LOGOPEDISTA	2	0	2
	ORTOTTISTA	2	0	2
	OSTETRICA ESP.	1	0	1
	OSTETRICA	47	1	48
	TECNICO AUDIOMETRISTA	1	0	1
	TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	3	2	5
	TECNICO FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRC. E PERFUSIONE CARDIOV.	7	4	11
	TECNICO LABORATORIO BIOMEDICO	32	15	47
	TECNICO RADIOLOGIA MEDICA	29	23	52
	COMPARTO SANITARIO Totale	680	303	983
COMPARTO SOCIOSANITARIO	OPERATORE SOCIOSANITARIO	152	106	258
	COMPARTO SOCIOSANITARIO Totale	152	106	258
COMPARTO PROFESSIONALE	ASSISTENTE RELIGIOSO	0	1	1
	COMPARTO PROFESSIONALE Totale	0	1	1
COMPARTO AMMINISTRATIVO	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFES. ESPERTO	0	1	1
	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	3	0	3
	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	41	31	72
	ASSISTENTE DELL'INFORMAZIONE	0	1	1
	COADIUTORE AMMINISTRATIVO	6	4	10
	COMMESO	1	0	1
	COMPARTO AMMINISTRATIVO Totale	51	37	88
COMPARTO TECNICO	ASSISTENTE SOCIALE	1	1	2
	ASSISTENTE TECNICO	0	4	4
	AUS. SPEC. -SERV. TEC .EC. (Ag. Tec.)	0	1	1
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	0	3	3
	OPERATORE TECNICO	2	13	15
	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	0	1	1
	COMPARTO TECNICO Totale	3	23	26
	Totale complessivo	1.112	690	1.802

Tabella 9 Sez. 3 – Personale al 31.12.2025 distinto per ruolo e profilo professionale.

3.3.2 Piano dei fabbisogni di personale

Il presente Piano dei Fabbisogni di Personale si colloca all'interno del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) quale strumento di programmazione strategica e operativa finalizzato a garantire la coerenza tra obiettivi di valore pubblico, performance organizzativa, sostenibilità finanziaria e gestione del capitale umano.

La programmazione del personale costituisce una leva essenziale per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Azienda, in particolare per l'assicurazione della continuità e della qualità dei livelli essenziali di assistenza, il mantenimento di adeguati standard organizzativi e il supporto ai processi di sviluppo aziendale, in coerenza con il ruolo di centro Hub di riferimento per un bacino di utenza superiore a 500.000 abitanti.

Il Piano è redatto nel rispetto della normativa vigente e della metodologia regionale per la determinazione dei fabbisogni di personale, approvata con D.C.A. n. 192 del 20 dicembre 2019, nonché delle disposizioni contenute nei D.C.A. n. 315 del 5 dicembre 2025 e n. 318 del 18 dicembre 2025, che disciplinano i Piani dei Fabbisogni e delle Assunzioni delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Coerenza con gli obiettivi di Valore Pubblico e Performance

La definizione dei fabbisogni di personale è strettamente connessa agli obiettivi di valore pubblico perseguiti dall'Azienda, con particolare riferimento:

- al rafforzamento della capacità di risposta ai bisogni sanitari della popolazione;
- alla riduzione dei rischi organizzativi connessi alla carenza di personale;
- al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei processi assistenziali.

L'incremento delle attività sanitarie erogate, testimoniato dall'aumento del valore della produzione sanitaria registrato nel corso del 2025, rende necessario un adeguamento della dotazione organica, quale condizione abilitante per il raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa e individuale definiti nel P.I.A.O..

Sostenibilità finanziaria e vincoli di bilancio

Alla luce delle scritture contabili di assestamento di fine esercizio, dell'impatto economico delle assunzioni già effettuate nel corso del 2025 sulla base del Piano dei Fabbisogni del Personale 2024 (D.C.A. n. 185 del 26 luglio 2024), nonché degli effetti derivanti dall'applicazione dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del Comparto Sanità e della Dirigenza per il triennio 2022-2024, il costo complessivo del personale è stimato in:

- euro 113.000.000,00 per l'anno 2025;
- euro 116.000.000,00 per l'anno 2026.

Tali valori evidenziano uno scostamento rispetto al budget del costo del personale attribuito con il D.C.A. n. 315/2025, pari a euro 110.327.302,00 che risulta insufficiente a garantire la piena copertura del personale in servizio e del turn-over. Tale scostamento è stato comunicato alla Regione Calabria con le note prot. n. 43967 del 24/12/2025 e prot. n. 1935 del 16/1/2026. Il presente Piano, pertanto, tiene conto di tali vincoli, adottando un approccio prudenziale e graduale, volto a salvaguardare l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda.

Organizzazione e Capitale Umano

Il Piano dei Fabbisogni individua, quale priorità minima e inderogabile, la copertura del turn-over per gli anni 2025 e 2026, nonché il completamento delle procedure di reclutamento già avviate e delle stabilizzazioni del personale precario, ivi comprese quelle previste dalla normativa regionale vigente.

La copertura del turn-over avverrà nel rispetto dei profili e delle discipline del personale cessato; tuttavia, al fine di garantire la flessibilità organizzativa necessaria al corretto funzionamento dei servizi, l'Azienda si riserva la possibilità di effettuare assunzioni su profili diversi, a parità di numero e valore complessivo delle unità cessate.

Eventuali integrazioni della dotazione organica saranno attuate in modo graduale e selettivo, in funzione dell'attivazione di nuove attività o del potenziamento di servizi esistenti, previa valutazione e formale approvazione delle competenti strutture regionali, in coerenza con i piani di sviluppo aziendali.

Gestione dei rischi e sostenibilità organizzativa

Il presente Piano contribuisce alla mitigazione dei principali rischi organizzativi e assistenziali connessi alla carenza di personale, quali:

- il rischio di compromissione della continuità assistenziale;
- il sovraccarico del personale in servizio;
- la riduzione della qualità e della sicurezza delle prestazioni sanitarie.

La programmazione dei fabbisogni di personale è pertanto concepita come strumento di prevenzione del rischio e di garanzia della sostenibilità organizzativa nel medio periodo, in coerenza con il sistema di controllo interno e con gli obiettivi di integrità e legalità previsti dal P.I.A.O..

Piano di sviluppo 2026	Tabella 1 - Attivazione posti letto da riordino della rete ospedaliera - D.C.A. n. 360/2024	Tabella 2 - Incarichi di responsabili di Struttura Complessa da anni affidati a facenti funzione	Tabella 3 - Completamento organico per potenziamento attività	Tabella 4 - Programma di Sviluppo 2026	Totali
Direttore di Struttura Complessa	-	7	-	-	7
Dirigente Medico	8	-	23	-	31
Dirigente Psicologo	-	-	1	-	1
Coll. Prof. Fisioterapisti e TSRM	3	-	3	-	6
Coll. Prof. Infermiere	19	-	10	-	29
Operatore Socio Sanitario	12	-	10	-	22
Dirigente Ingegnere	-	-		1	1
Collaboratore Amministrativo	-	-		6	6
Collaboratore Tecnico Informatico	-	-		1	1
Assistente Amministrativo	-	-		12	12
Totali	42	7	47	20	116

Tabella 10 Sez. 3 – Fabbisogno di personale.

3.4 PIANO DI FORMAZIONE ANNUALE

Il Piano di Formazione Annuale (P.F.A.) è lo strumento attraverso il quale l’Azienda pianifica lo sviluppo e l’aggiornamento continuo delle competenze del personale, in coerenza con gli obiettivi strategici, organizzativi e di valore pubblico definiti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.).

La formazione è orientata al rafforzamento delle competenze tecnico-specialistiche, organizzative, relazionali e manageriali, necessarie a supportare l’evoluzione del contesto normativo, scientifico e organizzativo e a garantire qualità, sicurezza, appropriatezza ed efficienza dei servizi.

In conformità al D.Lgs. n. 502/1992 (artt. 16-bis e 16-quater), la formazione continua comprende attività di aggiornamento professionale e di formazione permanente e costituisce requisito indispensabile per l’esercizio dell’attività professionale.

L’obbligo ECM riguarda tutti i professionisti appartenenti alle professioni sanitarie riconosciute dalla normativa vigente.

Governance della formazione

La gestione e il coordinamento delle attività formative, comprese quelle accreditate ECM, sono affidate alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione.

Con Decreto Dirigenziale della Regione Calabria n. 4236 del 27/03/2024, l’Azienda ha ottenuto l’accreditamento standard quale provider regionale ECM.

La disciplina generale della formazione e dell’aggiornamento professionale del personale dipendente è regolata dal Regolamento aziendale adottato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 1445 del 24/11/2025.

Il Comitato Tecnico Scientifico (CTS), istituito nell’ambito del Regolamento, definisce annualmente le linee e i criteri per la pianificazione delle attività formative, sulla base dei fabbisogni rilevati e delle risorse disponibili.

Analisi del fabbisogno formativo e contenuti del Piano

Il fabbisogno formativo aziendale è rilevato annualmente attraverso schede programmatiche compilate dalle strutture organizzative, distinte per ambito sanitario e per ambito amministrativo, tecnico e professionale.

Le proposte sono valutate e validate dal CTS, che procede alla definizione del Piano di Formazione Annuale. Per l’anno 2026 il Piano prevede complessivamente n. 94 eventi formativi, di cui n. 66 accreditati ECM, articolati nei seguenti ambiti:

- formazione ECM per il personale sanitario;
- formazione per il personale amministrativo, tecnico e professionale.

Il Piano è suscettibile di integrazioni nel corso dell’anno per far fronte a nuovi fabbisogni formativi, previa autorizzazione della Direzione Strategica.

Linee di intervento prioritarie

Il Piano di Formazione Annuale comprende:

- percorsi di sviluppo delle competenze professionali e manageriali;
- interventi a supporto dell’innovazione organizzativa e della qualità delle cure;

- formazione connessa alle attività previste dal PNRR, con particolare riferimento alla Missione M6C2 – Investimento 2.2 (b) in materia di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA);
- iniziative di formazione digitale, attraverso la prosecuzione del Progetto Syllabus – Competenze digitali per la Pubblica Amministrazione, finalizzato al rafforzamento delle competenze digitali e al conseguimento dell’obiettivo minimo di 40 ore annue di formazione per dipendente.

Formazione obbligatoria

Al Piano di Formazione Annuale si affiancano le attività di formazione obbligatoria previste dalla normativa vigente e dalle disposizioni aziendali, tra cui:

- la formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i.) e antincendio;
- la formazione obbligatoria in tema di rianimazione cardiopolmonare (BLSD - BLSD[®] Pediatrico; formazione ACLS/ALS per il personale medico afferente alle aree di emergenza);
- la formazione obbligatoria derivante da specifiche disposizioni normative, disposizioni aziendali e ministeriali (radioprotezione, Infezioni Ospedaliere, etc.);
- iniziative formative ritenute obbligatorie/prioritarie dalla Direzione Strategica, finalizzate al perseguimento della mission aziendale e degli obiettivi istituzionali, che vengono comunicate di volta in volta;
- Formazione obbligatoria in tema di trattamento dei dati personali;
- Formazione obbligatoria in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- eventi formativi individuati/programmati dai Direttori/Dirigenti Responsabili di U.O.C./U.O.S.D., per il personale dirigenziale, dai titolari degli incarichi di funzione organizzativa delle Area Sovrastrutture (ove presenti) per il personale del comparto ruolo sanitario e socio sanitario, aventi l’obiettivo di far conseguire specifiche competenze (clinico assistenziali, organizzative-gestionali, relazionali) al personale afferente alla propria Struttura.

Risorse economiche

L’attuazione del Piano di Formazione Annuale 2026 avviene nei limiti delle risorse stanziate nel bilancio economico preventivo, in coerenza con le Linee generali sulla pianificazione delle attività formative, approvate con delibera n. 1445 del 24/11/2025, come di seguito riportato:

- Conto n. 5.02.02.03.01 (formazione esternalizzata e non da pubblico) euro 15.000,00;
- Conto n. 5.02.02.03.02 (formazione esternalizzata e non da privato) euro 30.000,00.

Eventuali scostamenti rispetto alle previsioni di spesa saranno oggetto di valutazione e, se necessario, di variazione di bilancio, previa autorizzazione della Direzione Strategica.

Monitoraggio e valutazione

L’efficacia delle attività formative è monitorata attraverso:

- il numero di eventi realizzati rispetto a quelli programmati;
- il numero di crediti formativi erogati;
- il tasso di partecipazione del personale (numero dei partecipanti effettivi/ numero dei partecipanti previsti).

È inoltre prevista la rilevazione sistematica del gradimento e dell'apprendimento dei partecipanti, mediante questionari somministrati al termine degli eventi, in coerenza con i requisiti ECM.

Integrazione del Piano di Formazione nel P.I.A.O.

Il Piano di Formazione Annuale costituisce una leva strategica trasversale del P.I.A.O. e contribuisce:

- al perseguitamento degli obiettivi di **valore pubblico**, attraverso il miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni;
- al raggiungimento degli obiettivi di **performance organizzativa e individuale**, sostenendo lo sviluppo delle competenze necessarie all'attuazione dei programmi aziendali;
- allo sviluppo del **capitale umano e organizzativo**, favorendo l'apprendimento continuo e il cambiamento organizzativo;
- al rafforzamento dei presidi di **legalità, trasparenza e prevenzione della corruzione**, attraverso specifici interventi formativi;
- agli obiettivi di **digitalizzazione, semplificazione e gestione dei rischi**, con particolare riferimento alla sicurezza delle cure e dei processi.

Il Piano è parte integrante del P.I.A.O. ed è attuato in modo coordinato con le altre sezioni del documento, garantendo coerenza, integrazione e flessibilità rispetto ai fabbisogni emergenti.

Ambito P.I.A.O.	Obiettivi	Azioni formative previste	Indicatori di risultato
Valore Pubblico	Migliorare la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione ECM clinico - assistenziale; • Corsi su sicurezza delle cure e prevenzione ICA; • Formazione su innovazione e qualità dei processi. 	<ul style="list-style-type: none"> • N. eventi formativi erogati; • N. crediti ECM assegnati; • % personale formato.
Performance organizzativa	Supportare il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi aziendali.	<ul style="list-style-type: none"> • Percorsi formativi collegati ai programmi aziendali; • Formazione manageriale e gestionale per dirigenti e responsabili. 	<ul style="list-style-type: none"> • % eventi realizzati rispetto a quelli programmati; • Tasso di partecipazione del personale.
Performance individuale	Rafforzare le competenze necessarie allo svolgimento dei ruoli e delle responsabilità assegnate.	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione specialistica per profilo professionale; • Aggiornamento continuo obbligatorio ed ECM. 	<ul style="list-style-type: none"> • % personale in regola con obbligo formativo; • Esiti valutazione apprendimento.
Organizzazione e Capitale Umano	Valorizzare e sviluppare il capitale umano.	<ul style="list-style-type: none"> • Percorsi di sviluppo competenze trasversali e relazionali; • Formazione organizzativa e gestionale. 	<ul style="list-style-type: none"> • N. partecipanti ai percorsi formativi; • Livello di gradimento dei corsi.
Digitalizzazione e Semplificazione	Rafforzare le competenze digitali del personale e supportare la transizione digitale.	<ul style="list-style-type: none"> • Adesione al Progetto Syllabus – Competenze digitali PA; • Formazione su strumenti e piattaforme digitali. 	<ul style="list-style-type: none"> • N. dipendenti iscritti a Syllabus; • Ore medie di formazione digitale per dipendente,
PNRR	Attuare gli interventi formativi previsti dal PNRR.	<ul style="list-style-type: none"> • Corsi Missione M6C2 – Investimento 2.2 (b); • Formazione su prevenzione e controllo ICA. 	<ul style="list-style-type: none"> • N. corsi PNRR realizzati; • % personale target formato.

Ambito P.I.A.O.	Obiettivi	Azioni formative previste	Indicatori di risultato
Anticorruzione e Trasparenza	Rafforzare la cultura della legalità e dell'integrità.	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione obbligatoria su anticorruzione e trasparenza; • Formazione su trattamento dati personali. 	<ul style="list-style-type: none"> • % personale formato; • N. eventi formativi realizzati.
Rischi e Controlli	Prevenire i rischi organizzativi e clinico – assistenziali.	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione su sicurezza sul lavoro; • Formazione su gestione del rischio e sicurezza delle cure. 	<ul style="list-style-type: none"> • N. eventi su sicurezza e rischio clinico; • Tasso di partecipazione.
Conformità normativa	Garantire il rispetto degli obblighi formativi di legge.	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione obbligatoria (D.Lgs. n. 81/2008, BLSD, radioprotezione, privacy, ecc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • % personale formato per area obbligatoria.

Tabella 11 Sez. 3 – Tabella di raccordo tra obiettivi strategici, azioni formative e indicatori

Nota metodologica

Gli indicatori individuati sono monitorati annualmente dalla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione e concorrono alla valutazione dell'efficacia complessiva del Piano di Formazione Annuale e al supporto dei processi di misurazione della performance organizzativa e individuale.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

La presente sezione disciplina il sistema di monitoraggio complessivo del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) dell’Azienda Ospedaliera, con funzione di coordinamento, integrazione e sintesi delle attività di monitoraggio già previste nelle singole sezioni del Piano.

Il monitoraggio del P.I.A.O. non costituisce una duplicazione dei monitoraggi settoriali relativi al Valore Pubblico, alla Performance, alla Prevenzione della Corruzione e alla Trasparenza, né all’Organizzazione e al Capitale Umano, ma rappresenta il livello unitario di verifica dell’effettiva attuazione del Piano nel suo complesso e della coerenza tra obiettivi strategici, azioni operative e risultati conseguiti.

Le attività di monitoraggio svolte all’interno delle singole sezioni del P.I.A.O. alimentano il sistema di monitoraggio integrato attraverso la rilevazione periodica degli indicatori di performance e dei Key Performance Indicators (KPI), lo stato di avanzamento degli obiettivi, l’attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obblighi di trasparenza, nonché l’evoluzione dell’assetto organizzativo e delle politiche di gestione del capitale umano.

Il monitoraggio complessivo del P.I.A.O. è finalizzato a:

- verificare il grado di attuazione delle azioni programmate;
- valutare la coerenza e l’integrazione tra le diverse sezioni del Piano;
- individuare tempestivamente eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati;

supportare l’adozione di azioni correttive e di miglioramento continuo.

Il processo di monitoraggio si fonda sulla chiara attribuzione delle responsabilità alle strutture aziendali competenti per materia. Le strutture responsabili degli obiettivi e delle azioni previste dal P.I.A.O. assicurano la raccolta, la qualità e la tempestività delle informazioni necessarie al monitoraggio, mentre la Direzione Strategica, con il supporto delle funzioni di staff competenti, garantisce il coordinamento del processo, l’integrazione delle evidenze e la valutazione complessiva degli esiti.

Nel sistema di monitoraggio del P.I.A.O. è riconosciuto un ruolo rilevante anche agli stakeholder interni ed esterni, quali cittadini e pazienti, caregiver, associazioni di tutela, professionisti sanitari, enti istituzionali e altri portatori di interesse. Il contributo degli stakeholder si realizza attraverso strumenti di ascolto e partecipazione, tra cui indagini di soddisfazione, segnalazioni e reclami, attività dell’URP, consultazioni e momenti di confronto strutturato. Le informazioni raccolte concorrono alla valutazione degli impatti delle politiche aziendali, al miglioramento della qualità dei servizi e al rafforzamento dell’accountability dell’Azienda.

Gli esiti del monitoraggio costituiscono elemento essenziale per la rendicontazione dei risultati, per l’eventuale aggiornamento del P.I.A.O. e per il raccordo con il ciclo della performance, contribuendo a garantire la trasparenza dell’azione amministrativa e a promuovere una cultura della responsabilità e del miglioramento continuo..

ALLEGATO UNICO - SEZIONE 2.3 RISCHI CORRUPTIVI E TRASPARENZA - MAPPATURA DEI PROCESSI A RISCHIO CORRUSSIVO

FASE 1 - ANALISI DEL CONTESTO E MAPPATURA DEI PROCESSI		FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO						FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO			FASE 4 - MONITORAGGIO	
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	UNITÀ ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	2.2 ANALISI DEL RISCHIO (Scala di misurazione: alto, medio, basso)			3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE			FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	MODALITÀ DI VERIFICA		
			(1) Livelli di interesse "esterno" (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(2) Grado di discrezionalità del decisore interno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(3) Manifestazioni e eventi correttivi in passato, segnalazioni, reclami	(4) Opacità del processo decisionale (mancanza di trasparenza)	(5) Adeguatezza delle competenze dei personale addetto	(6) Livello di rischio legato all'attuazione delle misure di trattamento del rischio	PONDERAZIONE DEL RISCHIO (livello di rischio e priorità)			
ACCESO agli atti	Gestione accesso agli atti (Legge n. 241/90).	AA.GG.II.	Possibile violazione dei termini per i riscontri richiesti, ai sensi della normativa vigente in materia.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Aplicazione norme da regolamento sull'accesso agli atti amministrativi approvato con delibera n. 823 del 20.12.024; sistemi di controllo interno per rispetto scadenza termini di legge; registro scaduta temini di legge; registro interno.		
ACCESO agli atti	Gestione accesso civico e generalizzato.	AA.GG.II.	Possibile violazione dei termini per i riscontri richiesti, ai sensi della normativa vigente in materia.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Aplicazione norme da regolamento sull'accesso agli atti amministrativi approvato con delibera n. 823 del 20.12.2024; sistemi di controllo interno per rispetto scadenza termini di legge; sistituzione del registro interno; pubblicazione dati "Amministrazione trasparente".		
CONVENZIONI	Gestione convenzioni con enti pubblici e soggetti privati.	AA.GG.II.	Possibili situazioni di conflitto di interesse con il privato richiedente la stipula della convenzione.	ALTO	BASSO	Nessun evento.	BASSO	BASSO	MEDIO	Verifica soggetti con cui si stipulano delle convenzioni; clausole stringenti da parte della Direzione Strategica e della U.O.C.; formazione in materia.		
CONTENZIOSO	Gestione servizi assicurativi e gestione sinistri.	AA.GG.II.	Comportamenti opportunistici di presunti danneggiati e della compagnia assicurativa, tramite consulenti e legali.	ALTO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	Affiancamento di un medico legale e del Loss Adjuster per le attività dei CoVaSi; monitoraggio attività gestione dei sinistri, in collaborazione con il Risk Manager; pluralità a diversificazione nell'assegnazione dei professionisti per gli incarichi a difesa dell'Azienda.		
TRASPARENZA	Pubblicazione dati su "Amministrazione trasparente".	AA.GG.II., Governo Clinico e Risk management	Ritardo/mancata trasparenza.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Rispetto della legge n. 241/2017 ("Legge Gelli") relativa alla riassicurazione dei dati inerenti il risarcimento dei pazienti danneggiati.		
PROTOCOLLO	Gestione del protocollo.	AA.GG.II.	Ritardo o mancata protocollazione.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Controlli periodici sui protocollazione in relazione alle risultante cartacee e report informatici; tracciabilità della posta in entrata e uscita tramite protocollo.		
CONFERIMENTO INCARICHI LEGALI	Gestione conferimento incarichi e liquidazione compensi per pareri legali e rappresentanza in giudizio.	Dirigenza Strategica, AA.GG.II. (pubblicazione dati)	Eventuali situazioni di conflitto di interesse o vantaggi e mancata rotazione degli incarichi.	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	Attribuzione incarichi, sulla base delle indicazioni della Direzione Strategica nel rispetto del Regolamento aziendale; principio di rotazione degli incarichi; autorichiarazione di assenza di conflitti di interesse; formazione in materia.		
			Inadeguatezza temporistica nell'attribuzione incarichi e nella liquidazione compensi.	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	Pubblicazione elenco incarichi contenuti all'esterno 100%; Pubblicazione elenco incarichi contenuti dall'assicurazione: 100%.		
											Rispetto disciplinare per il 100% degli incarichi.	

FASE 1 - ANALISI DEL CONTESTO E MAPPATURA DEI PROCESSI				FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO						FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO						FASE 4 - MONITORAGGIO					
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	UNITÀ ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	2.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI A RISCHIO	2.2 ANALISI DEL RISCHIO (Scala di misurazione: alto, medio, basso)						3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE											
				(1) Livelli di interesse interno e/o esterno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(2) Grado di discrezionalità del decisore interno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(3) Manifestazione e eventi corruzione in passato, segnalazioni, reclami	(4) Opacità del processo decisionale (mancanza di trasparenza)	(5) Adeguatza delle competenze del personale addetto	(6) Livello di rischio legato all'attuazione delle misure di trattamento del rischio	Fattori mitiganti il rischio.	2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO (livello di rischio e priorità)	FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	INDICATORI DI MONITORAGGIO	MODALITÀ DI VERIFICA							
FORMATORE	Predisposizione e aggiornamento "Piano di Formazione Annuale (P.F.A.)".	GRUFI	Non soggetto a rischio corruttivo.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Rispetto regolamento aziendale.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.				
FABISOGNO PERSONNALE	Dall'organizzazione dei corsi, alla scelta dei formatori, alla liquidazione dei compensi ai formatori.	GRUFI	Discrezionalità nella scelta dei docenti interni e/o di fornitori esterni cheengano un servizio di formazione.	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	Rispetto regolamento aziendale.	Trimestrale	(2) Verifica RPCT.				
RECLUTAMENTO PERSONNALE	Predisposizione e aggiornamento del fabbisogno di personale.	GRUFI	Individuazione delle unità di personale da assumere.	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	Trasparenza e verifica applicazione metodologia da D.C.A. n.132/2019.	Esecuzione controlli e verifiche di primo o livello	Trimestrale	(2) Verifica RPCT.			
GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONNALE	Le procedure concorsuali, a seguito del passaggio di funzioni ad Azienda Zero, non vengono più svolte all'interno dell'Azienda, salvo eccezioni di concorsi gestiti dall'Azienda su autorizzazione di Azendi Zaro.	GRUFI	Procedure concorsuali Stile da Azienda zero.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Trasparenza e applicazione delle norme in materia.	Controlli.	Annuale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.			
	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, alla sviluppo di carriera, alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro.	GRUFI	Discrezionalità nella gestione. Favoritismi in incarichi e progressioni; irregolarità contrattuali.	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	Procedura standardizzate; criteri predeterminati; controlli di legittimità.	% incarichi con avviso pubblico; n. contenziosi	Trimestrale	(2) Verifica RPCT.			
	Avisi interni per conferimento incarichi di costituzione Direttore UOC e Responsabili UOD.	GRUFI	Discrezionalità nella gestione.	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	Commissioni formalizzate; verbali; pubblicazione esti.	N. ricorsi tempi medi di conclusione	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.			
	Procedure selettive per assegnazione contratti di prestazioni d'opera.	GRUFI	Discrezionalità nella valutazione dei requisiti di ammissione.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	Commissioni formalizzate; griglie di valutazione da regolamento aziendale; verbali; pubblicazione esti.	N. ricorsi tempi medi di conclusione	Semestrale	(2) Verifica RPCT.			
	Avvisi interni per assegnazione incarichi al comparto.	GRUFI	Discrezionalità nella valutazione dei requisiti di ammissione.	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	Commissioni formalizzate; griglie di valutazione preventiva; verifica incompatibilità; registri incarichi.	N. incarichi autorizzati; n. violazioni accertate	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.			
	Incarichi extra istituzionali - art. 53 D.lgs. n. 165/2001	GRUFI	Mancata applicazione e delle disposizioni del regolamento e mancato controllo della presenza dei naelli richiesti (regolamento).	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	AutORIZZAZIONE preventiva; verifica incompatibilità; registri incarichi.	Tempi trasmissione eventi; n. segnalazioni tardive.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.			
	Gestione salute, identità e sicurezza infortuni, malattie, indennità)	GRUFI	Sottovalutazione eventi; ritardi segnalazioni	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	Procedura condivise con medico competente; monitoraggio scadenze	Verifiche a campione.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.			
	Gestione opzione passaggio dal rapporto esclusivo/non esclusivo.	GRUFI	Discrezionalità nella gestione.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	Trasparenza rispetto regolamento aziendale.	Verifiche a campione.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.			

FASE 1 - ANALISI DEL CONTESTO E MAPPATURA DEI PROCESSI		FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO						FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO						FASE 4 - MONITORAGGIO		
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	UNITÀ ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	2.2 ANALISI DEL RISCHIO (Scala di misurazione: alto, medio, basso)						3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE						FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	MODALITÀ DI VERIFICA
			(1) Livelli di interesse "esterno" (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(2) Grado di discrezionalità del decisore interno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(3) Manifestazioni e eventi corruzione in passato, segnalazioni, reclami	(4) Opacità del processo decisionale (mancanza di trasparenza)	(5) Adeguatza delle competenze del personale addetto	(6) Livello di rischio legato all'attuazione delle misure di trattamento del rischio	Fattori mitiganti il rischio.	2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO (livello di rischio e priorità)	INDICATORI DI MONITORAGGIO					
GESTIONE DEL PERSONALE	Dalla definizione del profilo orario, alla gestione delle presenze/assenze, al controllo delle variabili di imbrattura, alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.	2.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI RISCHIO	Discrezionalità nella gestione Es, caricamento a sistema di ore di lavoro straordinario non dovute o non autorizzate).	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informative e del Portale dei Dipendenti (nota 2)	BASSO	Attività di verifica sul rispetto delle direttive nazionali, regionali e aziendali;	Verifica pubblicazione tabulati.	Trimestrale	(2) Verifica Rpct.		
	Lavoro agile.	GRUF	Discrezionalità nella gestione.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Monitoreggio applicazione circolare aziendale.	BASSO	Monitoreggio applicazione circolare aziendale.	Verifiche a campione.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali.		
	Gestione istanze (aspettativa, congedi, permessi, comandi, assegnazioni)	GRUF	Favoritosimi derivanti dalla mancata applicazione della circolare (discrezionalità del decisore).	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Monitoreggio applicazione circolare aziendale.	BASSO	Monitoreggio applicazione circolare aziendale.	Verifiche a campione.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali.		
	Conferimento di incarichi ex art 15 sezioni e octies D.lgs. n. 02/92.	GRUF	Favoritosimi derivanti dalla discrezionalità del decisore.	MEDIO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Nessun incarico assegnato.	-	% incarichi motivati; n. rilievi revisori	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.		
	Attività lavorativa a dir fuori dell'orario di servizio	GRUF	Favoritosimi derivanti dalla discrezionalità del decisore.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Monitoreggio applicazione circolare aziendale.	BASSO	Monitoreggio applicazione circolare aziendale.	Verifiche a campione.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali.		
	Tiracini formali e frequenze volontarie.	GRUF	Favoritosimi derivanti dalla discrezionalità del decisore.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Monitoreggio applicazione circolare aziendale.	BASSO	Monitoreggio applicazione circolare aziendale.	Verifiche a campione.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali.		
	Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei codolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.	GRUF	Imputazione emolumimenti, trattamento economico accessorio, rimborsi spese, ecc., non corretti o non dovuti.	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Controlli automatici; separazione funzioni; verifiche periodiche	MEDIO	N. rettifiche cedolini; rilievi revisori	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.		
	GESTIONE ECONOMICA E FISCALE DEL PERSONALE	GRUF	Della gestione mensile dei versamenti contributivi alla gestione individuale dei dipendente e dei requisiti per la cessazione e il trattamento di quiescenza.	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Applicazione norme in materia; scadenziari; controlli incrociati; formazione operatori	MEDIO	Applicazione norme in materia; scadenziari; controlli incrociati; formazione operatori	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.		
TESORERIA E FLUSSI FINANZIARI (SOPEx)	Gestione dei Contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR ...).	GREF	Imputazione periodi di servizio e retribuzioni non corrette che possono incidere sulla determinazione del diritto e sull'importo della pensione e della liquidazione.	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informaziate (nota 2)	BASSO	% riconciliazioni; effettuate nei termini; n. anomalie SopEx+	Verifiche a campione.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali.		
BILANCIO DI ESERCIZIO	Predisposizione bilancio	GREF	Inattendibilità dati dalla registrazione del contributo all'incasso.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Integrazione AMC-SOPEx; riconciliazioni bancarie.	BASSO	Controlli interni; verifica dell'organismo di controllo interno (Collegio Sindacale).	Riconciliazioni periodiche; deleghe e approvazioni digitali; Checklist e integrazione sistemi, controlli finali.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.		

FASE 1 - ANALISI DEL CONTESTO E MAPPATURA DEI PROCESSI		FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO						FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO						FASE 4 - MONITORAGGIO			
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	UNITÀ ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	2.2 ANALISI DEL RISCHIO (Scala di misurazione: alto, medio, basso)						3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE						FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	MODALITÀ DI VERIFICA	
			(1) Livelli di interesse "esterno" (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(2) Grado di discrezionalità del decisore interno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(3) Manifestazioni e eventi corruzione in passato, segnalazioni, reclami	(4) Opacità del processo decisionale (mancanza di trasparenza)	(5) Adeguatza delle competenze del personale addetto	(6) Livello di rischio legato all'attuazione delle misure di trattamento del rischio	Fattori mitiganti il rischio.	2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO (livello di rischio e priorità)	MEDIO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informatizzate (nota 2)	BASSO	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	Trimestrale
CICLO ATTIVO	Gestione incassi: pagamenti ticket (sporadico cup, paghipa, casse automatiche), incassi da enti pubblici e privati, compagnie assicuratrici. Riconciliazione incassi-contabilità.	DMP, GREF	Gestione irregolare dei pagamenti; falsificazione dei processi di riconciliazione tra gli incassi e la contabilità per nascondere errori o furti.	ALTO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Fattori mitiganti il rischio.	2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO (livello di rischio e priorità)	MEDIO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informatizzate (nota 2)	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	Trimestrale	(2) Verifica Rpct.
	Emissione fatture, solleciti e messe in mora.	GREF	Omissione fatturazione di prestazioni eseguite; alterazione importi e tempiistiche dei crediti da recuperare favorendo soggetti, ritardando scadenze.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Verifiche periodica degli incassi e riconciliazione con la contabilità; utilizzo sistemi di pagamento sicuri e tracciabili; con monitoraggio continuo delle transazioni.	3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	MEDIO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informatizzate (nota 2)	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.
	Recupero crediti: solleciti, gestione consenzioso, recupero cautivo, stralcio o prescrizione del credito.	DMP, Avvocatura, GREF, PCGSSIA	Manipolazione dei crediti per favorire clienti o per ridurre il debito attraverso stralcio non giustificati. Recupero illecito dei crediti.	ALTO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Verifiche periodica degli incassi e riconciliazione con la contabilità; utilizzo sistemi di pagamento sicuri e tracciabili; con monitoraggio continuo delle transazioni.	3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	MEDIO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informatizzate (nota 2)	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.
	Programmazione fabbisogni e autorizzazione della spesa (beni sanitari e non sanitari, attrezzature, servizi e lavori).	Direttori U.O., Direttori di Dipartimento, DMP, Farmacia, GREF, GTP, PCG e S.I.A, PEGL	Sovrastima o sottostima dei fabbisogni (non coerenti con attività assistenziale) per favorire operatori economici;	ALTO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Verifiche periodica degli incassi e riconciliazione con la contabilità; utilizzo sistemi di pagamento sicuri e tracciabili; con monitoraggio continuo delle transazioni.	3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	MEDIO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informatizzate (nota 2)	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.
	Acquisto/bilancio: approvazione di beni, servizi e lavori; predisposizione atti di gara, scelta della procedura di affidamento.	DMP, Farmacia, PEGL	Requisiti tecnici o economici costituiti "su misura", discriminazione fornitori, favorimenti, frazionamenti, affidamenti diretti impropri.	ALTO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	Verifiche periodica degli incassi e riconciliazione con la contabilità; utilizzo sistemi di pagamento sicuri e tracciabili; con monitoraggio continuo delle transazioni.	3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	MEDIO	Livello di rischio mitigato dalla separazione dei ruoli nella predisposizione degli atti di gara (disposizione CS prot.n. 13478/2025).	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.
	Gestione della procedura di gara: nomina commissione, valutazione offerte, aggiudicazione e stipula del contratto.	Commissioni di gara.	Conflicti di interesse; attribuzione punteggi non oggettivi	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Verifiche periodica degli incassi e riconciliazione con la contabilità; utilizzo sistemi di pagamento sicuri e tracciabili; con monitoraggio continuo delle transazioni.	3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	MEDIO	Dichiarazione assenza conflitti di interesse; criteri predeterminati; verbalizzazione dettagliata; supporto tecnico qualificato.	N. dichiarazioni acquisite/ N. Commissari.	N. dichiarazioni acquisite/ N. Commissari.	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.
	Esecuzione del contratto: avvio ed esecuzione delle prestazioni.	UU.OO. Di afferenza, RUP, DEC.	Prestazioni difformi dal contratto; mancata rilevazione inadempienze; Pagamenti per prestazioni non conformi.	MEDIO	MEDIO	BASSO	MEDIO	BASSO	Normativa DEC/DL secondo competenze; rotazione degli incarichi; monitoraggioattività; verifiche periodiche; workflow autorizzativi; tracciabilità delle prestazioni.	3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	MEDIO	Non conformità rilevate/Contestazioni fornitori	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.
	Esecuzione del contratto: varianti e modifiche in corso d'opera.	UU.OO. Di afferenza, RUP, DEC, PEGL.	Varianti non giustificate, aumento costi.	MEDIO	MEDIO	BASSO	MEDIO	BASSO	Autorizzazione multivello; motivazione tecnica obbligatoria; controlli costi.	3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	MEDIO	% varianti sul totale lavori; % varianti > 10% costo base	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica Rpct.

FASE 1 - ANALISI DEL CONTESTO E MAPPATURA DEI PROCESSI		FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO										FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO				FASE 4 - MONITORAGGIO			
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	UNITÀ ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	2.2 ANALISI DEL RISCHIO (Scala di misurazione: alto, medio, basso)										INDICATORI DI MONITORAGGIO				FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	MODALITÀ DI VERIFICA	
			(1) Livelli di interesse "esterno" (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(2) Grado di discrezionalità del decisore interno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(3) Manifestazione e eventi corruzione in passato, segnalazioni, reclami	(4) Opacità del processo decisionale (mancanza trasparenza)	(5) Adeguatza delle competenze del personale addetto	(6) Livello di rischio legato all'attuazione delle misure di trattamento del rischio	Fattori mitiganti il rischio.	2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO (livello di rischio e priorità)	3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica RPCT .					
CICLO PASSIVO	Esecuzione del contratto: proroghe contrattuali.	UU.OO. Di afferenza, RUP, DEC.	Proroghe non giustificate; estensione indubbiamente durata contratto.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	Motivazioni obbligatorie; autorizzazioni multivelle; alert ERP.	Verifiche a campione.	Semestrale	(2) Verifica RPCT .	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT .	(2) Verifica RPCT .			
	Esecuzione del contratto: collaudati e direzione lavori.	GTP	Controlli insufficienti, collaudi compiacenti. Tolleranza verso esecuzioni difformi, sovrastima avanzamento lavori.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	Verbali sopralluoghi, collaudi, checklist tecnici.	Collaudi effettuati, non conformità rilevate.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT .					
	Gare, affidamenti e ordini.	PEGI	Favortismi, frazionamenti, affidamenti diretti impropri.	ALTO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	ALTO	Tracciabilità completa; patto di integrità; obbligo NSO; controlli di legittimità.	% affidamenti diretti sul totale affidamenti; n. rilievi su capitoli.	Trimestrale	(2) Verifica RPCT .					
	Varianti e modifiche in corso d'opera.	DMP, PEGI, GTP, PCG e S.I.A.	Varianti non giustificate, aumento costi.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	AutORIZZAZIONE multivelle; motivazione tecnica obbligatoria; controlli costi.	+ % varianti sul totale costi base	Semestrale	(2) Verifica RPCT .					
	Ricezione beni/servizi (entrate/uscite).	DMP, UU.OO. Sanitaria, Farmacia, PEGI, PCGSIA,	Nancata verifica di conformità, documenti mancanti; mancata tracciabilità; alterazione gabelle di magazzino; furti; sprechi.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Separazione acquisto /forniture; riscontro con NSC; gestione informatizzata magazzino; inventari periodici.	Controlli a campione; % sostamenti inventariali; farmaci/DM scaduti.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT .					
	Registrazione beni/servizi e gestione magazzini (entrate/uscite).	PEGI	Registrazione fatture per beni/servizi non ricevuti; duplicazione fatture; manipolazione date di registrazione.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informatizzate nota 2)	% fatture sospese; n. fatture duplicate; n. modifiche manuali.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT .					
	Liquidazione, fatture passive.	PEGI	Liquidazione di importi non dovuti; accelerazione selettiva dei pagamenti.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Integrazione SDI-NSO-ri-ezione; blocchi automatici AMC; controlli automatici SDI; verifiche AMC.	N. liquidazioni respinte; anomalie nel tempo per fornitore.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT .					
	Contabilità fornitori (archivio fornitori) ed emissione ordinativi di pagamento.	GREF	Abuso nell'inserimento di nuovi fornitori; mancata applicazione dei criteri di priorità al fine di favorire taluni fornitori (ad es. alterare l'ordine cronologico di arrivo delle fatture liquidate dagli uffici).	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informatizzate nota 2)	Separazione autorizzazione/ pagamento; integrazione SIOP; modifica ordine cronologico automatico; firma digitale Workflow autorizzativo; monitoraggio tempi.	Controllo a campione su varie tipologie di pagamenti; analisi del ciclo passivo.	Semestrale	(2) Verifica RPCT .				
	Gestione cassa economale.	PEGI	Uso improprio fondi, pagamenti non documentati, rimborsi indebiti, falsi giustificativi.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Livello di rischio mitigato dalle procedure informatizzate nota 2)	Regole e limiti cassa; documentazione obbligatoria; rendicontazione periodica, verifica giustificativa; controlli interni.	Controlli a campione.	Semestrale	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT .				
	Raccolta dati contabili e rendicontazione	GREF	Dati incompleti o incorrenti; ritardi/omissioni verso PCC.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	Integrazione automatica sistemi; controlli di quadratura; integrazione tra AMC e PCC; personale dedicato alla gestione della PCC.	N. rilievi organi di controllo.	Semestrale	(2) Verifica RPCT .					

FASE 1 - ANALISI DEL CONTESTO E MAPPATURA DEI PROCESSI		FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO						FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO						FASE 4 - MONITORAGGIO			
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	UNITÀ ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	2.2 ANALISI DEL RISCHIO (Scala di misurazione: alto, medio, basso)						3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE						FREQUENZA DEL MONITORAGGIO	MODALITÀ DI VERIFICA	
			(1) Livelli di interesse interno e esterno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(2) Grado di discrezionalità del decisore interno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(3) Manifestazione e eventi corruzione in passato, segnalazioni, reclami	(4) Opacità del processo decisionale (mancanza trasparenza)	(5) Adeguatza delle competenze del personale addetto	(6) Livello di rischio legato all'attuazione delle misure di trattamento del rischio	Fattori mitiganti il rischio.	2.3 PONDERAZIONE DEL RISCHIO (livello di rischio e priorità)	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO		
GESTIONE PATRIMONIO	Gestione immobili e utilizzo.	GTP	Uso improprio, assegnazioni non trasparenti.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Inventario e registro immobiliare; avvenuta esecuzione progressiva di tutti i fabbricati.	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RpCT.
MANUTENZIONE E SICUREZZA IMPIANTI	Inventario e dismissioni beni mobili.	GTP	Inventari non aggiornati, dimissioni non corrette.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Inventario informaziativo; procedure dimissione e controlli.	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RpCT.
GESTIONE FARMACIA AD ALTO COSTO, INNOVATORI, STUPEFACENTI E PREPARATI GALENICI	Dall'acquisizione del contratto alla verifica della corretta esecuzione degli stati di avanzamento, alla liquidazione delle spese.	GTP	Discrezionalità.	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	Attestazione regolare esecuzione del servizio da parte del DEC ai fini liquidazione fatture.	(1) Verifica a campione. (2) Verifica RpCT.
	Manutenzione impianti e verifiche periodiche.	GTP	Omissione controlli, rischi impiantistici.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Piani manutenzione e verifiche; Audit periodici.	Semestrale
PROGRAMMAZIONE E BUDGETING	Gestione farmaci ad alto costo e stupefacenti (oncologici, biologici, innovativi, ecc.).	Farmacia	Manca tracciabilità, furti, uso improprio.	ALTO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Implementazione integrazione robot e Areas/AMC; tracciabilità specifica; controlli e report periodici.	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RpCT.
	Preparazione farmaci e galenica (anche oncologici).	Farmacia	Errori, contaminazioni, frodi.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Standard operativi e controlli qualità; utilizzo sistema informativo e tracciabilità lotti.	Semestrale
GESTIONE SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	Supporto alla Direzione Strategica del percorso di budget.	PCG	Manipolazione dati, previsioni non verificate, dati non affidabili.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	% costamenti previsione/consuntivo % budget i revisionati	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RpCT.
	Gestione accessi e privilegi.	SIA	Accessi non autorizzati, abuso privilegi.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Rispetto procedura aziendale di autorizzazione ruoli /accessi; verifiche periodiche.	Semestrale
GESTIONE SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	Gestione infrastrutture e sicurezza ICT.	SIA	Vulnerabilità, attacchi, perdita dati.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Verifiche a campione.	(1) Verifica RpCT.
	Progetti ICT e digitalizzazione (passaggio di funzioni ad Azienda Zero Calabria).	SIA	Dati incoerenti o manipolati.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Regole qualità dati; controlli di coerenza automatizzati tra diversi flussi informativi.	Semestrale
	Si vanta rischio residuo.	SIA	Non a rischio corruzione.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	Non a rischio corruzione.	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RpCT.

FASE 1 - ANALISI DEL CONTESTO E MAPPATURA DEI PROCESSI				FASE 2 - VALUTAZIONE DEL RISCHIO				FASE 3 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO				FASE 4 - MONITORAGGIO			
AREA DI RISCHIO	PROCESSO	UNITÀ ORGANIZZATIVA RESPONSABILE		2.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI EVENTI A RISCHIO		2.2 ANALISI DEL RISCHIO (Scala di misurazione: alto, medio, basso)		3.1 IDENTIFICAZIONE E ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE		INDICATORI DI MONITORAGGIO		FREQUENZA DEL MONITORAGGIO		MODALITÀ DI VERIFICA	
		(1) Livelli di interesse interno e/o esterno (es. interessi economici, benefici, ecc.)	(2) Grado di discrezionalità del decisore interno all'Azienda	(3) Manifestazioni e di eventi corruzione in passato, segnalazioni, reclami	(4) Opacità del processo decisionale (mancanza trasparenza)	(5) Adeguatazza delle competenze del personale addetto	(6) Livello di rischio legato all'attuazione delle misure di trattamento del rischio	Fattori mitiganti il rischio.	PONDERAZIONE DEL RISCHIO (livello di rischio e priorità)						
GESTIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	AlPI in spazi interni: autorizzazione, controllo volumi, orari e spazi, verifica incompatibilità, monitoraggio rispetto liste di attesa. (Alpi allargata non esaurita dal 1/01/2021)	DIMP, GREF, PGCSIA, GSRUF	Mancato rispetto dei volumi di attività. Utilizzo improprio dell'attività AlPI in sostituzione di quella ordinaria a vantaggio di determinati soggetti.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.
GESTIONE LISTE DI ATTESA	Rendicontazione degli incassi correlati alle prestazioni sanitarie erogate in regime AlPI.	DIMP, GREF, PGCSIA, GSRUF	Omissione o alterazione dati.	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.
DECESO IN OSPEDALE	Gestione liste di attesa per ricoveri ospedalieri.	DMP	Discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica e nell'ordine di chiamata.	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.
RISCHIO CLINICO	Gestione eventi avversi	Governo Clinico e Risk Management	Copertura o non segnalazione eventi	ALTO	MEDIO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	ALTO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.
	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti di presidi ospedalieri.	DMP	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio.	ALTO	MEDIO	BASSO	MEDIO	BASSO	BASSO	ALTO	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO	(1) Autovalutazione con evidenze documentali. (2) Verifica RPCT.

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2026-2028 - Sottosezione 3.2 Rischi corrutivi e trasparenza

Sottosezione livello 2 (Tipologie di dati)							Sottosezione livello 2 (Tipologie di dati)						
N.	Sotto sezione 1 (Macrofamiglie)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termino scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPCT	Note				
1	Disposizioni generali	Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) da pubblicare nella sezione "Performance/Piano della Performance". La Sez. 2.3 Rischi Corruativi e Trasparenza da pubblicare anche nella sezione "Altri contenuti/Prevenzione della corruzione".	Annuale	Entro il 31 gennaio.	RPCT	Annuale (entro 28 febbraio)	Il D.L. n. 80/2021 introduce il PIAO quale documento unico di programmazione triennale, che accorda e sostituisce diversi strumenti di pianificazione, tra cui il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.				
2			Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati "Normativa".							
3			Atto Aziendale	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione di nuovi atti.	Affari Generali, Legali e Assicurativi						
4	Disposizioni generali	Atti amministrativi generali	Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti amministrativi generali	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione di nuovi atti.							
5		Regolamenti e procedure aziendali	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Regolamenti e procedure aziendali	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'approvazione dell'atto.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione						
6		Atti generali	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Statuti leggi regionali	Tempestivo	Entro 10 giorni dall'approvazione.							
7			Art. 37, c. 3, d.l.i. n. 69/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Tempestivo								
8	Disposizioni generali	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 13, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Tempestivo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016						
9		Scadenzario obblighi amministrativi	Art. 12, c. 1-bis d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Tempestivo		L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'amministrazione.						
10		Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l.i. n. 69/2013	Burocrazia zero	Tempestivo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016						
11		Organici di indirizzo politico-amministrativo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Organici di indirizzo politico-amministrativo	Tempestivo		L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'amministrazione.						
12			Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo.	Tempestivo		Per i dati relativi a Direttore Generale/Commissario Straordinario, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo link di rinvio alla sezione "Personale/Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice".						
13			Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Curriculum vitae	Tempestivo								
14	Organizzazione	Organici di indirizzo politico-amministrativo	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica/incarico.	Tempestivo		L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'amministrazione.						
15			Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici.	Semestrale								
16			Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti.	Tempestivo								
17				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti.	Tempestivo								

GRIGIO: Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016

GIALLO: L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'amministrazione.

N.	Sotto sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sotto sezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termine scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPCT	Note	
18					1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)].	Annuale					
19					2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili),	Annuale					
20					3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €).	Tempestivo					
21		Organizzazione			4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)].	Annuale					
22					5) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenuta e dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai redditi delle persone fisiche) [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)].	Annuale					
23					Provvedimenti di erogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie a carico del responsabile della mancata comunicazione per la mancata o incompleta comunicazione dei dati concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico (di organo di indirizzo politico) al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, dei coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica.	Tempestivo	Entro 30 giorni dal provvedimento.				
24					Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate.	Tempestivo					
25					Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali Atti degli organi di controllo.	Tempestivo					
26					Articolazione degli uffici	Tempestivo					
27					Articolazione degli uffici Organigramma	Tempestivo	Entro 30 giorni da eventuali variazioni.				
28	Organizzazione				Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche.	Tempestivo					
29					Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale.	Tempestivo					
30					Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici.	Tempestivo					
					Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali.	Tempestivo	Entro 30 giorni da eventuali variazioni.				

Per i dati relativi a Direttore Generale/Commissario Straordinario, Direttore Sanitario e direttore Amministrativo link di rinvio alla sezione "Personale/Intolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice".

L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'amministrazione.

Semestrale
(31 luglio, 31 gennaio)

N.	Sotto sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sottosezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termine scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPCT	Note
49			Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Per ciascun titolare di incarico: a) Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico; b) Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo;	Tempestivo Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
50			Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	c) Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione dei risultati); d) Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici;	Tempestivo Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
51			Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti.	Tempestivo Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
52			Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti.	Tempestivo	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
53			Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]; 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili); 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)].	Tempestivo Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
54			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, L. n. 441/1982	Declaratio n Incarichi Dirigenziali Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Annuale Entro il 30 marzo.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
55	Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, L. n. 441/1982	Declaratio n Incarichi Dirigenziali Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Annuale Entro il 30 marzo.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
56			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Declaratio n Incarichi Dirigenziali Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Annuale Entro il 30 marzo.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
57			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo d.lgs. n. 33/2013	Declaratio n Incarichi Dirigenziali Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Annuale Entro il 30 marzo.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
58			Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, L. n. 441/1982	Declaratio n Incarichi Dirigenziali Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Temppestivo Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
59			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Declaratio n Incarichi Dirigenziali Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Annuale Entro il 30 marzo.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
60			Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo d.lgs. n. 33/2013	Declaratio n Incarichi Dirigenziali Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Annuale Entro il 30 marzo.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
61	Personale		Art. 15, c. 5	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Temppestivo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016				
62	Personale		Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Temppestivo Entro 3 mesi dalla vacanza dell'incarico.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	31 luglio, 31 gennaio			
63	Personale		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Annuale	L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'amministrazione.	Le Aziende del S.S.N. non rientrano nell'ambito soggettivo di applicazione del D.P.R. n. 108/2004.			

N.	Sotto sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sottosezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RCT	Note
64			Art. 14, c. 1, lett. a)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo.	Nessuno	Entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico.			
65			Art. 14, c. 1, lett. b)	Curriculum vitae.	Nessuno				
66			Art. 14, c. 1, lett. c)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica.	Nessuno	Entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico.			
67				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici.	Nessuno	Entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	Link di collegamento alla banca dati Consulenti Pubblici consulentipubblici.dfp.gov.it.
68	Personale	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. d)	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	Nessuno	Entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
69			Art. 14, c. 1, lett. e)		Nessuno	Entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico.			
70			Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 2, c. 1, punto 2, L. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferite al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili); 3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)].	Nessuno	Entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico.			
71			Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 4, L. n. 441/1982	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica.	Nessuno	Entro 30 giorni dall'avvio del provvedimento.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
72	Personale	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1 d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'avvio del provvedimento.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
73	Personale	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Tempestivo	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
74	Personale	Dotazione organica	Art. 16, c. 1 d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Annuale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale del Conto Annuale.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale (entro 31 luglio)	
75			Art. 16, c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Annuale	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale).			
76	Personale	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1 d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (*)	Annuale	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale).	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Annuale (entro 31 luglio)	
77			Art. 17, c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato, con particolare riguardo agli uffici di direttiva collaborazione con gli organi di indirizzo politico.	Trimestrale	30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione		
78	Personale	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3 d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (*)	Trimestrale	30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	Link di collegamento alla banca dati Consulenti Pubblici consulentipubblici.dfp.gov.it.
79	Personale	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18 d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) per ogni incarico.	Tempestivo	30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	

N.	Sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sotto-sezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Struttura competente	Tempistiche di monitoreggio RPCT	Note
80	Personale	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1 d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs.n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto.	Link di collegamento al sito ARAN.
81	Personale	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2 d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c.4, d.lgs. n. 150/2009	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti).	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla sottoscrizione del conto annuale.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
82	Personale		Art. 21, c. 2 d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, lett. c) d.lgs. n. 33/2013	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispone, allo scopo uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Contea dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica.	Annuale	Entro 30 giorni dalla sottoscrizione del conto annuale.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
83	Personale	O.I.V.	Art. 10, c. 8, lett. c) d.lgs. n. 33/2013	O.I.V. (*)	Nominativi. Curricula. Compensi.	Tempestivo	Entro 10 giorni dalla nomina.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
84	Personale		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'Azienda, nonché - i criteri di valutazione della Commissione, - le tracce delle prove scritte, - le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori.	Tempestivo.	Il bando entro un giorno dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. I criteri di valutazione, le tracce e le graduatorie finali entro 3 giorni dall'addizione degli atti.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
85	Bandi di concorso	Bandi di concorso	Art. 19 d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (*)		Tempestivo.	Il D.L. n. 80/2021 introduce il PIAO quale documento unico di programmazione triennale, che accorda a sostituisce diversi strumenti di pianificazione, tra cui il Piano della Performance.	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)
86	Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance.	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009).	Tempestivo	Entro 10 giorni dall'approvazione del documento.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
87	Performance	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009).	Tempestivo	Entro 10 giorni dalla approvazione del documento.	Il D.L. n. 80/2021 introduce il PIAO quale documento unico di programmazione triennale, che accorda a sostituisce diversi strumenti di pianificazione, tra cui il Piano della Performance.
88	Performance	Relazione sulla Performance	Par. 2.1, delib. CIVIT n. 6/2012	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009).	Tempestivo	Entro 10 giorni dalla approvazione del documento.	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
89	Performance	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 4, delib. CIVIT n. 23/2013	Documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance.	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009).	Tempestivo	Entro 10 giorni dalla trasmissione del documento da parte dell'OIV.	Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.
90	Performance	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Relazione OIV sul funzionamento del Sistema. Relazione OIV sul funzionamento della Relazione sulla Performance.	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009).	Tempestivo	Entro 10 giorni dalla trasmissione del documento da parte dell'OIV.	O.I.V.
91	Performance	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (*)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati. Ammontare dei premi effettivamente distribuiti.	Tempestivo	Entro 10 giorni dalla trasmissione del provvedimento di istituzione delle risorse.	Annuale (entro 31 luglio)
92		Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (*)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio.	Tempestivo	Entro 10 giorni dall'adozione del provvedimento.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
93					Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi.	Tempestivo	Entro 10 giorni dalla mensilità di liquidazione delle quote (conclusione del ciclo delle performance).	Annuale (entro 30 giugno)
94	Performance				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.	Tempestivo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016
95	Performance				Livelli di benessere organizzativo.			
96	Performance							
97	Performance	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo				

N.	Sotto sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sottosezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termine scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPCT	Note	
98			Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione onero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate.	Annuale					
99	Enti pubblici vigilati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (*)	Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale; 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione; 3) durata dell'impegno; 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante; 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari; 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo.	Annuale	Entro 31 gennaio.	Direzione Amministrativa	Annuale (entro 28 febbraio)	Documento da trasmettere al RPCT che attesti che "l'Azienda non detiene, né direttamente, né indirettamente, partecipazioni societarie".	
100	Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7A. Dichiaraione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico. 7B. Dichiaraione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico. Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza.	Tempestivo					
101			Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate.	Annuale					
102			Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuna delle società: 1) ragione sociale; 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione;	Annuale	Entro 31 gennaio.	Direzione Amministrativa	Annuale (entro 28 febbraio)	Documento da trasmettere al RPCT che attesti che l'Azienda non detiene quote di partecipazione in società".	
103					3) durata dell'impegno; 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione;	Annuale					
104					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante; 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari;	Annuale					
105					7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza.	Annuale					
106					Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate.	Annuale					
107	Enti controllati		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (*)	Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale; 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione;	Annuale	Entro 31 gennaio.	Direzione Amministrativa	Annuale (entro 28 febbraio)	Documento da trasmettere annualmente al RPCT che attesti che "Non ci sono Enti di Diritto Privato controllati dall'Azienda".	
108			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		3) durata dell'impegno; 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione;	Annuale					
109					5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante; 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari;	Annuale					
110					7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati, secondo le definizioni previste dall'art. 22, comma 1, lettere a), b), c) di cui al d.	Annuale					
111	Enti controllati	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati.	Annuale	Entro 31 gennaio.	Direzione Amministrativa	Annuale (entro 28 febbraio)	Documento da trasmettere annualmente al RPCT che attesti che "L'Azienda non ha situazioni di Enti pubblici vigilati, né di società partecipate, né di enti di diritto privato controllati, secondo le definizioni previste dall'art. 22, comma 1, lettere a), b), c) di cui al d.	
112	Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016	Annuale					

N.	Sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sotto-sezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termine scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPCT	Note
113			Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Per ciascuna tipologia di procedimento con i riferimenti normativi utili:	1) breve descrizione del procedimento;	Tempestivo		Comunicazione tempestiva al RPCT, da parte degli uffici che svolgono procedimenti		
114			Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria;	Tempestivo			amministrativi, dell'invio per la pubblicazione di tutti i dati previsti:		
115			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) nome del responsabile del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale;	Tempestivo			1. Direzione Medica di Presidio, 2. Avvocatura,	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
116	Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, Con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale;	Tempestivo	Entro 30 giorni da eventuali variazioni.		3. Programmazione e Controllo di Gestione e S.I.A.,		
117			Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano;	Tempestivo			4. Affari Generali, Legali e Assicurativi,		
118			Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante;	Tempestivo			5. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione,		
119			Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-asenso dell'amministrazione.	Tempestivo			6. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie,		
120			Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli;	Tempestivo					
121			Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione.	Tempestivo					
122	Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente nella documentazione.	Tempestivo	Entro 30 giorni da eventuali variazioni.		Comunicazione tempestiva al RPCT, da parte degli uffici che svolgono procedimenti	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
123			Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013	11) nome del soggetto cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale.	Tempestivo					
124			Art. 35, c. 1, lett. n), d.lgs. n. 33/2013	12) risultati delle indagini di customer satisfaction condotte sulla qualità dei servizi erogati attraverso diversi canali, con il relativo andamento.	Tempestivo					
125			Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac- simile per le autocertificazioni;	Tempestivo					
126			Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze.	Tempestivo					
127			Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, L.n.190/2012	Per ciascun procedimento di autorizzazione o concessione: 1) contenuto;	Tempestivo					
128			Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, L.n.190/2012	2) oggetto;	Tempestivo	Entro 30 giorni da eventuali variazioni.		Comunicazione tempestiva al RPCT, da parte degli uffici che svolgono procedimenti	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
129	Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, L.n.190/2012	3) eventuale spesa prevista;	Tempestivo					
130			Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, L.n.190/2012	4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento con indicazione del responsabile del procedimento.	Tempestivo					
131			Art. 2, c. 9-bis, L.n. 241/1990	Per ciascun procedimento nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo per la conclusione del procedimento.	Tempestivo					
132			Art. 1, c. 29, L.n.190/2012	Indirizzo di posta elettronica certificata a cui il cittadino possa trasmettere istanze e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano.	Tempestivo					
133	Attività e procedimenti	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, L.n.190/2012	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Tempestivo			Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016		

N.	Sotto sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sottosezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termine scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPCT	Note
134	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n.33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tempestivo	Entro 10 giorni da eventuali variazioni.	Comunicazione tempestiva al RPCT, da parte degli uffici che svolgono procedimenti amministrativi.	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)		
135	Attività e procedimenti		Convenzioni-quadro	Convenzioni-quadro volte a disciplinare le modalità di accesso ai dati da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tempestivo	Entro 10 giorni da eventuali variazioni.				
136		Modalità per l'acquisizione d'ufficio dei dati	Modalità per lo svolgimento dei controlli	Ulteriori modalità per la tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati.	Tempestivo	Entro 10 giorni da eventuali variazioni.				
137		Modalità per lo svolgimento dei controlli		Ulteriori modalità per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle amministrazioni procedenti.	Tempestivo	Entro 10 giorni da eventuali variazioni.				
138	Provvedimenti organi indirizzo politico (Direttore Generale)	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti organi indirizzo politico (*)	Provvedimenti organi indirizzo politico (*)	1. Gestione Tecnico Patrimoniale; 2. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	Entro 30 giorni dalla fine del semestre.	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	Da pubblicare elenco riepilogativo con link alle specifiche sezioni.		
139	Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico (Direttore Generale)		Provvedimenti organi indirizzo politico (*)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016					
140	Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi (*)	1. Gestione Tecnico Patrimoniale; 2. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica.	Entro 30 giorni dalla fine del semestre.	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	Da pubblicare elenco riepilogativo con link alle specifiche sezioni.		
141	Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi (*)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016					
142	Controlli sulle imprese	Controlli sulle imprese	Art. 25, c. 1 lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla fine del semestre.	L'art. 25 del D.lgs. n. 33/2013 è stato abrogato dall'art. 43, comma 1, d.lgs. n. 97/2016.		
143			Art. 25, c. 1 lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative.	Tempestivo				
144			Art. 30, d.lgs. n. 36/2023	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici.	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automaticizzazione delle proprie attività.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifica...	Entro 31/3/2024 in prima applicazione. Entro 30 giorni dall'adozione di modifica...			
145			All. 1.5 d.lgs. n. 36/2023	Avviso di manifestazione di interesse.	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Nota 1: modalità e contenuti di pubblicazione come da delibera ANAC n. 601 del 19 dicembre 2023 di modifica ed integrazione della delibera n. 264 del 20 giugno 2023.		
146	Bandi di gara e Contratti (nota 1)	(1) Atti e documenti di carattere generale riferiti a tutte le procedure.	All. I.5 d.lgs. n. 36/2023	Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla comunicazione.	Nota 2: qualora gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal d.lgs. n. 33/2013 (art. 6 e 8, co. 3), è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
147		Procedura di gara con sistemi di qualificazione.	d.lgs. n. 36/2023	Procedure di gara con sistemi di qualificazione.	Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.			
148		Settori speciali.	Art. 169, d.lgs. n. 36/2023	Settori speciali.	Obligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.			
149		Procedure di gara regolamentate. Settori speciali.	Art. 11, co. 2-quater, L. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020	Investimento pubblico.	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli art. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali).	Annuale	Entro 30 giorni dalla disponibilità dell'informazione.			

N.	Sotto sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sottosezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termine scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPTCT	Note	
150	Bandi di gara e Contratti (nota 1)	(2) Atti e documenti da pubblicare per ciascuna procedura:	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. n. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello folcloristico) All. 1.6 al d.lgs. n. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	Art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) 1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b); 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato); 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato; Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per la SA sia per le amministrazioni locali interessate	Qualora gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, per ogni singola procedura di affidamento inserire il link alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) contenente i dati e le informazioni comunicati dalla S.A. e pubblicati da ANAC ai sensi della delibera n. 261/2023.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)		
151		FASE Pubblicazione	Art. 82, d.lgs. n. 36/2023 Documento di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. n. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'All. II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: - Delibera a contrarre; - Bando/avviso di gara/lettera di invito; - Disciplinare di gara; - Capitolato speciale; - Condizioni contrattuali proposte.	Qualora gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, per ogni singola procedura di affidamento inserire il link alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) contenente i dati e le informazioni comunicati dalla S.A. e pubblicati da ANAC ai sensi della delibera n. 261/2023.	Tempestivo	Contestualmente all'adozione dei documenti.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)		
152			Art. 28, d.lgs. n. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici.	Commissioni giudicatrici.	Qualora gli atti e i documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, per ogni singola procedura di affidamento inserire il link alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) contenente i dati e le informazioni comunicati dalla S.A. e pubblicati da ANAC ai sensi della delibera n. 261/2023.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)		
153	Bandi di gara e Contratti (nota 1)	(2) Atti e documenti da pubblicare per ciascuna procedura:	Art. 47, co. 2 e 9 d.l. n.77/2021, L. n. 108/2021 D.P.C.M. 20/06/2023 "Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati" (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. n. 36/2023).	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta.	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)			
154		FASE Affidamento	Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. n. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica.	L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'amministrazione.	Tempestivo	Procedura di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberaz. di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 c. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)			
155			Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs n. 36/2023 Collegio consultivo tecnico.	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) e CV dei componenti.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)			
156	Bandi di gara e Contratti (nota 1)	(2) Atti e documenti da pubblicare per ciascuna procedura:	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, L. n. 77/2021 L. n. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati. D.P.C.M. 20 giugno 2023 "linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati" (art. 1, co. 8, all. II.3, d.lgs. n. 36/2023).	Fase esecutiva.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)			
157	Bandi di gara e Contratti (nota 1)	(2) Atti e documenti da pubblicare per ciascuna procedura:	Art. 134, co. 4, d.lgs. n. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato.	Sponsorizzazioni.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)			

N.	Sotto sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sotto sezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPCT	Note
158	Bandi di gara e Contratti (nota 1)	(2) Atti e documenti da pubblicare per ciascuna procedura: <u>Procedura di somma urgenza e di protezione civile.</u>	Art. 140, d.lgs. n. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023.	Procedure di somma urgenza e di protezione civile.	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dettati da prezzi ufficiali; 4) verbale di consogna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/formatura;	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
159	Bandi di gara e Contratti (nota 1)	(2) Atti e documenti da pubblicare per ciascuna procedura: <u>Finanza di progetto.</u>	Art. 193, d.lgs. n. 36/2023 Procedura di affidamento.	Finanza di progetto.	Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi.	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento.	Provveditorato, Economato e Gestione Logistica	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
160		Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati.	Tempestivo	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale (entro 30 giugno)	
161			Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Art. 26, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro. Per ciascuno: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario;	Tempestivo		Il G.O.M. non eroga sovvenzioni, contributi, sussidi e/o vantaggi economici.	
162			Art. 27, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	Art. 27, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013	2) importo del vantaggio economico corrisposto;	Tempestivo			
163			Art. 27, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013	Art. 27, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 33/2013	3) norma o titolo a base dell'attribuzione;	Tempestivo			
164	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (*)	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo;	Tempestivo	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale (entro 30 giugno)	
165	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. e) d.lgs. n. 33/2013	Art. 27, c. 1, lett. e) d.lgs. n. 33/2013	5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario;	Tempestivo				
166		Art. 27, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 33/2013	Art. 27, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 33/2013	6) link al progetto selezionato;	Tempestivo				
167		Art. 27, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 33/2013	Art. 27, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 33/2013	7) link al curriculum del soggetto incaricato.	Tempestivo				
168				Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese ed di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro.	Tempestivo				
169				Albo dei soggetti, ivi comprese le persone fisiche, cui sono stati erogati in ogni esercizio finanziario contributi, sovvenzioni, crediti, sussidi e benefici di natura economica a carico dei rispettivi bilanci.	Tempestivo				
170			Art. 1, D.P.R. n. 118/2000	Albo dei beneficiari	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche.	Annuale (entro 30 giugno)	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale (entro 30 giugno)	
171			Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bilancio preventivo	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Entro 30 giorni dall'approvazione.	Comunicazione del Dirigente dell'U.O.C. GREF al RPCT dell'avvenuto invio dei dati per la pubblicazione.	Entro 30 giorni dall'approvazione.	
172	Bilanci preventivo e consuntivo	DPCM 26/04/2011 Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1,	DPCM 26/04/2011 Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1,	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggiornegata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche.	Tempestivo		Entro 30 giorni dall'approvazione.	
173		DPCM 26/04/2011 Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1,	DPCM 26/04/2011 Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1,	Bilancio consuntivo	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo		Entro 30 giorni dall'approvazione.	
174		DPCM 26/04/2011			Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti o non ancora riconosciuti.	Tempestivo		Annuale (entro 30 giugno)	
175	Bilanci	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	L'obbligo di pubblicazione non è applicabile all'amministrazione.	Tempestivo			

N.	Sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sotto-sezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termine scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPTC	Note
176	Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'eventuale aggiornamento.	Gestione Tecnico Patrimoniale	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
177		Canoni di locazione o affitto		Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti.	Tempestivo		Gestione Tecnico Patrimoniale		
178		Organismi indipendenti di valutazione e altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31 d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 4, lett c) d.lgs. n. 150/2009	Atti degli Organismi Indipendenti di Valutazione	Attestazione dell'OIV nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009.	Annuale	Schema di pubblicazione (delibera ANAC n. 481/2025); I documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione.	Tempestivo	Schema di pubblicazione (delibera ANAC n. 481/2025); - data di pubblicazione; - link al documento pubblicato nell'area dedicata del sito istituzionale.	
179	Controlli e rilievi sull'Azienda		Art. 31 d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 4, lett a) d.lgs. n. 150/2010		Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009.	Tempestivo				
180			Art. 31 d.lgs. n. 33/2013		Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (se adottati).	Tempestivo				
181					Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla trasmissione della relazione.	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
182	Controlli e rilievi sull'Azienda	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31 d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 4, lett c) d.lgs. n. 150/2009		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla trasmissione della relazione.	Direzione Amministrativa	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
183					Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio.	Tempestivo				
184	Controlli e rilievi sull'Azienda	Corte dei Conti	Art. 31 d.lgs. n. 33/2013	Rilievi della Corte dei conti	Rilievi della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici da replicare per ogni rilievo.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla conoscenza/comunicazione del rilievo	Direzione Amministrativa	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
185	Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici.	Tempestivo	Entro 10 giorni dall'approvazione.	Direzione Medica di Presidio	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
186			Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Notizia del ricorso in giudicato proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio.	Tempestivo	Entro 10 giorni dalla comunicazione.	Affari Generali, Legali e Assicurativi	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
187	Servizi erogati	Class action	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio.	Tempestivo				
188			Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza.	Tempestivo	Entro 10 giorni dall'adozione.			
189	Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, L. n. 190/2012 d.lgs. n. 32/2013	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedii ed il relativo andamento nel tempo.	Annuale	Entro 10 giorni dall'approvazione del Bilancio di esercizio.	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
190	Servizi erogati	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (*)	Criteri di formazione delle liste di attesa. Tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.	Tempestivo	Estrazioni mensili o trimestrali, secondo indicazioni regionali, da pubblicare entro 30 giorni dal mese/trimestre di riferimento.	Direzione Medica di Presidio	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	Obbligo di pubblicazione a carico di strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del Servizio Sanitario.
191	Servizi erogati	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16		Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla rilevazione.	Responsabile per la Transizione Digitale	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
192		Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.	Trimestrale	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
193		Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (*)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.	Trimestrale				
194		Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti (*)	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti).	Annuale	Entro il mese successivo all'anno di riferimento.	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
195	Pagamenti dell'amministrazione			Indicatore complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici.	Trimestrale	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento.				
196				Ammontare complessivo dei debiti (*)	Indicatore di tempestività dei pagamenti (*)	Annuale	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio.	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale (entro 31 luglio)	
197		IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla modifica.	Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Annuale (entro 31 gennaio)	

N.	Sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Sotto-sezione livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Tempistica di aggiornamento	Termine scadenza di pubblicazione	Struttura competente	Tempistiche di monitoraggio RPCT	Note
218		Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, c. 2-bis della legge n. 190 del 2012. Trasparenza	Annuale Entro il 31 gennaio.	Entro il 31 gennaio.	RPCT	Annuale (entro 28 febbraio)	Il D.L. n. 80/2021 introduce il PIAO quale documento unico di programmazione triennale, che accoppa a sostanziale diversi strumenti di pianificazione, tra cui il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
219		Prevenzione della Corruzione	Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della Prevenzione della Corruzione	Responsabilità della Prevenzione della Corruzione.	Tempestivo	Entro 5 giorni dalla nomina.	RPCT	Annuale (entro 28 febbraio)	
220		Prevenzione della Corruzione	Delib. CIVIT n. 105/2010 e 2/2012	Responsabile della Trasparenza	Responsabilità della Trasparenza (laddove diverso dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione).	Tempestivo	Entro 5 giorni dalla nomina.	RPCT	Annuale (entro 28 febbraio)	
221	Altri contenuti - Prevenzione della Corruzione	Prevenzione della Corruzione		Regolamenti per la Prevenzione e la Repressione della Corruzione e dell'illegittimità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegittimità (laddove addotti).	Tempestivo	Entro 10 giorni dall'approvazione dell'atto.	RPCT	Trimestrale (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)	
222		Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 14, L. n. 190/2012	Relazione del Responsabile della Corruzione.	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno).	Annuale	Entro 5 giorni.	RPCT	Annuale (entro 31 gennaio)	
223		Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 3, L. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti.	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione di nuovi atti.	RPCT	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
224		Prevenzione della Corruzione	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Atti di accertamento delle violazioni.	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla comunicazione.	Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
225		Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria. Plattforma Istituzionale	Nome del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale.	Tempestivo	Entro 30 giorni.	RPCT, Affari Generali, Legali e Assicurativi	Semestrale (31 luglio, 31 gennaio)	
226	Altri contenuti - Accesso civico		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori.	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale.	Tempestivo	Entro 30 giorni.			
227				Linee guida Anac FOIA (del. n. 1309/2016)	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione.	Semestrale	Entro 30 giorni.			
228			Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Registro degli accessi.	Catalogo dei dati, metadati e riutilizzo dei dati.	Tempestivo	Entro il 31 marzo.			
229			Art. 9, c. 7, d.l. n. 175/2012	Catalogo di dati, metadati e banche dati.	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati.	Tempestivo	Entro il 31 marzo.			
230	Altri contenuti - Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati			Obiettivi di accessibilità.	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione.	Tempestivo	Entro il 31 marzo.	Responsabile per la Transizione Digitale	Annuale (entro 30 aprile)	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.).
231					Elenco dei provvedimenti adottati per consentire l'utilizzo di servizi in rete, anche a mezzo di intermediari abilitati, per la presentazione telematica da parte di cittadini e imprese di denunce, istanze e atti e garanzie fiduciarie, per l'esecuzione di versamenti fiscali, contributivi, previdenziali, assistenziali e assicurativi, per la richiesta di attestazioni e certificazioni, nonchè dei termini e modalità di utilizzo dei servizi e dei canali telematici e della posta elettronica (l'obbligo di pubblicazione dovrà essere adempito almeno 60 giorni prima della data del 1 gennaio 2014, ossia entro il 1 novembre 2013).	Annuale	Entro il 31 marzo.			
232	Altri contenuti - Dati ulteriori			Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), L. n. 190/2012	Dati ulteriori.	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate.	Tempestivo	RPCT	Annuale (entro 28 febbraio)	NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013.