



PIAO
**Piano Integrato di Attività
e Organizzazione**
*dell'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza
"Cannizzaro" di Catania*
2025 - 2027

Adottato con deliberazione n. 160 del 31/01/2025

Sommario

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione	3
INFORMAZIONI ANAGRAFICHE E NUMERI AZIENDALI	3
MISSIONI ISTITUZIONALI	4
STAKEHOLDER	4
Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	6
Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico.....	6
PREMESSA	6
ANALISI DI CONTESTO: ANALISI SWOT	6
OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO	7
STRATEGIE PER IL VALORE PUBBLICO.....	8
Sottosezione di programmazione - Performance.....	17
PREMESSA	17
PARTE GENERALE.....	17
PARTE FUNZIONALE.....	27
Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e Trasparenza.....	32
PREMESSA	32
PARTE GENERALE.....	32
PARTE FUNZIONALE.....	36
Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano	39
Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa.....	39
Sottosezione di programmazione – Organizzazione del Lavoro Agile.....	43
PREMESSA	43
PARTE GENERALE.....	43
Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	46
PREMESSA	46
PARTE GENERALE.....	46
PARTE FUNZIONALE.....	47
Sezione 4: Monitoraggio	54
PREMESSA	54
STRUMENTI E MODALITÀ.....	54

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'Amministrazione

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE E NUMERI AZIENDALI

Denominazione	Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro
Sede Legale	Via Messina 829, 95126 Catania
Partita IVA	04721280875
Categoria	Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Pubblici
Natura Giuridica	Azienda o ente del servizio sanitario nazionale
Attività Ateco	Ospedali e case di cura generici
Cod IPA	aol_087
Direttore Generale	Salvatore Giuffrida
Telefono	+39 095 726 1111
Indirizzo PEC	a.o.cannizzaro@pec.it
Altra e-mail	dirgen@ospedale-cannizzaro.it
Sito Web Istituzionale	https://www.ospedale-cannizzaro.it/

L'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro è stata istituita con L.R. 14 aprile 2009 n. 5 ed è stata attivata con decorrenza 01 settembre 2009. È dotata di natura giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale e ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 5/2009 ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale".

Il bacino della popolazione di riferimento dell'Azienda è quindi quello della Sicilia Orientale (Province di Catania, Messina, Ragusa, Siracusa ed Enna) ed è pari a 2.526.534 abitanti (fonte ISTAT, Popolazione residente al 1/1/2024), distribuiti su 13.163 mq di territorio.

Con Decreto Assessoriale "Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015 n.70" dell'11 gennaio 2019, l'Azienda risulta dotata di 565 posti letto tra degenza ordinaria e DH/DS.

Il numero di dipendenti in servizio al 31/12/2024 è pari a 1.472 unità a tempo indeterminato e di 60 unità a tempo determinato, oltre a 15 unità di personale universitario.

I dati economici provvisori al quarto trimestre 2024 riportano un valore della produzione, comprensivo delle risorse di parte corrente e degli altri ricavi della gestione caratteristica, di €/migliaia 221.051. I costi della produzione, articolati in costi per beni di consumo, servizi, manutenzioni, personale, oneri di gestione, variazione delle rimanenze, ammortamenti e accantonamenti, sono stati pari ad €/migliaia 248.060. La differenza tra valore e costi della produzione è stata pertanto pari ad €/migliaia -27.009.

Il risultato della gestione finanziaria è di €/migliaia -27 mentre il risultato della gestione straordinaria è di €/migliaia € 2.277. Il risultato prima delle imposte si è assestato al valore di €/migliaia -29.313, pervenendo, al netto delle imposte e tasse, pari ad €/migliaia 7.364, ad un risultato di esercizio pari a €/migliaia -36.676.

Per ciò che concerne l'attività sanitaria erogata nell'anno 2024, i dati riguardanti gli accessi al Pronto Soccorso mostrano un incremento di circa il 5% rispetto all'anno precedente. Gli accessi più gravi, con codice rosso, sono aumentati dell'8%, quelli con codice bianco del 41%, quelli con codice verde del 3% e quelli con codice giallo del 7%.

Il numero di pazienti dimessi in regime di degenza ordinaria è rimasto sostanzialmente stabile nell'anno 2024 rispetto all'anno precedente. Il numero di pazienti trattati in regime diurno è aumentato di circa il 7%.

L'attività erogata in regime di Day Service è aumentata di oltre il 3% nel 2024 rispetto all'anno precedente.

Con riferimento all'attività ambulatoriale per Esterni (Flusso C), i dati relativi all'anno 2024 mostrano una sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente, sia per ciò che concerne l'attività erogata in favore di pazienti con ricetta SSN sia che per le prestazioni al PS non seguite da ricovero

MISSIONI ISTITUZIONALI

L'Azienda, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 13 della L.R. 5/2009, ha come missione la gestione delle patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione e l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali.

L'azione aziendale, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, si sviluppa quindi allo scopo di:

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando e sviluppando i rapporti di cooperazione con le altre strutture sanitarie regionali, nazionali ed estere;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell'Azienda Ospedaliera;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale anche attraverso la definizione di specifici accordi con le altre strutture sanitarie e socio-assistenziali regionali.

L'Azienda ospedaliera assicura le attività sanitarie di alta specializzazione, di riferimento nazionale e regionale, con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate ed innovative e svolge altresì i compiti specificamente attribuiti dagli atti della programmazione regionale.

L'Azienda costituisce, altresì, riferimento per le attività specialistiche delle Aziende sanitarie provinciali, di norma, nell'ambito del relativo bacino di competenza, secondo le indicazioni degli atti della programmazione sanitaria.

Il posizionamento dell'Azienda deriva dall'elevato livello clinico-scientifico conseguito negli anni dai professionisti che operano in Azienda, dalla capacità di assicurare uno sviluppo tecnologico coerente con l'alta specializzazione dei settori di intervento e dall'implementazione di soluzioni gestionali che favoriscono il miglioramento dei livelli di efficacia ed efficienza delle prestazioni prodotte. L'Azienda eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario in area medica ed in area chirurgica, in elezione e da pronto soccorso, in regime di Day Surgery e Day Hospital, ed eroga, inoltre, prestazioni ambulatoriali ed in Day Service.

L'attività dell'Azienda è improntata al rispetto dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità, qualità ed equità.

STAKEHOLDER

I principali stakeholders dell'Azienda sono:

- pazienti/utenti
- dipendenti
- istituzioni
- fornitori
- terzo settore

Cardini essenziali per realizzare la mission dell'Azienda sono infatti: l'utente, rispetto al quale garantire il servizio in campo assistenziale; la comunità, verso la quale professionisti ed organizzazione si relazionano rispetto al mandato; il professionista e l'organizzazione nella quale è inserito, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio.

Ai fini della corretta individuazione degli obiettivi di valore pubblico, l'Azienda ha identificato i bisogni dei principali stakeholder che si propone di soddisfare.

Per i pazienti, si riconoscono di fondamentale importanza:

- la completezza e qualità dell'assistenza, diagnosi e cura;
- la tempestività delle cure rispetto alle proprie aspettative e bisogni di salute (tempi di risposta e tracciabilità del percorso delle cure ricevute);
- la customer satisfaction;
- modalità alternative di fruizione di alcuni servizi.

Per i propri dipendenti invece:

- attivazione di forme di valorizzazione delle professionalità esistenti;
- attività formative e aggiornamento delle competenze;
- semplicità delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente.

Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico

PREMESSA

La missione istituzionale di tutte le Pubbliche Amministrazioni è quella di creare risposte strutturate ai bisogni dei propri utenti e più in generale degli stakeholder e dei cittadini. Nel fare ciò, un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire in modo efficace ed efficiente le risorse a disposizione e a valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale, realizzando un miglioramento del livello di benessere degli stessi.

Per Valore Pubblico in senso stretto si intende infatti il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica rispetto ad una baseline, o livello di partenza. Tuttavia, il Valore Pubblico non fa solo riferimento al miglioramento degli impatti esterni prodotti dalle Pubbliche Amministrazioni, ma anche alle condizioni interne all'Amministrazione presso cui il miglioramento viene prodotto (lo stato delle risorse). Non presidia quindi solamente il "benessere addizionale" che viene prodotto (il "cosa") ma anche il "come", implicando un allargamento della sfera di attenzione anche alla prospettiva di medio-lungo periodo.

Per questo motivo, la creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono anche programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa e della salute professionale, nonché di benessere organizzativo, così come misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza.

ANALISI DI CONTESTO: ANALISI SWOT

Al fine di individuare gli obiettivi di Valore Pubblico e le strategie finalizzate al loro raggiungimento, l'Azienda ha provveduto ad un'analisi del contesto in cui opera, applicando la metodologia dell'analisi SWOT. La presente sezione individua quindi i punti di forza (*Strengths*), debolezza (*Weaknesses*), opportunità (*Opportunities*) e minacce (*Threats*) che contraddistinguono l'ambito di azione dell'Azienda.

I punti di FORZA, le cosiddette aree di eccellenza, che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- Presenza di **tecnologie e competenze di altissima specialità per alcune prestazioni sanitarie** che sono fonte di mobilità attiva da altre regioni;
- Presenza di **attività uniche nel bacino d'utenza (Sicilia orientale)**;
- Elevata **complessità della casistica trattata**;
- **Concentrazione delle attività in un unico presidio**;
- **Condivisione in rete** tra le strutture abilitate **dei referti di laboratorio**, dei referti **radiologici** e delle **immagini degli esami eseguiti**;
- Presenza di **piani di gestione integrata ospedale-territorio** per i pazienti cronici ai fini della dimissione facilitata.

I punti di DEBOLEZZA, le aree ad alto margine di miglioramento, che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- Insufficienza di **aree progettate specificatamente per gli ambulatori**;
- **Innalzamento dell'età media del personale** e la fruizione da parte dello stesso delle **agevolazioni** derivanti dall'applicazione di normativa vigente (legge 104/1992) con ripercussioni sull'attività e l'organizzazione dei turni;
- Vincoli giuridici che contribuiscono all'**innalzamento dell'età media** del personale;

- Utilizzo all'interno delle strutture aziendali di **software applicativi e gestionali che appartengono a differenti software house** con conseguenti difficoltà di integrazione.

Le OPPORTUNITÀ sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando in modo flessibile le risorse così da ottimizzare le performance della strategia. Si distinguono in:

- **opportunità interne** che possono derivare dalla combinazione tra punti di forza e punti di debolezza. Per l'Azienda sono:
 - l'incremento delle prestazioni ambulatoriali, rendendo più efficienti le tecnologie altamente specializzate, che prevengono i ricoveri inappropriati.
- **opportunità esterne** indipendenti dal sistema e proprie del contesto. Per l'Azienda riguardano:
 - la convenzione tra l'ASP di Catania, Ragusa e Siracusa e l'AOEC in modo da fornire alle UU.OO. dell'ASP un **servizio di teleconsulto tramite la piattaforma dedicata** per ottenere una più celere risposta diagnostico terapeutica ed una conseguente **riduzione dei costi**;
 - l'utilizzo dei fondi PNRR per **migliorare servizi/cure e l'esperienza del paziente** tramite l'ammodernamento del parco tecnologico-strutturale, la reingegnerizzazione dei processi, il **miglioramento della qualità dei servizi di diagnosi/cura**, l'introduzione di nuovi servizi;
 - la collaborazione con le strutture territoriali ai fini dell'**incremento delle possibilità di accesso agli screening oncologici**.

Le MINACCE, quegli eventi o possibili mutamenti futuri che potrebbero avere un impatto sui risultati della strategia, fino a comprometterne l'esito, nei casi estremi, sono:

- il rischio di **perdita di risorse e competenze** per le modalità organizzative di condivisione interaziendale non efficaci e che non riescono a risolvere il problema di carenza del personale specializzato;
- l'**affluenza al pronto soccorso** di un notevole numero di utenti che potrebbero soddisfare la loro domanda di salute in strutture territoriali;
- la necessità di erogare **cure di bassa intensità e complessità** che dovrebbero essere erogate dalle strutture territoriali;
- la **difficoltà di accesso nel territorio a strutture di riabilitazione e di lungodegenza** e l'inadeguatezza dell'assistenza domiciliare integrata, che determinano un anomalo incremento delle giornate di degenza;
- la presenza di vincoli normativi che **limitano la capacità di spesa**.

Esistono delle relazioni tra i parametri appena descritti ma, anche se potrebbe sembrare netta la relazione che esiste in positivo tra opportunità e punti di forza e in negativo tra minacce e punti di debolezza, la relazione tra i quattro parametri non è né scontata né automatica.

Infatti, occorre promuovere le forze in modo da trasformarle in opportunità e soprattutto gestire le debolezze come aree di intervento con l'obiettivo di impedirne la trasformazione in minacce.

L'Azienda, nel delineare i propri indirizzi strategici, ha prestato particolare attenzione a fissare i traguardi e le opportunità suggeriti dai punti di forza, e con essi congruenti, evitando di porre traguardi sovradimensionati per i quali le risorse sono insufficienti a contrastare gli ostacoli.

OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO

In linea con la missione istituzionale dell'Azienda e i forti cambiamenti recenti del contesto in cui opera, considerate le esigenze dei propri stakeholder e vista la dimensione di impatti esterni ed interni che il concetto di Valore Pubblico include, l'Azienda ha ritenuto rilevante individuare per il triennio 2023-2025 i seguenti obiettivi di Valore Pubblico:

Valore Pubblico n.1 – Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie

L'Azienda è consapevole che la qualità e la sicurezza delle cure che è in grado di erogare dipende anche dalla tempestività con cui i suoi utenti accedono alle prestazioni sanitarie di cui necessitano, anche in relazione alla complessità della casistica trattata dall'Azienda, in virtù delle sue specializzazioni. Migliorare i tempi di attesa per l'accesso a tali prestazioni costituisce, quindi, da un lato, la concreta attuazione del principio di garanzia per la tutela del diritto alla salute a cui l'Azienda si ispira, ampliando la capacità di risposta alle esigenze di salute dei propri utenti; dall'altro lato contribuisce al possibile miglioramento dei risultati clinici sia tramite la tempestività delle cure in sé, sia grazie all'impatto complessivo che tale risposta esercita sui pazienti nelle situazioni di fragilità che accompagnano la malattia.

Valore Pubblico n.2 – Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente

Il ruolo di grande impatto che un'azienda ospedaliera è chiamata a ricoprire in termini di protezione e miglioramento del benessere dei cittadini – per via della centralità ricoperta dalla salute complessiva della persona nella qualità della sua vita – impone dal punto di vista organizzativo il massimo impegno nel ricercare le condizioni ottimali per erogare un'assistenza sanitaria efficace e di qualità, sia in termini di risultati clinici sia in termini di assistenza complessiva al paziente. Questo impegno si traduce nel miglioramento della gestione organizzativa che porti a maggiore efficacia ed efficienza dei processi, ma anche alla salvaguardia delle risorse dell'Azienda. Per questo motivo, l'Azienda ritiene che la semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente possa contribuire a migliorare le condizioni in cui il personale sanitario e amministrativo opera, favorendo maggiore benessere, minori tempi di elaborazione e minori probabilità di errori amministrativi. La rilevanza di tale semplificazione si estende infine alla riduzione dei costi di gestione e favorisce maggiori occasioni di trasparenza nei confronti dei pazienti stessi.

STRATEGIE PER IL VALORE PUBBLICO

Per quanto riguarda il primo obiettivo di valore pubblico, identificato dall'Azienda per il triennio 2023-25 riguardante la “*Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie*”, sono state identificate **due aree strategiche** di intervento per la declinazione delle relative strategie: l'area del **Pronto Soccorso** e l'area delle **Prestazioni Critiche**. Dall'analisi del contesto interno ed esterno sono emerse infatti due categorie di fattori critici per il soddisfacimento dei bisogni dell'utenza e quindi per la creazione di Valore Pubblico: 1) da un lato il sovraffollamento costante del Pronto Soccorso con ripercussioni anche sulle prestazioni ambulatoriali e le risorse ad esse dedicate; 2) dall'altro lato, l'utilizzo improprio ed inefficiente delle dotazioni tecnologiche e delle professionalità a disposizione, a favore di cure a bassa intensità e tipologie di ricoveri di competenza territoriale.

Per le due aree strategiche identificate, l'approccio adottato dall'Azienda per il raggiungimento del primo obiettivo di Valore Pubblico si concretizza prevalentemente in strategie di monitoraggio volte a raccogliere e analizzare i dati necessari a quantificare lo stato attuale dei tempi di attesa. La raccolta dei dati sui tempi di attesa, e non solo, consentirà all'Azienda di individuare le situazioni critiche e quindi di valutare e strutturare caso per caso l'intervento di miglioramento continuo più appropriato. L'Azienda si impegna qui a rivedere il presente documento, alla luce delle azioni di intervento individuate a seguito dell'analisi sui tempi di attesa e le relative criticità.

Allo stesso tempo, l'Azienda ritiene fondamentale adottare già alcune azioni con impatto sull'esperienza complessiva di cura dei pazienti, avviando delle attività formative con l'obiettivo di miglioramento delle competenze comunicative del personale. Tale formazione ha l'obiettivo di meglio supportare sul piano umano gli assistiti e i loro familiari, soprattutto in un contesto di cura in cui i tempi di attesa per l'accesso

alle prestazioni sanitarie devono essere migliorati e possono danneggiare l'esperienza complessiva del percorso di cura degli utenti.

Nella tabella che segue sono riportate nel dettaglio le strategie previste per il raggiungimento del primo obiettivo di Valore Pubblico.

Sottosezione “Valore Pubblico”								
Analisi di contesto		Presenza di attività uniche rispetto al bacino d’utenza, concentrate in un unico presidio, per le quali si è verificato un incremento dei tempi di accesso da parte degli utenti.						
VALORE PUBBLICO 1								
Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie					Valore Pubblico di partenza		Valore Pubblico atteso	
					%		%	
STRATEGIE per la creazione di Valore Pubblico								
Strategia				Indicatori di IMPATTO				
Descrizione Strategia	Responsabile	Utenti	Tempi	Dimensione	Formula	Base	Target	Fonte
Area: Pronto Soccorso								
Monitoraggio e valutazione dell’efficacia del TRIAGE	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggi o periodiche	Efficacia	(Numero di codici assegnati al triage uguali a quelli assegnati dal medico in uscita / numero totale di accessi) * 100	Non disponibile	>90%	Base Dati aziendale PS
Verifica della coerenza tra i codici di priorità attribuiti in fase di triage e i tempi di attesa per le visite	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggi o periodiche	Efficacia	(Numero accessi con tempo di attesa per codice di priorità uguale o inferiore al tempo previsto per il relativo codice di priorità / numero accessi totali per il	Non disponibile	Da definire per codici rossi. >95% per altri codici considerando i tempi previsti dalle fonti	Base Dati aziendale PS

					relativo codice di priorità) * 100		istituzionali	
Monitoraggio dell'afflusso e del numero di pazienti ricoverati	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio o periodiche	Efficienza	(Numero di pazienti, per ogni codice di priorità ricoverati o trasferiti in altre strutture / numero totale di accessi per ogni codice di priorità) * 100	Non disponibile	<5%	Base Dati aziendale PS
Formazione per il personale relativa a come comunicare in modo efficace e supportare sul piano umano gli assistiti e i familiari	Referente Formazione Aziendale	Dipendenti	Entro la fine del 2025	Efficienza	(Numero dipendenti formati/Totale dipendenti da formare) * 100	40%	100%	Ufficio Formazione
Area: Prestazioni critiche								
Monitoraggio dei tempi di attesa per tipologia di prestazione	Referente aziendale Monitoraggio PNGLA	Pazienti	Azioni di monitoraggio o periodiche	Efficienza	(Prestazioni critiche per tipologia effettuate entro i tempi di attesa previsti/ Totale delle prestazioni critiche per tipologia) * 100	Non disponibile	>95%	Base Dati CUP aziendale
Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni critiche (definite da Agenas) rispetto alle classi	Referente aziendale Monitoraggio PNGLA	Pazienti	Monitoraggi o trimestrale	Efficienza	Prestazioni suddivise per tipologia e codice di priorità in prescrizione		>95%	Base Dati Aziendale CUP

di priorità definite in prescrizione					prenotate entro i tempi stabiliti/Totale prestazioni suddivise per tipologia e codice di priorità prenotate			
Formazione per il personale relativa a come comunicare in modo efficace e supportare sul piano umano gli assistiti e i familiari	Referente Formazione aziendale	Dipendenti	Entro la fine del 2025	Efficienza	Numero dipendenti formati/Totale dipendenti da formare	40%	100%	Ufficio Formazione

Per quanto riguarda il secondo obiettivo di valore pubblico riguardante la “*Semplificazione delle procedure amministrative correlate all’assistenza al paziente*”, sono stati individuati **due ambiti di intervento** per la declinazione delle relative strategie: quello della **Cartella Clinica Elettronica** e quello del sistema **Smart Enterprise Resource Planning (ERP)**. Il gruppo di lavoro per la redazione del PIAO ha infatti identificato queste due aree come progetti già avviati, anche all’interno delle opportunità offerte dai fondi messi a disposizione dal PNRR, che sono stati qui inquadrati e riletti nella prospettiva più ampia di creazione di Valore Pubblico.

La prima area di intervento fa dunque riferimento all’introduzione in Azienda della Cartella Clinica Elettronica, che consentirà una gestione completa e accurata della storia clinica del paziente, facilitando anche la condivisione di dati sanitari e riducendone i rischi di duplicazione e di errori, a beneficio delle attività quotidiane svolte dal personale medico sanitario. L’Azienda ha ritenuto rilevante individuare e monitorare come strategie per questa area di intervento le **fasi fondamentali del processo di adozione** della cartella clinica elettronica, il cui rispetto determinerà il successo del progetto. In particolare, per l’introduzione della Cartella Clinica Elettronica, l’Azienda ha già provveduto ad una serie di incontri con la prima azienda per la fornitura del software, la cui proposta di soluzione è stata inizialmente presentata ai Primari delle aree più impattate dall’introduzione della cartella clinica elettronica, per valutarne la rispondenza alle esigenze effettive. Sono inoltre in corso le attività propedeutiche alla mappatura dei fabbisogni, come ad esempio l’identificazione degli applicativi presenti e quelli da sostituire. Sulla base delle attività in corso, le strategie identificate riguardano quindi l’avanzamento delle fasi di valutazione della soluzione software e di mappatura dei bisogni, per poi passare alla graduale implementazione della soluzione, accompagnata dalla formazione del personale sull’applicativo stesso.

La seconda area strategica per la semplificazione delle procedure amministrative correlate all’assistenza al paziente riguarda invece l’introduzione in Azienda di un nuovo sistema ERP, in sostituzione a quello ormai obsoleto utilizzato attualmente. L’implementazione di un nuovo ERP consentirà all’Azienda una gestione più efficace ed efficiente delle attività amministrative, migliorando inoltre la condivisione delle informazioni tra i vari uffici, ad oggi rallentata da un’architettura software obsoleta. Anche per questa area di intervento le strategie corrispondono agli aspetti fondamentali del processo di introduzione dell’ERP, per il quale l’Azienda ha già svolto alcune attività quali il finanziamento del progetto con i fondi PNRR e l’ottenimento di una proposta di soluzione da parte di un fornitore che verrà presentata alle aree interessate. Sulla base delle attività svolte e in corso, le strategie identificate nel PIAO riguardano l’implementazione graduale del nuovo ERP che verrà selezionato. Sarà previsto un periodo di utilizzo parallelo del vecchio e nuovo sistema, per poi passare alla messa in regime completa della nuova soluzione, anch’essa accompagnata dalla formazione degli utenti e la possibile manutenzione della piattaforma. Durante o successivamente la fase di sviluppo dell’ERP, l’Azienda si riserva di valutare anche l’integrazione del nuovo ERP con eventuali altri applicativi ad oggi usati.

Nella tabella che segue sono riportate nel dettaglio le strategie previste per i due cantieri di lavoro, finalizzati al raggiungimento del secondo obiettivo di Valore Pubblico.

Sottosezione “Valore Pubblico”								
Analisi di contesto		Necessità di migliorare le condizioni che rendono possibile per i dipendenti dell’Azienda garantire la qualità delle cure e la loro gestione efficace ed efficiente, esigenza aggravata dalla crescita progressiva della complessità gestionale dell’Azienda in virtù della sua missione e bacino di utenza.						
VALORE PUBBLICO 2								
Semplificazione delle procedure amministrative correlate all’assistenza al paziente						Valore Pubblico di partenza	Valore Pubblico atteso (2025)	
						<i>10%</i>	<i>80%</i>	
STRATEGIE per la creazione di Valore Pubblico								
Strategia				Indicatori di IMPATTO				
Descrizione Strategia	Responsabile	Utenti	Tempi	Dimensione	Formula	Base	Target	Fonte
Area: Cartella Clinica Elettronica								
Completamento della mappatura del fabbisogno dell’azienda per valutare le modalità di integrazione della Cartella Clinica Elettronica	Ing. Papaleo	Dipendenti area sanitaria	Entro il primo semestre 2025	Efficienza	Numero di servizi analizzati per l’analisi del fabbisogno/ Totale dei servizi da analizzare	100%	100%	Primari (o su delega i capisala)
Introduzione della cartella clinica elettronica integrata	Ing. Papaleo	Dipendenti area sanitaria	Entro la fine del 2025	Efficienza	Numero di reparti che utilizzano la cartella clinica elettronica / Totale reparti per cui è previsto l’utilizzo della cartella clinica elettronica	40%	100%	Primari (o su delega i capisala)

Introduzione del repository clinico aziendale che comunica con la Cartella Clinica Elettronica	Ing. Papaleo	Dipendenti area sanitaria	Entro la fine del 2025	Efficienza	Realizzazione del repository clinico	Assente	Presente	Primari (o su delega i capisala)
Formazione per i dipendenti per supportarli nell'utilizzo dello strumento	Ing. Papaleo	Dipendenti area sanitaria	Entro la fine del 2025	Efficienza	Numero di Key user* formati/ Totale reparti per cui è previsto l'utilizzo della cartella clinica elettronica	40%	100%	Primari (o su delega i capisala)
Area: Enterprise Resource Planning (ERP)								
Realizzazione di uno Smart ERP e migrazione dei dati dalla piattaforma attuale al nuovo sistema	Ing. Papaleo	Dipendenti dei settori: Risorse Umane, Tecnico, Economico Finanziario, Provveditorato e Centro di calcolo	Entro la fine del 2025	Efficienza	Numero di dati trasferiti sulla nuova piattaforma/Totale dei dati da trasferire	10%	80%	Responsabili di ciascun settore coinvolto
Messa a regime dello Smart ERP e completamento della migrazione dei dati dalla piattaforma attuale al nuovo sistema	Ing. Papaleo	Dipendenti dei settori: Risorse Umane, Tecnico, Economico Finanziario, Provveditorato e Centro di calcolo	Entro la fine del 2026	Efficienza	Numero di dati trasferiti sulla nuova piattaforma/Totale dei dati da trasferire	10%	100%	Responsabili di ciascun settore coinvolto

Formazione degli utenti all'utilizzo della nuova piattaforma	Ing. Papaleo	Dipendenti dei settori: Risorse Umane, Tecnico, Economico Finanziario, Provveditorato e Centro di calcolo	Entro la fine del 2026	Efficienza	Numero di utenti formati/ Totale degli utenti da formare	0%	100%	Responsabili di ciascun settore coinvolto
--	--------------	---	------------------------	------------	--	----	------	---

*i Key User corrispondono alle risorse “chiave”, ovvero di riferimento, che verranno formate all'interno di ciascuna Unità Operativa e che dovranno a loro volta formare i propri colleghi

Sottosezione di programmazione - Performance

PREMESSA

La sottosezione della Performance è predisposta secondo quanto previsto dal Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 ed è finalizzata, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia dell'Azienda.

PARTE GENERALE

L'albero della *performance* è una struttura che permette, attraverso una rappresentazione grafica, di evidenziare i legami tra mandato istituzionale/missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi fornendo una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della *performance* dell'amministrazione.

La struttura dell'albero mostra come gli obiettivi, ai vari livelli, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo, al mandato istituzionale ed alla missione.

Il sistema che risulta è di tipo piramidale che integra i modelli di pianificazione, programmazione e controllo aziendali con quelli di gestione delle risorse e del sistema premiante.

L'albero della *performance* è articolato su tre livelli che discendono dal mandato istituzionale e dalla *mission*:

- 1° Livello: Aree Strategiche
- 2° Livello: Obiettivi Strategici
- 3° Livello: Obiettivi Operativi

In questa sezione si sviluppa il primo livello dell'albero, relativo alla individuazione delle aree strategiche, mentre gli altri livelli - obiettivi strategici e obiettivi operativi - sono presentati successivamente.

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale e la missione dell'Azienda: ad esse sono associati gli *outcome* attesi, in modo da rendere immediatamente intellegibile agli *stakeholder* la finalizzazione delle attività dell'amministrazione rispetto ai loro bisogni ed alle loro aspettative.

La definizione delle aree strategiche scaturisce da un'analisi congiunta dei fattori interni e dei fattori di contesto esterno ed assume, come riferimenti essenziali di base, la Legge Regionale 5/2009, il Piano Sanitario Regionale e gli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative.

Con riferimento agli obiettivi del presente Piano, si sottolinea che l'Assessorato, con la nomina dei Direttori Generali in data 21 giugno 2024, ha assegnato gli obiettivi di salute e di funzionamento alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie per il periodo 2024-2026, e ha incluso, nei contratti dei Direttori, obiettivi generali il cui non conseguimento determina la decadenza degli stessi. L'Azienda ritiene di utilizzare tali obiettivi come base per la costruzione dell'albero della performance e per la contrattazione del budget con le Unità operative.

Aree strategiche

Le tre aree strategiche individuate sono di seguito indicate:

- **Area Strategica 1: GOVERNO CLINICO**
Prevede l'adozione di misure volte al miglioramento della produzione in ambito sanitario.
- **Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO**
Prevede l'adozione di misure volte a garantire l'economicità dell'azione amministrativa.

- **Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI**

Prevede l'adozione di misure volte al miglioramento dell'attività gestionale, sanitaria ed amministrativa.

Il primo livello di costruzione dell'albero della *performance* comprende le aree strategiche ed il relativo *outcome*, ed è rappresentato nella seguente figura.



Obiettivi strategici

Secondo quanto riportato dall'art. 5 del Decreto legislativo n.150/2009, *gli obiettivi si articolano in generali e specifici di ogni pubblica amministrazione. I primi sono determinati con apposite linee guida adottate su base triennale con decreto del presidente del Consiglio dei Ministri. I secondi sono programmati, in coerenza con gli obiettivi generali, su base triennale e definiti, prima dell'inizio del rispettivo esercizio, dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, sentiti i vertici dell'amministrazione che a loro volta consultano i dirigenti o i responsabili delle unità organizzative. Nelle more dell'adozione delle linee guida di determinazione degli obiettivi generali, ogni pubblica amministrazione programma e definisce i propri obiettivi [...] salvo procedere successivamente al loro aggiornamento.*

Gli obiettivi strategici sono di particolare rilevanza rispetto ai bisogni e alle attese degli *stakeholder* e sono aggiornati annualmente sulla base delle priorità dell'amministrazione.

Area Strategica 1: GOVERNO CLINICO

- **Obiettivo strategico 1.1: Esiti**
- **Obiettivo strategico 1.2: Appropriatezza**

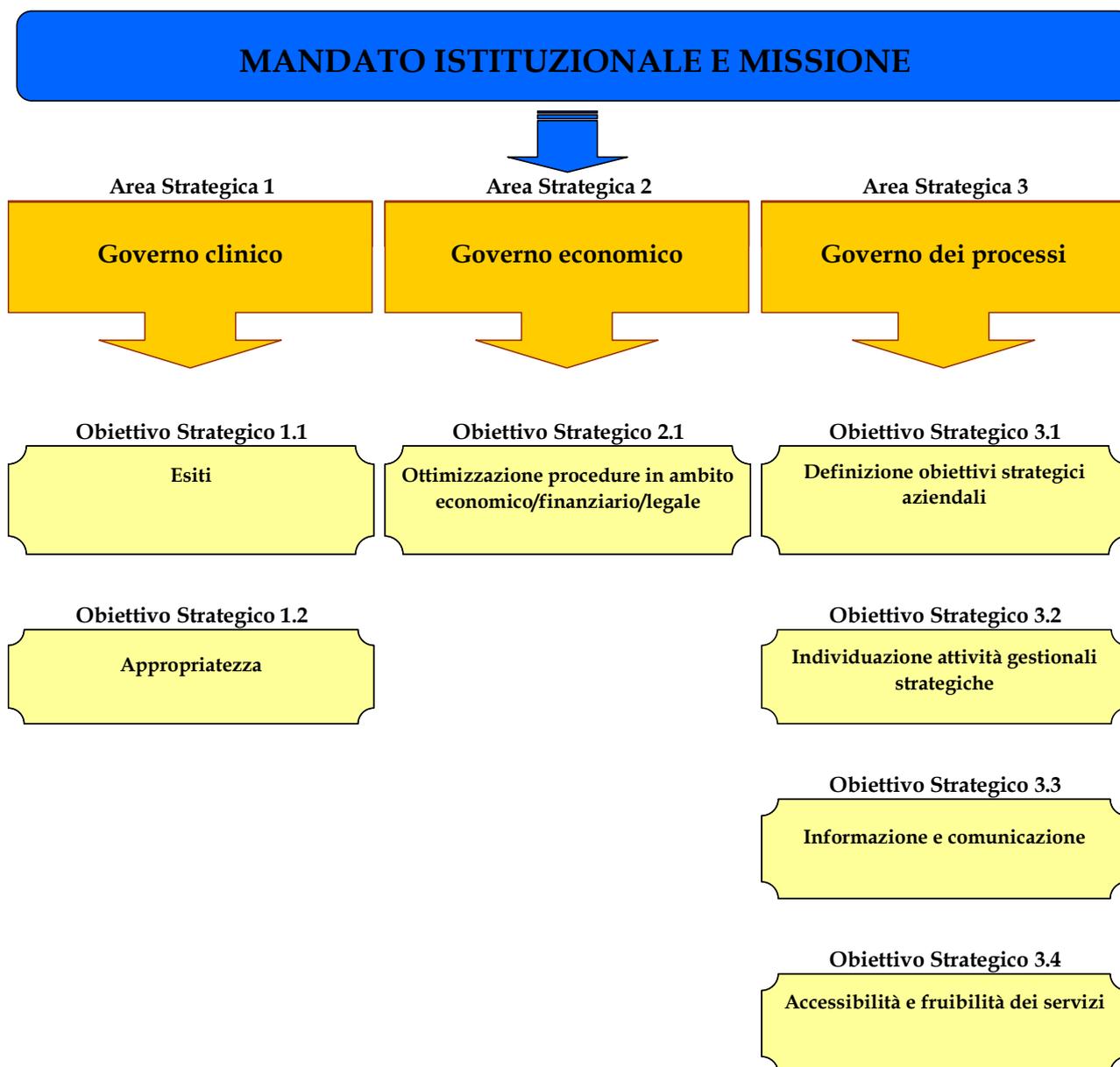
Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO

- **Obiettivo strategico 2.1: Ottimizzazione procedure in ambito economico/finanziario/legale**

Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI

- **Obiettivo strategico 3.1: Definizione obiettivi strategici aziendali**
- **Obiettivo strategico 3.2: Individuazione attività gestionali strategiche**
- **Obiettivo strategico 3.3: Informazione e comunicazione**
- **Obiettivo strategico 3.4: Accessibilità e fruibilità dei servizi**

Il secondo livello di costruzione dell'albero della *performance* comprende le aree strategiche e gli obiettivi strategici ed è rappresentato nella seguente figura.



Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

All'interno della logica di albero della *performance*, ogni obiettivo strategico precedentemente individuato è articolato in obiettivi operativi, a ciascuno dei quali si associano uno o più indicatori, ai quali viene attribuito un valore atteso (*target*).

Le scelte effettuate in sede di programmazione ai diversi livelli (nazionale, regionale ed aziendale) e l'esigenza di assicurare il soddisfacimento del bisogno di salute garantendo elevati standard qualitativi, richiedono un modello che tenga presenti tutti i molteplici e complessi aspetti che caratterizzano il sistema, al fine di delineare gli obiettivi di carattere generale e quelli specifici da assegnare a ciascuna Struttura complessa o Struttura semplice a valenza dipartimentale.

Nel mese di giugno dell'anno 2024, l'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha assegnato gli obiettivi alle Aziende sanitarie della stessa per gli anni 2024-2026.

La definizione e l'attribuzione degli obiettivi è effettuata nell'ambito del processo di *budgeting*, inteso come sistema di governo per la gestione, con lo scopo di definire i livelli di responsabilizzazione dei dirigenti e di valutare in maniera oggettiva il conseguimento degli obiettivi assegnati.

Il processo di budgeting si articola in fasi successive e integrate: quella della formulazione delle proposte di budget a cura della Direzione Aziendale, quella dell'esame delle stesse da parte dei Responsabili delle singole strutture, quella della definizione negoziata, tra Direzione aziendale e Responsabili, delle proposte definitive, quella dell'approvazione del budget.

E' previsto il costante monitoraggio dell'andamento degli indicatori nel corso dell'esercizio, attraverso il quale, nel caso in cui la Direzione aziendale ravvisi scostamenti significativi dall'obiettivo, in conseguenza di circostanze oggettive e non preventivate che non consentano di potere raggiungere i *target* di riferimento individuati, si potrà modificare il valore dell'indicatore attraverso una rinegoziazione con la struttura interessata.

Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

Nell'ambito ed in coerenza con i principi e le linee di intervento generali sopra enucleati, gli obiettivi operativi, individuati dalla direzione strategica per la formulazione delle proposte di programma e budget 2023, che saranno assegnati in sede di negoziazione a ciascuna Struttura, ricadono negli obiettivi strategici individuati.

Area Strategica 1: GOVERNO CLINICO

➤ Obiettivo strategico 1.1: Esiti

- **Obiettivo strategico 1.1.1:** Tempestività interventi a seguito frattura femore
- **Obiettivo strategico 1.1.2:** Riduzione incidenza parti cesarei
- **Obiettivo strategico 1.1.3:** Tempestività nell'effettuazione di PTCA negli IMA STEMI
- **Obiettivo strategico 1.1.4:** Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

➤ Obiettivo strategico 1.2: Appropriatezza

- **Obiettivo strategico 1.2.1:** Garanzia dei LEA secondo Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) - Area Assistenza Ospedaliera
- **Obiettivo strategico 1.2.2:** Rispetto dei valori per i tradizionali indicatori di utilizzo

Area Strategica 2: GOVERNO ECONOMICO

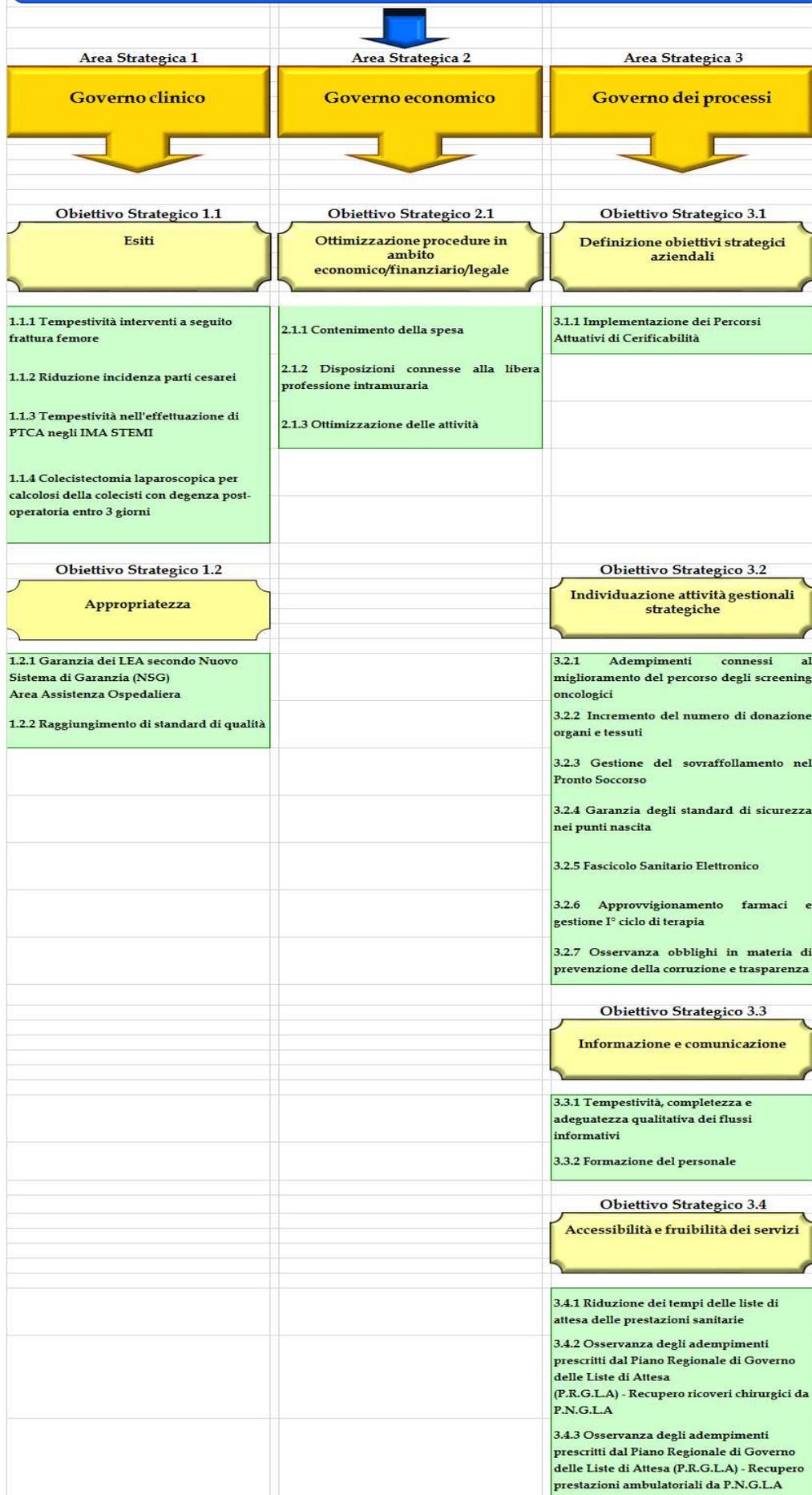
- **Obiettivo strategico 2.1: Ottimizzazione procedure in ambito economico/finanziario/legale**
 - **Obiettivo operativo 2.1.1:** Contenimento della spesa
 - **Obiettivo operativo 2.1.2:** Disposizioni connesse alla libera professione intramuraria
 - **Obiettivo operativo 2.1.3:** Ottimizzazione delle attività

Area Strategica 3: GOVERNO DEI PROCESSI

- **Obiettivo strategico 3.1: Definizione obiettivi strategici aziendali**
 - **Obiettivo operativo 3.1.1:** Implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità
- **Obiettivo strategico 3.2: Individuazione attività gestionali strategiche**
 - **Obiettivo operativo 3.2.1:** Adempimenti connessi al miglioramento del percorso degli screening oncologici
 - **Obiettivo operativo 3.2.2:** Incremento del numero di donazioni di organi e tessuti
 - **Obiettivo operativo 3.2.3:** Gestione del sovraffollamento nel Pronto Soccorso
 - **Obiettivo operativo 3.2.4:** Garanzia degli standard di sicurezza dei Punti Nascita
 - **Obiettivo operativo 3.2.5:** Fascicolo Sanitario Elettronico
 - **Obiettivo operativo 3.2.6:** Approvvigionamento farmaci e gestione 1° ciclo di terapia
 - **Obiettivo operativo 3.2.7:** Osservanza obblighi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza
- **Obiettivo strategico 3.3: Informazione e comunicazione**
 - **Obiettivo operativo 3.3.1:** Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi
 - **Obiettivo operativo 3.3.2:** Formazione del personale
- **Obiettivo strategico 3.4: Accessibilità e fruibilità dei servizi**
 - **Obiettivo operativo 3.4.1:** Riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie
 - **Obiettivo operativo 3.4.2:** Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa - (P.R.G.L.A) - Recupero ricoveri chirurgici da P.N.G.L.A
 - **Obiettivo operativo 3.4.3:** Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (P.R.G.L.A) - Recupero prestazioni ambulatoriali da P.N.G.L.A

Di seguito, a conclusione del percorso di definizione degli obiettivi operativi, viene rappresentato l'albero della *performance* sino al terzo livello.

MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE



Le tabelle che seguono mostrano i risultati attesi in merito a ciascun obiettivo operativo all'interno delle aree strategiche individuate:

Area Strategica 1: Governo clinico		
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA DI CALCOLO - RISULTATO ATTESO
1.1 Esiti	1.1.1 Tempestività interventi a seguito frattura femore	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 \geq 96%
	1.1.2 Riduzione incidenza parti cesarei	Parti cesarei su donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne con nessun pregresso cesareo \leq 20%
	1.1.3 Tempestività nell'effettuazione di PTCA negli IMA STEMI	N. di PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data del ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI / N. totale di IMA STEMI diagnosticati \geq 82%
	1.1.4 Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni/numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica \geq 96%
1.2 Appropriatezza	1.2.1 Garanzia dei LEA secondo Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) Area Assistenza Ospedaliera	-Nr. dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in Degenza Ordinaria/Nr. Dimissioni non attribuite ai 108 DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Anno 2024 < Anno 2023 - Interventi per tumore maligno della mammella (codici ICD9-CM diagnosi principale o secondaria 174, 198.81, 233.0 e codici ICD9-CM di intervento principale o secondario 85.2x, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4x) / tot interventi Anno 2024 > Anno 2023 - Nr. Dimissioni chirurgiche con codice ICD9CM per sepsi/Nr. Dimissioni chirurgiche di pazienti età>15 anni Anno 2024 < Anno 2023
	1.2.2 Raggiungimento di standard di qualità	- Incremento dell'attività ambulatoriale per Esterni - Riduzione dei tempi di attesa per l'espletamento delle prestazioni - Mantenimento / Incremento del nr. di pazienti dimessi in regime ordinario

Area Strategica 2: Governo economico

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA DI CALCOLO - RISULTATO ATTESO
2.1 Ottimizzazione procedure in ambito economico/finanziario/legale	2.1.1 Contenimento della spesa	<p>Personale:</p> <ul style="list-style-type: none"> -rispetto del tetto di spesa annuale ai sensi dell'art. 11 del D.L. n. 35 del 30/04/2019, convertito e con modificazioni dalla L. n. 60 del 25/06/2019 e ss.mm.ii. -adozione programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato corredato da apposita relazione da sottoporre all'approvazione dell'Assessorato <p>Provveditorato:</p> <ul style="list-style-type: none"> -rispetto della normativa vigente di cui al Codice dei Contratti pubblici in materia di acquisto di beni e servizi <p>Farmacia ospedaliera:</p> <ul style="list-style-type: none"> -monitoraggio spesa per acquisti materiale altamente specialistico
	2.1.2 Disposizioni connesse alla libera professione intramuraria	<p>Osservanza delle norme ai sensi dell'art.1 c.7, l. 3/8/2007 n. 120 e s.m.i.</p> <p>Aggiornamento Regolamento ALPI</p> <p>Predisposizione contabilità analitica ALPI</p>
	2.1.3 Ottimizzazione delle attività	<ul style="list-style-type: none"> - Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio in relazione alle risorse negoziate - Rispetto dei tempi di pagamento - Applicazione della l. n.145 del 30/12/2018 - Redazione Regolamento Recupero Crediti

Area Strategica 3: Governo dei processi

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	FORMULA DI CALCOLO - RISULTATO ATTESO
3.1 Definizione obiettivi strategici aziendali	3.1.1 Implementazione dei Percorsi Attuativi di Certificabilità	- Istituzione della funzione di Internal Audit - Piena attuazione delle procedure relative a ciascuno dei cicli e delle Aree di Bilancio - Certificazione dei Bilanci Aziendali
3.2 Individuazione attività gestionali strategiche	3.2.1 Adempimenti connessi al miglioramento del percorso degli screening oncologici	- Prenotazioni effettuate su richiesta dell'utente al CUP aziendale direttamente sul programma gestionale degli screening dell'ASP : SI - Esecuzione delle prestazioni di approfondimento richieste dall'ASP : 100% - registrazione di tutti i casi inviati dall'ASP per approfondimento o terapia direttamente sul programma gestionale degli screening : 100%
	3.2.2 Incremento del numero di donazione organi e tessuti	- Incremento del nr. di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno in corso rispetto all'anno 2023 - Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38% - Incremento del procurement di comee in toto non inferiore al 10%
	3.2.3 Gestione del sovraffollamento nel Pronto Soccorso	- Rispettare il tempo massimo tra la presa in carico e la conclusione della prestazione (esclusi esito 6 e esito 7) - Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/18 ed alle relative direttive: controllo del fenomeno del boarding
	3.2.4 Garanzia degli standard di sicurezza nei punti nascita	Nr. Requisiti garantiti/Totale requisiti previsti dalla checklist = 100%
	3.2.5 Fascicolo Sanitario Elettronico	Alimentazione FSE
	3.2.6 Approvvigionamento farmaci e gestione I° ciclo di terapia	- Nr. Procedure adottate dall'Azienda/Nr. Procedure adottate dalla CUC >=95% - Nr. Prestazioni I° ciclo/Nr. Pazienti dimessi in DH e in DO >=80%
	3.2.7 Osservanza obblighi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	- Pubblicazione dati della UO nel sito "Amministrazione trasparente" nel rispetto della normativa di riferimento. - Rispetto obblighi prevenzione della corruzione e rischi corruttivi in sanità e degli obblighi di trasparenza
3.3 Informazione e comunicazione	3.3.1 Tempestività, completezza e adeguatezza qualitativa dei flussi informativi	Caricamento ed invio completo di tutti i flussi entro le scadenze previste
	3.3.2 Formazione del personale	Elaborazione di iniziative formative
3.4 Accessibilità e fruibilità dei servizi	3.4.1 Riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie	- Nr. Prestazioni ambulatoriali di primo accesso inserite al CUP/Nr. Prestazioni ambulatoriali di primo accesso erogate = 1. - Nr. Prestazioni di controllo prescritte direttamente dallo specialista ambulatoriale/Nr. Prestazioni di controllo prescritte dallo specialista ambulatoriale nel periodo di riferimento dell'anno precedente > 10%
	3.4.2 Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (P.R.G.L.A) - Recupero ricoveri chirurgici da P.N.G.L.A	Ricoveri chirurgici da recuperare > 70% dei ricoveri rilevati alla data di riferimento del Piano o successivo aggiornamento
	3.4.3 Osservanza degli adempimenti prescritti dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (P.R.G.L.A) - Recupero prestazioni ambulatoriali da P.N.G.L.A	Prestazioni ambulatoriali da recuperare > 80% dei ricoveri rilevati alla data di riferimento del Piano o successivo aggiornamento

Le priorità di intervento per l'Azienda, e quindi gli obiettivi strategici e operativi si riconducono a tre principi in coerenza con i documenti di programmazione e con le linee guida di stesura del PIAO:

- **Digitalizzazione**

L'Azienda, in linea con la Missione 6 del PNRR, intende proseguire con l'implementazione della digitalizzazione delle attività sanitarie, con l'implementazione dei servizi di Telemonitoraggio e di Teleconsulto, nell'ottica di fornire servizi di Telemedicina strutturati a una platea più ampia di pazienti e cittadini, anche sulla base delle prossime iniziative regionali. Per rendere possibile tale offerta l'Azienda si pone obiettivi legati alla digitalizzazione delle attività di supporto al percorso di cura dei

pazienti, alla gestione informatizzata delle procedure amministrative legate all'attività di cura e di ammodernamento dell'infrastruttura tecnologica dell'Azienda.

- **Pari opportunità e l'equilibrio di genere**

Alla base delle attività dell'Azienda vi è la priorità di assicurare a tutti i cittadini l'accesso ai servizi di cura secondo i principi dell'appropriatezza clinica indipendentemente da: condizioni socio-economiche, genere, età, preferenze sessuali, etnia, disabilità, orientamento religioso e politico. Tra le attività che l'Azienda intende realizzare rientrano il miglioramento delle informazioni e degli strumenti per la Medicina di Genere, la realizzazione di attività di formazione sulle conoscenze della Medicina di Genere con il coinvolgimento dei professionisti, il miglioramento dell'efficacia e dell'applicabilità nelle procedure di cura e assistenza dei percorsi assistenziali e nei servizi al cittadino.

- **Accessibilità**

L'Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) ha emanato le Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici, in vigore dal 10/01/2020, in attuazione della Direttiva dell'Unione Europea 2016/2102, che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili. L'Azienda intende implementare il sito web aziendale rendendolo più facilmente fruibile ai cittadini.

PARTE FUNZIONALE

Di seguito si presentano le strategie relative alla Performance dell'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di Valore Pubblico prefissati, ovvero la *“Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie”* e la *“Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente”*.

Per quanto riguarda il primo obiettivo di Valore Pubblico, l'Azienda intende monitorare la situazione attuale del Pronto Soccorso, misurando l'appropriatezza degli accessi in uscita e dei ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso per valutare le iniziative volte a migliorare l'accesso ai servizi in emergenza-urgenza, anche attribuendo al triage il ruolo di “snodo decisionale” rispetto all'avvio dei pazienti verso il corretto percorso di cura. Per valutare come intervenire per migliorare l'efficacia del Pronto Soccorso, l'Azienda intende:

- monitorare l'andamento degli accessi rispetto alle nuove “Linee di indirizzo nazionali” introdotte nel 2019 e s.m.i., in particolare, il tempo di permanenza e il rispetto del tempo massimo di attesa per gli accessi a seconda del codice colore;
- monitorare l'esito del trattamento, ovvero della modalità con cui si è concluso l'episodio di Pronto Soccorso, e i tempi di accesso al trattamento per i codici rossi.

Per quanto riguarda l'area strategica delle prestazioni critiche relative al primo obiettivo di Valore Pubblico, l'Azienda intende individuare le aree critiche sulle quali intervenire monitorando il rispetto tempo di attesa delle prestazioni ambulatoriali sulla base delle classi di priorità riportata in prescrizione, come previsto dal PNGLA.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo di Valore Pubblico, l'Azienda intende monitorare lo stato di avanzamento del processo di introduzione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) e del nuovo sistema Smart ERP. Con riferimento alla CCE, si intende monitorare il completamento delle analisi dei processi delle Unità Operative per definire i fabbisogni necessari e la realizzazione del collegamento dei servizi con il Repository clinico documentale che rappresenta la base dati centrale ed unica di riferimento dei documenti relativi agli eventi e ai dati clinici degli assistiti dell'Azienda. Al fine di promuovere la corretta integrazione tra i sistemi a supporto della CCE si intende introdurre un sistema di codifica unica e un glossario di terminologie. Infine, si intende monitorare l'effettiva adozione e utilizzo dello strumento nelle Unità Operative secondo un programma di rilascio graduale che terminerà entro la fine del 2025.

In relazione allo Smart ERP, si intende monitorare il processo di realizzazione del sistema e la migrazione dei dati e delle informazioni dalla piattaforma attuale alla nuova, verificando che nella fase di transizione e di gestione di entrambi i sistemi non si verificano episodi di perdita di dati e informazioni, né eccessivi disservizi per l'utenza.

Sottosezione "Performance"									
Obiettivo operativo specifico					Indicatori di impatto				
Obiettivo di Valore Pubblico	Descrizione	Responsabile	Utenti	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline	Target	Fonte
VP1.Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie	Appropriatezza dell'accesso (in uscita)	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICACIA	$(N. \text{ codici assegnati dal medico dopo la visita uguali a quelli attribuiti dal triage in fase di accesso} / \text{Totale accessi al PS}) * 100$	Non disponibile	>95%	Base Dati Aziendale PS
	Appropriatezza dei ricoveri con provenienza PS	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICACIA	$(N. \text{ ricoveri provenienti da PS con DRG che non siano classificati ad alto rischio inappropriata secondo quanto definito dai LEA} / \text{Totale ricoveri provenienti da PS}) * 100$	Non disponibile	>95%	Base Dati Aziendale ADT
	Tempestività di accesso al trattamento per i codici Rossi	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICACIA	$(N. \text{ pazienti in emergenza codice Rosso che accedono immediatamente al trattamento} / \text{Totale pazienti con codice Rosso}) * 100$	Non disponibile	99%	Base Dati Aziendale PS
	Rispetto del tempo massimo di attesa al Pronto Soccorso per accessi con codice Arancione	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICACIA	$(N. \text{ accessi con codice arancione e tempo d'attesa entro 15 minuti} / \text{Totale accessi con codice arancione}) * 100$	Non disponibile	85%	Base Dati Aziendale PS
	Rispetto del tempo massimo di attesa al Pronto	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICACIA	$(N. \text{ accessi con codice verde e tempo d'attesa entro 120 minuti}) * 100$	Non disponibile	80%	Base Dati Aziendale PS

Soccorso per accessi con codice Verde					/ Totale accessi con codice verde			
Rispetto del tempo massimo di attesa al Pronto Soccorso per accessi con codice Bianco	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICACIA	(N. accessi con codice bianco e tempo d'attesa entro 240 minuti / Totale accessi con codice bianco) * 100	Non disponibile	75%	Base Dati Aziendale PS
Tempo di permanenza in Pronto soccorso entro le 8 ore	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICACIA	(N. accessi tempo di permanenza entro le 8 ore/ Totale accessi) * 100	Non disponibile	75%	Base Dati Aziendale PS
Esiti codice Rosso	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICIENZA	(N. pazienti in emergenza con codice Rosso, ricoverati, deceduti o trasferiti / Totale pazienti con codice Rosso) * 100	Non disponibile	>95%	Base Dati Aziendale PS
Esiti codice Arancione	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICIENZA	(N. pazienti in urgenza con codice Arancione, ricoverati, deceduti o Trasferiti/ Totale pazienti con codice Arancione) * 100	Non disponibile	>70%	Base Dati Aziendale PS
Esiti codice Verde	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICIENZA	(N. pazienti in urgenza Differibile con codice Verde, ricoverati o trasferiti/ Totale pazienti con codice Verde) * 100	Non disponibile	>50%	Base Dati Aziendale PS
Esiti codice Bianco	Responsabile Pronto Soccorso	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICIENZA	(N. pazienti in urgenza	Non disponibile	<5%	Base Dati Aziendale PS

						minore con codice Bianco, ricoverati o trasferiti / Totale pazienti con codice Bianco) * 100			
	Rispetto tempo di attesa delle prestazioni (secondo quanto previsto dal PNGLA) sulla base delle classi di priorità	Referente Aziendale Monitoraggio PNGLA	Pazienti	Azioni di monitoraggio periodiche	EFFICACIA	(N. prestazioni prenotate nei tempi indicati nella classe di priorità prescritta / Totale prestazioni) * 100	Non disponibile	95%	Base Dati Aziendale CUP
VP2. Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente	Completamento analisi dei processi delle UO per l'introduzione della CCE	Ingegneria clinica	Dipendenti Area sanitaria	Entro la fine del 2025	EFFICIENZA	(N. di UO presso cui è stata eseguita l'analisi dei processi per CCE / Totale UO) * 100	60%	100%	Primari (o su delega i capisala)
	Diffusione CCE	Ingegneria clinica	Dipendenti Area sanitaria	Entro la fine del 2025	EFFICIENZA	(N. di UO presso cui viene utilizzata la CCE / Totale UO per cui è prevista) * 100	40%	100%	Primari (o su delega i capisala)
	Completamento del collegamento dei Servizi con il Repository clinico documentale	Ingegneria clinica	Dipendenti Area sanitaria	Entro la metà del 2025	EFFICIENZA	(N. servizi integrati al Repository Clinico Documentale / Totale servizi da integrare) * 100	0%	100%	Ingegneria clinica
	Realizzazione di uno Smart ERP e trasferimento dei dati dalla piattaforma attuale al nuovo sistema	Ingegneria clinica	Dipendenti dei settori: Risorse Umane, Tecnico, Economico Finanziario, Provveditorato e Centro di calcolo	Entro la fine del 2026	EFFICIENZA	(N. dati trasferiti sulla nuova piattaforma / Totale dati da trasferire) * 100	10%	80%	Ingegneria clinica
	Monitoraggio dei disservizi per	Ingegneria clinica	Pazienti	Entro la fine del 2026	QUALITÀ	N. di disservizi/mese	nd	≤1	Ingegneria clinica

l'utenza nella fase transitoria di passaggio dalla piattaforma odierna allo Smart ERP								
Garanzia dell'integrità dei dati e delle informazioni nel passaggio dalla piattaforma odierna allo Smart ERP	Ingegneria clinica	Dipendenti dei settori: Risorse Umane, Tecnico, Economico Finanziario, Provveditorato e Centro di calcolo	Entro la fine del 2026	QUALITÀ	N. dati compromessi, o perduti nel processo di transizione/ Totale dati da trasferire	nd	<1%	Ingegneria clinica

Sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e Trasparenza

PREMESSA

La presente Sottosezione anticorruzione e trasparenza del PIAO è stata elaborata in ottemperanza alle disposizioni contenute nella normativa vigente in materia (L. 190/2012 s.m.i.); nei documenti redatti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, in particolare alle disposizioni del PNA 2022 approvato con delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, come aggiornato nel 2023 con delibera ANAC n. 605 del 19/12/2023; nonché in attuazione del D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 “*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*” (art 6), convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113; del D.P.R. n.81 del 24 giugno 2022 “*Adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PLAO*” (art. 1); dal D.M. 132 del 30 giugno 2022 “*Regolamento «PIAO» (Redazione del PIAO)*”; e dalla Circolare n.2/2022 del D.P.F. “*Indicazioni operati e in materia del PLAO di cui all'art. 6 del D.L. 80/2021*”.

La prima parte della presente sottosezione riassume in maniera sintetica le misure generali e specifiche di gestione dei rischi corruttivi e di promozione della trasparenza, che oltre a ricoprire le funzioni previste della normativa di riferimento, contribuiscono indirettamente anche a proteggere gli obiettivi di Valore Pubblico che l'Azienda si è posta di realizzare per il triennio 2023-2025 con il PIAO adottato con delibera n. 523/CS del 28/03/2023, come successivamente integrato per l'anno 2024 con il PIAO adottato con delibera N. 189/CS del 31/01/2024. Nella seconda parte, vengono invece definite iniziative di prevenzione della corruzione declinate e applicate alle strategie di creazione del Valore Pubblico, andando a contribuire direttamente alla protezione del Valore Pubblico che si intende generare per gli stakeholder.

PARTE GENERALE

Posto che le misure generali e specifiche di gestione dei rischi corruttivi e di promozione della trasparenza sono dettagliate nel documento “*Allegato PLAO - Prevenzione della corruzione e trasparenza dell'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro*” a cui si rimanda, di seguito ne vengono riassunti gli elementi essenziali, a partire dall'analisi del contesto. Tale analisi, in linea con quanto indicato dall'ANAC, è finalizzata a raccogliere e raccordare elementi che possano contribuire a comprendere le dimensioni e le dinamiche del fenomeno corruttivo nella Pubblica Amministrazione, con l'obiettivo finale di ricavarne strumenti utili alla gestione del rischio.

Contesto esterno

Una fotografia del contesto esterno che possa evidenziare se le caratteristiche dell'ambiente, culturale, sociale ed economico in cui opera l'Azienda possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi è rappresentata dall'indagine condotta da Transparency International e React. Lo studio del 2023 evidenzia che in Italia per i dipendenti delle strutture sanitarie intervistati, la corruzione è ancora molto diffusa, sia a livello nazionale (84%) che nella propria regione (79%). Anche rispetto all'ente di appartenenza i dati rimangono non sono confortanti: 1 dipendente su 4 (28%) ritiene ci sia corruzione all'interno della propria azienda sanitaria. Gli episodi di corruzione hanno anche subito un incremento significativo: il tasso di vittimizzazione rilevato è pari all'8,4%, il doppio rispetto a quanto registrato dall'Eurobarometro negli anni 2019-2020, pari al 4%.

Un secondo tema riguardo al contesto esterno emerge dalla Relazione del secondo semestre 2023 del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia dove si evidenzia che “*Catania può essere parimenti considerata il centro di gravità dei principali interessi criminali la cui gestione e controllo è saldamente nelle mani delle più importanti famiglie mafiose operanti nella Sicilia Orientale*”.

In positivo va considerato che l'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana ha dato un impulso determinante alla prevenzione della Corruzione e della Trasparenza attraverso l'emaneazione di due

circolari: “Atto di indirizzo per l’adeguamento dei piani triennali Anticorruzione delle Aziende e degli Enti del SSN in rapporti con fornitori e aziende farmaceutiche” (Prot. n. 19302 del 04/03/2019) e “Ulteriori misure in materia di anticorruzione per le Aziende del SSN” (Prot. n. 25687 del 25/03/2019).

Relativamente ai finanziamenti PNRR, con circolare prot n. 42321 del 24 Settembre 2024, l’Assessorato della Salute Dipartimento per la Pianificazione Strategica Struttura per l’Attuazione del PNRR e PNC - Missione 6, ha comunicato che con D.L. 2 marzo 2024, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56, avente ad oggetto “*Ulteriori disposizioni urgenti per l’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*”, all’art. 3, rubricato “*Misure per la prevenzione e il contrasto delle frodi nell’utilizzazione delle risorse relative al PNRR e alle politiche di coesione*” ha previsto, al comma 1, che per rafforzare la strategia unitaria delle attività di prevenzione e contrasto alle frodi e agli altri illeciti sui finanziamenti connessi al PNRR, alle politiche di coesione relative al ciclo di programmazione 2021-2027 e ai fondi nazionali a questi comunque correlati, sono estese anche al PNRR le funzioni previste dall’art. 3, comma 1, del DPR 14 maggio 2007, n. 91 in capo al Comitato per la lotta contro le frodi nei confronti dell’Unione europea (COLAF) di cui all’art. 54, comma 1, della legge 24 dicembre 2012, n. 234. A tal proposito, al fine di agevolare l’assolvimento delle nuove funzioni affidate al COLAF ai sensi della norma in esame, il Nucleo della Guardia di Finanza per la repressione delle frodi nei confronti dell’Unione Europea di cui all’art. 54, comma 2, della legge n. 234 del 2012, operante presso il Dipartimento degli Affari Europei della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha predisposto il documento (All. 1) contenente una ricognizione analitica di tutte le misure attualmente previste dalla legislazione nazionale, ovvero comunque adottate dalle Autorità competenti, utili a prevenire e reprimere le frodi e gli altri illeciti che possono arrecare danno alle risorse finanziarie assegnate dall’UE nell’ambito del PNRR. Altresì è stato elaborato, dallo stesso Nucleo della Guardia di Finanza per la repressione delle frodi e gli altri illeciti che possono arrecare danno alle risorse finanziarie assegnate dall’UE nell’ambito del PNRR. Altresì, è stato elaborato, dallo stesso Nucleo della Guardia di Finanza per la repressione delle frodi nei confronti dell’Unione Europea, un documento contenente i principali indicatori di rischio di frode nel PNRR (All. 2) , con lo scopo di fornire al Comitato uno strumento di orientamento da utilizzare nell’ambito dell’esercizio delle nuove funzioni attribuite dall’articolo 3 del su citato D.L. 2 marzo 2021, n. 19, convertito, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 aprile 2024, n. 56.

Contesto interno

Per quanto riguarda l’esposizione al rischio corruttivo che può originare dal contesto interno dell’Azienda, come ad esempio la natura della sua missione istituzionale o la sua struttura organizzativa, si rimanda ai contenuti di dettaglio descritti nel presente PIAO (*Scheda Anagrafica - Sezione organizzazione e capitale umano*).

Inoltre, l’Azienda è stata ammessa a finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Componente 1 e 2 e del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC).

In particolare i finanziamenti ad oggi ricevuti riguardano le azioni di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (DEA II livello).

Per quanto riguarda la parte di ammodernamento digitale ospedaliero (DEA II livello) l’AOEC ha ricevuto un finanziamento di 9.935.000 euro destinati ad interventi di ammodernamento tecnologico della parte infrastrutturale (digitale) e della componente SW al fine di raggiungere il livello 4 di digitalizzazione.

In questo contesto, le risorse assegnate all’Azienda rappresentano una leva decisiva di sostegno, ma anche un elemento cui prestare la massima attenzione in termini di prevenzione dei fenomeni corruttivi. Procedendo anche in ottemperanza alle disposizioni di cui al suddetto D.L. 2 marzo 2021, n. 19, e agli allegati 1 e 2 dal Nucleo della Guardia di Finanza per la repressione delle frodi nei confronti dell’Unione Europea, contenenti rispettivamente “Misure di prevenzione e contrasto alle frodi e agli altri illeciti in danno del PNRR (All. 1) e “I principali indicatori di rischio di frode nel PNRR (All. 2)”, con l’attuazione di tutte le azioni necessarie per prevenire casi di frode, corruzione, conflitto di interessi e “doppio finanziamento”.

I ruoli e i soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione

All'interno dell'Azienda esistono diversi soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione, in sinergia al RPCT, ovvero:

- il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario;
- i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- i Referenti per l'anticorruzione
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e gli altri organismi di controllo interno;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
- tutto il personale e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

L'Azienda ha individuato i "Referenti per la prevenzione della corruzione" che possano collaborare in maniera più diretta per l'area di rispettiva competenza e che sono di supporto all'attività del RPCT nei seguenti ambiti: controllo, prevenzione e contrasto alla corruzione e all'illegalità, individuazione del personale che partecipa ai programmi di formazione specifica in materia di anticorruzione, individuazione delle modalità organizzative atte a favorire la rotazione dei dipendenti. I Referenti devono ottemperare a quanto previsto nella normativa vigente in materia di anticorruzione e sono stati individuati nelle seguenti aree:

Area Sanitaria:

- Rischio Clinico
- U.O. Farmacia
- Area Medica e Chirurgica
- Area Infermieristica

Area Amministrativa Tecnica e Professionale:

- Provveditorato ed Economato
- Risorse Economiche e Finanziarie
- Risorse Umane
- Settore Tecnico
- Servizio Legale
- Comunicazione Istituzionale

Infine, il Collegio Sindacale esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile, con riferimento non solo alla legittimità degli atti, ma anche alla ragionevolezza dei processi.

Identificazione delle aree di rischio per i processi sensibili

Nel PNA 2019, con l'allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" l'ANAC ha tracciato un elenco delle principali "aree di rischio", intese come raggruppamenti omogenei di processi e distinte in generali e specifiche. Sono "aree di rischio generali" quelle comuni a tutte le Amministrazioni, mentre sono "aree di rischio specifiche" quelle che riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Arete di rischio generali:

- Acquisizione e progressione del personale;
- Affidamento di lavori, servizi e forniture;
- Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni);

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi);
- Gestione delle Entrate delle Spese e del Patrimonio;
- Controlli, Verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Legale e contenzioso.

Are di rischio specifiche:

- Attività libero professionale intramoenia e liste di attesa;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati ed i soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Misure organizzative per il trattamento del rischio

In virtù delle disposizioni contenute nella normativa vigente in materia di anticorruzione, l'Azienda è dotata ad oggi di un vasto numero e tipologie di misure organizzative per la gestione del rischio, che sono dettagliate nel Piano triennale di prevenzione della corruzione. Tra queste rientrano alcune *strutture organizzative* come: "Internal Audit" che ha tra i propri compiti l'analisi dei processi, dei sistemi contabili e dei relativi rischi aziendali, al fine di migliorare il sistema dei controlli interni per ridurre l'impatto; "Comitato di Vigilanza Etica Aziendale"; "Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)"; "Collegio Sindacale"; "Ufficio Procedimenti Disciplinari".

Tra le misure organizzative per il trattamento del rischio corruttivo attuate dall'Azienda si citano numerosi *Regolamenti e altri documenti* come:

- "Codice Etico-Comportamentale" che regola in senso legale ed eticamente corretto il comportamento degli operatori; "Patto di integrità"; "Regolamento aziendale per la gestione dei pazienti deceduti in ospedale"; "Piano Audit Annuale e Triennale"; "Risk Assessment"; "Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario"; "Regolamento per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (*whistleblower*)";

- n. 6 moduli atti a disciplinare l'accesso nell'Azienda degli informatori farmaceutici e provider, la partecipazione dei dipendenti ad eventi e le Convenzioni con gli associati.

Fondamentali sono anche le iniziative in termini di *formazione*. L'Azienda identifica percorsi formativi dedicati al personale con l'obiettivo di dare una lettura critica delle novità introdotte dalla recente normativa in materia di controlli, legalità, misure anticorruzine e trasparenza ed accrescere la conoscenza in tema di metodologie di mappatura dei processi ed analisi dei rischi.

Infine si citano alcuni altri *strumenti e procedure* adottati dall'Azienda anche a fronte della prevenzione del *conflitto di interessi*, quali : rotazione del personale finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che alimentano dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione; regolamentazione dell'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro tramite specifiche clausole di divieto di pantouflage; strumento informatico di whistleblowing "*Whistleblowing PA*" promosso da Transparency International e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani Digitali; obbligo per i dirigenti di dichiarazione annuale di insussistenza di cause di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico dirigenziale; procedura per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Nell'ambito della valutazione sull'idoneità e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, un ruolo centrale è ricoperto dalla RPCT. Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione e sul funzionamento dello strumento di programmazione è una fase di fondamentale importanza per il successo del sistema di prevenzione della corruzione. Il RPCT è altresì supportato dai sindacati referenti nel

controllo, nella prevenzione e nel contrasto alla corruzione e all'illegalità. L'attività di monitoraggio messa in atto consente anche di assicurare che il sistema di controllo interno sia sempre aggiornato e adatto alle dimensioni della azienda. Le attività di monitoraggio sono strutturate attraverso il monitoraggio delle prestazioni (es. attività di supervisione continua da parte della Direzione Strategica, analisi degli indicatori di performance) e valutazioni specifiche (attività di audit – attività di follow up).

Attuazione della trasparenza e relativo monitoraggio

In materia di gestione della trasparenza amministrativa, l'Azienda è dotata dal punto di vista tecnico e procedurale di sistemi in grado di ottemperare alla pubblicazione dei dati secondo criteri di qualità, tra cui l'integrità, il costante aggiornamento, l'accessibilità, e l'indicazione della provenienza e riutilizzabilità. Ad esempio, l'Azienda ha adottato un nuovo software di gestione della sezione del sito "Amministrazione Trasparente" e un "Regolamento per la gestione e l'aggiornamento del portale web istituzionale". Il Regolamento stabilisce che l'impostazione e la gestione del sito sono volte a garantire agli utenti i diritti di trasparenza, accesso civico, cittadinanza digitale, ai sensi delle normative di riferimento e che tutte le strutture dell'Azienda hanno l'obbligo di contribuire ad alimentare e ad aggiornare i contenuti del sito e delle diverse pagine web. Il regolamento individua, inoltre, cinque figure coinvolte nella gestione e aggiornamento del sito:

- a) il Responsabile della gestione del sito è il riferimento per l'organizzazione dei contenuti e ne supervisiona l'aggiornamento;
- b) il Responsabile del procedimento di pubblicazione: coincide con il Responsabile della gestione del sito tranne che per i bandi di gara e bandi di concorso, per i quali coincide con la figura del dirigente del Settore;
- c) il Responsabile della Trasparenza svolge funzione di monitoraggio sul rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente nell'ambito della sezione "Amministrazione Trasparente";
- d) Il referente (per ciascuna Unità Operativa) incaricato di trasmettere i contenuti da inserire nel portale; l'utente pubblicatore (per ciascun Settore Amministrativo) con il compito di inserire e aggiornare i contenuti nel portale, secondo gli oneri di pubblicazione previsti per voce di competenza nella sezione Amministrazione Trasparente;
- e) Il Web master l'amministratore, o web master, è il fornitore esterno del sistema di pubblicazione.

Tra gli altri documenti si può anche citare il "Regolamento aziendale per il diritto di accesso civico ai documenti amministrativi" e, per rafforzare la trasparenza e l'accessibilità dei provvedimenti, è stata estesa la durata della disponibilità online degli atti soggetti a pubblicazione in Albo Pretorio

PARTE FUNZIONALE

Per la definizione delle specifiche misure anticorruzione e di trasparenza funzionali alla protezione diretta del **valore pubblico n.1** che si intende creare (*"Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie"*), l'RPCT ha valutato come indispensabile procedere alla mappatura dei processi relativi all'area Pronto Soccorso e all'area Prestazioni Critiche, quale presupposto indispensabile per procedere poi all'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi associati alle strategie di valore pubblico da attuare.

Infatti, come indicato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (Aggiornamento PNA 2015), la *"[.] gestione delle liste di attesa e [.] delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Per queste ragioni è opportuno che i PTPC (ora Sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO) considerino questo settore come ulteriore area specifica nella quale applicare il processo di gestione del rischio"*.

La graduale e progressiva mappatura dei processi è stata avviata nel corso del 2023. Sono stati effettuati appositi incontri con i referenti delle seguenti aree: accesso al Pronto Soccorso; attività libero professionale liste di attesa; ed è stato chiesto agli stessi di compilare la seguente scheda al fine di identificare i seguenti elementi:

<i>Area Amministrativa</i>	<i>Processo</i>	<i>Attività</i>	<i>Responsabile Del Processo</i>
Settore o Dipartimento dell'ente a cui è riconducibile il processo analizzato	Percorso con cui l'ente produce un «output» (prodotto)	Azioni collegate che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'ente	Soggetto a capo del processo / fase /attività

Sono state pertanto elaborate le Schede dei Processi Mappati inerenti alle suddette aree: Liste di attesa; Accesso al pronto soccorso; Attività libero professionale, integralmente riportate nell'allegato al PIAO “Prevenzione della Corruzione e Trasparenza”;

Contemporaneamente, in virtù delle facoltà e degli obblighi in materia di monitoraggio e controllo, l'Azienda ha provveduto ad effettuare i controlli necessari per quanto riguarda la produzione e gestione dei dati di monitoraggio dei tempi di attesa e l'erogazione della formazione del personale quali strategie di Valore Pubblico. Nella considerazione che tali strategie subiranno anche nel corso del 2025 un aggiornamento a seguito dell'analisi dei dati, si evidenzia la necessità di riadattare nel corso dell'anno le misure specifiche di anticorruzione e trasparenza alle nuove strategie che verranno definite per realizzare l'effettiva riduzione dei tempi di attesa.

Si rileva come l'attività di mappatura permetta di analizzare in maniera puntuale la filiera delle azioni, attività, ruoli e responsabilità che costituiscono un particolare processo. La mappatura di un processo permette infatti di revisionare e controllare i meccanismi di funzionamento dell'ente, individuando eventuali anomalie organizzative ed operative che necessitano di essere risolte o semplificate nell'interesse dell'utente. La realizzazione della mappatura dei processi legati alle liste d'attesa e all'accesso dei pazienti al Pronto Soccorso apporta un contributo anche al secondo obiettivo di valore pubblico: “Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente”.

Anche nell'ambito dell'obiettivo di **valore pubblico n.2** (“Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente”), è stato stabilito di concentrare le misure specifiche di anticorruzione e trasparenza prevalentemente sull'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi specifici relativi ai processi sensibili relativi alle procedure per l'approvvigionamento dei servizi relativi all'implementazione del nuovo sistema Smart Enterprise Resource Planning (ERP) e del software per la Cartella Clinica Elettronica (contratti PNRR), in atto non ancora completati.

Di seguito si riportano quindi le azioni in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza declinate per gli obiettivi di Valore Pubblico identificati per il triennio 2023-2025 con il PIAO adottato con delibera n. 523/CS del 28/03/2023, come successivamente integrato per l'anno 2024 con il PIAO adottato con delibera N. 189/CS del 31/01/2024, con i relativi indicatori di monitoraggio.

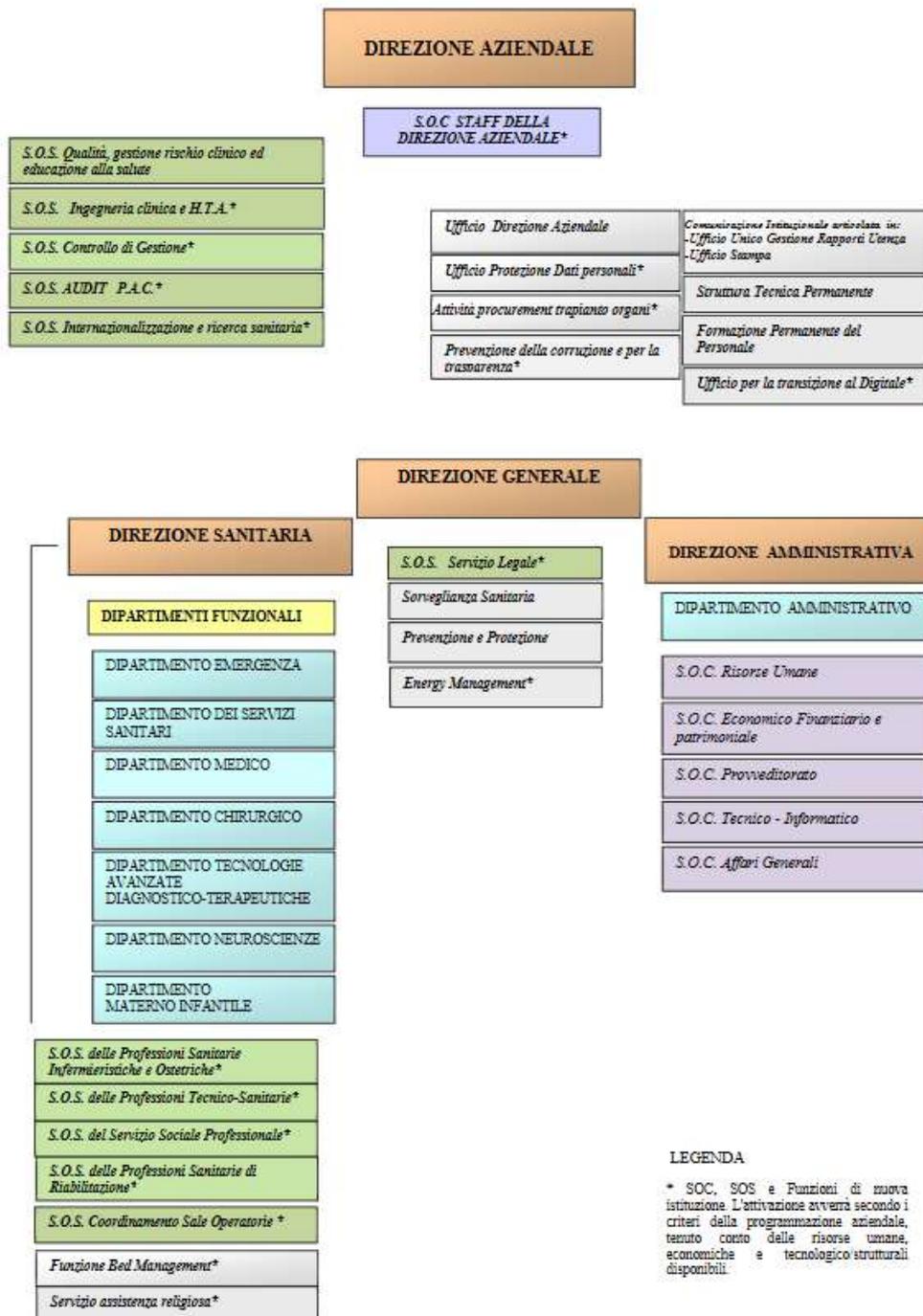
Sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza"								
Misura di gestione				Indicatori di RISCHIO corruttivo e di TRASPARENZA				
Obiettivo di Valore Pubblico	Descrizione Misura	Responsabile	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline	Target	Fonte
VP1. Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie	Mappatura dei processi sensibili relativi all'area Pronto Soccorso e all'area Prestazioni Critiche	Dott.ssa Santonocito	Entro la fine del 2025	Mappatura processi	Numero processi mappati / Totale processi da mappare	80%	80%	RPCT
	Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi specifici relativi ai processi sensibili dell'area Pronto Soccorso e Prestazioni Cliniche	Dott.ssa Santonocito	Entro la fine del 2025	Valutazione rischi	Numero rischi valutati / Totale rischi identificati	80%	80%	RPCT
VP2. Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente	Controlli sul rispetto della trasparenza e accessibilità ai dati della Cartella Clinica Elettronica da parte dei pazienti	Dott.ssa Santonocito	Entro la primavera del 2025	Trasparenza	Numero di controlli effettuati sui dati messi a disposizione degli utenti / Totale dati messi a disposizione	0%	80%	RPCT
	Mappatura dei processi sensibili relativi all'esecuzione dei contratti pubblici (con particolare riferimento ai contratti PNRR)	Dott.ssa Santonocito	Entro la fine del 2025	Mappatura processi	Numero processi mappati / Totale processi da mappare	0%	80%	RPCT
	Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi specifici relativi ai processi sensibili relativi all'esecuzione dei contratti pubblici (con particolare riferimento ai contratti PNRR)	Dott.ssa Santonocito	Entro la fine del 2025	Valutazione rischi	Numero rischi valutati / Totale rischi identificati	0%	80%	RPCT

Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

Sottosezione di programmazione – Struttura organizzativa

L'Atto Aziendale prevede il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario, così come previsto dall'art. 17 bis del D.lgs. 502/92 e ss.mm.ii.. Il Dipartimento, al suo interno, è articolato in Strutture Organizzative Complesse (S.O.C.), Strutture Organizzative semplici a valenza dipartimentale e Strutture Organizzative semplici di struttura Organizzativa Complessa (S.O.S.).

L'azienda è strutturata secondo il seguente organigramma:



L'Atto Aziendale prevede dunque un dipartimento amministrativo e 7 dipartimenti funzionali, nell'ambito della Direzione Sanitaria, composti come segue:

DIPARTIMENTI	STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI	
EMERGENZA	Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza (MCAU)	Valorizzazione dell'approccio multidisciplinare in MCAU	
	Grandi Ustioni		
	Chirurgia Generale	Diagnostica Ecografica in urgenza	
	Chirurgia plastica		
	Unità Coronarica		Cardiologia
			Elettrofisiologia e cardiostimolazione
	Anestesia, rianimazione, terapia intensiva con trauma center		Medicina Protetta
			Terapia del dolore
		Coordinamento Locale Trapianti	
	C.O. 118 (a invarianza numerica)		
SERVIZI SANITARI	Direzione Medica di Presidio		
	Medicina Trasfusionale		
	Anatomia Patologica		
	Patologia clinica		
	Farmacia		
TECNOLOGIE AVANZATE	Diagnostica per Immagini	Radiologia interventistica	
		Risonanza magnetica body morfologica e funzionale	
	Medicina Nucleare e PET		
	Radioterapia		
MEDICO	Medicina Generale	Diagnosi e trattamento patologie reumatiche autoimmuni	
		Diagnosi e trattamento patologie complesse area critica	
	Oncologia		
	Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione	Prevenzione diagnosi e cura del piede diabetico	
	Pneumologia		
	Malattie infettive e tropicali		
	Geriatrics		
Nefrologia e dialisi			
CHIRURGICO	Ortopedia e traumatologia		
	Oculistica		
	Otorinolaringoiatria	Audiologia e fonochirurgia a indirizzo oncologico	
		Odontoiatria e stomatologia	
	Chirurgia Vascolare		
	Chirurgia Toracica		
Urologia	Endourologia		
MATERNO INFANTILE	Ostetricia e Ginecologia con Pronto Soccorso Ostetrico	Chirurgia ginecologia mininvasiva	
		Patologia preneoplastica cervicovaginale e Day Surgery	
	Pediatria con Pronto Soccorso		
	Terapia intensiva neonatale	Neonatologia	
	Chirurgia Generale a indirizzo senologico multidisciplinare		
NEUROSCIENZE	Neurologia con Stroke	Stroke Unit	
	Neuroradiologia		
	Neurochirurgia	Neurotraumatologia vertebromidollare	
	Unità Spinale	Recupero e riabilitazione funzionale	

Sono previste, altresì, 14 strutture semplici a valenza dipartimentale rappresentate nella seguente tabella:

DIPARTIMENTO	STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE
EMERGENZA	Chirurgia maxillo facciale
	UTIR
	Gastroenterologia - Diagnostica endoscopica in urgenza
	Chirurgia epatobiliare mininvasiva
	Emodinamica
	Chirurgia bariatrica
	P.S. generale ed O.B.I.
TECNOLOGIE AVANZATE DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE	Diagnostica per immagini in emergenza
	Fisica sanitaria
MEDICO	Gestione delle infezioni da germi MDR e antimicrobial stewardship
MATERNO INFANTILE	Day hospital e day surgery in pediatria
CHIRURGICO	Trattamenti ambulatoriali in traumatologia
	Tecniche endoscopiche e videochirurgia toracica
NEUROSCIENZE	Neurochirurgia Stereotassica Radiochirurgica

Si riporta infine di seguito il prospetto riepilogativo sul numero dei dipartimenti e delle unità operative previgenti e attuali:

	Assetto organizzativo D.A. 629/2017	Assetto organizzativo D.A. 22/2019
Dipartimenti	8	8
Strutture organizzative complesse	- 39 SOC sanitarie di cui 28 con p.l. - 5 SOC P.T.A.	- 35 SOC sanitarie di cui 26 con p.l. - 5 SOC P.T.A.
Strutture organizzative semplici	25 (fino a un max di 51 in applicazione del coefficiente del documento LEA 26/03/2012: 1,31 per SOC)	32 sanitarie (fino a un max di 46 in applicazione del coefficiente del documento LEA 26/03/2012: 1,31 per SOC sanitaria)
Strutture e Funzioni in staff alla Direzione Aziendale	6	S.O.C. "Staff della Direzione Aziendale" n. 5 S.O.S. n. 8 Funzioni/Uffici
Strutture e U.O. in Staff alla Direzione Sanitaria	4 Unità Operative delle professioni sanitarie, tecnico-sanitarie e del servizio sociale	n. 4 S.O.S. delle professioni sanitarie n. 1 S.O.S. "Coord. Sale Operatorie" n. 1 Funzione Bed Management n. 1 Servizio assistenza religiosa
Strutture e Funzioni in staff alla Direzione Generale	6 - Sorveglianza sanitaria - Prevenzione e Protezione - Servizio legale - Qualità aziendale e rischio clinico - Controllo di gestione - Sistema informativo locale	n. 1 S.O.S "Servizio legale" n. 3 Funzioni/Uffici: - Energy Management - Sorveglianza sanitaria - Prevenzione e Protezione

Si evidenzia che 2025 la Direzione strategica aziendale intende programmare diverse azioni per lo sviluppo organizzativo dell'Azienda.

Tali azioni di sviluppo prevedono l'istituzione di nuove Unità Operative Semplici, quali la UOS Radiologia senologica nell'ambito della Radiodiagnostica per immagini, nel rispetto degli standard organizzativi individuati nella vigente normativa e nel documento redatto dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA del 26/03/2012, e nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per

il finanziamento della contrattazione integrativa, tenuto conto che l'Azienda può istituire un numero massimo di strutture semplici ($1,31 \times 36 \text{ UOC} = 47 \text{ UOS}$). Tale numero comprende le Strutture semplici già elencate nel vigente Atto Aziendale e quelle individuate nel D.A. n. 22/2019.

Inoltre, si procederà alla riorganizzazione dell'assetto amministrativo ed all'istituzione delle Unità Operative Semplici interne ai Settori amministrativi, tra cui la UOS Reclutamento e la UOS Approvvigionamento beni / servizi, nel rispetto della disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa. Si procederà anche alla riorganizzazione delle strutture e funzioni in staff alla Direzione strategica.

Infine, nel 2025 si procederà alla definizione delle procedure di conferimento degli incarichi professionali del personale non dirigenziale compatibilmente alle disponibilità sui fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa.

Sottosezione di programmazione – Organizzazione del Lavoro Agile

PREMESSA

La definizione di *lavoro agile*, contenuta nella [legge n. 81/2017](#), prevede che esso sia una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Si pone inoltre l'accento sulla flessibilità organizzativa, sulla volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e sull'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto (come, ad esempio, pc portatili, tablet e smartphone).

Ai lavoratori agili viene garantita la parità di trattamento - economico e normativo - rispetto ai loro colleghi che eseguono la prestazione con modalità ordinarie. È, quindi, prevista la loro tutela in caso di infortuni e malattie professionali, secondo le modalità illustrate dall'INAIL nella [circolare n. 48/2017](#).

PARTE GENERALE

Modalità attuative di sviluppo del Lavoro Agile

A seguito della pandemia iniziata nel 2020, l'Azienda Ospedaliera Cannizzaro ha disciplinato le modalità di espletamento dello Smart Working coerentemente con l'indicazione delle linee guida ministeriali per la gestione dell'emergenza sanitaria. A tal fine, è stato costituito nel gennaio 2021 un gruppo di lavoro formato dalle seguenti figure professionali: Direttore Staff della Direzione Generale, Dirigente Amministrativo ufficio Direzione Aziendale, Dirigente Responsabile Settore Risorse Umane, Dirigente Controllo di Gestione, Responsabile Struttura Tecnica Permanente.

Con il termine dell'emergenza, l'Azienda ha deciso di mantenere lo Smart Working passando da una logica di lavoro agile emergenziale ad un modello organizzativo del lavoro basato sullo svolgimento della prestazione dell'attività lavorativa in modalità flessibile e senza vincoli di luogo.

L'Azienda ha così redatto un regolamento aziendale per il lavoro agile che è stato presentato alle organizzazioni sindacali in data 17/03/2023 per recepire eventuali modifiche e integrazioni ed è stato approvato in data 27/03/2023 con la delibera del Commissario Straordinario (si veda per dettagli il Regolamento di Lavoro Agile allegato al presente PIAO).

Il regolamento è stato dunque strutturato prevedendo indicazioni in merito a: le modalità di accesso, le caratteristiche delle attività da svolgere in lavoro agile, il luogo di svolgimento dell'attività lavorativa e le dotazioni strumentali, le modalità di approvazione delle richieste e i criteri di priorità, le modalità di svolgimento del lavoro agile, le disposizioni in materia di protezione dei dati personali, le modalità di monitoraggio e di verifica della prestazione, al trattamento giuridico ed economico, le forme di tutela e di copertura assicurativa, la formazione professionale e la comunicazione con il contesto organizzativo. Di seguito vengono riportate le informazioni principali di tale regolamento.

La possibilità di accedere alla modalità di lavoro agile è rivolta al personale del Comparto con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato e indeterminato.

L'Azienda ha inoltre effettuato un'analisi per definire la compatibilità delle attività da svolgere in lavoro agile e si presuppone che:

- L'attività riguardi l'istruttoria, l'elaborazione e la trasmissione di procedimenti di competenza del dipendente o ad esso assegnati che non necessitano di supervisione continuativa;

- L'attività non preveda il contatto personale diretto con l'utenza presso un ufficio, uno sportello o altra struttura dell'Azienda e non preveda la presenza fisica costante nella sede di lavoro;
- L'obiettivo da realizzare sia ben identificabile e sia possibile valutare il suo raggiungimento (con la relativa rendicontazione periodica da conservare agli atti) fissando le scadenze entro cui devono essere svolte le prestazioni richieste.

L'Azienda garantisce i principi del lavoro agile fissati dalle linee guida nazionali: flessibilità dei modelli organizzativi, autonomia nell'organizzazione del lavoro, benessere del lavoratore, responsabilizzazione sui risultati, utilità per l'amministrazione, cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive.

Per lo sviluppo del lavoro agile l'Azienda procederà con la raccolta delle richieste che devono essere sottoscritte, oltre che dal dipendente interessato, anche dal Responsabile della struttura di appartenenza, e con la loro valutazione tenuto conto della compatibilità con l'assolvimento dei compiti del ruolo di appartenenza del richiedente e dei criteri di priorità definiti.

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati per supportare il singolo Dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro, il dipendente trasmetterà, con cadenza sistematica al Responsabile dell'ufficio di appartenenza un sintetico report delle attività svolte giornalmente.

L'Azienda effettuerà un monitoraggio dell'utilizzo effettivo del lavoro agile da parte dei lavoratori coinvolti e realizzerà un'indagine di soddisfazione per i lavoratori coinvolti con il fine di valutare l'efficacia del modello di lavoro agile adottato ed effettuare eventuali azioni migliorative. Nel corso dell'anno 2025 l'Azienda si pone quindi l'obiettivo di validare e consolidare il modello di lavoro agile definito da regolamento e in seguito a una valutazione positiva dell'efficacia del modello introdotto si valuteranno strategie e azioni specifiche per la creazione degli obiettivi di Valore Pubblico.

Di seguito si riportano le azioni previste per l'implementazione della modalità di lavoro agile nell'Azienda e gli indicatori di monitoraggio della sua adozione previsti per l'anno 2025.

Sottosezione "Lavoro Agile"								
Azione organizzativa agile				Indicatori delle azioni organizzative agili				
Descrizione	Responsabile	Utenti	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline	Target	Fonte
Raccolta delle adesioni dei lavoratori alla modalità di lavoro agile	Risorse Umane	Personale del Comparto e delle Aree Dirigenziali	Entro la fine del 2025	Efficienza	Lavoratori che hanno un accordo di lavoro agile /totale lavoratori elegibili*	0%	50%	Risorse Umane
Monitoraggio dell'utilizzo effettivo del lavoro agile	Risorse Umane	Personale del Comparto e delle Aree Dirigenziali	Entro la fine del 2025	Efficienza	Giornate di lavoro a distanza utilizzate/totale giornate di lavoro	0%	50%	Risorse Umane
Realizzazione di un'indagine sul livello di soddisfazione dei lavoratori agili in relazione al modello definito	Risorse Umane	Personale del Comparto e delle Aree Dirigenziali	Entro la fine del 2025	Qualità	Lavoratori agili soddisfatti della modalità di lavoro agile/ totale lavoratori agili	0%	80%	Risorse Umane

* per lavoratori elegibili si intende la popolazione aziendale che può svolgere attività lavorativa in modalità agile.

Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

PREMESSA

L'art. 6 comma 1 del D. Lgs. n. 165/2001 come integrato e novellato dal D. Lgs. n. 75/2017, prevede che le amministrazioni pubbliche definiscano l'organizzazione dei propri uffici adottando gli atti previsti dai propri ordinamenti in conformità al piano triennale dei fabbisogni previste dal successivo comma 2, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

Ciò premesso, il piano dei fabbisogni può essere definito come lo strumento che individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per unità e attività), le risorse umane necessarie a porre in essere le prestazioni che le aziende sanitarie sono tenute ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli altri istituti utilizzati. La dotazione organica può essere definita invece come lo strumento che, sulla base delle informazioni contenute nel piano triennale dei fabbisogni, individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per numero di teste), il personale con rapporto di lavoro dipendente che le singole amministrazioni ritengono necessario per garantire le prestazioni che sono tenute ad erogare.

PARTE GENERALE

Con Decreto Assessoriale n. 1505/2021 del 31/12/2021 - alla luce del parere vincolante espresso dalla Giunta regionale con delibera n. 593 del 29/12/2021 - è stato approvato il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale per gli anni 2021-2023 e la nuova dotazione organica dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro, definitivamente adottata con delibera n. 397 del 04/03/2022, ai sensi dell'art. 2 del medesimo decreto.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale 2021-2023 è stato oggetto di adeguamento nel corso dell'anno 2023, in applicazione delle disposizioni assessoriali impartite con nota prot. n. 30060 del 23/05/2023, con cui è stata ribadita la necessità, per le aziende del SSR, di procedere ad una rimodulazione e adeguamento del piano del fabbisogno del personale, in considerazione delle sopravvenute cessazioni di rapporti contrattuali, delle procedure di stabilizzazione in itinere nonché dei reclutamenti già perfezionatisi in occasione di precedenti stabilizzazioni, individuando nei limiti del tetto di spesa assegnato i posti vacanti da destinare alle procedure di stabilizzazione.

Con delibera n. 1779/DG del 18/12/2024 questa Azienda ha proceduto alla rimodulazione del Piano triennale del fabbisogno di personale per gli anni 2024-2026, come già evidenziato nel P.I.A.O. di questa Azienda, adottato con delibera n. 189/CS del 31/01/2024, sulla base delle necessarie valutazioni organizzative relative alla pianificazione pluriennale delle attività, e nel rispetto dei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

Il suddetto nuovo Piano del Fabbisogno è stato elaborato in applicazione di quanto disposto dall'Assessorato Regionale della Salute con la citata direttiva prot. n. 30060 del 23/05/2023, e in ottemperanza a quanto previsto dal Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 31 marzo 2023 con le Organizzazioni Sindacali rappresentative e dal Documento della Conferenza delle Regioni e delle Provincie autonome del 10 maggio 2023 sull'applicazione della disciplina in materia di stabilizzazione del personale del SSN di cui all'art. 1, comma 268, lett. b) della Legge n. 234 del 30/12/2021 e s.m.i.

La suddetta rimodulazione è inoltre avvenuta nel rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato a questa Azienda Ospedaliera con nota dell'Assessorato della Salute - Dipartimento Regionale per Pianificazione Strategica prot. n. 5462 del 29/01/2021 e successiva di integrazione prot. n. 42880 del 29/09/2021, come indicato nel Decreto Assessoriale n. 1505/2021 del 31/12/2021, tenendo conto anche della necessità di perseguire l'obiettivo di riduzione della spesa del personale a tempo determinato, entro il limite percentuale stabilito dall'art. 9, comma 28, del D.L. 31/05/2010 n. 78, convertito nella legge 30/07/2010 n. 122, attraverso l'avvio e la definizione delle procedure di stabilizzazione del personale interessato, in servizio a tempo determinato, finalizzate inoltre al soddisfacimento delle esigenze assistenziali ed organizzative di questa Azienda.

Nell'anno 2024 sono state espletate diverse procedure selettive precedentemente indette per il reclutamento di risorse da allocare in via prioritaria alle aree strategiche definite per la creazione di Valore Pubblico ovvero l'area del Pronto Soccorso e l'area delle Prestazioni Critiche.

Sono state inoltre definite le procedure di stabilizzazione del personale avente diritto, in possesso dei requisiti richiesti dalla legislazione vigente in materia, in coerenza con il sopracitato Piano del Fabbisogno di Personale.

Il Piano Triennale di fabbisogno del personale per gli anni 2025-2027, adottato con deliberazione n. 159 del 31/01/2025, è stato redatto sulla base delle necessarie valutazioni organizzative relative alla pianificazione pluriennale delle attività, e nel rispetto dei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

PARTE FUNZIONALE

Di seguito si riportano le azioni in materia di fabbisogno del personale declinate per quanto riguarda il primo obiettivo di valore pubblico, identificato dall'Azienda per il triennio 2023-25 riguardante la *“Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie”* con i relativi indicatori di monitoraggio.

In particolare, nell'anno 2024 sono state espletate diverse procedure precedentemente indette in relazione alla dotazione dell'organico programmata e sono state avviate nuove procedure per l'integrazione di risorse da allocare in via prioritaria alle aree strategiche definite per la creazione di Valore Pubblico ovvero l'area del Pronto Soccorso e l'area delle Prestazioni Critiche, e per quelle aree in cui i tempi di attesa sono maggiori.

Si prevede che l'azione di integrazione dell'organico riguardi in via prevalente profili professionali infermieristici che possano essere allocati in modo flessibile in più dipartimenti e aree, a seconda delle necessità contingenti e di esigenze programmate.

Infine, si ritiene essenziale ai fini organizzativi e gestionali il monitoraggio costante del fabbisogno del personale. Il Settore Risorse Umane ha in uso un sistema sviluppato internamente, basato su fogli di calcolo per l'osservazione quotidiana delle necessità dell'Azienda in modo da avere tempestivamente le informazioni necessarie per prendere decisioni ed effettuare azioni e interventi coerentemente con le necessità rilevate.

Di seguito si riportano le azioni previste per il fabbisogno del personale funzionali alla creazione di Valore Pubblico e gli indicatori di monitoraggio previsti per l'anno 2023-2025, come aggiornati nel presente PIAO.

Sottosezione "Fabbisogno di personale"									
Azione professionale					Indicatori delle azioni professionali				
Obiettivo di Valore Pubblico	Descrizione	Responsabile	Utenti	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline	Target	Fonte
VP1.Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie	Monitoraggio delle esigenze relative al fabbisogno di personale in relazione alle aree con maggiori tempi di attesa	Risorse Umane	Aree con maggiori tempi di attesa	Entro la fine del 2025	Efficienza	Numero di aree monitorate/Totale aree da monitorare	50%	100%	Risorse Umane
	Avvio delle procedure di integrazione dell'organico in relazione ai profili professionali infermieristici	Risorse Umane	Dipendenti	Entro la fine del 2025	Efficienza	Numero di procedure avviate/ Totale procedure da avviare per compensare il fabbisogno di personale identificato	90%	100%	Risorse Umane

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Con il termine “**Formazione**” si intendono le attività organizzate che hanno la finalità di produrre apprendimento per le persone. Tale apprendimento è lo strumento che, insieme ad altri, consente all’Azienda di ottenere risultati migliori.

È infatti indubbio che il risultato finale della *formazione* si ottiene dall’interazione di due processi: il processo di erogazione della formazione, realizzato dalla struttura di formazione aziendale ed il processo di apprendimento realizzato da ciascun operatore sanitario coinvolto. Nel processo formativo assumono particolare rilievo i bisogni e le potenzialità proprie del singolo individuo e , la formazione si pone come il momento di incontro tra essi.

Per il 2025 l’Azienda, con riferimento alla Disposizione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero per la Pubblica Amministrazione, avente per oggetto “Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti”, promuove la formazione anche come specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente, che dovrà assicurare la partecipazione attiva del personale dipendente alle iniziative formative per un numero di ore di formazione pro capite annue non inferiore a 40, ovvero pari ad una settimana di formazione per anno.

Inoltre l’Amministrazione nel sostenere la crescita delle persone e lo sviluppo delle loro competenze in tutte le fasi della vita lavorativa, curerà la formazione ad hoc nei seguenti step lavorativi:

- 1) All’inizio dell’attività lavorativa del dipendente presso la nostra Azienda ospedaliera, “formazione iniziale”
- 2) Nei casi in cui il dipendente venga adibito a nuove funzioni o mansioni
- 3) Nelle progressioni professionali e ai fini dell’attivazione del c.d. “elevate professionalità”
- 4) In concomitanza con l’adozione di processi di innovazione che impattano su strumenti, metodologie e procedure di lavoro
- 5) Continuamente, durante l’intero percorso lavorativo delle persone per tutta la sua durata (life-long learning).

L’Ufficio Formazione Permanente del Personale si è assunto il compito di definire il più accuratamente possibile il proprio processo di progettazione ed erogazione di azioni formative, di attuare tutti gli interventi necessari per renderlo misurabile elaborando uno strumento che descrive il contesto, le strategie e l’insieme delle attività formative programmate.

Gli obiettivi della formazione si raggiungono in particolare con l’interazione di due processi: l’erogazione della formazione, realizzato dalla struttura di formazione aziendale, e l’apprendimento realizzato da ciascun discente coinvolto, di cui assumono particolare rilievo i propri bisogni e potenzialità.

Il Piano Formativo rappresenta quindi il documento attraverso il quale viene declinata la pianificazione dell’attività formativa, un’importante leva per rafforzare e sviluppare competenze, ma anche ad esempio per veicolare nuove visioni ed obiettivi e nuove attività legate alla implementazione di nuove tecnologie.

La realizzazione del Piano Formativo Aziendale da parte dell’Ufficio Formazione prende avvio con il monitoraggio del fabbisogno formativo inviato ai Direttori delle S.O.C. sanitarie ed amministrative e ai Coordinatori delle S.O.C. sanitarie, affinché presentino proposte in sintonia con le missioni istituzionali dell’Azienda e viene concepito in modo da favorire anche l’acquisizione dei livelli di competenze previsti dal Sistema di Educazione Continua in Medicina.

OBIETTIVI FORMATIVI

Gli obiettivi fissati per la formazione, sono rivolti a consolidare e sviluppare le competenze del dipendente – professionista, nelle seguenti aree:

- a) Area Competenze Tecnico Professionali
- b) Area Competenze Organizzative e Gestionali
- c) Area Competenze Relazionali – Comunicazione e Umanizzazione delle cure
- d) Area Rischio Clinico - Sicurezza - Miglioramento continuo, Innovazione Tecnologica e Ricerca.

Inoltre saranno sviluppati percorsi formativi in linea con quanto previsto dalla normativa in vigore sulle seguenti tematiche:

- Attività di informazione e di comunicazione delle amministrazioni (l. n. 150 del 2000 art. 4)
- Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (d.lgs. n. 81 del 2008, art. 37)
- Prevenzione della corruzione (l. n. 190 del 2012, art. 5)
- Etica, trasparenza e integrità
- Contratti pubblici
- Lavoro agile
- Pianificazione strategica

ELABORAZIONE PIANO FORMATIVO ANNO 2025 - PARTE GENERALE

Di seguito si riportano alcune informazioni di sintesi contenute nel Piano della Formazione a cui si rimanda per i dettagli. Gli obiettivi che l'Azienda si prefigge di realizzare, attraverso la rilevazione dei bisogni formativi e la programmazione delle attività formative, sono in particolare i seguenti:

- promuovere e mantenere elevate le competenze e le capacità scientifiche, tecniche e manageriali degli operatori sanitari;
- soddisfare i debiti formativi dei professionisti;
- rilevare i bisogni formativi in relazione all'acquisizione delle competenze necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici;
- facilitare la formazione strettamente connessa alle attività cliniche;
- implementare i livelli culturali, scientifici e tecnici degli operatori sanitari.

L'attività formativa programmata dall'Ufficio Formazione è riconducibile quindi essenzialmente a due macro-livelli: la formazione trasversale e la formazione specifica. La formazione trasversale riguarda tematiche che interessano tutti gli operatori sanitari, indipendentemente dal ruolo rivestito, nonché i dipendenti amministrativi; mentre la formazione specifica è, in gran parte, progettata e promossa in base alle esigenze emerse dall'analisi di specifici fabbisogni formativi. L'articolazione degli eventi formativi segue dei criteri di priorità che, in ordine sono: le esigenze di aggiornamento professionale in risposta a vincoli normativi; le esigenze di sviluppo di competenze legate alle aree di priorità identificate dalla Direzione strategica e dall'Ufficio Formazione; le esigenze di sviluppo di competenze legate a bisogni identificati nel contesto delle attività operative professionali; la fattibilità in base a modalità di realizzazione, sostenibilità in termini organizzativi ed economici.

Al fine di predisporre il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025 e la successiva progettazione e pianificazione delle attività ECM, si effettua ogni anno la rilevazione del **“Fabbisogno Formativo”** unitamente al **“Monitoraggio modalità formative – Conoscenze e Competenze”** condizione

indispensabile per giungere ad una programmazione di corsi di aggiornamento e di iniziative formative, che siano in linea con gli obiettivi Nazionali, Regionali e Aziendali, e precisamente:

- Area dell’Emergenza/Urgenza
- Area Management e Miglioramento Qualità
- Area Epidemiologia, prevenzione e promozione della salute
- Area tecnico – professionale
- Formazione Gestione Rischio Clinico/Qualità
- Area della fragilità (minori, disabili, anziani) e differenza di genere
- Area dello sviluppo personale motivazionale e comunicazione

- Area sicurezza dei lavoratori
- Area informatica-linguistica
- Area giuridico-amministrativa
- Area Risorse Umane
- Area Anticorruzione e Trasparenza
- Formazione sul campo

PARTE FUNZIONALE

Alla luce delle strategie di valore pubblico individuate per il triennio 2025-2027, l’Azienda prevede il coinvolgimento rilevante dell’Ufficio Formazione per poter accompagnare il cambiamento organizzativo e tecnologico necessario per il raggiungimento degli obiettivi individuati.

Per quanto concerne la “*Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie*”, non si evidenziano particolari necessità formative per ciò che concerne le strategie di monitoraggio e analisi dei dati sui tempi di attesa. Si prevede tuttavia un coinvolgimento maggiore dell’Ufficio Formazione nelle fasi successive al monitoraggio, dove verranno adottate misure correttive per ridurre i tempi di attesa, che potranno necessitare di un supporto dal punto di vista di interventi formativi. Sono previste alcune azioni di formazione per il personale relative a come comunicare in modo efficace e supportare sul piano umano gli assistiti e i familiari, che come evidenziato nella sezione del PIAO dedicata, risulta essere fondamentale per il primo obiettivo di Valore Pubblico.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo di Valore Pubblico (“*Semplificazione delle procedure amministrative correlate all’assistenza al paziente*”), viene previsto un supporto da parte dell’Ufficio Formazione per quanto riguarda l’organizzazione e gestione della formazione necessaria a diffondere un corretto utilizzo delle nuove piattaforme che verranno introdotte in Azienda, riferite alla Cartella Clinica Elettronica e al nuovo Smart ERP. Per quanto riguarda l’introduzione della Cartella Clinica Elettronica, si prevede che il percorso formativo coinvolga almeno un referente (key user) di ciascun reparto coinvolto, entro la messa a regime del sistema. Per quanto riguarda lo Smart ERP il percorso formativo dovrà coinvolgere tutti i dipendenti che utilizzeranno la piattaforma entro la messa a regime del sistema. Il supporto dell’Ufficio Formazione sarà dimensionato anche in relazione agli eventuali rapporti tra l’Azienda e le società che forniranno i suddetti software.

Di seguito si riportano quindi le azioni di formazione funzionali alla creazione di Valore Pubblico e gli indicatori di monitoraggio previsti per il triennio 2025-2027, come aggiornati nel presente PIAO.

Sottosezione “Formazione del personale”									
Azione formativa					Indicatori delle azioni formative				
Obiettivo di Valore Pubblico	Descrizione	Responsabile	Utenti	Tempi	Dimensione	Formula	Baseline	Target	Fonte
VP1. Riduzione dei tempi di attesa per accesso alle prestazioni sanitarie	Realizzazione del percorso formativo relativo a come comunicare in modo efficace e supportare sul piano umano gli assistiti e i familiari *	Ufficio Formazione	Dipendenti	Entro la fine del 2026	Efficienza	Numero dipendenti formati / Totale dipendenti da formare	40%	100%	Ufficio Formazione
	Valutazione della soddisfazione relativa al percorso sulle competenze comunicative tramite l'erogazione di un questionario	Ufficio Formazione	Dipendenti	Entro la fine del 2026	Qualità percepita	Numero di partecipanti soddisfatti / Totale partecipanti	30%	80%	Ufficio Formazione
VP2. Semplificazione delle procedure amministrative correlate all'assistenza al paziente	Realizzazione del percorso formativo per l'utilizzo dello strumento relativo alla Cartella Clinica Elettronica *	Ufficio Formazione	Key user dei reparti coinvolti	Entro la fine del 2025	Efficienza	Numero dipendenti formati / Totale dipendenti da formare	10%	100%	Ufficio Formazione
	Valutazione della soddisfazione relativa al percorso sull'utilizzo della Cartella Clinica Elettronica	Ufficio Formazione	Dipendenti	Entro la fine del 2026	Qualità percepita	Numero di partecipanti soddisfatti / Totale partecipanti	0%	100%	Ufficio Formazione

	Valutazione dell'apprendimento relativo all'utilizzo della Cartella Clinica Elettronica	Ufficio Formazione	Dipendenti	Entro la fine del 2025	Efficacia	Numero di partecipanti che hanno superato il test di apprendimento / Totale partecipanti	10%	100%	Ufficio Formazione
	Realizzazione del percorso formativo per l'utilizzo del nuovo ERP *	Ufficio Formazione	Dipendenti delle aree coinvolte dall'adozione dello Smart ERP	Entro la fine del 2025	Efficienza	Numero dipendenti formati / Totale dipendenti da formare	0%	100%	Ufficio Formazione
	Valutazione della soddisfazione relativa al percorso sull'utilizzo del nuovo ERP	Ufficio Formazione	Dipendenti	Entro la fine del 2025	Qualità percepita	Numero di partecipanti soddisfatti / Totale partecipanti	0%	80%	Ufficio Formazione
	Valutazione dell'apprendimento relativo all'utilizzo del nuovo ERP	Ufficio Formazione	Dipendenti	Entro la fine del 2025	Efficacia	Numero di partecipanti che hanno superato il test di apprendimento / Totale partecipanti	0%	100%	Ufficio Formazione

*Per supporto nella gestione della formazione si intendono eventuali attività di creazione del percorso formativo, identificazione di un eventuale provider e di eventuali sessioni di “*train-the-trainer*”, individuazione dei destinatari della formazione, pianificazione delle sessioni formative ed eventuali valutazioni dell'apprendimento.

Sezione 4: Monitoraggio

PREMESSA

Sulla base delle linee guida per la compilazione del PIAO, in questa sezione vengono riportati i soggetti responsabili, gli strumenti e le modalità di monitoraggio delle sezioni precedenti e le modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti. In particolare:

- il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance” avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009;
- il monitoraggio della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” avviene secondo le indicazioni di ANAC;
- il monitoraggio della sezione “Organizzazione e Capitale Umano”, in termini di coerenza con gli obiettivi di performance, è effettuato su base triennale dall’Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) di cui all’articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ai sensi dell’articolo 147 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

STRUMENTI E MODALITÀ

Sottosezione Valore Pubblico e Performance

Sulla base dei riferimenti per il monitoraggio citati precedentemente, la valutazione dei risultati raggiunti avviene con un confronto tra il valore raggiunto dagli indicatori, definiti in fase di misurazione, e il valore obiettivo che era stato definito. Tale confronto è finalizzato ad indirizzare il processo decisionale sulla base delle informazioni fornite dall’analisi dei dati sugli indicatori, valutando la necessità di adottare interventi correttivi in itinere o da programmare.

Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza

Il monitoraggio della sottosezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” avverrà secondo le indicazioni di ANAC previste nel PNA 2022 approvato con delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023, come aggiornato nel 2023 con delibera ANAC n. 605 del 19/12/2023, e tramite la Relazione annuale del RPCT prevista ai sensi della Legge 190/2012.

Sottosezione Organizzazione del Lavoro Agile

Il monitoraggio della sottosezione “Organizzazione del Lavoro Agile” avviene con riferimento all’andamento degli indicatori esplicitati nella tabella esposta nella sezione di riferimento del presente PIAO. A consuntivo a fine anno, l’Azienda verificherà, con il coinvolgimento dell’OIV, il livello raggiunto dagli indicatori rispetto al livello programmato, al fine di verificare eventuali misure da adottare per migliorare i parametri ottenuti. La valutazione circa l’andamento del programma di sviluppo del lavoro agile consentirà di valutare eventuali modifiche o evoluzioni del modello organizzativo e permetterà di cogliere eventuali spunti di miglioramento o azioni correttive anche alla luce di possibili novità normative. Sarà inoltre importante il coinvolgimento dei Dirigenti al fine di verificare in modo particolare l’impatto delle misure adottate in termini di efficienza ed efficacia e il raggiungimento dei risultati attesi sulle singole attività, coerentemente con le progettualità previste in fase di accesso alla modalità agile da parte dei dipendenti. Infine, con cadenza triennale, l’OIV provvederà a valutare la coerenza della sottosezione con gli obiettivi di performance.

Sottosezione Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il monitoraggio della sottosezione “Piano triennale dei fabbisogni di personale” viene effettuato tramite la verifica dell’andamento della spesa del costo del personale in relazione al valore stabilito e tramite la verifica dell’andamento della dotazione organica in termini di assunzioni e cessazioni effettuate nel periodo di riferimento. A consuntivo vengono approfondite le motivazioni legate a possibili scostamenti e le possibili azioni correttive, anche alla luce di ulteriori fabbisogni correlati ad eventuale riprogrammazione degli obiettivi strategici e/o ad esigenze di riorganizzazione e potenziamento di ambiti di funzioni.

Eventuali azioni correttive dipenderanno in generale anche da possibili mutamenti del contesto interno ed esterno di riferimento, fermo restando la sostenibilità finanziaria della spesa aggiuntiva nei limiti previsti dalla normativa nazionale e regionale in materia e dei relativi vincoli finanziari. Il monitoraggio circa la formazione del personale, verrà disposto contemporaneamente con l'aggiornamento dei contenuti riguardanti la relativa programmazione puntuale delle azioni formative. Infine, con cadenza triennale, l'OIV provvederà a valutare la coerenza della sottosezione con gli obiettivi di performance.

Di seguito vengono riportati in forma tabellare le informazioni relative al monitoraggio delle varie sottosezioni di programmazione del PIAO:

Sezione	Sottosezione	Responsabile	Strumenti	Modalità
Sezione 2	Valore Pubblico	OIV	A discrezione del responsabile secondo la normativa vigente	Valutazione sui risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, con rilevazione degli eventuali scostamenti. Se necessario vengono apportati interventi correttivi in corso d'esercizio.
Sezione 2	Performance	OIV	Relazione annuale sulla performance	Stesura entro il 30 giugno. Valutazione sui risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.
Sezione 2	Rischi corruttivi e Trasparenza	RPCT	Secondo la normativa vigente	Predisposizione di Relazione annuale del RPCT e compilazione della Tabella di monitoraggio degli Obiettivi Strategici elaborata secondo le indicazioni dell'ANAC
Sezione 3	Organizzazione Lavoro Agile	OIV	A discrezione del responsabile secondo la normativa vigente	Valutazione sui risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, con rilevazione degli eventuali scostamenti. Valutazione su base triennale della coerenza con gli obiettivi di performance
Sezione 3	Piano triennale dei fabbisogni di personale	OIV	A discrezione del responsabile secondo la normativa vigente	Valutazione sui risultati raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, con rilevazione degli eventuali scostamenti. Valutazione su base triennale della coerenza con gli obiettivi di performance

Per monitorare la soddisfazione degli utenti, l'Azienda prevede di implementare un sistema di rilevazione dell'opinione degli utenti tramite un questionario anonimo accessibile tramite il sito web dell'Azienda. Per promuovere la compilazione, l'Azienda valuterà la possibilità di adottare un sistema di notifica che inviti gli utenti, a seguito della fruizione dei servizi della stessa, a partecipare alla rilevazione tramite SMS o e-mail a seconda della preferenza dei pazienti. Di seguito vengono riportati alcuni elementi di valutazione su cui l'Azienda si pone di raccogliere informazioni:

- Tempo di attesa dalla prenotazione alla data della prestazione

- Tempo di attesa per l'accettazione, la prenotazione e il pagamento ticket allo sportello
- Accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti
- Rispetto degli orari previsti in ambulatorio
- Attenzione ricevuta dal personale amministrativo
- Attenzione ricevuta dal personale medico: accuratezza della visita, cortesia
- Chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute
- Attenzione ricevuta dal personale sanitario: accuratezza, cortesia, informazioni
- Rispetto della riservatezza personale
- Soddisfazione in merito alla documentazione ricevuta (referti, cartella clinica, opuscoli informativi)
- Soddisfazione generale sul servizio ricevuto

Allegati:

- Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- Deliberazione n. 1779/DG del 18/12/2024 con allegato
- Fabbisogno del personale, deliberazione n. 159 del 31/01/2025 con allegato