

Allegato A
Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) 2020-2022
AOU Meyer

Adottato con Deliberazione n. 38 del 31 gennaio 2020

Indice

1. Premessa

PARTE I

2. Contesto esterno di riferimento

3. Contesto interno: l'AOU Meyer in breve

4. Soggetti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Presente Piano

4.1 Gruppo di Lavoro per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza: funzioni e compiti

4.2 Organismi interni di controllo

4.3 Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.)

4.4 Organismo Indipendente di Valutazione

4.5 Ruoli e responsabilità

5. Procedimento di formazione, predisposizione e adozione del Piano

6. Integrazione tra gestione della performance e prevenzione della corruzione

7. Obiettivi strategici generali aziendali

8. Obiettivi strategici specifici del PTPCT 2020-2022

PARTE II: approfondimenti tematici

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

10. "Gestione del rischio" e contesto di riferimento

11. Area di intervento "adempimenti trasparenza" (Piano Trasparenza)

12. Attuazione del Codice di Comportamento

13. La rotazione straordinaria

14. Attività formative

15. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

16. Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali

Allegati:

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

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

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

Allegato 3: Sezione “Amministrazione trasparente” Elenco obblighi di pubblicazione vigente e titolari della gestione del relativo flusso documentale.

1. Premessa

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2020-2022 (PTPCT 2020-2022) costituisce l'atto di indirizzo per l'applicazione in Azienda della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

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

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

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

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

Il presente documento tiene conto infine del Piano di sviluppo aziendale in vigore presentato agli stakeholder nella Convention aziendale “il Meyer diventa più grande” dell'8 novembre 2017 e s.m.i e che trova il suo annuale aggiornamento nel Piano della Performance pubblicato in “Amministrazione trasparente”.

Appare particolarmente utile rimarcare, ai fini del presente documento, la visione contenuta nel nuovo PNA2019: “... le indicazioni del PNA non devono comportare l'introduzione di adempimenti e controlli formali con conseguente aggravio burocratico. Al contrario devono intendersi in un'ottica di ottimizzazione e maggiore razionalizzazione dell'organizzazione e dell'attività delle amministrazioni per il perseguimento dei propri fini istituzionali secondo principi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa”.

Di quanto sopra si è avuto ulteriore riscontro dalle precisazioni e affinamenti apportati dal d.lgs 97/2016 anche ad alcune previsioni di stretta pertinenza con la struttura e le misure dell'impianto anticorruzione tutte improntate a favorire l'attuazione sostanziale e non meramente formale e adempitivo delle misure di prevenzione pianificate.

In quest'ottica, assume rilievo la circostanza che il PTPC deve assumere una valenza ed un ruolo programmatico del tutto incisivo con previsione degli obiettivi strategici da parte degli organi di vertice cui spetta anche la definizione degli indirizzi e degli obiettivi strategici per la valutazione della performance dell'amministrazione.

Visione, che si integra con le indicazioni della Convenzione delle Nazioni Unite contro la Corruzione (UNCAC), volta ad incoraggiare la strategia aziendali di contrasto e di anticipo alla commissione di condotte corruttive; a rafforzare comportamenti e prassi a presidio dell'integrità del pubblico

funzionario e dell'agire amministrativo.

Da questo punto di vista il PNA2019 e questo Piano confermano la nozione di corruzione ampia dalla quale discendono le azioni e le misure anticorruzione per il triennio. Nozione volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si rilevi l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati. Al termine corruzione infatti è attribuito un significato più esteso di quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinare negli artt. 318, 319, 319ter del codice penale (ipotesi di corruzione per l'esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri di ufficio, corruzione in atti giudiziari), tale da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione disciplinati dal Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

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

Il presente Piano è stato elaborato in una logica di continuità con quanto previsto dal PTPCT 2017-2019 e dagli aggiornamenti annuali e si configura come documento fondamentale per l'attuazione della strategia aziendale della prevenzione della corruzione e al quale raccordare e coordinare, ognuno nella propria autonomia, gli altri strumenti indicati dalle recenti innovazioni normative, quali il Piano della Performance, il Codice di Comportamento e le altre misure previste o già in uso in Azienda per finalità di prevenzione dell'illegalità, come le ispezioni, i controlli di varia natura e l'esercizio della vigilanza.

In conclusione il PTPCT 2020-2022 ridefinisce e puntualizza la propria strategia orientandola alle indicazioni del nuovo PNA2019 e si ripositiona rispetto ai precedenti tenendo conto dei nuovi obiettivi di sviluppo aziendale; conferma le azioni e le misure attivate dal 2013 ad oggi, aggiornandone i principali rischi di corruzione evidenziati nel tempo e i relativi rimedi individuati con la ridefinizione degli obiettivi, dei tempi e delle modalità di adozione e attuazione delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo.

Gli aggiornamenti specifici per il 2020, riconducibili alle azioni e alle misure comuni ed alla “gestione del rischio corruzione”, sono evidenziati sia in Allegato 1 “Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione”, che in Allegato 2 “Tabelle: Control Self Risk Assessment”.

Gli aggiornamenti legati invece agli adempimenti in materia di trasparenza sono evidenziati nella apposita sezione “Trasparenza” del presente Piano e nello specifico Allegato 3: Sezione “Amministrazione trasparente - Elenco obblighi di pubblicazione vigente e titolari della gestione del relativo flusso documentale” nel quale sono indicate le Strutture ed i Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e smi.

Gli obiettivi per il triennio e gli aggiornamenti delle azioni e delle misure sono altresì il frutto dell'analisi delle risultanze registrate nel 2019 e dalle indicazioni della Direzione, dei Responsabili delle aree a rischio corruzione mappate e del RPCT che ha tenuto conto anche dei lavori del Coordinamento Regionale dei RPCT del SST.

PARTE I

2. Contesto esterno di riferimento

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

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

Su 152 episodi di corruzione analizzati nel periodo 2016-2019 il 3,9% si sono registrati in Regione Toscana. Gli ambiti oggettivi della corruzione hanno riguardato il 74% l'area degli appalti pubblici. In quest'area i settori più colpiti sono stati i lavori pubblici (40%), la sanità (13%) ed i rifiuti (22%). La tipologia di soggetti indagati ha riguardato i Dirigenti, i Funzionari ed i Dipendenti per un totale del 44%. Tra le amministrazioni coinvolte le Aziende sanitarie si collocano al terzo posto con l'11%. La contropartita in denaro (48%) è la più rilevante anche per importi bassi (50-100 Euro), seguono le assunzioni (13%), le prestazioni professionali (11%), le regalie (7%).

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

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

In sintesi, i risultati dei lavori se da un lato confermano che le aree a rischio sono quelle catalogate e mappate in questi anni dal sistema di prevenzione, ricomprese anche nei nostri Piani aziendali, dall'altro stimolano più puntuali approfondimenti in determinati settori e/o cambi di “rotta” nelle

analisi di rischio in altri. In particolare sembrerebbe più efficace osservare le “dinamiche relazioni” esistenti tra i diversi attori del sistema pubblico-privato, i cui meccanismi relazionali potrebbero generare il *c.d. conflitto di interessi potenziale* diretto ed indiretto e che se non correttamente gestito ne aumenterebbe enormemente la probabilità che si verificassero fatti illeciti ed eventi corruttivi a danno dell'imparzialità dell'azione amministrativa (imparzialità quale valore costituzionale fondante dell'agire della pubblica amministrazione).

3. Contesto interno: l'AOU Meyer in breve

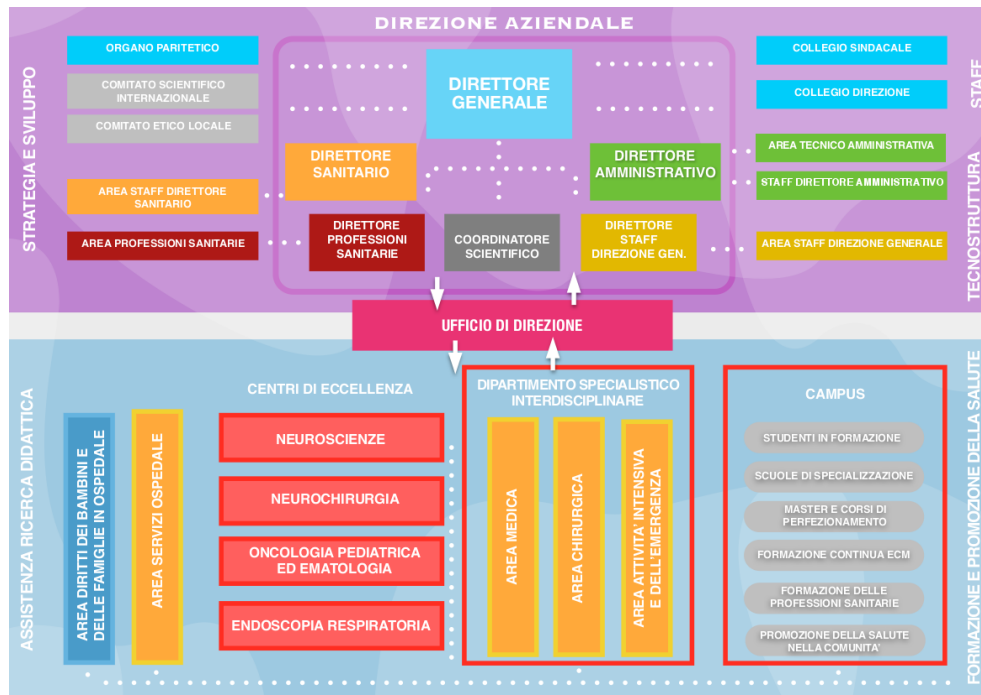
Al fine di fornire un quadro della struttura e dei processi aziendali, in questo paragrafo vengono evidenziati gli aspetti legati alla mission ed all'organizzazione, con particolare riferimento alla cultura dell'etica aziendale. Vengono inoltre evidenziati in breve i numeri dell'attività e della composizione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

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

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

Il 1° gennaio 2016 è stato adottato il Nuovo Atto Aziendale (delibera DG n.133 del 29/12/2015) nel quale è stato definito il nuovo assetto organizzativo finalizzato a fornire la migliore risposta alle esigenze di assistenza, di didattica e di ricerca attraverso articolazioni organizzative differenziate tra il macro-ambito di cura assistenziale, il macro-ambito relativo a didattica, formazione e ricerca e il macro-ambito sanitario, amministrativo e tecnico-professionale. L'organigramma aziendale è consultabile sul sito web dell'AOU Meyer (www.meyer.it) alla sezione “Amministrazione Trasparente” di cui si dà evidenza di un estratto in Fig. 1. Le attività di cura sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative: A) Dipartimento ad attività Integrata (DAI); 1) Area Funzionale Omogenea (AFO); 2) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice Autonoma (SOSA); 3) Struttura Organizzativa Semplice Intra-SOC; 4) Centro Specialistico; B) Centro di Eccellenza; C) Centro interaziendale per la ricerca e l'innovazione; D) Incarico di programma; E) Incarico a elevata professionalità.

Fig.1



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

- *tutela del bene comune*: la sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale. Il concetto di salute, intesa quale bene comune, da un lato esprime la necessità del mantenimento delle risorse da preservare, dall'altro, e soprattutto, richiede il coinvolgimento competente di tutti gli attori coinvolti, inclusi i piccoli pazienti, le loro famiglie e la Comunità tutta;
- *appartenenza e lealtà*: il lavoro di gruppo multidisciplinare, imprescindibile in Sanità, affinché non resti un assunto teorico, presuppone lealtà e appartenenza: favorire la visibilità del contributo di ogni operatore al raggiungimento degli obiettivi aziendali facilita il “sentirsi un NOI”;
- *fiducia e trasparenza*: centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile

di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, da cui si evince l'operato del management, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura;

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

A completamento di tale paragrafo si riassumono i dati di attività consolidati al 2017, disponibili sul sito del Meyer, che danno evidenza dei numeri in termini di assistenza, di composizione dei risultati e di reti di relazioni e accoglienza e di composizione del personale al 31.12. 2019.

Numeri 2017 (fonte Sito www.meyer.it Numeri e performance)

Assistenza	Posti letto	250	
	Ricoveri ordinari	8.647	
	Day surgery	2.733	
	Day hospital	21.445	
	Degenza media	6,2 gg	
	Peso medio	1,18	
	Attrazione extra-regionale	26,7%	
	Accessi pronto soccorso	43.181	
	Accessi con esito ricovero	6,6%	
	Prestazioni ambulatoriali	701.891	
	Trasporti protetti neonatali	203 di cui 183 in emergenza	
Partner	Reti European Reference Networks (ERN)	8	
Accoglienza	Famiglie ospitate in accoglienza alloggiativa	675	180 posti letto distribuiti in 4 strutture comunitarie e 20 appartamenti
	Alunni della scuola in ospedale con la presenza di insegnanti di ogni ordine e grado	216	
	Richieste straordinarie di sostegno alla cura (attività assistita con animali, clown e musicisti)	496	
	Bambini accolti in ludoteca	12.000	
	Interventi effettuati nelle degenze	439	
	Ore di servizio volontario SOS	2944	
	Associazioni accreditate e fondazioni	30	

Tabella 1:

Personale	N. Dipendenti al 31.12.2019
Dirigenti medici	258
Dirigenti sanitari	35
Dirigenti professioni sanitarie	2
Dirigenti ruoli professionale e tecnico	1
Dirigenti ruolo amministrativo	5
Infermieri	544
Altro personale comparto ruolo sanitario	107
Operatori socio sanitari	123
Altro pers. comparto ruoli prof.le e tecnico	48
Personale comparto ruolo amministrativo	83
TOTALE (dirigenti + comparto)	1.206

Altro personale	N. al 31.12.2019
N. incarichi libero professionali	74
N. lavoratori in somministrazione (ex interinali)	10
N. universitari (docenti e personale non docente)	24
TOTALE	98

4. Soggetti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del presente Piano

4.1 Gruppo per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza: funzioni e compiti.

Per realizzare gli obiettivi descritti in questo Piano, l'Azienda Meyer conferma ed aggiorna il Gruppo di lavoro per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, coordinato dallo stesso Responsabile. Esso è costituito dalle seguenti figure professionali:

- Carla Bini, Coordinatore Area Tecnico Amministrativa e Responsabile SOC Amministrazione Legale e del Personale;
- Maria Concetta Lucania – Responsabile SOC Affari Generali e Sviluppo;
- Giorgio Nencioni – Direttore SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'ospedale;
- Giovanni Grazi - Direttore SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica;
- Francesco Puggelli – Dirigente medico, Direzione Sanitaria;
- Patrizia Mondini – Dirigente sanitario della “Direzione delle Professioni Sanitarie”;
- Giulia Bazzani – SOS Politiche e Sviluppo Risorse Umane;
- Linda Luzzi – Supporto al gruppo, con funzioni di segreteria.

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

- Francesco Taiti – Responsabile SOS “Risorse economiche e finanziarie”;
- Donatella Accolla – Responsabile Ufficio Sviluppo Risorse Umane;
- Marco Curradi - Responsabile Ufficio Smart Technology;
- Alberto Ferraioli - Responsabile Aziendale per la Tutela della Privacy;
- Daniela Papini - Responsabile “Ufficio Comunicazione”;
- De Masi Salvatore - Responsabile “Ufficio Ricerca”;
- Luigi Sirianni - Staff Direzione Sanitaria - Responsabile SOSA “Controllo Direzionale”;
- Chiara Staderini - Responsabile Formazione Continua ECM.
- Antonietta Cucurachi – Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

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

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

4.2 Organismi interni di controllo

Dal punto di vista organizzativo e con finalità di integrazione anche sul versante del monitoraggio e dei controlli interni si richiama la delibera del Direttore Generale n. 141 del 22 marzo 2018, con la quale l’Azienda ha avviato il Sistema dei Controlli Interni formalizzando alcuni collaudati strumenti presenti all’interno dell’organizzazione e recependo il decreto del Ministero della Salute in tema di certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci nel rispetto di un Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC).

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

Il Gruppo Monitoraggio Conto Economico (GMCE) si riunisce una volta al mese in prossimità

dell'invio del modello Conto Economico alla Regione Toscana ed ha, tra le sue funzioni, quelle di definire in sede preventiva i livelli di costo per ogni fattore produttivo monitorandone mensilmente il reale andamento e individuandone eventuali finanziamenti esterni.

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

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

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

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

4.3 Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.)

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

- mappare e gestire i rischi di corruzione nella loro dimensione effettiva e non solo locale ed aziendale;
- gestire in modo coordinato le misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge;
- coordinare le azioni formative in materia di prevenzione della corruzione;
- gestire in modo integrato il "sistema trasparenza" del servizio sanitario toscano.

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

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

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

4.4 Organismo Indipendente di Valutazione

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

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

4.5 Ruoli e Responsabilità

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

a) La responsabilità del Direttore Generale

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

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

Tale responsabilità è prevista per il caso di mancata predisposizione del Piano e di mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti. Nel caso in cui all'interno dell'Azienda vi sia una condanna per un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato è prevista una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa, oltre che per il danno erariale ed all'immagine salvo che il Responsabile provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il

Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza. È esclusa la responsabilità ove l'inadempimento degli obblighi, sia "dipeso da causa a lui non imputabile".

c) La responsabilità dei dirigenti

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

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

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

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

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

PARTE II

5. Procedimento di formazione, predisposizione e adozione del Piano

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

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

La predisposizione del presente Piano è frutto quindi di incontri specifici con la Direzione nella quale si illustrano i risultati raggiunti nel 2019 e nei quali sono state rappresentate le proposte di miglioramento pervenute dai responsabili delle aree a rischio corruzione per il 2020-2022. La Direzione anche per il 2020 ha lasciato ai Responsabili delle aree a rischio corruzione mappate il compito di definire le azioni e le misure ulteriori di cui si dà evidenza nell'Allegato 2.

Al fine di favorire la partecipazione ed i contributi da parte di soggetti terzi, la bozza è stata pubblicata per la consultazione sul sito dal 13 gennaio al 24 gennaio 2020. Il documento in consultazione inoltre è

stato illustrato, congiuntamente alla Relazione 2019, nella seduta del 29 gennaio 2020.
Il presente Piano è stato poi condiviso conclusivamente con la Direzione in fase di adozione.

6. Integrazione tra gestione della performance e prevenzione della corruzione

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

Dal punto di vista delle strategie di prevenzione della illegalità, gli obiettivi potenzialmente integrabili tra Piano Performance e Piano Anticorruzione sono riconducibili alle seguenti azioni e misure che costituiscono l'oggetto del presente documento: gestione rischio corruzione; adempimenti trasparenza e accesso civico; codice di comportamento; rotazione del personale; obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali; disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi prevalenti; incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.; disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro; disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione; utilizzo di protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse; azioni di sensibilizzazione con la società civile; azioni di monitoraggio e di verifica sui tempi procedurali e dei rapporti con i terzi.

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

Per il triennio 2020-2022 l'obiettivo generale è continuare nel percorso di assegnazione degli obiettivi organizzativi ed individuali precedentemente indicati tenendo conto che le azioni, le misure ad esempio della gestione del rischio corruzione, si integrano con gli obiettivi di revisione ed aggiornamento delle procedure richiesta dalla JCI e dal PAC.

Obiettivi, collegati al sistema di misurazione e valutazione, potranno quindi essere assegnati dalla Direzione in sede di negoziazione dei budget alle strutture organizzative, ai responsabili ed ai referenti dei settori mappati nella gestione del rischio corruzione, degli adempimenti trasparenza o degli obiettivi specifici individuati nel paragrafo 8 “Obiettivi strategici specifici del PTPCT 2020-2022”.

Altri obiettivi individuali possono essere assegnati dai responsabili ai propri collaboratori, che non hanno ancora assolto all'obbligo formativo, di partecipare ad una delle otto giornate organizzate per il 2020 di formazione generale su anticorruzione, codice di comportamento e uso dei social web.

Sempre in ambito formativo, obiettivi individuali saranno assegnati in modo specifico al personale che del comparto con incarichi organizzativi e gestionali di partecipazione al corso organizzato su ruolo dei coordinatori nella gestione del conflitto di interessi attraverso l'analisi di casi specifici. Obiettivo individuale che dovrà essere esteso anche ai responsabili che non hanno partecipato alla edizione del 2018.

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

7. Obiettivi strategici generali aziendali

Nel Piano della Performance per il prossimo triennio, pubblicato su “amministrazione trasparente”, sono indicate le aree di intervento aziendale e gli obiettivi operativi assegnati a ciascuna articolazione organizzativa con la definizione dei relativi indicatori e standard attesi. In sintesi, le aree di sviluppo sono riconducibili a questi ambiti: Governo dell’offerta assistenziale, Innovazione organizzativa, Qualità e Sicurezza, Bersaglio MES, Rete Pediatrica, Sviluppo ICT, Innovazione Tecnologica, Mantenimento dell’equilibrio economico, Attuazione Politiche sulla Trasparenza ed Anticorruzione.

Nel rinviare al paragrafo sull’integrazione tra gli obiettivi del presente Piano e quello della Performance per ciò che attiene l’obiettivo “Attuazione delle Politiche sulla Trasparenza e Anticorruzione” appare significativo in termini di gestione del rischio corruzione evidenziare qui l’innovazione organizzativa principale per il prossimo triennio. L’obiettivo prioritario che coinvolge l’intera organizzazione è il Progetto “Meyer+”. Il piano di sviluppo triennale che, attraverso un complesso di azioni strutturali, permetterà al Meyer di crescere ulteriormente, rendendo possibile la dislocazione di parte delle attività assistenziali in edifici adiacenti all’Ospedale, così da concentrare tutte le attività di cura delle patologie ad alta complessità nell’attuale struttura ospedaliera. In questo scenario, ha preso avvio, inoltre l’operatività del “Meyer Health Campus” con l’attivazione delle aule per la formazione e la didattica. Attualmente è in fase conclusiva la progettazione per la ristrutturazione dell’edificio che si concluderà entro il 2020. La stipula del contratto per l’utilizzo degli spazi del complesso immobiliare dell’ex clinica Villanova, conclusasi nel 2018, consentirà l’avvio dei lavori di ristrutturazione per la realizzazione del nuovo “Parco della Salute” che, accogliendo il reparto di Neuropsichiatria, le attività ambulatoriali e di Day Hospital medico, permetterà di passare dagli attuali 30.000 mq a 40.000 mq dedicati alla cura e all’assistenza dei pazienti.

Per supportare lo sviluppo complessivo per il prossimo triennio, il Meyer ha deciso già nel 2018 di avviare il percorso di accreditamento internazionale con il metodo Joint Commission International (JCI). L’accreditamento JCI rappresenta un’integrazione ed un rafforzamento del processo di accreditamento istituzionale regionale, volto al progressivo miglioramento dei requisiti che influiscono sulla qualità dell’assistenza. Lo sviluppo continuo di tecnologie e nuove terapie, comporta, infatti, la ricerca di forme nuove e sempre più efficienti di integrazione organizzativa tra le risorse umane, professionali e tecnologiche disponibili e una costante attenzione alla sicurezza. L’accreditamento JCI rappresenta il riconoscimento, da parte di un ente terzo, della qualità degli standard in vigore in ospedale, volta anche a consentire il confronto con le altre istituzioni pediatriche italiane e internazionali già in possesso di questa certificazione. L’accreditamento prevede il confronto con standard internazionali che valutano requisiti clinico organizzativi e definiscono livelli di qualità attesi, e quindi supportano, tramite il coinvolgimento attivo dei professionisti, il miglioramento continuo, il potenziamento delle attività di verifica delle performance cliniche e assistenziali, così come avviene negli ospedali di riferimento internazionale. L’obiettivo esplicitato è il raggiungimento dei massimi livelli di sicurezza per il paziente. Il percorso verso l’accreditamento JCI richiederà 18-24 mesi di preparazione e autovalutazione continua coinvolgendo la direzione aziendale, le funzioni amministrative, la leadership clinica e assistenziale e tutti gli operatori che partecipano ai processi di cura e assistenza, di ricerca e di formazione e addestramento, coinvolgendo sia la componente ospedaliera che quella universitaria. Il progetto sta coinvolgendo 15 gruppi di lavoro composti da professionisti sanitari e amministrativi scelti nell’ambito della Rete Qualità e Sicurezza. I gruppi hanno il compito contestualizzare gli standard, elaborare la documentazione necessaria, contribuire alla diffusione e applicazione in tutto l’ospedale e lavorano in sinergia con un gruppo di coordinamento con funzione di raccordo con l’Ufficio di Direzione e con la Direzione Aziendale.

8. Obiettivi strategici specifici del PTPCT 2020-2022

Dal punto di vista della prevenzione della corruzione il PNA 2019 conferma gli orientamenti strategici della L. n. 190/2022:

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

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

- 1) Sviluppare i processi di informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati in "amministrazione trasparente" e delle dichiarazioni di tutti gli operatori sui conflitti di interesse. La programmazione della misura è subordinata alla prossima implementazione a seguito della introduzione del nuovo applicativo di gestione giuridica del personale;
- 2) Sviluppare misure organizzative volte ad integrare il monitoraggio dell'attività del presente Piano ed i momenti di controllo interno, nonché il coinvolgimento e la partecipazione dei titolari degli uffici di diretta collaborazione facenti parte del gruppo aziendale dei referenti;
- 3) Incrementare quali-quantitativamente la formazione in materia rivolta a tutti gli operatori;
- 4) Continuare nei processi di approfondimento delle aree a rischio mappate nel triennio precedente, aggiornando e consolidando le specifiche procedure PAC e/o JCI che implicano valutazioni in termini di gestione dei rischi corruttivi;
- 5) Sviluppare, nell'ambito dei sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti in uso in Azienda, quali migliorie apportare in termini di accountability circa l'attuazione di misure di prevenzione;
- 6) Prevedere che gli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza siano coordinati con il Piano e la Relazione annuale sulla Performance organizzativa ed individuale e con il Sistema di misurazione e valutazione dei risultati.

Per il 2020 in accordo con la Direzione sono state individuate, in coerenza con gli obiettivi di sviluppo aziendali, le seguenti attività prioritarie per il 2020:

- Completare, nell'ambito dell'area strategica 1, il passaggio dai vecchi applicativi software di gestione del personale al nuovo, al fine di avviare l'analisi delle modalità operative di informatizzazione del flusso di dati per "amministrazione trasparente" (Ufficio Legalità e Trasparenza e Amministrazione del Personale);
- Costituire, nell'ambito dell'area strategica 2, il nuovo Nucleo Ispettivo Aziendale (SOC Affari Generali e Sviluppo);
- Continuare, nell'ambito dell'area strategica 3, nel percorso formativo rivolto a tutti gli operatori sui temi dell'integrità, del codice di comportamento, dell'uso del social web, incrementando da 5 a 8 le giornate d'aula e sensibilizzare i neo assunti nell'ambito delle giornate informative sui temi dell'etica e dell'integrità e sugli obblighi ed adempimenti richiesti a tutti gli operatori sul tema (Ufficio Legalità e Trasparenza);
- Ripetere e attivare, nell'ambito dell'area strategica 3, il corso di formazione rivolto ai responsabili di incarichi organizzativi e gestionali funzionali del personale del comparto sul loro ruolo nel sistema di prevenzione della corruzione e sulla trasparenza con particolare riferimento alla gestione dei conflitti di interesse con analisi di casi concreti (Ufficio Legalità e Trasparenza);
- Nell'ambito della area strategica 4, alla luce delle procedure PAC e JCI definite, verificare la catalogazione dei processi da mappare (Ufficio Legalità e Trasparenza). Mappare ed analizzare la procedura aziendale di utilizzo da parte dei dipendenti dell'automezzo aziendale (SOC Supporto

- Amministrativo al funzionamento dell'Ospedale); Avviare una ricognizione delle attrezzature in comodati d'uso e mappare il processo (SOC Pianificazione Investimenti ed Area Tecnica);
- Verificare, nell'ambito della strategia 5, la possibilità di integrare gli obiettivi di prevenzione della corruzione con l'indagine PREMs (Patient Reported Experience Measures), avviata al Meyer, sull'esperienza di ricovero in regime ordinario. L'indagine, promossa dalla Regione Toscana e realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è rivolta a tutti i pazienti minorenni che hanno effettuato un ricovero in regime ordinario nel nostro Ospedale e vi possono rispondere, su base volontaria, i genitori o il tutore legale di questi pazienti, tenendo conto del loro punto di vista. L'indagine è effettuata per raccogliere le informazioni sull'esperienza relativa all'ospedalizzazione e utilizzarle per monitorare la qualità dell'assistenza erogata durante il ricovero, in particolare riguardo ad alcuni aspetti quali il coinvolgimento nel percorso di cura, la comunicazione e la qualità dell'assistenza. (Direzione Sanitaria);
 - Assegnare, nell'ambito dell'area strategica 6, con maggiore chiarezza compiti e responsabilità ai soggetti coinvolti nelle azioni e nelle misure del presente Piano attraverso l'integrazione con il Piano della Performance e con l'attribuzione di obiettivi individuali per le azioni e le misure previste, come ad esempio la partecipazione obbligatoria al corso formativo specifico rivolto ai responsabili di incarico (SOS Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane, SOS Risorse Economiche e Finanziarie);
 - Analizzare possibili misure volte alla gestione dei flussi informativi collegati alla segnalazione di operazioni anomale per il contrasto al riciclaggio (SOS Gestione Economica e Finanziaria, SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale).

Per il 2020, visto lo stato dell'arte raggiunto di alcuni lavori si procederà ad adottare:

- il regolamento per l'affidamento degli incarichi di patrocinio legale ad avvocati esterni (SOC Amministrazione Legale e del Personale);
- la procedura di comunicazione elettronica e crittografata per le segnalazioni in tema di Whistleblowing (Ufficio Comunicazione).

La Direzione, confermando l'impostazione adottata per gli anni precedenti, ha ricondotto infine all'autonomia delle strutture e dei responsabili la decisione di ridefinire e/o riposizionare per il 2020 gli obiettivi legati alla gestione del rischio corruzione avviati con il Piano 2017-2019 sia nella definizione della tempistica e che nelle modalità di attuazione delle azioni e delle misure risultanti dall'analisi e dalla valutazione del rischio. A tal fine si ricorda che lo sviluppo del processo di programmazione e gli obiettivi specifici individuati per il 2020, tengono conto dell'assetto organizzativo esistente, della operatività ad oggi raggiunta e delle risorse disponibili. Il quadro è sinteticamente e specificatamente rappresentato nei paragrafi successivi (Parte II) e nei seguenti allegati:

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

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

- Area acquisti beni e servizi (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto);
- Area acquisti lavori (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto)
- Gestione delle Risorse Umane (selezione, incarichi e nomine, conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, formazione sponsorizzata, gestione missioni, incarichi extra impiego);
- Ricerca e sponsorizzazioni (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni);

- Comodati d'uso / donazioni;
- Comodati d'uso / donazioni (Ricerca e sponsorizzazioni);
- Liste di attesa (governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa);
- Attività libero professionale intramuraria (autorizzazione, esecuzioni, convenzioni);
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;

Allegato 3: Sezione “Amministrazione Trasparente” - Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti dal 31 dicembre 2018

PARTE II: Approfondimenti tematici

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

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

Le aree di intervento obbligatorie e comuni per gli enti della P.A., che i PP.NN.A. e la normativa di settore prevedono, sono così indicate: adozione del P.P.C; adempimenti di trasparenza; codice di comportamento specifico; rotazione del personale; obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali; disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi prevalenti; incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.; disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro; disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

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

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

Riferimento normativo: sono indicate le norme e gli articoli specifici

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

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

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

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

Ai fini del presente Piano le schede riassuntive di cui trattasi rappresentano altresì un quadro di riferimento operativo sullo stato dell'arte in Azienda delle azioni e delle misure attuate e al tempo

stesso un riferimento propulsivo per attivare momenti di coinvolgimento e di interlocuzione con le strutture ed i responsabili interessati sugli obiettivi obbligatori richiesti dalla normativa e di monitoraggio per le azioni da sviluppare nel triennio in termini di programmazione, impulso e coordinamento.

10. “Gestione del rischio corruzione” e contesto di riferimento. Area di intervento 1

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

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

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

Ai fini del presente Piano si conferma il percorso di mappatura e analisi fatto nel 2016 come rappresentato nel triennio precedente in quanto, come già sottolineato in precedenza, frutto di una azione interna di “formazione-intervento”, i cui obiettivi si ritengono ancora validi e prodromici di nuove azioni e misure di miglioramento, sempre più specifiche alle caratteristiche e ad ai fabbisogni del Meyer. Il processo di mappatura e di gestione del rischio corruzione, rappresentato compiutamente nel Piano (PTPCT) 2017-2019, è il risultato di un processo di partecipazione e condivisione con i Responsabili ed i referenti dei processi di tutte le aree comuni, generali e specifici. È stato il percorso e l'approfondimento più incisivo e più strutturato ad oggi in Azienda. I Responsabili ed i Referenti specificatamente individuati sono stati coinvolti in un percorso formativo-intervento svolto tra giugno e novembre 2016 che ha approfondito tutti i temi della normativa di riferimento (dagli adempimenti relativi alla Trasparenza, alla responsabilità connessa agli stessi, dall'analisi e gestione del rischio corruzione alla definizione delle relative azioni) e che ha prodotto un Catalogo dei processi in linea con le aree a rischio specifiche per il settore sanitario da cui è seguita l'analisi di contesto di ogni processo, la valutazione del rischio e l'individuazione delle misure la programmazione. Annualmente sulla base del monitoraggio svolto dai responsabili delle strutture coinvolte, tenuto conto anche degli altri obiettivi di sviluppo assegnati e delle risorse disponibili, vengono riprogrammate, in una logica di continuità, le misura e/o l'attività di miglioramento da attuare.

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

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

In continuità quindi con le azioni svolte degli anni precedenti, le attività 2020 continuano ad essere

focalizzate sulle seguenti aree di intervento:

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

Nel 2020 continueranno gli incontri tra Ufficio Legalità e Trasparenza e le Strutture coinvolte nelle aree a rischio mappate per proseguire nello sviluppo delle azioni e delle misure per il trattamento del rischio sostenibili e verificabili. Le attività a rischio ed il catalogo dei processi trattati sono rappresentate in **Allegato 2** Tabelle di "Control Self Risk Assessment" e così riassunte:

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

Per il 2020 l'obiettivo principale è di rafforzare il monitoraggio sia in termini di autovalutazione che di controllo di quanto fatto. Inoltre, quale conseguenza di alcune indicazioni emerse dall'analisi di contesto, in condivisione con il responsabile di settore, si ritiene opportuno analizzare, utilizzando a livello sperimentale la metodologia proposta da ANAC con il PNA209, la procedura interna di utilizzo delle auto aziendali e delle apparecchiature utilizzate in comodato.

Per la sintesi delle azioni comuni si rinvia all'Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 1 "Aggiornamento 2020 - Piano Triennale Prevenzione Corruzione 2020 – 2022". Mentre per quanto riguarda le azioni specifiche pianificate, le modalità di attuazione, i tempi ed i responsabili dell'azione si invia all'Allegato 2: Tabelle "Control Self Risk Assessment" sulle specifiche attività a rischio.

11. Area di intervento. Sezione specifica "adempimenti trasparenza" (Piano Trasparenza).

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

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

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

cittadino che si caratterizza per una facilità di accesso e una semplicità di consultazione.

Anche per triennio 2020-2022 restano confermate le stesse modalità organizzative fin ora attivate: i Responsabili ed i Referenti per l'attuazione delle misure di pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio dei dati supportano ed affiancano il RPCT.

Per una sintesi delle specifiche indicazioni sugli obiettivi e sulle azioni si rinvia all'Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 2 "adempimenti trasparenza". Mentre per quanto riguarda le responsabilità della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati **Allegato 3: Sezione "Amministrazione Trasparente" - Elenco degli obblighi di pubblicazione** che individua le strutture ed i nominativi a cui sono assegnati gli obiettivi organizzativi ed individuali. In tale allegato sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione di dati. Sono indicati inoltre i nominativi dei soggetti e gli Uffici responsabili di ognuna delle attività citate.

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

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

Tali attività costituiscono obiettivi di budget 2020 per le strutture ed i soggetti coinvolti che saranno misurati e valutati sulla base degli accordi sindacali in essere per l'erogazione del salario di risultato 2020 e dei processi di valutazione e certificazione degli organi di controllo quali il Collegio Sindacale e l'Organismo indipendente di valutazione.

12. Attuazione del Codice di Comportamento: Area di intervento 3

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

Per gli obiettivi e le azioni specifiche si rinvia all'Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 3 "Codice di comportamento". Si rinvia inoltre alla Relazione annuale del RPCT per le attività svolte nel 2019.

Nel 2020 continuerà il percorso formativo sul Codice e la Carta dei Valori dell'operatore con particolare riferimento al tema del conflitto di interessi in generale e nei contratti pubblici, ai profili di responsabilità, all'uso del social web, secondo le Linee Guida Regionali in materia.

Per il 2020 continuerà l'attività di raccolta, di monitoraggio delle dichiarazioni di interesse pervenute in attuazione del codice di comportamento e la creazione di momenti di sensibilizzazione e di sollecitazione all'adempimento. Inoltre sulla base delle risultanze del Coordinamento Regionale e delle nuove linee guida ANAC, di prossima pubblicazione, verranno valutate ulteriori azioni e misure di miglioramento negli ambiti relativi agli obblighi di astensione in caso di conflitto di interesse, al conferimento ed autorizzazione degli incarichi, all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro, alla formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.

13. La rotazione straordinaria

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

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

14. Attività formative. Area di intervento 12

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

Gli obiettivi sono coordinati e collegati al Piano Aziendale della Formazione per il 2020. L'attività formativa annuale viene meglio specificata nell'ambito del Piano Annuale della Formazione (PAF 2020) al quale si rinvia per i dettagli (destinatari, contenuti, ore, ecco). Si rinvia inoltre alla scheda specifica allegata al presente Piano (Allegato 1 – Area di intervento 12).

Anche per il 2020 viene confermata la formazione sui temi dell'integrità con particolare approfondimento sul Codice di Comportamento e sulle sue misure attuative nell'AOU Meyer. Il Corso si compone anche di un modulo specifico corretto utilizzo dei Social web soprattutto all'interno dei locali aziendali. Vengono organizzate 8 giornate obbligatorie generali rivolte a tutti gli operatori ed una giornata rivolta specificatamente al personale del comparto con incarico organizzativo e gestionale sul ruolo dei responsabili nella gestione del conflitto di interessi dei propri collaboratori. Continuerà inoltre l'attività di sensibilizzazione nel corso delle giornate formative rivolte al neo-assunto.

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

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

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

“L'Azienda riconosce, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi, la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute. A tal fine assicura la

partecipazione alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti quali singoli fruitori dei servizi o delle associazioni che a qualunque titolo rappresentano le collettività servite. Un ruolo particolare viene dall'Azienda riconosciuto alle Associazioni dei genitori con le quali condividere azioni di miglioramento della qualità dei servizi erogati e riconosce la costituzione di un loro coordinamento, teso a potenziare le sinergie e le risorse disponibili” (*fonte: Atto Aziendale Meyer*).

L'azione per il 2020 sarà strutturata dalla Direzione nel quadro della programmazione della Convention aziendale annuale. L'azione per il 2020 riguarderà anche l'indagine PREMs (Patient Reported Experience Measures), già avviata al Meyer, sull'esperienza dei pazienti sui ricoveri in regime ordinario.

16. Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali

Il Responsabile, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190/2012, entro il 15 dicembre di ogni anno redige la relazione annuale sull'efficacia delle misure di prevenzione da pubblicare sul sito che si integra al format richiesto da ANAC annualmente. Per il 2019 la pubblicazione della relazione è stata prorogata da ANAC al 31 gennaio 2020.

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

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

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