


 DELIBERAZIONE n. **1108** del **29 GIU. 2022**

Oggetto: Adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'ASP di Catania, triennio 2022/2024.

Dimostrazione disponibilità fondi NON COMPORTA ALCUN ONERE ECONOMICO A CARICO DELL'AZIENDA Bilancio 2022 Conto Economico:	Proposta n° 285445 del <u>29/06/2022</u> trasmessa all'U.O.C. Economico finanziario e Patrimoniale il _____ U.O.C. COORDINAMENTO DELLO STAFF Il Responsabile Struttura Tecnica Permanente (Dr. ssa Marc REGIONE SICILIANA) AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANIA U.O.C. Coordinamento STAFF Struttura Tecnica Permanente Il Responsabile Dott.ssa Marcella Boscolo Lisetto IL DIRETTORE DELLA U.O.C. COORDINAMENTO STAFF (AVV. DANIELA GASTRONOVO)
Somma stanziata € _____ Somma già autorizzata € _____ Disponibilità residua € _____ Si autorizza la spesa di € _____ Il Funzionario Responsabile dell'Istruttoria	NOTIFICARE ALLA SEGUENTE U.O.S.: COMUNICAZIONE E URP
Il Direttore U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale	
UFFICIO DELIBERE	
Prop. delib. n. _____	pervenuta in data _____

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, ai sensi dell'art. 124 del TUEL 267/2000 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18.06.2009.

dal _____ al _____

 Il Funzionario incaricato
 (Dott.ssa Letizia Scuto)

Trasmessa all'Assessorato Regionale alla Sanità il _____ prot. n. _____

Trasmessa al Collegio Sindacale il _____ prot. n. _____

La presente deliberazione è esecutiva:

- immediatamente
- perché sono decorsi 10 giorni dalla data della pubblicazione
- a seguito del controllo preventivo effettuato dall'Assessorato Regionale per la Sanità:

 A) Nota approvazione prot. n. _____ del _____
 OVVERO

B) Per decorrenza del termine

 Il Funzionario responsabile
 (Dott.ssa Letizia Scuto)

 L'anno duemilaventidue, il giorno VENTINOVE del mese di GIUGNO, nei locali della sede legale dell'Azienda, via S. Maria La Grande n. 5, il Direttore Generale, Dott. Maurizio Lanza, nominato con D.P. 188/serv.1/S.G. del 04/04/2019, con l'assistenza della dott.ssa ~~Letizia Scuto~~ **D. Scuto**, quale Segretario, ha adottato la seguente deliberazione, sulla base della proposta di seguito riportata:

**IL DIRETTORE DELLA UOC
COORDINAMENTO DELLO STAFF
(Avv. Daniela Castronovo)**

PREMESSO che l'art.6 del D.L. nr.80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge nr.113 del 6 agosto 2021, prevede che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato delle Attività e Organizzazione;

che il PIAO rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione, creato al fine di semplificare gli adempimenti a carico degli Enti, ma anche al fine di adottare una logica integrata, rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni;

che il decreto legge del 30.12.2021 nr.228, "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi", cosiddetto Milleproroghe, accogliendo la richiesta espressa in Conferenza Stato/Regioni del 2 dicembre u.s. da Regioni, Anci e UPI, ha disposto che "in sede di prima applicazione il piano è adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine, non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni: a) articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150; b) articolo 18-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n.82; c) articolo 1, comma 7, della legge 19 giugno 2019, n.56; d) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2014, n.124; e) articolo 6, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165".

che il successivo Decreto Legge del 30.04.2022 nr.36 (PNRR-2) ha prorogato la suddetta scadenza del 30 aprile 2022, al 30 giugno 2022;

visto, altresì, il Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 01.12.2021 che definisce il contenuto del PIAO di cui all'art.6 del D.L. nr.80 del 09.06.2021, convertito nella Legge nr.113 del 6 agosto 2021 e le allegare Linee Guida per la compilazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione;

che con nota prot.79612 del 24.01.2022 questa Azienda ha proceduto alla costituzione di apposito gruppo di lavoro finalizzato alla predisposizione del PIAO;

che ciascun componente del suddetto gruppo di lavoro ha predisposto la sezione di propria competenza, trasmettendola successivamente alla scrivente UOC, al fine della successiva predisposizione del documento;

che l'ASP di Catania ha già adottato, nel rispetto delle rispettive scadenze, il Piano triennale della performance 2022/2024, il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2022/2024, il Piano formativo aziendale 2022 e il Piano triennale del fabbisogno del personale 2022/2024;

che l'art.6, c.5 del decreto legge nr.80/2021 prevedeva che "entro il 31 marzo 2022, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica... sono individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al presente articolo";

Ritenuto pertanto di dover procedere, nelle more di quanto sopra, all'adozione del Piano Integrato delle Attività e Organizzazione, triennio 2022/2024, riservandosi di aggiornarlo in conformità alle successive disposizioni normative;

che ai sensi dell'art.7 del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 01.12.2021, il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente entro il 31 gennaio;

TRASMETTERE copia del PIAO al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai fini della pubblicazione nel relativo portale;

TRASMETTERE altresì copia del PIAO, al Responsabile UOS Comunicazione e URP, atteso che ai sensi dell'art.7 c.1 del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 01.12.2021, corre l'obbligo, per la pubblica amministrazione, di pubblicazione del PIAO in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente";

DARE ATTO che la presente proposta non comporta alcun onere economico a carico dell'Azienda;

MUNIRE il presente atto della clausola di immediata esecutività atteso che ai sensi del Decreto Legge del 30.04.2022 nr.36 (PNRR-2), lo stesso deve essere adottato entro il al 30 giugno 2022.

Allegati n.1

Piano Integrato di Attività e Organizzazione triennio 2022/2024 (trattasi di parte integrante)

IL DIRETTORE SANITARIO
(DR. ANTONINO RAPISARDA)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(DR. GIUSEPPE DI BELLA)

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Maurizio Lanza)

Il Segretario
(Dott.ssa Letizia Scuto)

DATO ATTO che il Direttore della U.O.C. Coordinamento Staff, che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2022/2024;

PROPONE DI

ADOTTARE ai sensi dell'art.6 del Decreto Legge nr.80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge nr.113 del 6 agosto 2021, il Piano Integrato delle Attività e Organizzazione, triennio 2022/2024;

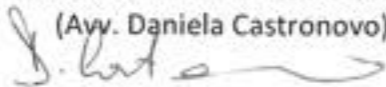
PRENDERE ATTO che ai sensi dell'art.7 del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 01.12.2021, il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente entro il 31 gennaio;

TRASMETTERE copia del PIAO al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai fini della pubblicazione nel relativo portale;

TRASMETTERE altresì copia del PIAO, al Responsabile UOS Comunicazione e URP, atteso che ai sensi dell'art.7 c.1 del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 01.12.2021, corre l'obbligo, per la pubblica amministrazione, di pubblicazione del PIAO in apposita sezione del proprio sito istituzionale, di facile accesso e consultazione, denominata "Amministrazione Trasparente";

IL DIRETTORE DELLA UOC
COORDINAMENTO DELLO STAFF

(Avv. Daniela Castronovo)



Firma

IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della suddetta proposta di deliberazione, che qui si intende di seguito riportata e trascritta, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Preso atto che il Direttore della U.O.C. Coordinamento Staff, che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti del Piano aziendale della prevenzione della corruzione 2022/2024;

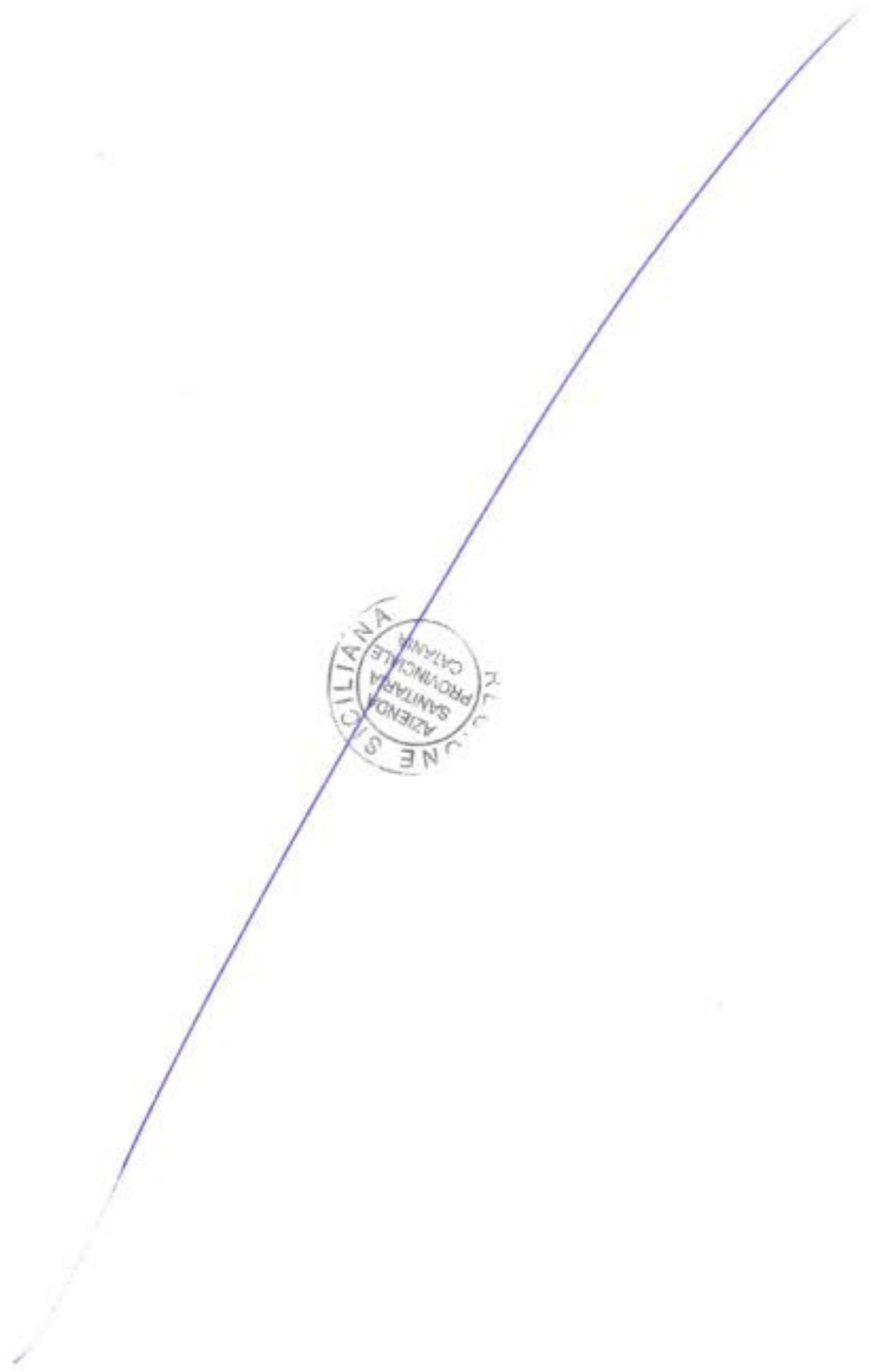
Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

ADOTTARE ai sensi dell'art.6 del Decreto Legge nr.80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge nr.113 del 6 agosto 2021, il Piano Integrato delle Attività e Organizzazione, triennio 2022/2024;

PRENDERE ATTO che ai sensi dell'art.7 del Decreto del Ministro per la pubblica amministrazione del 01.12.2021, il PIAO ha durata triennale e viene aggiornato annualmente entro il 31 gennaio;





[P.I.A.O.]

*Piano Integrato di Attività e
Organizzazione*

2022-2024



Regione Siciliana

Servizio Sanitario Regionale



*Azienda Sanitaria
Provinciale di Catania*

**REGIONE SICILIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA
UFFICIO DELIBERE**

Allegato alla Deliberazione
N. 1108 del 28/06/2022
Il Funzionario Responsabile
(Dott.ssa Letizia Scuto)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'L. Scuto'.

1 Sommario

PREMESSA.....	1
1. SEZIONE SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE.....	9
VALORE PUBBLICO	9
PERFORMANCE	10
L'Albero della Performance	11
Ciclo della Gestione della Performance.....	15
Caratteri Generali degli Obiettivi	18
Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi	19
Obiettivi assegnati al personale	19
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.....	32
Valutazioni di impatto del contesto esterno	33
Valutazioni di impatto del contesto interno	35
Mappatura dei processi.....	35
Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti	38
Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	44
Conflitto di interessi	48
Inconferibilità/Incompatibilità per incarichi dirigenziali D.Lgs. n.39/2013	48
Whistleblowing.....	49
Programmazione dell'attuazione della trasparenza	49
3 SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	54
STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	54
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	54
METODOLOGIA FORMATIVA.....	66
ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI E METODOLOGIA DI RILEVAZIONE	67
AREE TEMATICHE PFA 2022	69
4 SEZIONE MONITORAGGIO	74
Comunicazione del P.I.A.O.	75
Terminologia del P.I.A.O.....	75

PREMESSA

L'articolo 6 del Decreto Legge nr.80 del 9 giugno 2021, convertito nella Legge nr.113 del 6 agosto

2021, ha introdotto il **PIAO**, Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

L'art.6 del decreto legge prevede infatti che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Il **PIAO** rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione, creato al fine di semplificare gli adempimenti a carico degli Enti, ma anche al fine di adottare una logica integrata, rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle amministrazioni. Si tratta, quindi, di un documento di programmazione unico, che racchiude al suo interno i piani della performance, del lavoro agile, del fabbisogno del personale, della formazione e dell'anticorruzione, con lo scopo di assicurare qualità e trasparenza dei servizi, per i cittadini e le imprese, procedendo alla semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso.

Il **PIAO** è suddiviso in quattro sezioni e precisamente:

1. scheda anagrafica dell'Amministrazione;
2. valore pubblico, performance e anticorruzione, dove sono definiti i risultati attesi, in termini di obiettivi generali e specifici;
3. organizzazione e capitale umano, dove verrà presentato il modello organizzativo adottato dall'Amministrazione;
4. monitoraggio, dove saranno indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, insieme alle rilevazioni di soddisfazione degli utenti e dei responsabili.

Deve inoltre includere (vedi allegato nr.1):

- obiettivi di semplificazione
- obiettivi di digitalizzazione
- obiettivi di efficienza in relazione alla tempistica di completamento delle procedure
- obiettivi finalizzati alla piena accessibilità

La mancata adozione del **PIAO** determinerà l'applicazione delle sanzioni di cui all'art.10 c.5 del D.lgs. 150/2009, ferme restando quelle previste dall'art.19 c.5 lett.b del Decreto Legge nr.90/2014, come convertito dalla legge 11.08.2014 nr.114 e precisamente:

- divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risulteranno responsabili della mancata adozione del PIAO;
- divieto di assumere e affidare incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati;
- sanzione amministrativa da 1.000 a 10.000 euro, riferita alla mancata adozione della programmazione in materia di anticorruzione e trasparenza.

Il decreto legge del 30.12.2021 nr.228, "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi", cosiddetto Milleproroghe, accogliendo la richiesta espressa in Conferenza Stato/Regioni del 2 dicembre u.s. da Regioni, Anci e UPI, ha disposto che *"in sede di prima applicazione il piano è adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine, non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni: a) articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150; b) articolo 18-bis del decreto legislativo 7 marzo 2005, n.82; c) articolo 1, comma 7, della legge 19 giugno 2019, n.56; d) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2014, n.124; e) articolo 6, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165"*.

Da ultimo il Decreto Legge del 30.04.2022 nr.36 (PNRR-2) ha prorogato la suddetta scadenza del 30 aprile 2022, al 30 giugno 2022.

Il P.I.A.O. si inserisce tra le misure operative previste dal PNRR per accompagnare la riforma «orizzontale» della Pubblica Amministrazione, persegue un duplice obiettivo:

1. integrare gli atti di programmazione in una prospettiva strategica unitaria;
2. orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione) anche verso la misurazione degli outcome e del valore pubblico generato.

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione è un Documento programmatico di durata triennale aggiornato annualmente nel quale l'Azienda assicura la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, il miglioramento dei servizi ai cittadini ed alle imprese e la costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto d'accesso. Il PIAO definisce:

- Obiettivi programmatici e strategici della performance (collegando performance individuale ai risultati della performance organizzativa);
- Strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo (includendo lavoro agile e obiettivi formativi);
- Strumenti e obiettivi di reclutamento di nuove risorse e valorizzazione delle risorse interne attraverso progressioni di carriera;
- Strumenti e fasi per la piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa e per il raggiungimento degli obiettivi di contrasto alla corruzione;
- Elenco di procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno;
- Modalità e azioni per realizzare piena accessibilità alle amministrazioni per cittadini over-65 e con disabilità;
- Modalità e azioni per il rispetto della parità di genere;
- Modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli

impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

L'approvazione del P.I.A.O., in particolare le sezioni Valore Pubblico e Performance in sostituzione del Piano della Performance, rappresenta, come previsto dall' art. 4 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, il presupposto sostanziale per la realizzazione del *Ciclo di Gestione della Performance*.

Inoltre il P.I.A.O. dovrà contenere l'elenco delle procedure da semplificare, reingegnerizzare e digitalizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e dall'Agenda Digitale

Il P.I.A.O. si configura pertanto come l'elemento fondante sul quale si sviluppa l'intero ciclo della performance ed in esso si esplicita il mandato politico istituzionale assegnato all'azienda che viene tradotto in obiettivi, scelte ed azioni volti ad assicurare ed a garantire elevati standards qualitativi ed economici del servizio erogato, tramite la valorizzazione dei risultati e delle performance organizzativa ed individuale.

La finalità del presente documento è quella di rendere partecipe l'intera comunità variamente coinvolta, come portatrice di interessi, rispetto al ruolo istituzionale dell'Azienda Sanitaria di Catania:

- gli enti locali operanti sul territorio;
- gli utenti delle prestazioni sanitarie erogate dall'azienda e i loro familiari;
- le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini;
- i sindacati;
- il personale dirigente e di comparto;
- i fornitori;
- le associazioni di volontariato.

La redazione del P.I.A.O. è volta a garantire la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità della rappresentazione delle attività aziendali attraverso il rispetto dei principi generali di trasparenza, veridicità e verificabilità richiesti dalla normativa di riferimento.

1. SEZIONE SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

In ottemperanza alla Legge Regionale di Riordino n. 5 del 14 aprile 2009, la ex ASL

n. 3 di Catania e la ex Azienda Ospedaliera Gravina di Caltagirone, sono confluite, a decorrere dal 1° settembre 2009, nella nuova Azienda Sanitaria Provinciale di Catania.

La ragione sociale dell'Azienda è: "Azienda Sanitaria Provinciale di Catania"

(ASP Catania).

L' articolazione organizzativa dell'ASP di Catania è quella che risulta dall' ATTO Aziendale adottato con deliberazione nr.56 del 30.01.2020 e approvato con D.A. n. 111 del 19/02/2020, redatto sulla base della programmazione nazionale e regionale e nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione Siciliana.

L'Azienda ASP di Catania è Ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotata di autonomia imprenditoriale.

La Sede Legale dell'Azienda è a Catania, in Via Santa Maria la Grande, 5
Codice Fiscale – P. IVA 04721260877

Il Legale Rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il logo dell'Azienda, da inserire in tutti gli atti ufficiali, è il seguente:



Il sito web ufficiale dell'Azienda è: www.aspct.it.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania ha come territorio di competenza quello della Provincia di Catania, comprendente 58 comuni con una popolazione di circa 1.072.634 abitanti (dati ISTAT al 1 gennaio 2021), distribuiti in circa 3.600 Km² di superficie. L'Azienda è articolata territorialmente, ai sensi della legge regionale 30/1993, e successive modificazioni ed integrazioni, della Legge Regionale 5/2009 e del Piano Sanitario Regionale vigente, in Distretti Sanitari corrispondenti con gli ambiti territoriali dei distretti socio-sanitari della Provincia di Catania e di seguito individuati:

Distretto Sanitario di Acireale, comprendente i Comuni di Aci Bonaccorsi, Aci Castello, Aci Catena, Aci S. Antonio, Acireale, Santa Venerina, Zafferana Etnea e la cui popolazione complessiva è di 139.459 unità;

Distretto Sanitario di Adrano comprendente i Comuni di Adrano, Biancavilla, Santa Maria di Licodia e la cui popolazione complessiva è di 66.944 unità;

Distretto Sanitario di Bronte comprendente i Comuni di Bronte, Maletto, Maniace, Randazzo e la cui popolazione complessiva è di 37.080 unità;

Distretto Sanitario di Caltagirone comprendente i Comuni di Caltagirone, Grammichele, Licodia Eubea, Mazzarrone, Mineo, Mirabella Imbaccari, San Cono, San Michele di Ganzaria, Vizzini e la cui popolazione complessiva è di 80.027 unità;

Distretto Sanitario di Catania comprendente i Comuni di Catania, Misterbianco, Motta S. Anastasia e la cui popolazione complessiva è di

373.799 unità;

Distretto Sanitario di Giarre comprendente i Comuni di: Calatabiano, Castiglione di Sicilia, Fiumefreddo, Giarre, Linguaglossa, Mascali, Milo, Piedimonte Etneo, Riposto, Sant'Alfio e la cui popolazione complessiva è di 85.999 unità;

Distretto Sanitario di Gravina comprendente i Comuni di Camporotondo Etneo, Gravina, Mascalucia, Nicolosi, Pedara, Sant'Agata Li Battiati, San Giovanni La Punta, San Gregorio, San Pietro Clarenza, Trecastagni, Tremestieri Etneo, Valverde, Viagrande e la cui popolazione complessiva è di 185.759 unità;

Distretto Sanitario di Palagonia comprendente i Comuni di Castel di Judica, Militello in Val di Catania, Palagonia, Raddusa, Ramacca, Scordia e la cui popolazione complessiva è di 58.931 unità;

Distretto Sanitario di Paternò comprendente i Comuni di Belpasso, Paternò Ragalna e la cui popolazione complessiva è di 79.704 unità (dati ISTAT al 1 gennaio 2020).

A seguito del D.A. nr.111 del 19 febbraio 2020, di approvazione dell'atto aziendale di cui alla delibera nr.56 del 30/01/2020, nell'ambito del medesimo territorio provinciale sono state individuate le seguenti strutture ospedaliere:

DEA I LIVELLO - P.O. Santa Marta e Santa Venera di Acireale

Presidio Ospedaliero di base – P.O. S. Giovanni di Dio e S. Isidoro di Giarre

Presidio Ospedaliero di base – P.O. Maria SS. Addolorata di Biancavilla

Presidio Ospedaliero zona disagiata – P.O. Castiglione Prestianni di Bronte

Presidio Ospedaliero di base - P.O. SS. Salvatore di Paternò

DEA I LIVELLO - P.O. Gravina di Caltagirone

Presidio sanitario zona disagiata - P.O. Basso Ragusa Mario di Militello V.C.

L'Azienda, per la realizzazione del proprio scopo, assume quali principi guida: il rispetto della persona e la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute; l'equità, la trasparenza e l'etica professionale; la tutela della privacy; la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo; l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini; la sostenibilità economica e finanziaria.

La definizione dell'identità dell'organizzazione costituisce la prima fase del percorso di costruzione del Piano della Performance in quanto permette di individuare gli attori che incidono direttamente sul governo dell'ASP.

Facciamo riferimento ai seguenti soggetti:

- Direzione Strategica

- Dirigenti Apicali
- Stakeholder interni
- Stakeholder esterni.

L'assetto organizzativo è di tipo dipartimentale, distinguendo tra dipartimenti strutturali e dipartimenti funzionali, a loro volta articolati in strutture complesse e semplici.

Le strutture sanitarie (Dipartimenti, Presidi Ospedalieri e Distretti Sanitari) sono deputate all'erogazione dell'assistenza al cittadino, secondo una logica di responsabilità finalizzata a garantire una buona qualità dell'assistenza fornita ai pazienti lungo tutto il percorso assistenziale.

L'Azienda opererà nei Presidi ospedalieri e nelle Strutture territoriali secondo logiche uniformi di integrazione dei servizi ospedalieri e territoriali, coordinando altresì la propria attività con quella delle strutture convenzionate dal SSN operanti nel suo territorio.

L'ASP di Catania è garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio di riferimento, svolge la funzione di presidio della tutela della salute nel territorio di riferimento, attraverso attività di prevenzione, cura gli stati di malattia e di recupero della salute, svolge funzioni di governo dell'offerta in rapporto ai bisogni dei soggetti assistibili attraverso l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende dell'area metropolitana, pubbliche o private nel rispetto della persona e garantendo comunque condizioni di sicurezza e riservatezza.

L'organizzazione dei servizi è incentrata su un costante monitoraggio dei bisogni sanitari della popolazione di riferimento, desumibili da un'attenta analisi dei dati epidemiologici disponibili.

L'Azienda realizza nel proprio territorio gli obiettivi definiti nella programmazione regionale sanitaria in un'ottica di integrazione dei servizi con le altre Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitaria della provincia di Catania.

Inoltre concorre allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale attraverso la programmazione interaziendale di bacino e alla programmazione interaziendale dell'Area metropolitana di Catania, finalizzate all'ottimale integrazione delle attività sanitarie erogate.

Elementi centrali della programmazione aziendale sono l'integrazione socio-sanitaria e l'integrazione ospedale-territorio, fondamentali per il perseguimento degli obiettivi di benessere della popolazione e di contenimento della spesa sanitaria.

L' integrazione socio-sanitaria consente di realizzare gli obiettivi di

programmazione sul territorio distrettuale di riferimento attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori, configurandosi quale sistema di garanzia per i soggetti affetti da patologie post-acute, croniche e cronicodegenerative.

L'integrazione ospedale-territorio è uno strumento strategico per realizzare la centralità del cittadino nella programmazione e nella gestione delle strutture aziendali.

Ciò significa prevedere un sistema integrato di accompagnamento del paziente nelle varie fasi in cui è necessario soddisfare un bisogno di salute, al fine di ridurre inutili prolungamenti della degenza ospedaliera o eventuali ricoveri ripetuti.

Elemento cruciale del sistema è la gestione del paziente in dimissione, gestita in maniera tale da garantire un'adeguata prosecuzione dell'assistenza nella fase post-acute, attraverso il coordinamento tra equipe ospedaliera ed equipe territoriale, tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, cosiddetta "dimissione protetta".

L'Asp di Catania provvede al soddisfacimento della domanda di salute dei cittadini, sia attraverso le prestazioni sanitarie erogate direttamente dalle proprie strutture, sia attraverso la contrattualizzazione di rapporti convenzionali con soggetti pubblici e privati accreditati, qualora dette prestazioni non siano erogabili direttamente o l'effettuazione delle stesse sia richiesta da soggetti pubblici esterni.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

qualificare l'offerta di azioni di prevenzione e clinico-assistenziali, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;

innovare, differenziare e potenziare l'offerta clinico-assistenziale;

perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico;

affermare la pratica della continuità clinico assistenziale;

allargare e rinforzare le reti di assistenza Aziendali, interaziendali e interistituzionali, in particolare con gli Enti locali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino;

razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e finalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili al soddisfacimento dei bisogni di salute.

L'ASP persegue l'obiettivo della promozione della salute sul territorio di propria afferenza, in relazione alle risultanze dei dati epidemiologici rilevati, promuovendo attività di educazione sanitaria, di igiene e sicurezza, di vigilanza alimentare, di diagnosi e cura.

Il sistema clinico-assistenziale di base è strumentale ai bisogni di salute più diffusi e frequenti e, a parità di sicurezza e qualità dell'offerta, dovrà essere capillare, integrato e "vicino" al cittadino, rinforzando e qualificando ulteriormente le strutture periferiche e assegnando loro precise competenze decisionali, per incrementare l'efficacia e la tempestività della azione.

La politica dell'Azienda ha come principio ispiratorio la centralità dell'interesse del cittadino quale elemento fondamentale nelle scelte e nelle decisioni strategico-programmatorie ed organizzativo-operative.

Costituiscono punti essenziali di tale politica:

la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute;

la libera scelta del luogo di cura tra i soggetti, le strutture e i professionisti accreditati;

la programmazione delle attività Aziendali conforme agli atti e agli indirizzi nazionali e regionali;

l'economicità del sistema Aziendale, che assicuri la sostenibilità economica e garantisca il mantenimento degli obiettivi di riqualificazione del SSR;

la razionalità della rete ospedaliera e l'organizzazione dei servizi territoriali;

la tutela e il miglioramento delle condizioni di accesso ai servizi per residenti e utenti;

il coinvolgimento dei cittadini, anche attraverso l'accessibilità e la trasparenza degli atti, nonché la verifica del gradimento dell'utenza per i servizi erogati;

la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la loro partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro organizzazioni di rappresentanza;

la collaborazione interaziendale ed interistituzionale quale condizione necessaria per la funzionalità del sistema;

la valorizzazione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone, singole e associate, per lo svolgimento di attività di interesse generale e di rilevanza sociale, in attuazione dell'art. 118 della Costituzione la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute

il decentramento dei servizi come leva per aumentare il valore aggiunto per l'utenza, favorendo la prossimità e il diritto di accesso alle cure e mantenendo, pur nella unicità del percorso, la necessaria capillarità dei punti di accesso;

la trasparenza dei processi decisionali e l'accessibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione Aziendale e degli indicatori

relativi agli andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse destinate al perseguimento delle funzioni istituzionali, anche attraverso la predisposizione del previsto Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza di cui al D.Lgs n. 150 / 2009.

2. SEZIONE VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE ED ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

Il presente piano si colloca in un periodo storico particolare, iniziato nel corso dell'anno 2021, caratterizzato dal fenomeno pandemico COVID-19, che ha richiesto e richiede a tutt'oggi, l'attuazione di eccezionali misure per il contrasto e il contenimento necessarie per fronteggiare l'emergenza epidemiologica, con il conseguente adeguamento dei modelli organizzativi ed operativi attraverso la riallocazione delle risorse sia strumentali che umane.

Il Valore Pubblico è il livello equilibrato di benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una Pubblica Amministrazione, riferito sia al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti ai cittadini, utenti e stakeholders, sia alle condizioni interne alla stessa Amministrazione. Creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, stakeholders in generale) e del contesto aziendale.

Come indicato nelle Linee Guida n. 2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica, "la fase di programmazione serve ad orientare le performance individuali in funzione della performance organizzativa attesa e quest'ultima in funzione della creazione di valore pubblico, ovvero del miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi"

PERFORMANCE

La sezione della Performance è alla base del processo di misurazione e valutazione dei processi aziendali.

La consapevolezza e la volontà di intendere la Performance come momento fondamentale di condivisione e coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, coinvolti a vario titolo, ha indotto l'ASP di Catania a prevedere un sistema di responsabilizzazione a cascata, con una precisa articolazione di compiti al fine di ricercare la compartecipazione di tutte le strutture organizzative alla concreta realizzazione degli obiettivi aziendali.

Il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione assolve ad una pluralità di

funzioni, finalizzate non soltanto all'attuazione delle strategie aziendali mediante la programmazione di obiettivi per ciascun livello organizzativo, ma anche al monitoraggio della loro attuazione e alla conseguente verifica dei risultati raggiunti.

La valutazione dei risultati, pertanto, è contemporaneamente una necessità dell'Amministrazione ma anche un'opportunità di crescita professionale degli operatori, al fine di conformare l'attività delle pubbliche amministrazioni ad un modello strategico integrato e sistemico, orientato ad attivare un processo di miglioramento continuo dell'efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa sia attraverso la valutazione della performance organizzativa, a partire dall'impatto delle politiche adottate sui bisogni espressi dalla collettività, sia attraverso la valutazione della performance individuale, entrambe strettamente connesse ad un nuovo e diverso sistema di premialità.

La programmazione è su base triennale ed è finalizzata alla valorizzazione delle competenze tecniche, amministrative e gestionali, alla responsabilizzazione dei risultati conseguiti ed infine all'integrità e alla trasparenza amministrativa.

Il monitoraggio e la verifica dei risultati potranno realizzarsi attraverso una puntuale reportistica e gli obiettivi annuali sono finalizzati espressamente al conseguimento degli obiettivi pluriennali.

In questa sezione viene data dimostrazione anche attraverso "l'albero della Performance", di seguito illustrato, della coerenza e dell'allineamento dei diversi livelli in cui gli obiettivi sono articolati. Questa sezione rispecchia le scelte organizzative contenute nell'atto aziendale ed include gli obiettivi descritti coerentemente con le scelte di pianificazione triennale della Direzione Generale e, a scalare, dell'altro management e delle Unità Operative; sintetizza le modalità di misurazione della performance aziendale a partire dagli indirizzi e obiettivi regionali, come si traducono in obiettivi strategici e operativi, nonché come vengono determinati gli indicatori.

L'Albero della Performance

L'albero della performance è uno schema riassuntivo che rappresenta, graficamente, i legami tra mandato istituzionale, missione, obiettivi strategici e obiettivi operativi, a loro volta gli obiettivi strategici e operativi possono essere generali o specifici dell'ente.

I principali assetti sui quali si focalizza la strategia aziendale riguardano principalmente:

La rete ospedaliera

La rete territoriale

Le funzioni di garanzia e committenza dei Distretti

Le relazioni con le altre Aziende dell'area metropolitana

Le innovazioni organizzative e i nuovi processi di budget

La sostenibilità economico finanziaria

Lo sviluppo e valorizzazione delle competenze

lo sviluppo dell'area di supporto Tecnica ed Amministrativa

Il ciclo di gestione della performance ha cadenza annuale e si sviluppa nell'arco temporale del P.I.A.O.

L'albero della performance è realizzato partendo dal Piano Sanitario Nazionale, nonché dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrate con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Partendo da tale analisi vengono definite le aree strategiche da cui derivare gli obiettivi strategici a loro volta declinati in piani e obiettivi operativi assegnati ai dirigenti.

Le finalità da perseguire sono: prevenire le malattie, curare la salute, ridurre gli effetti invalidanti, migliorare la qualità dei servizi offerti dall'Azienda, massima valorizzazione dei suoi dipendenti, sia in termini di competenze professionali, tecniche e gestionali che in termini della capacità di assumere responsabilità per risultati delle strutture (performance organizzativa); ciò si abbina alla performance individuale misurabile attraverso la valorizzazione differenziale del merito all'interno della struttura di appartenenza.

La pianificazione segue una logica per livelli ovvero:

Pianificazione strategica	1° livello	Obiettivi strategici (della Direzione) secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione per il triennio e relativi risultati per il triennio
Pianificazione operativa	2° livello	Obiettivi Direttori di Dipartimento e relativi risultati attesi
	3° livello	Obiettivi specifici riferiti ai titolari delle UU.OO.CC. e relativi risultati

Nella modalità di definizione degli obiettivi si deve procedere per livelli:

1° livello, gli obiettivi strategici secondo gli indirizzi ed i programmi indicati dalla Regione

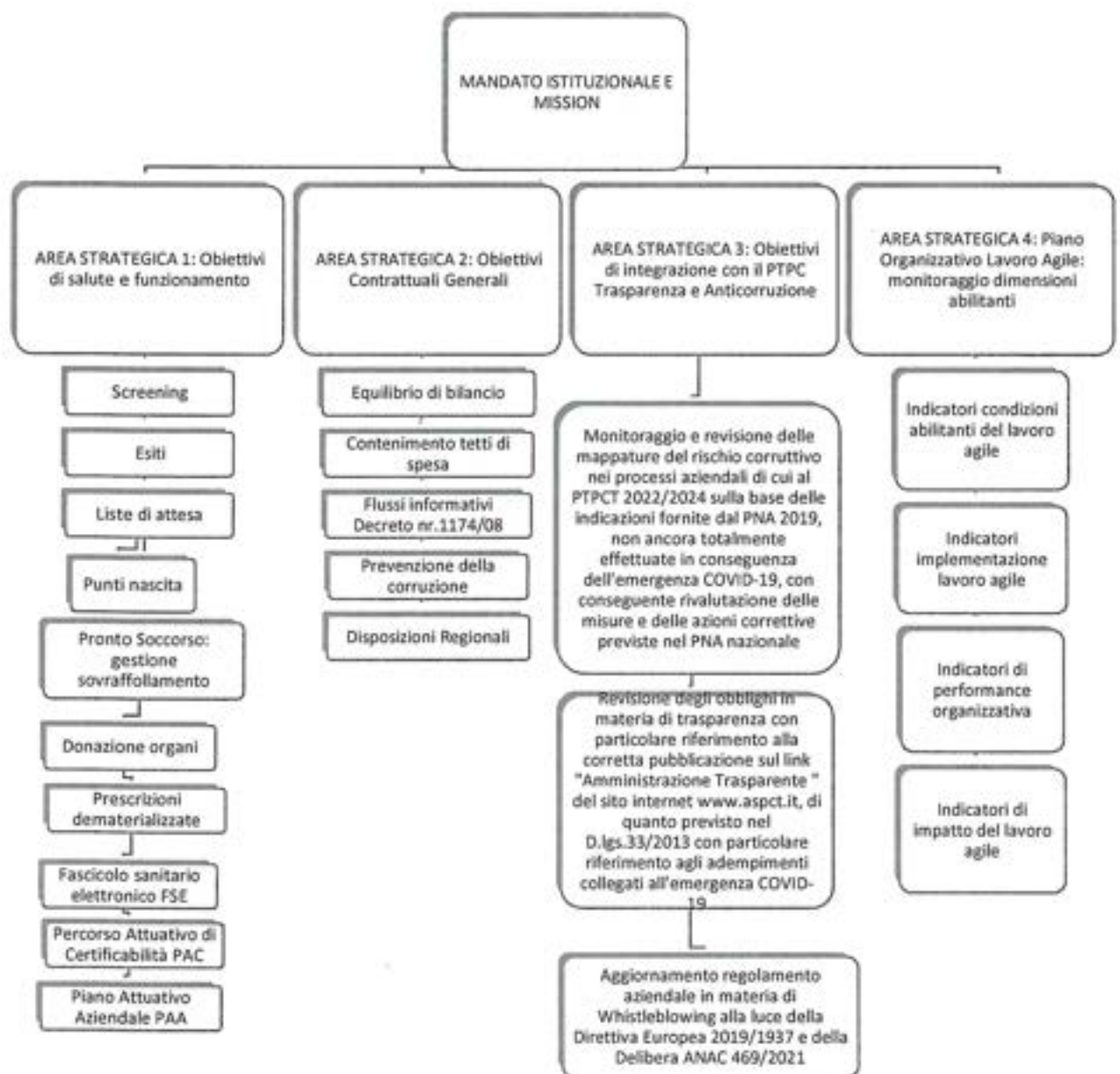
2° livello, gli obiettivi ai Direttori di Dipartimento appositamente declinati rispetto ai precedenti ed orientati verso il livello organizzativo sottostante

3° livello vengono individuati obiettivi operativi "specifici" riferiti ai Direttori delle Strutture Complesse.

Per le UU.OO.CC. Complesse dotate di autonomia nella gestione delle risorse, è importante individuare un congruo numero di obiettivi e soprattutto sfidanti, cioè tali da stimolare performance apprezzabili rispetto al periodo di riferimento (triennale ed annuale).

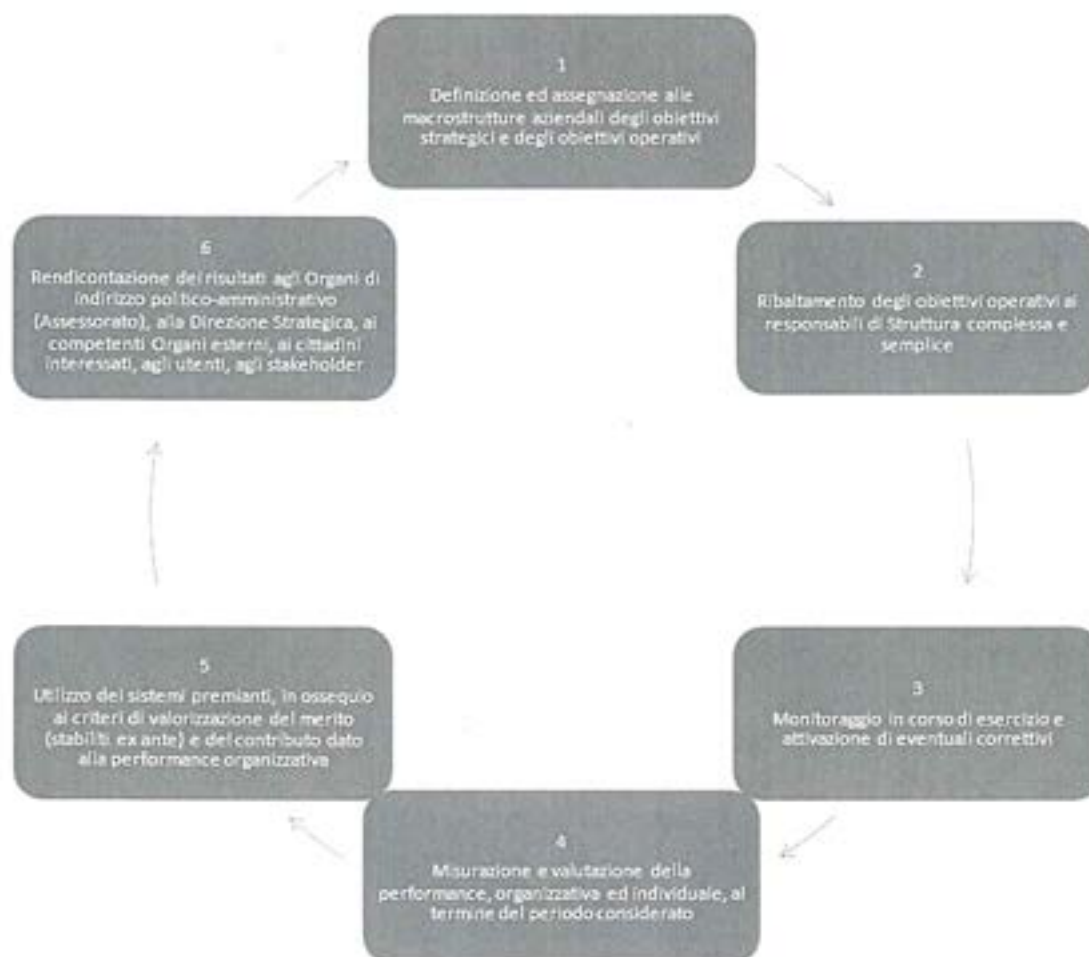
Detti obiettivi dovranno essere adeguatamente pesati in modo da rispecchiare gli effettivi livelli di sforzo richiesti per il loro conseguimento, anche in considerazione delle risorse effettivamente disponibili.

Pertanto ogni obiettivo viene pesato percentualmente così come i relativi indicatori.



Ciclo della Gestione della Performance

Le attività di misurazione e valutazione della performance costituiscono una fase del ciclo generale di gestione della performance che, con riferimento ad un arco temporale triennale, si articola nelle seguenti fasi:



La gestione del "Ciclo di gestione della performance" prevede un continuo monitoraggio di tutti gli step incrementali che lo compongono, fatto salvo che le modalità di programmazione risentono ovviamente della normativa e dei vincoli dettati a livello Regionale e Nazionale.

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo dell'ASP di Catania sono:

promozione della cultura aziendale della partecipazione e del coinvolgimento del personale nella definizione degli obiettivi e nell'individuazione del contributo atteso delle strutture e dei singoli professionisti

formazione dei valutatori e dei loro referenti per la gestione dei colloqui di valutazione e del feedback, l'individuazione di azioni di miglioramento e sviluppo dei collaboratori, gestione del conflitto

miglioramento dell'integrazione del ciclo della performance organizzativa e della performance individuale

adozione di un sistema informatico a supporto del ciclo, tale da permettere la definizione del contributo atteso agli obiettivi organizzativi ed individuali, nonché la valutazione a fine esercizio. A regime la piattaforma software dovrà prevedere il necessario livello di integrazione con il sistema premiante aziendale e permettere la storicizzazione delle valutazioni che alimentano il fascicolo individuale del professionista.

Nel rilevare che trattasi del classico "processo di budget" da anni in uso nell'Azienda di Catania, in relazione al quale si sono resi necessari solo alcuni adattamenti coerenti con le linee guida fornite dalla Commissione ex art. 13, si dà atto che per il miglioramento del Ciclo della gestione della performance diventa di estrema rilevanza la collaborazione tra la Direzione Strategica e l'Organismo Indipendente di Valutazione.

Tanto è vero che l'Azienda in questi anni ha intrattenuto un costante dialogo ed una proficua collaborazione con l'O.I.V. beneficiando del relativo supporto di carattere tecnico.

Tale collaborazione ha consentito di esplicitare alcuni ambiti d'azione che rivestono carattere di priorità e che pertanto saranno oggetto di più accurati approfondimenti: il perfezionamento della definizione degli obiettivi e dei relativi indicatori, in chiave di declinazione concreta, pertinente e misurabile dei risultati attesi, non sovrapponibili all'attività ordinaria;

la riflessione sui modelli e metodi da introdurre al fine della rilevazione della qualità percepita dall'utente, anche con l'eventuale estensione all'accreditato privato;

il necessario aggiornamento del sistema di misurazione e valutazione della performance, in linea con il rilievo della qualità percepita e con le eventuali sopravvenienze normative e regolamentari in ambito nazionale e regionale.

Coerente con tale prospettiva si pone inoltre la necessità di dare maggiore concretezza all'attuazione del principio della partecipazione del cittadino alla valutazione della performance organizzativa, sancito dall'art. 19 bis del D. lgs. n. 150/2009 da cui si evince che:

"1. I cittadini, anche in forma associata, partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative, anche comunicando direttamente all'Organismo Indipendente di Valutazione il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati, secondo le modalità stabilite dallo stesso Organismo;

Ciascuna amministrazione adotta sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti e dei cittadini in relazione alle attività e ai servizi erogati, favorendo ogni più ampia forma di partecipazione e collaborazione dei destinatari dei servizi, secondo quanto stabilito dall'articolo 8, comma 1, lettere C) ed e);

Gli utenti interni alle amministrazioni partecipano al processo di misurazione delle performance organizzative in relazione ai servizi strumentali e di supporto secondo

le modalità individuate dall'Organismo Indipendente di Valutazione;

I risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti di cui ai commi da 1 a 3 sono pubblicati, con cadenza annuale, sul sito dell'amministrazione;

L'Organismo Indipendente di Valutazione verifica l'effettiva adozione dei predetti sistemi di rilevazione, assicura la pubblicazione dei risultati in forma chiara e comprensibile e ne tiene conto ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e in particolare, ai fini della validazione della Relazione sulla performance di cui all'articolo 14, comma 4, lettera C)".

Risulta pertanto evidente che tale obiettivo debba essere perseguito anche attraverso un processo di informatizzazione della rilevazione della "customer" strumentale alla rifondazione di un rapporto diretto con il cittadino-utente, al fine di rendere effettiva la trasparenza amministrativa, la semplificazione dei processi e l'esercizio della funzione del controllo, orientata al miglioramento continuo dei servizi.

Nell'ambito delle opportunità che l'azienda deve dare all'utente esterno per la "comunicazione diretta", ossia la facoltà del cittadino utente di presentare una segnalazione che può consentire all'O.I.V. la conoscenza di ulteriori elementi per la valutazione della performance organizzativa dei centri di responsabilità, bisogna tenere conto dei seguenti fattori:

Le modalità di trasmissione delle segnalazioni;

L'identificazione di chi fa la segnalazione;

Il monitoraggio delle segnalazioni;

L'utilizzo dei dati.

Per ciò che concerne i processi di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale e della possibilità di un buon esito funzionale dell'intero ciclo di gestione della performance appare ormai irrinunciabile il percorso di informatizzazione.

Caratteri Generali degli Obiettivi

Gli obiettivi strategici sono gli obiettivi propri della Direzione Aziendale, caratterizzanti la propria azione, e sono coerenti con i criteri fissati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

La Direzione Aziendale, in attesa che l'Assessorato della salute si pronunci sui nuovi obiettivi di salute e funzionamento che saranno oggetto di aggiornamento del presente Piano ed analizzate le necessità clinico assistenziali della popolazione di riferimento nonché quelle organizzative e gestionali, si prefigge il mantenimento di quanto previsto e assegnato per il precedente anno 2021, fermo restando che eventuali ed ulteriori obiettivi a valenza nazionale, regionale ed aziendale saranno prontamente assegnati alle strutture competenti e inseriti nel presente Piano.

La pianificazione annuale è un'opportunità per orientare e consolidare il sistema di budget secondo le caratteristiche richiamate nei CCNL, e rafforzate nelle priorità, e dal D.Lgs.150/2009, al fine di raggiungere un livello sempre più elevato di condivisione degli obiettivi ritenuti prioritari di carattere sia clinico assistenziale che di tipo organizzativo.

La pianificazione strategica è altresì un'opportunità per radicare maggiormente processi di valorizzazione delle risorse umane per motivare ed orientare il personale impegnato nel raggiungimento degli obiettivi negoziati da ogni Centro di Responsabilità Aziendale.

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Il processo di budget si colloca all'interno della pianificazione sanitaria e sociale dell'Azienda, sviluppata in coerenza con le indicazioni, gli obiettivi e i vincoli economici definiti nell'ambito della programmazione sanitaria e sociale nazionale, regionale e locale. Al fine di garantire al sistema una corretta gestione procedurale è stato costituito un apposito Comitato di budget, preposto a definire la programmazione strategica aziendale e il budget per l'anno di riferimento.

Il processo di budget, ancorché definito nell'ambito di una programmazione pluriennale ha una valenza correlata all'anno di esercizio e costituisce il meccanismo operativo per il coordinamento dei processi produttivi, dell'innovazione tecnologica, del governo clinico e delle risorse, all'interno del quale includere i programmi annuali delle attività.

Attraverso il processo annuale di budgeting, ciascuna U.O. viene coinvolta nel conseguimento degli obiettivi strategico - direzionali traducendo gli stessi in obiettivi operativi specifici per ciascuna struttura.

In particolare gli obiettivi operativi oggetto della negoziazione di budget sono misurati attraverso indicatori e agli stessi viene attribuito un peso.

Essi fanno riferimento ai seguenti ambiti:

- produzione di prestazioni sanitarie secondo specifici parametri quali-quantitativi;
- individuazione di risorse economiche disponibili e risorse umane assegnate;
- indicazione delle procedure e delle practices aziendali da attuare o implementare con riferimento a Qualità, Trasparenza, Prevenzione della corruzione.

Il processo di programmazione e di budget si conclude l'anno successivo a quello di esercizio con la verifica della gestione annuale, una volta consolidate le banche dati aziendali.

La Direzione Strategica, con il Comitato di budget, sulla base dei risultati evidenziati dal sistema di monitoraggio valuta le performance conseguite e predispone la relazione conclusiva sui risultati della gestione per ciascuna Macrostruttura.

Obiettivi assegnati al personale

Il ciclo di gestione della performance organizzativa dell'azienda è integrato con quello della performance individuale attraverso il sistema di programmazione che, a partire dalle linee strategiche di indirizzo sulla programmazione pluriennale ed annuale, prevede la definizione e la declinazione degli obiettivi aziendali a tutti i livelli dell'organizzazione.

Gli obiettivi assegnati in sede di negoziazione di budget ai Dipartimenti sono discussi all'interno di ogni macrostruttura con il coinvolgimento di tutti i professionisti coinvolti nel raggiungimento dei risultati attesi.

Il Direttore della struttura a sua volta assegna gli obiettivi ai dirigenti, al personale del comparto titolare di posizione organizzativa e a tutti gli altri collaboratori.

Ciascun professionista sarà valutato in base ai comportamenti organizzativi/professionali,

alla qualità del contributo assicurato alla performance della struttura, nonché alle competenze tecnico-professionali.

Gli strumenti ed i metodi aziendali per la gestione del ciclo della performance individuale sono finalizzati a raggiungere i seguenti obiettivi:

Orientare i comportamenti dei collaboratori alle strategie dell'Azienda, responsabilizzandoli al raggiungimento degli obiettivi assegnati

Generare informazioni strutturate annuali a supporto delle valutazioni pluriennali.

Di seguito gli Obiettivi di Performance collegati al Valore Pubblico individuati per il triennio 2022 - 2024:

N. OBETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/ DIGITALIZZAZIONE/ ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/ RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
1	Raggiungimento annuale dell'equilibrio economico di bilancio	DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI UO.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI	Equilibrio di Bilancio	V/F	SI	SI	SI		DIPARTIMENTO RISORSE TECNOLOGICHE E FINANZIARIE
2 a)	Garantire, entro i termini previsti dalle classi di priorità, l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO	% di prestazioni erogate nel rispetto della classe di priorità U = urgente (<= 3gg)(8 = breve (<= 10gg)) D = differibile (<= 30 gg (visite)); (<= 60gg (prestazioni strumentali)) P = programmata (<= 180 gg)	%	DATI AL 31/12/2021	>= 90%	>= 90%	>= 90%	CUP AZIENDALE
2 b)	Garantire, entro i termini previsti dalle classi di priorità, l'erogazione delle prestazioni di ricovero	DIPARTIMENTO CHIRURGIA E CARDIOLOGIE	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. N° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativax100 n° prestazioni totali per Classe di priorità A. Prestazioni di Ricovero: 1) Int. Chir. tumore maligno Mammella; 2) Int. Chir. tumore maligno Prostate; 3) Int. Chir. tumore maligno colon; 4) Int. Chir. tumore maligno retto; 5) Int. Chir. tumore maligno dell'utero; 6) Int. Chir. per melanoma; 7) Int. Chir. per tumore maligno della tiroide; 8) By pass aortocoronarico; 9) Angioplastica Coronarica (PTCA);	%	DATI AL 31/12/2021	Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni: 1) 74,5% 2) 50,8% 3) 86,7% 4) 77,8% 5) 83,5% 6) 89,1% 7) 68,1% 8) 84,9% 9) 88,6% 10) 61,0%	Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni: giorni: 1) 74,5% 2) 50,8% 3) 86,7% 4) 77,8% 5) 83,5% 6) 89,1% 7) 68,1% 8) 84,9% 9) 88,6% 10) 61,0%	Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni: 1) 74,5% 2) 50,8% 3) 86,7% 4) 77,8% 5) 83,5% 6) 89,1% 7) 68,1% 8) 84,9% 9) 88,6% 10) 61,0%	DIPARTIMENTO OSPEDALITA'

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/ DIGITALIZZAZIONE/ ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/ RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
			<p>10) Endoarteriectomia carotidea;</p> <p>11) Intervento protesi d'anca;</p> <p>12) Interventi chirurgici tumore del Polmone;</p> <p>13) Colectomia laparoscopica;</p> <p>14) Coronarografia;</p> <p>15) Biopsia percutanea del fegato;</p> <p>16) Emorroidectomia;</p> <p>17) Riparazione ernia inguinale.</p> <p>Monitoraggio per il rispetto tetto di spesa annuale determinato ai sensi del c. 584 dell'art. 1 della Legge 23/12/2014 n. 190 e per la riduzione della spesa per il personale a tempo determinato.</p>			<p>11) 66,7%</p> <p>12) 78,4%</p> <p>13) 67,0%</p> <p>14) 85,0%</p> <p>15) 90,0%</p> <p>16) 73,3%</p> <p>17) 72,8%</p>	<p>10) 61,0%</p> <p>11) 66,7%</p> <p>12) 78,4%</p> <p>13) 67,0%</p> <p>14) 85,0%</p> <p>15) 90,0%</p> <p>16) 73,3%</p> <p>17) 72,8%</p>	<p>11) 66,7%</p> <p>12) 78,4%</p> <p>13) 67,0%</p> <p>14) 85,0%</p> <p>15) 90,0%</p> <p>16) 73,3%</p> <p>17) 72,8%</p>	
3 a)	<p>PERSONALE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenzimento della spesa del Personale a tempo determinato 	<p>DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO</p>	<p>Predisposizione/Aggiornamento del Programma Triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato da redigere nel rispetto della Legge 122/10 secondo misure percentuali e tempistiche indicate nel programma stesso che corredata da apposita relazione, dovrà essere sottoposto all'approvazione dell'Assessorato</p>	V/F	SI	<p>SI (Report Trimestrale) da inviare alla Direzione Amministrativa</p> <p>SI</p>	<p>SI (Report Trimestrale) da inviare alla Direzione Amministrativa</p> <p>SI</p>	<p>SI (Report Trimestrale) da inviare alla Direzione Amministrativa</p> <p>SI</p>	DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI
3 b)	<p>Miglioramento dei processi di acquisto di Beni e Servizi nel rispetto della normativa vigente di cui al Codice dei Contratti. In particolare fatte salve le gare centralizzate, dovrà farsi ricorso esclusivamente alle procedure CONSIP e MEPA ai sensi dell'art. 15, comma 13, lettera d. della Legge 7 agosto 2012 n. 135</p>	<p>DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI</p>	<p>Obbligo di aderire alle convenzioni CONSIP esistenti e utilizzo MEPA</p>	V/F	SI				DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI
3 c)	<p>BENI E SERVIZI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto della normativa vigente in merito e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in Economia 	<p>DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI/ TERRITORIO</p>	<p>Applicazione della normativa e del Regolamento Aziendale sugli Acquisti in Economia</p>	V/F	SI				DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI
3 d)	<p>RISPETTO TETTI DI SPESA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei tetti di spesa che discendono da interventi normativi specifici, nazionali e/o regionali e/o da disposizioni assessoriali 	<p>DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI/ TERRITORIO</p>	<p>Osservanza dei tetti di spesa</p>	V/F	SI				DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI

M. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/ DIGITALIZZAZIONE/ ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/ RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
3 e)	ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA: • Rispetto delle risorse negoziate annualmente	DIPARTIMENTO DEL FARMACO	Osservanza dei tetti di spesa per la farmaceutica	V/F	SI	SI Acquisto servizi sanitari per farmaceutica da convenzione (BA0500) €/mg Prodotti Farmaceutici ed emoderivati (BA0030) €/mg	SI Acquisto servizi sanitari per farmaceutica da convenzione (BA0500) €/mg Prodotti Farmaceutici ed emoderivati (BA0030) €/mg	SI Acquisto servizi sanitari per farmaceutica da convenzione (BA0500) €/mg Prodotti Farmaceutici ed emoderivati (BA0030) €/mg	DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI
4	Rispetto della direttiva flussi informativi, di cui al decreto interministeriale n. 1174/08 del 30/05/2008 e successivi aggiornamenti ed integrazioni, compresi i flussi di nuova istituzione, con particolare riguardo al rispetto dei tempi di trasmissione, alle procedure di certificazione (congruità) e alla qualità dei flussi.	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA/DISTRETTI SANITARI OSPEDALI/ TERRITORIO	N. Flussi Trasmessi x 100 N. Flussi da Trasmettere	%	100%	100%	100%	100%	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI
5 a)	Assicurare il rispetto degli adempimenti e della relativa tempistica previsti nel Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA/DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI DISTRETTI SANITARI OSPEDALI/ TERRITORIO	N° adempimenti posti in essere nei tempi previsti N° adempimenti da porre in essere nei tempi previsti	%	100	100	100	100	RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE
5 b)	Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, con particolare riferimento alla pubblicazione dei dati di bilancio, spese e costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico resi immediatamente comprensibili e di facile consultazione per i cittadini	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA/DISTRETTI SANITARI OSPEDALI/TERRITORIO	Aggiornamento puntuale della sezione "Amministrazione Trasparente" ai sensi del Decreto Legislativo n. 33 del 14/03/2013 come modificato dal Decreto legislativo n. 97 del 25 maggio 2016. N° Obblighi di pubblicazione posti in esserex100N° Obblighi di Pubblicazione previsti	%	100	100	100	100	RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE
5 c)	Attività formativa sulla Prevenzione della Corruzione	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA	Attivazione corsi per il personale	V/F	SI	SI	SI	SI	U.O.S. FORMAZIONE

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/ DIGITALIZZAZIONE/ ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/ RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
6	Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla libera professione intramuraria ai sensi della L.120 del 3/8/2007	U.U.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA/DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO	Stesura di un documento di programmazione ed il relativo bilanci di previsione per l'ALPI	V/F	SI	SI	SI	SI	DELIBERA PUBBLICATA NELL'ALBO PRETORIO AZIENDALE
7 a)	Miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori	DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI	% di movimentazione delle fatture in PCC (piattaforma Certificazione Credit)	%	100	100	100	100	SISTEMA INFORMATIVO AMMINISTRATIVI VO-CONTABILE AZIENDALE
7 b)	Miglioramento dei tempi di pagamento dei fornitori in modo tale da riportare l'indicatore di tempestività entro i termini di legge (max. 60gg.)	DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI DISTRETTI SANITARI OSPEDALI/TERRITORIO DIPARTIMENTO DEL FARMACO DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Indicatore di tempestività dei pagamenti (tale indicatore misura il ritardo accumulato dall'amministrazione rispetto al limite massimo di giorni previsti attualmente dalla legge (n. max60gg.))	N.	DATO AL 31/12/2021	<= 0 gg.	<= 0 gg.	<= 0 gg.	SISTEMA INFORMATIVO AMMINISTRATIVI VO-CONTABILE AZIENDALE
8	Nodo Smistamento Ordini NSO	U.U.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI DISTRETTI SANITARI OSPEDALI/TERRITORIO	adempimenti realizzati/adempimenti previsti	%	% conseguita nell'anno 2021	% conseguita > anno 2022	% conseguita > anno 2023	% conseguita > anno 2023	decreto 07/12/2018 DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI
9 a)	Promozione screening cervico-carcinoma 100% Estensione 50% Adesione Popolazione Target: Donne Residenti 25-64 anni (dato ISTAT) / 3 (il test va fatto ogni tre anni). Dalla popolazione target possono essere sottratte, tramite certificazione degli MMG, le donne isterectomizzate o con diagnosi di cervico-carcinoma da meno di 5 anni.	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Indicatore LEA: N° Test Eseguitix100 Popolazione target	%	24%	> 50%	> 50%	> 50%	CENTRO GESTIONALE SCREENING
9 b)	Promozione screening mammografico 100% Estensione 60% Adesione Popolazione Target: Donne Residenti 50-69 anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni due anni). Dalla popolazione target possono essere sottratte, tramite certificazione degli MMG, le donne con mastectomia con diagnosi di tumore della mammella da meno di 5 anni.	DIPARTIMENTO SCIENZE RADIOLOGICHE	Indicatore LEA: N° Test Eseguitix100 Popolazione target	%	33%	> 60%	> 60%	> 60%	CENTRO GESTIONALE SCREENING

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/DIGITALIZZAZIONE/ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
9 c)	Promozione screening colon retto 100% Estensione 50% Adesione Popolazione Target: Uomini e Donne residenti 50-69anni (dato ISTAT) / 2 (il test va fatto ogni due anni). Dalla popolazione target possono essere sottratti, tramite certificazione degli MMG, gli uomini e le donne con malattia infiammatoria del colon (m. di Chron e rettocolite ulcerosa), con colectomia totale o con diagnosi di tumore del colon-retto da meno di 5 anni	DIPARTIMENTO DI MEDICINA	Indicatore LEA: N° Test Eseguiti -----x100 Popolazione target	%	18%	> 50%	> 50%	> 50%	CENTRO GESTIONALE SCREENING
10 a)	Tempestività per gli interventi a seguito di frattura del femore su pazienti >= 65 anni entro un intervallo di tempo (differenza tra la data d'intervento e quelli di ricovero) di 0 <= 2 giorni.	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	Interventi effettuati entro 0<=2 giornidai ricovero / Totale casi frattura femore over 65	%	66,96%	>=94,3% Residenti	>=94,3% Residenti	>=94,3% Residenti	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
10 b)	Riduzione dell'incidenza dei parti cesarei su parti di donne non precesarizzate.	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari) / Totale parti di donne con nessun progresso cesareo	%	19,62% (< 1.000 parti)	<= 15% (per i punti nascita con un numero inferiore a 1000 parti l'anno) RESIDENTI	<= 15% (per i punti nascita con un numero inferiore a 1000 parti l'anno) RESIDENTI	<= 15% (per i punti nascita con un numero inferiore a 1000 parti l'anno) RESIDENTI	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
10 c)	Tempestività nell'effettuazione del P.T.C.A. nei casi I.M.A. STEMI (tempestività nell'esecuzione di angioplastica percutanea in caso di infarto STEMI entro: 0-1 giorno;	DIPARTIMENTO DI MEDICINA	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di IMA STEMI / Totale IMA STEMI diagnosticali su pazienti residenti in Provincia	%	81,71%	>= 91,8% Residenti	>= 91,8% Residenti	>= 91,8% Residenti	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
10 d)	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 0-3 giorni	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	N. ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria < 3 gg / Totalericoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica	%	97,09%	>=95,3% Residenti	>=95,3% Residenti	>=95,3% Residenti	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
11 a)	Si dovrà garantire il raggiungimento di tutti i requisiti contemplati dalla Checklist per la verifica degli standard per la riorganizzazione dei punti nascita di livello, dei punti nascita in deroga e dei punti natiadai livello. I dati dovranno essere inseriti sulla piattaforma "qualificassr". PREREQUISITO: Obbligo di presenza del personale ostetrico- ginecologico attivo H24 di tutta la catena produttiva.	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	N. requisiti garantiti -----x100 Totale requisiti previsti dalla Checklist	%	DATO AL 31/12/2021	100% OBI:100% >=95% OBI:90% >=85% OBI:75% <85% OBI:0%	100% OBI:100% >=95% OBI:90% >=85% OBI:75% <85% OBI:0%	100% OBI:100% >=95% OBI:90% >=85% OBI:75% <85% OBI:0%	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

44

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/DIGITALIZZAZIONE/ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
11 b)	<p>Nel PN senza UTIN: Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri garantendo che nessun parto avvenga con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute, con ricovero per più di 1 giorno; (Appropriatezza Organizzativa)</p> <p>Nel PN senza UTIN: Ridurre il tasso di trasferimenti dei neonati entro le prime 72 ore verso l'UTIN di riferimento.</p>	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	<p>N. di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno);</p> <p>Neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita / Totale neonati ricoverati.</p>	N.-%	DATO AL 31/12/2021	0	0	0	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE
12 a)	<p>Pronto soccorso</p> <p>Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa</p>	DIPARTIMENTO EMERGENZA	<p>n. pz. con permanenze > 24 ore al PS al tempo t Eff(t)=.....</p> <p>n. pz. Con permanenze < 24 ore al PS al tempo t Eff(t)= Efficienza Operativa</p>	N.	DATO AL 31/12/2021	<= 0,05	<= 0,05	<= 0,05	DIPARTIMENTO EMERGENZA
12 b)	Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584 ed alle relative direttive	DIPARTIMENTO EMERGENZA	<p>1) Monitoraggio continuo del sovraffollamento nella base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018;</p> <p>2) Attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contenimento di sovraffollamento;</p> <p>3) Contributo alla stesura del Piano Strategico per la Gestione del Sovraffollamento che dovrà essere adottato dalla Direzione Strategica;</p> <p>4) Relazione annuale sul PADS, svistulato raggiunto e sullo stato di avanzamento lavori.</p>	V/F	SI	1) SI 2) SI 3) SI 4) SI	1) SI 2) SI 3) SI 4) SI	1) SI 2) SI 3) SI 4) SI	DIPARTIMENTO EMERGENZA
13	DONAZIONE DEGLI ORGANI	DIPARTIMENTO EMERGENZA	Incremento del numero di accertamento di morte con metodo neurologico	%	zero	> anno 2021	> anno 2022	> anno 2023	DASOE – Servizio 6
14 a)	Aumentare il numero delle prescrizioni in modalità dematerializzata sia di farmaci che di prestazioni specialistiche.	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI/TERRITORIO	<p>N. medio di prescrizioni annue di farmaci e prestazioni specialistiche in dematerializzata per ogni medico abilitato ed inviante, come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS.</p> <p>Totale ricette DEM prescritte Medici abilitati</p>	N.	264	>= 130	>= 140	>= 150	SISTEMA TS (TESSERA SANITARIA)

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/ DIGITALIZZAZIONE/ ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/ RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
14 b)	Aumentare il numero dei medici dipendenti pubblici (Ospedalieri e Territoriali + SUMAISTI) abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati al Sistema TS.	DISTRETTI SANITARIO/OSPEDALI/ TERRITORIO	N. di medici dipendenti + SUMAISTI abilitati alla P.D. ed inviati (sistema TS) -----x100 Totale medici dipendenti pubblici + SUMAISTI	%	33%	>=35%	>=40%	>=45%	SISTEMA TS (TESSERA SANITARIA)
15 a)	Aumentare la platea dei cittadini aderenti al Fascicolo Sanitario Elettronico	TUTTE LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE OSPEDALIERE	% dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati	%	DATO AL 31/12/2021	>5%	>8%	>10%	SISTEMA TS (TESSERA SANITARIA)
15 b)	Aumentare la percentuale dei referti di laboratorio in formato CDA2-HEL7 inviati a FSE	DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	% delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio	%	DATO AL 31/12/2021	>=90%	>=90%	>=90%	DPS Area 4
15 c)	Aumentare la percentuale delle strutture di PP-SS. dove è possibile consultare il FSE	DIPARTIMENTO EMERGENZA	% strutture di PP-SS. dove è possibile consultare FSE	%	DATO AL 31/12/2021	>=50%	>=50%	>=50%	DPS Area 4
15 d)	Avviare il conferimento al FSE-INI di verbali di P.S. dimissioni, referti	DIPARTIMENTO EMERGENZA	Conferimento in FSE di verbali di P.S., lettere di dimissione ospedaliera, referti da almeno il 50% del PPSS	%	DATO AL 31/12/2021	>=50%	>=50%	>=50%	DPS Area 4
16	Piano Internal-Audit 2022/2024 Griglia di rilevazione dell'esito delle verifiche condotte	Tutte le UU.OO. coinvolte nel P.A.C.	N. di misure correttive implementate per il superamento delle criticità rilevate dal gruppo Internal Audit nel corso dell'esercizio precedente / N. di misure correttive da intraprendere x100	%	DATO AL 31/12/2021	100	100	100	INTERNAL AUDIT

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/DIGITALIZZAZIONE/ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
PAA 17 a)	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA	N. Aziende bovine e ovi-caprine controllatex100 N. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	%	DATO AL 31/12/2021	100	100	100	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
PAA 17 b)	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA	N. medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	%	DATO AL 31/12/2021	tra 21 e 28 giorni. L'obiettivo è raggiunto: ≤ 28 gg. 100%; ≤ 30 gg. 75%; ≤ 32 gg. 50%; > 32 gg. 0%	tra 21 e 28 giorni. L'obiettivo è raggiunto: ≤ 28 gg. 100%; ≤ 30 gg. 75%; ≤ 32 gg. 50%; > 32 gg. 0%	tra 21 e 28 giorni. L'obiettivo è raggiunto: ≤ 28 gg. 100%; ≤ 30 gg. 75%; ≤ 32 gg. 50%; > 32 gg. 0%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
PAA 17 c)	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA	N. medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	%	DATO AL 31/12/2021	tra 42 e 63 giorni. L'obiettivo è raggiunto: ≤ 63 gg. 100%; ≤ 68 gg. 75%; > 68 gg. 0%	tra 42 e 63 giorni. L'obiettivo è raggiunto: ≤ 63 gg. 100%; ≤ 68 gg. 75%; > 68 gg. 0%	tra 42 e 63 giorni. L'obiettivo è raggiunto: ≤ 63 gg. 100%; ≤ 68 gg. 75%; > 68 gg. 0%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
PAA 17 d)	Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Cee) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA	N. Aziende bovine e ovi-caprine anagraficamentex100 N. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	%	DATO AL 31/12/2021	≥ 5% Aziende Bovine; ≥ 3% Aziende Ovi-Caprine.	≥ 5% Aziende Bovine; ≥ 3% Aziende Ovi-Caprine.	≥ 5% Aziende Bovine; ≥ 3% Aziende Ovi-Caprine.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
PAA 17 e)	Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina ed ovi-caprina rispetto a quella rilevata nell'anno precedente	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA	Percentuale di riduzione della prevalenza	%	DATO AL 31/12/2021	≤ Anno 2021	≤ Anno 2022	≤ Anno 2023	DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA
PAA 17 f)	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC)	DIPARTIMENTO PREVENZIONE - DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA	Rendicontazione dell'attività svolta al 30/06 e al 31/12, rispettivamente, entro il 31 luglio ed il 31 gennaio dell'anno successivo, secondo i modelli all'uso predisposti, da cui si evinca almeno il 98% di attività svolta rispetto a quella programmata	V/F	SI	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
PAA 17 g)	Implementazione della copertura vaccinale	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	N° soggetti vaccinatix100 popolazione target residente	%	DATO AL 31/12/2021	92 - 95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e	92 - 95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e	92 - 95% a 24 mesi, per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	DIPARTIMENTO PREVENZIONE

17

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/DIGITALIZZAZIONE/ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
						pneumococco	pneumococco		
PAA 17 h)	Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale notificati	%	100	100	100	100	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
PAA 17 i)	Sorveglianza malformazioni congenite (Rosolia congenita)	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	% di segnalazioni	%	100	100	100	100	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
PAA 17 j)	Notifica delle malattie infettive (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	N. notifiche di malattie infettive Totale casi di malattie infettive rilevate dalle SDO	N.	DATO AL 31/12/2021	>= 70%	>= 70%	>= 70%	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
PAA 17 m)	Acque di balneazione	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Aggiornamento dei profili delle acque di balneazione. Consolidamento delle linee di costa, rideeterminazione dei punti di monitoraggio ed acquisizione di tutte le informazioni propedeutiche alla predisposizione del provvedimento regionale di regolamentazione della stagione balneare	V/F	SI	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
PAA 17 n)	Piano straordinario di interventi in aree a rischio ambientale su SIM Biancavilla	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	aggiornamento degli standard previsti dalle linee di indirizzo regionali al 31/12/19	V/F	SI	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
PAA 17 o)	Sorveglianza lavoratori esposti	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Invio report trimestrale, aumento 10%inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	V/F	DATO AL 31/12/2021	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE
PAA 18 a)	Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento.	U.O. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO	Percentuale di completezza della compilazione della scheda A e della scheda B degli eventi sentinella, comprensive dell'evento avverso, individuazione dei fattori contribuenti-epidemiologici di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES) monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	%-V/F	DATO AL 31/12/2021	90%SI	90%SI	90%SI	U.O.S. RISCHIO CLINICO E QUALITA'
PAA 18 b)	Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA- DIPARTIMENTO EMERGENZA	N. di osservazioni dirette per blocco operatorio Report secondo schema disponibile sulla piattaforma Qualitasicilia SSR	V/F-N.	DATO AL 31/12/2021	N. 4SI	N. 4SI	N. 4SI	U.O.S. RISCHIO CLINICO E QUALITA'

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/DIGITALIZZAZIONE/ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
PAA 18 c)	Programma di riduzione delle infezioni correlate all'assistenza	DIRETTORI MEDICI DEI PP.OO. GRUPPI OPERATIVI (GO) DEL CIO/CICA	Riconoscimento procedure istruttorie operative sulla prevenzione e controllo delle ICA Approvazione programma di prevenzione delle ICA N. riunioni del CIO N. riunioni del GO	% V/F V/F V/F	DATO AL 31/12/2021	100% SI SI SI	100% SI SI SI	100% SI SI SI	U.O.S. RISCHIO CLINICO E QUALITA'
PAA 18 d)	Aderenza agli obiettivi ed alle direttive regionali del del "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico - Resistenza (PNCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n° 1162 del 27 giugno 2018 - Aderenza alle direttive regionali del Antimicrobial Stewardship	UU.OO. DELLA DIREZIONE STRATEGICA DISTRETTI SANITARI OSPEDALI E TERRITORIO	Aderenza alle indicazioni regionali	V/F	SI	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO DEL FARMACO – UOC MALATTIE INFETTIVE
PAA 18 e)	Adempimenti Legge 24/2017 (nota come Legge Gelli-Bianco)	DIRETTORI DIPARTIMENTO E RELATIVE UUOCC; DIRETTORI MEDICI PP.OO.; RISK MANAGER; CAVS; SERVIZIO LEGALE	Relazione annuale sulla gestione del rischio clinic Pubblicazione su website dei risarcimenti dell'ultimo quinquennio	V/F V/F	DATO AL 31/12/2021	SI SI	SI SI	SI SI	U.O.S. RISCHIO CLINICO E QUALITA'
PAA 18 f)	La valutazione della qualità delle Strutture Ospedaliere secondo la prospettiva del Cittadino: avvio di un Sistema di monitoraggio della Soddisfazione / Customer satisfaction attraverso il quale è possibile comprendere il livello di qualità percepita e il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero	DIRETTORI DIPARTIMENTO E RELATIVE UUOCC; DIRETTORI MEDICI PP.OO.; DISTRETTI; UOS COMUNICAZIONE E URP	Somministrazione di questionari all'utenza/ totale ricoverati Somministrazione di questionari all'utenza/ totale accessi ambulatoriali Redazione piani di miglioramento	% %	DATO AL 31/12/2021	30% 30%	40% 40%	50% 50%	UOS COMUNICAZIONE E URP
PAA 18 g)	Conseguimento degli obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	DISTRETTI SANITARI OSPEDALI ETERRITORIO	Rispetto degli adempimenti previsti	V/F	SI	SI	SI	SI	DIPARTIMENTO OSPEDALITA'
PAA 18 h)	Incremento quantitativi e soddisfacimento dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati	DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	Incremento delle quantità di Plasma	V/F	SI	SI	SI	SI	U.O.C. MEDICINA TRASFUSIONALE
PAA 19 a)	Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scompenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetica media complessità HBA1c(EMOGLOBINA GLICATA) >=6,5 Progetto IGEA; Scompenso Cardiaco a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	DISTRETTI SANITARI	N. Diabetici e Scompenso cardiaco arruolati attivamente / N. pazienti a media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	%	DATO AL 31/12/2021	>= 90%	>= 90%	>= 90%	DISTRETTI SANITARI

N. OBIETTIVO STRATEGICO COLLEGATO	OBIETTIVO OPERATIVO EFFICIENZA/EFFICACIA/SEMPLIFICAZIONE/ DIGITALIZZAZIONE/ ACCESSIBILITA' E PARI OPPORTUNITA'	STRUTTURE ORGANIZZATIVE COINVOLTE/ RESPONSABILI	INDICATORI DI PERFORMANCE	U.M.	BASELINE	TARGET DI PERIODO			FONTE DEL DATO
						2022	2023	2024	
PAA 19 b)	Attuazione delle valutazioni multidimensionali (U.V.M.) effettuate presso il domicilio dell'utenza	DISTRETTI SANITARI	N. valutazioni multidimensionali domiciliarix100 N. valutazioni multidimensionali totali	%	DATO AL 31/12/2021	>=80%	>=90%	>=90%	DISTRETTI SANITARI
PAA 19 c)	Osservanza delle disposizioni di cui all'art. 72 "RETE INTEGRATA DI SERVIZI PER L'AUTISMO" della l.r. 8 maggio 2018 n.8.	DISTRETTI SANITARI E TERRITORIO	Destinare almeno lo 0,2 per cento dell'esomme poste in entrata nel proprio bilancio annuale alla rete integrata di servizi per l'autismo per garantire: <ul style="list-style-type: none"> • Piena funzionalità del centro per la diagnosi ed il trattamento intensivo precoce; • Abbattimento tempi di attesa per l'accesso ai centri pubblici di riabilitazione; • costruzione della rete assistenziale rivolta a soggetti con autismo minori, ragazzi, adolescenti. 	V/F	SI	Espletamento al 100% degli adempimenti previsti	Espletamento al 100% degli adempimenti previsti	Espletamento al 100% degli adempimenti previsti	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
20	REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI P.N.R.R.	U.O.C. TECNICO	Attuazione del 100% delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripartenza e Resilienza	%	0%	100	100	100	U.O.C. TECNICO
21	SVILUPPO DELLA RETE CIVICA DELLA SALUTE	DISTRETTI SANITARI	Raggiungimento del n. previsto di Cittadini Informati Riferimenti civici della salute	N.	DATO ANNO 2021	>anno 2021	>anno 2022	>anno 2023	PIATTAFORMA RETECIVICASALUTE

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Questa terza sottosezione del P.I.A.O. ricomprende le azioni previste nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza P.T.P.C.T. 2022-2024, adottato da questa A.S.P. di Catania con deliberazione n. 736 del 29/04/2022, cui si rinvia per gli specifici contenuti (link: https://www.aspct.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/documenti/2022/20220505/p.t.p.c.t._22-24_asp_ct.pdf), con particolare attenzione alle valutazioni di impatto esterno ed interno, alla mappatura dei processi¹, alla individuazione dei rischi, alla progettazione delle iniziative di contrasto, al monitoraggio dei risultati ed alla attuazione delle norme sulla trasparenza e agli obblighi di pubblicazione².

Come è noto il nucleo di ogni P.T.P.C.T. è il processo di gestione del rischio corruttivo. La norma rileva che un'efficace gestione del rischio di corruzione non si perfeziona con la mera applicazione di misure, ma si fonda su un metodo capace di coinvolgere ogni elemento organizzativo dell'amministrazione nella lettura dei propri processi e nel controllo degli stessi, sviluppando quel senso di responsabilità, e sostenendo il cambiamento culturale connesso alla normativa anticorruzione con la stabilità e la continuità delle scelte strategiche. In quest'ottica, il principio di integrazione è più volte richiamato dalla Determinazione n.12/2015, che ne fa uno dei punti cardine per garantire la sostenibilità delle misure del Piano e per perseguirne l'efficacia, indicando strategicamente il collegamento delle misure di prevenzione agli obiettivi previsti per gli stessi soggetti nel Piano delle performance. Tale processo di integrazione e coordinamento tra il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, ed il Piano della Performance, ha consentito, l'individuazione dei seguenti obiettivi di prevenzione negoziati ed integrati nelle schede di budget delle UU.OO. Aziendali.

Pertanto, gli obiettivi strategici individuati in materia di anticorruzione e trasparenza sono stati declinati in obiettivi operativi declinati in obiettivi di performance organizzativa e individuale e correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva, mediante la loro condivisione con le unità operative interessate alle relative misure e la comune responsabilità nel loro raggiungimento, di cui viene data piena evidenza nelle schede di budget.

Il processo di gestione del rischio è stato quindi impostato a partire da una metodologia, ma anche da alcuni principi da rispettare e valorizzare già ampiamente descritti nel P.T.P.C.T. 2022/2024, al fine di rendere la gestione del rischio un processo di miglioramento dell'organizzazione nel suo

1. https://www.aspct.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/documenti/2022/20220505/allegato_n_1_-_mappature_dei_processi_con_integrazione.pdf

2. https://www.aspct.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/documenti/2022/20220505/allegato_n_2_-_scheda_degli_obblighi_di_publicazione.pdf

complesso e, come ogni processo di miglioramento, condiviso e costantemente presidiato.

Come già precisato nel P.T.P.C.T 2022-2024, tale strategia verrà sostenuta anche per il 2022, mediante il rafforzamento delle misure già in atto ed introducendo le misure in grado di integrare gli obiettivi strategici in materia di trasparenza con gli obiettivi strategico-gestionali e programmatici dell'Azienda.

Da sottolineare l'inserimento della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione all'interno dell'Atto Aziendale giusta Deliberazione n. 56 del 30/01/2022, quale parte dell'assetto istituzionale dell'Ente, funzionalmente collegata alla strategia organizzativa e gestionale dell'Azienda. Infatti, coerentemente con la pregressa normativa - quale il D.Lgs. n.150/2009, la legge n.190/2012 e, in particolare, la delibera CIVITn.6/2013, che individua nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità uno dei quattro strumenti per attuare il ciclo di gestione della performance, insieme con il Piano e la Relazione sulla Performance, il Sistema di misurazione e valutazione della performance e gli standard di qualità dei servizi - la connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza trova conferma anche nel D.Lgs. n.33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, dove all'art.10 si afferma che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione.

Il richiamato D.Lgs. n.33/2013 promuove la creazione di una maggiore comunicazione tra le attività del R.P.C.T. e, in particolare, quelle dell'O.I.V. al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione.

Tali principi sono stati ripresi nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (delibera A.N.AC.n.831/2016), nel quale viene ribadita la previsione di un maggiore coinvolgimento degli organi di indirizzo nella formazione e attuazione dei Piani, i quali, in particolare sono chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

Anche il P.T.P.C. 2022-2024 individua gli obiettivi operativi generali e specifici da collegare al Piano della Performance, adottato con deliberazione n. 170 del 31/01/2022, mediante la loro condivisione con le unità operative interessate alle relative misure e la comune responsabilità nel loro raggiungimento.

Valutazioni di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno risulta determinante per rilevare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'A.S.P. di Catania si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Su tale argomento è stato ampiamente trattato nel P.T.P.C. 2022-2024, cui si

rimanda per i necessari approfondimenti, attesa la *mission* di questa Azienda, la numerosità e peculiarità degli attori coinvolti nei processi/procedimenti che soggiacciono a tutte le attività poste in essere, siano esse sanitarie, che amministrative, e di tutti gli *stakeholder*. La tipicità del contesto è stata anche oggetto di specifica trattazione nella Determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015³, recante "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione", dove è stata dedicata un'apposita sezione relativa alla Sanità e ai processi meritevoli di particolare attenzione dal punto di vista dell'anticorruzione e della trasparenza.

Da qui la necessità di uno specifico approfondimento che consenta adeguati strumenti di lettura della complessità del sistema sanitario, al fine di individuare le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione e le relative misure preventive da attuare. Scopo precipuo è, pertanto, quello di preservare il rilevante patrimonio di competenze e di capacità professionali, per contrastare più efficacemente i comportamenti corruttivi.

In tale contesto viene ribadita la peculiarità del settore sanitario rispetto agli altri settori della pubblica amministrazione, per la specificità di fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, attesa la portata fondamentale del bene salute da tutelare.

Alcuni di questi fattori, a causa dei divergenti interessi in gioco, possono interferire nel rapporto tra la domanda e l'offerta sanitaria, anche per l'intervento di fornitori privati, tenuto conto della complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti, costituendo potenziali elementi di condizionamento nelle scelte discrezionali.

Necessario è il raccordo tra l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel P.T.P.C.T. con gli altri strumenti di programmazione, strettamente connessi ad un'adeguata programmazione e alla valutazione delle performance individuali e dell'organizzazione.

Le misure che si intendono attuare negli anni incidono sia sull'efficienza dell'organizzazione, sull'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche, che sulla trasparenza dei comportamenti tendenti a scoraggiare il verificarsi di fenomeni corruttivi e le situazioni di conflitto di interessi (potenziale e attuale).

Data la peculiarità del territorio di competenza dell'A.S.P. di Catania, comune a tutti i territori della Regione Siciliana e del sud Italia, per fenomeni di criminalità organizzata e di mafia, è fondamentale supportare l'attuazione del P.T.P.C.T. con adeguati strumenti, anche formativi, atti ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori al processo di miglioramento del sistema, anche mediante una concreta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all'interno

3

https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anadocs/Attivita/Atti/determinazioni/2015/PNA%20-%20Aggiornamento%202015_sito.pdf

dell'organizzazione di questa A.S.P.

Tali concetti si traducono in concrete misure di prevenzione generali, trasversali e specifiche, per alcune aree di rischio individuate sulla base di un'attenta analisi degli eventi rischiosi.

Valutazioni di impatto del contesto interno

Analoga importanza riveste l'analisi del contesto interno, al fine evidenziare se la *mission* dell'ente e/o la sua struttura organizzativa possono influenzare l'esposizione al rischio corruttivo c.d. proprio.

Come riportato nell'apposita sezione del P.T.P.C.T. 2022-2024, cap.6.2.2., di cui alla deliberazione n.1804/CS del 22/04/2022, cui si rinvia per i contenuti di dettaglio, l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Catania, in attuazione dell'art.8 della legge regionale n.5 del 14 aprile 2009, nasce dalla trasformazione della preesistente Azienda Sanitaria Locale n. 3. È un ente con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività.

L'A.S.P. ha sede legale in Catania, Via Santa Maria La Grande n. 5, Codice fiscale e Partita IVA n. 04721260877

Il legale rappresentante dell'A.S.P. è il Direttore Generale, che nomina il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

Il sito web dell'A.S.P. è <https://www.aspct.it/>

Così come riportato nell'Atto Aziendale, nell'ambito della propria autonomia e in funzione della propria *mission* istituzionale l'A.S.P. di Catania definisce gli assetti organizzativi, le caratteristiche e le funzioni delle singole articolazioni organizzative, l'attribuzione delle responsabilità di direzione e gestionali, nonché le modalità di interazione tra i vari soggetti aziendali: dipartimenti, distretti, unità operative, unità organizzative. I rapporti gerarchici sono espressi nell'organigramma, direttamente correlato all'Atto aziendale, che rappresenta l'organizzazione aziendale ed i più rilevanti livelli organizzativi e di responsabilità. L'Atto Aziendale, a cui si rimanda, rappresenta pertanto lo strumento fondamentale per definire, nel suo impianto generale, l'assetto dell'A.S.P. di Catania ed il ruolo dei centri organizzativi aziendali. Nell'ambito della propria autonomia l'Azienda definisce gli assetti organizzativi, le caratteristiche e le funzioni delle singole articolazioni organizzative, l'attribuzione delle responsabilità di direzione e gestionali, nonché le modalità di interazione tra i vari soggetti aziendali: dipartimenti, distretti, strutture complesse, semplici e incarichi professionali.

Mappatura dei processi

La mappatura dei processi aziendali consente di identificare quelle determinate criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione ai rischi corruttivi meglio specificati nei vari PNA, da ultimo il PNA 2019⁴, con particolare riguardo a quei processi strettamente connessi al raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

Tale ambito di interesse, che ha interessato la fase di predisposizione del PTPCT 2022-2024⁵, a cui si rimanda per intero, è risultante dell'attività di monitoraggio delle schede delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza del P.T.P.C.T., ove è stato necessario procedere alla revisione e/o aggiornamento della mappatura dei processi a rischio di corruzione contenuti nelle schede di ciascuna delle strutture aziendali interessate, secondo le indicazioni dell'Allegato 1 al PNA 2019 nelle fasi Identificazione, Descrizione, Rappresentazione del rischio, e la ponderazione dello stesso con parametri qualitativi (Rischio = matrice Probabilità / Impatto).

Nello specifico, a seguito dell'attività di revisione delle schede relative alle misure di prevenzione della corruzione relativi ai processi, si è proceduto alla rielaborazione della scheda in questione secondo la nuova mappatura implementando, per ciascun processo / fase / attività, ulteriori elementi di analisi, come riportati nel seguente prospetto, che per motivi di distribuzione del testo viene diviso in due parti.

Fattori abilitanti del rischio corruttivo	Possibili eventi / rischi	PROBABILITA'						IMPATTO					VALUTAZIONE RISCHIO
		Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo /attività esaminata	Opacità del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Giudizio sintetico	Impatto sull'immagine dell'Azienda	Impatto in termini di contenzioso	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio	Danno generato	

Dati, evidenze e motivazione della misurazione applicata	Misure di prevenzione correttive	Tempi di attuazione	Responsabile	Indicatore / Monitoraggio	Target
--	----------------------------------	---------------------	--------------	---------------------------	--------

4

<https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/Allegato%201%20-%20PNA%202019S.pdf>

5

https://www.aspet.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/documenti/2022/20220505/allegato_n_1_-_mappature_dei_processi_con_integrazione.pdf

Per ogni parametro relativo ad entrambi gli indicatori sono stati previsti tre livelli di rischio (Basso, Medio e Alto); una volta attribuiti, nel giudizio sintetico di ciascun indicatore viene riportato il valore di rischio più alto. Il valore del rischio dell'intero processo è determinato dal valore dell'incrocio dei valori di rischio dei due indicatori risultante nella matrice di rischio appositamente elaborata da questo Ufficio, nella quale vengono individuati 4 livelli di rischio (Basso, Medio, Alto, Molto Alto).

Ciò tenuto conto che, di anno in anno, partendo dal rischio inerente di corruzione in assenza di idonee misure di prevenzione, mediante la revisione della mappatura e, quindi delle relative misure introdotte nel tempo, si è registrata la diminuzione del c.d. rischio residuo.

In tale contesto sono stati anche individuati ed introdotti i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla scorta delle priorità emerse in sede di valutazione degli stessi.

Come già previsto fin dal P.T.P.C.T. 2019-2021, la predetta attività di revisione è stata prevista e programmata mediante attività di auditing, al fine di individuare/rivedere e modificare e/o integrare le misure più idonee, mediante attività di condivisione con i responsabili delle UU.OO. interessate.

Tale attività è stata anche scadenzata in ragione delle priorità rilevate, tenuto conto sia delle risorse, soprattutto umane, a disposizione, che della loro sostenibilità, anche per le successive fasi di monitoraggio delle stesse.

Si è proseguito nella necessaria distinzione da un lato tra "misure generali" e "misure trasversali", le quali incidono sull'intero sistema di gestione della prevenzione della corruzione per tutta l'amministrazione, e dall'altro lato "misure specifiche", che incidono sulle criticità individuate nella fase di analisi del rischio, ancorché all'analisi del contesto esterno/interno, nonché di episodi di corruzione o *maladministration* verificatisi nel periodo di riferimento, tenendo presente, comunque, la congruità delle misure stesse rispetto all'obiettivo principale di prevenire il rischio di corruzione.

Ai fini dell'identificazione delle concrete misure di trattamento del rischio, così come indicate dall'ANAC, si è fatto riferimento ai tre requisiti prescritti: efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, sostenibilità economica e organizzativa delle misure, adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, con riferimento a tempistica, responsabilità e indicatori/monitoraggio.

È stata rivolta particolare attenzione alle misure di prevenzione tendenti a regolamentare, proceduralizzare e standardizzare i processi/procedimenti, in stretta connessione con gli obiettivi di miglioramento organizzativo e prestazionale dell'amministrazione, soprattutto ai fini di garantire il rispetto delle regole e la tracciabilità dei percorsi tecnico-amministrativi.

Fondamentale in tal senso è stata l'attenzione della Direzione Strategica e

l'integrazione del P.T.P.C.T. con il Piano della Performance, che ha consentito il pieno coinvolgimento dei Responsabili delle UU.OO. nell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, declinate peraltro quali obiettivi delle schede di budget.

Per la predisposizione del P.T.P.C.T. 2022-2024 si è proceduto alla revisione di alcune schede di misure di prevenzione di corruzione secondo le informazioni ed il feedback rilevati dall'attività di monitoraggio di 1° livello (dei Responsabili delle macrostrutture aziendali cui afferiscono i processi/procedimenti aziendali interessati dall'attività di anticorruzione e trasparenza) e di 2° livello, da parte del R.P.C.T., in stretta sinergia e coordinamento con il Controllo di Gestione, in ossequio a quanto previsto dal PNA. Tale revisione è stata completata mediante le relazioni prodotte da tutte le UU.OO. interessate ed il continuo feedback direttamente rilevato presso di esse, procedendo pertanto a revisionare quelle schede per cui si è ritenuto opportuno o indispensabile la revisione.

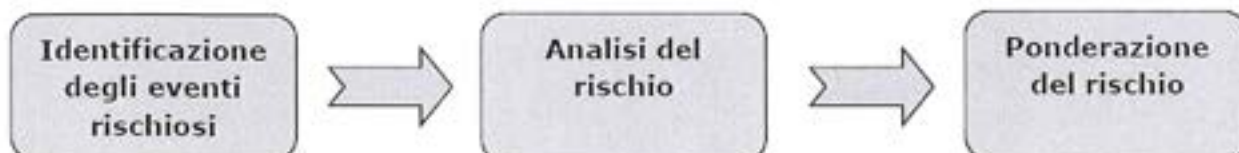
Per ulteriori specifici contenuti riguardo alla mappatura dei processi si rinvia al citato P.T.P.C.T.2022-2024, di cui alla deliberazione n. 736 del 29/04/2022.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

Come specificato nell'apposita sezione del citato P.T.P.C.T. 2022-2024, la identificazione del rischio costituisce il primo passo per la realizzazione del corretto svolgimento della mappatura dei processi. Essa consiste nello stabilire l'unità di analisi, cioè il "processo" e nell'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti dall'amministrazione che, nelle fasi successive, vengono accuratamente esaminati e descritti.

Riguardo alla valutazione del rischio, come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019, essa costituisce la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi, come riportato nel seguente prospetto: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.



Ai fini dell'identificazione dei rischi è, pertanto, necessario:

- a) definire l'oggetto di analisi;
- b) utilizzare opportune tecniche di identificazione e una pluralità di fonti informative;
- c) individuare i rischi associabili all'oggetto di analisi e formalizzarli nel PTPCT.

L'identificazione del rischio o, come meglio specificato, degli eventi rischiosi, ha come obiettivo l'individuazione di quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, mediante cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa è la fase critica della macro-fase, poiché un evento rischioso che non viene identificato non può essere gestito correttamente; pertanto, la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

Tale fase include tutti gli eventi rischiosi, anche quelli che solo ipoteticamente potrebbero verificarsi. Anche in questa fase è di fondamentale importanza il coinvolgimento delle strutture organizzative, poiché i responsabili degli uffici, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte dall'amministrazione (processi/attività/azioni), possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

In ogni caso, il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, deve mantenere un atteggiamento attivo, attento a individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili degli uffici e a integrare, se necessario, il registro dei rischi. In ogni caso, anche gli altri attori del sistema di gestione del rischio contribuiscono attivamente con la conseguenza che una adeguata gestione aziendale del rischio è responsabilità dell'intera amministrazione e non unicamente del R.P.C.T.

Tale processo si completa poi con l'analisi del rischio, che ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Quanto sopra, tenuto conto dell'elenco prodotto per il P.T.P.C.T. 2022-2024, aggiornato (modificato e/o integrato) per il presente Piano, sulla scorta delle indicazioni fatte pervenire dai Responsabili delle strutture aziendali all'uopo interpellate nel processo di revisione della mappatura dei processi.

Per il dettaglio del procedimento adottato a tale proposito dall'ASP di Messina si rinvia al citato P.T.P.C.T 2022-2024.

Di seguito vengono riassunte le fasi che costituiscono l'Analisi dei fattori abilitanti

Stima del livello di esposizione al rischio

Azioni necessarie per l'analisi dell'esposizione al rischio

Indicatori di stima del livello di rischio, con particolare riferimento a:

- livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Ad integrazione di quanto esplicitato nel richiamato P.T.P.C.T., si riportano di seguito le tabelle utilizzate durante la revisione della mappatura come introdotte nel nuovo sistema di gestione del rischio, ed in particolare il metodo di "Ponderazione del rischio", riguardanti le due variabili considerate: **PROBABILITA'** e **IMPATTO**.

INDICATORI DI PROBABILITA'			
STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO			
N.	INDICATORE	LIVELLO DI RISCHIO	DESCRIZIONE
1	Livello di interesse esterno: la presenza di interesse anche economici rilevanti e di benefici per i destinatari dei processi determina un incremento del rischio	ALTO	Il processo/attività determina consistenti benefici economici o di altra natura
		MEDIO	Il processo/attività determina modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		BASSO	Il processo/attività determina benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
2	Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	ALTO	Ampia discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, che comporta la necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		MEDIO	Apprezzabile discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, che comporta la necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		BASSO	Modesta discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, ed assenza di situazioni di emergenza
3	Manifestazioni di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di un evento corruttivo in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	ALTO	Il comportamento corruttivo si è manifestato nel precedente anno nell'Azienda ed è comprovato da dati in possesso dell'amministrazione
		MEDIO	Il comportamento corruttivo si è manifestato nel precedente anno nell'Azienda ed è comprovato da dati/fatti su precedenti giudiziari o su procedimenti disciplinari
		BASSO	Il comportamento corruttivo non è comprovato da dati/fatti
4	Opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio. Presenza di obblighi di pubblicazione	ALTO	Il processo/procedimento è stato oggetto, nell'ultimo anno, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di
		MEDIO	Il processo/procedimento è stato oggetto, negli ultimi tre anni, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato" e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		BASSO	Il processo/procedimento non è stato oggetto, negli ultimi tre anni, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", né di rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
5	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità. Rispetto dei termini di presentazione dei report	ALTO	Il responsabile della struttura aziendale non fornisce le informazioni richieste in modo tempestivo e completo
		MEDIO	Il responsabile della struttura aziendale fornisce le informazioni richieste in modo tempestivo e completo
		BASSO	Il responsabile della struttura aziendale dimostra un approccio proattivo alla gestione del rischio

6	Grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi. Attuazione delle misure previste dal PTPC	ALTO	Il responsabile della struttura aziendale ha effettuato il monitoraggio con notevole ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		MEDIO	Il responsabile della struttura aziendale ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato, ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		BASSO	Il responsabile della struttura aziendale ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate

organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziana, Autorità Amministrativa)		all'Azienda molto rilevanti
	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda sostenibili
	BASSO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda trascurabili o nulli

			l'attuazione delle misure
--	--	--	---------------------------

INDICATORI DI IMPATTO			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE
1	Impatto sull'immagine dell'Azienda: misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	ALTO	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		MEDIO	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		BASSO	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	Impatto in termini di contenzioso: inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		BASSO	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio: inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Azienda	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Azienda
		MEDIO	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Azienda o risorse esterne
		BASSO	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate

Riguardo a tale metodologia di ponderazione dei rischi di corruzione, rispetto alle due variabili di ponderazione, **PROBABILITA'** e **IMPATTO**, nella colonna "Giudizio sintetico", in ciascuna scheda delle misure di prevenzione della corruzione, come precisato alle UU.OO. di volta in volta interessate nella revisione della mappatura del presente Piano, per ciascuna variabile viene indicato, nella colonna "Giudizio sintetico", il giudizio più alto risultante tra le valutazioni espresse per ogni singola voce di entrambe.

Nella colonna "Valutazione rischio" viene riportato il livello di rischio risultante dall'incrocio dei due rispettivi giudizi sintetici espressi della "matrice del rischio" di seguito riportata.

MATRICE DEL RISCHIO			
IMPATTO \ PROBABILITA'	BASSO	MEDIO	ALTO
ALTA	Medio	Alto	Molto alto
MEDIA	Medio	Medio	Alto
BASSA	Basso	Medio	Medio

LEGENDA - VALUTAZIONE ANALISI DEL RISCHIO
Basso
Medio
Alto
Molto alto

Di fatto è stata effettuata una revisione delle ponderazioni effettuate nei precedenti PTPCT, valutando in taluni casi la possibilità di limitarsi a mantenere le misure già esistenti o la individuazione di ulteriori ambiti di intervento con l'introduzione di nuove misure atte a contrastare il fenomeno corruttivo. Per gli opportuni approfondimenti in merito, si rinvia al citato P.T.P.C.T. 2022-2024.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Una volta individuati i rischi corruttivi, è determinante programmare sia le misure "general", così come previste dalla L. n.190/2012, che "specifiche", atte a contenere i rischi corruttivi individuati.

Le misure specifiche sono state quindi elaborate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio rilevato e condiviso con i responsabili delle strutture aziendali interessate, e, pertanto, calibrate sulla base del miglior

rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo, al fine di ridurre al massimo il c.d. rischio residuo, una volta desunto quello inerente.

Le misure così individuate sono state opportunamente revisionate laddove necessario, sia per interventi normativi e/o organizzativi, con particolare riguardo a quelle misure volte al contestuale raggiungimento di più finalità, tra cui la semplificazione, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle azioni/attività dell'A.S.P. di Catania.

La mappatura dei processi aziendali è stata incentrata sulla suddivisione degli stessi nelle 13 aree di rischio indicate nel PNA 2019, con specifico riferimento alle aree di rischio tipiche delle Aziende del SSN, di cui si riporta a seguire specifico prospetto, entro ciascuna delle quali sono state ricondotte le schede delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza delle UU.OO. mappate.

AMMINISTRAZIONI ED ENTI INTERESSATI	N.	AREA DI RISCHIO
TUTTI	1	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GURIDICA DEI DESTINATARI PRIMI DI EFFETTO CONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
	2	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GURIDICA DI EFFETTO E CONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
	3	CONTRATTI PUBBLICI (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
	4	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE (ex acquisizione e alla progressionedel personale)
	5	GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
	6	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI
	7	INCARICHI E NOMINE
	8	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
AZENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	9	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
	10	LISTE D'ATTESA
	11	RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI
	12	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI ALTRE TECNOLOGIE - RICERCA, E SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI
	13	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

La seconda fase del trattamento del rischio consiste nel programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. Tale fase rappresenta un contenuto fondamentale del P.T.P.C.T. in assenza del quale il Piano risulta privo dei requisiti di cui all'art. 1, co 5, lett. a) della legge 190/2012. La programmazione delle misure, inoltre, consente di creare una rete di "responsabilità diffusa" rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, e costituisce principio fondamentale affinché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a sé stessa.

La programmazione operativa delle misure deve essere realizzata prendendo in considerazione almeno gli elementi descrittivi riportati nel seguente prospetto, come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019.

Per il dettaglio delle specifiche schede si rinvia all'Allegato 1 del P.T.P.C.T. 2022-2024 ⁶.

La mappatura di tutti quei processi/procedimenti per i quali è stata realizzata o è in corso di realizzazione un processo di digitalizzazione, verrà considerata ai fini della necessaria conseguente revisione in termini di misure di digitalizzazione, quale strumento rilevante per il contrasto a comportamenti e/o fenomeni corruttivi.

Nella predisposizione del citato PTPCT è stata rivolta attenzione al PNRR e alle refluenze sui processi/procedimenti interessati dalle connesse attività, ancora in fase di programmazione, riguardanti la Missione 6 (Salute), pertanto, in questa fase, non potendo effettuare una puntuale ricognizione di tutte le attività aziendali interessate, si è ritenuto opportuno rinviare ad un momento successivo, presumibilmente entro la fine del 2022, la mappatura dei relativi processi per la predisposizione di adeguate misure di prevenzione di corruzione e trasparenza.

Quanto precisato fermo restando che è comunque già possibile individuare le probabili aree di rischio afferenti alle attività da porre e ai conseguenti processi da mappare:

- CONTRATTI PUBBLICI;
- ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE;
- GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO.

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure.

Come indicato nei PNA 2016 e 2019 dell'ANAC, vengono considerati due livelli di monitoraggio;

- monitoraggio di 1° livello: effettuato dai responsabili delle strutture aziendali rispetto alle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza ad essi afferenti;
- monitoraggio di 2° livello: realizzato dal RPCT sulla scorta delle attività poste in essere dalle strutture aziendali interessate dal P.T.P.C.;
- riesame, laddove si rendesse necessario procedere ad una revisione

⁶ https://www.aspet.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/documenti/2022/20220505/allegato_n.1_-_mappature_dei_processi_con_integrazione.pdf

delle schede delle misure di prevenzione in base al feedback dei monitoraggi sopra citati o per intervenute modifiche normative o assetti organizzativi.

Riguardo alle attività/azioni poste in essere relativamente alle varie misure di prevenzione, il RPCT produce apposita relazione semestrale sull'esito del monitoraggio, con il conseguente eventuale "riesame", nonché apposita relazione consuntiva di attività inerente agli obiettivi contrattuali per l'anno di riferimento, laddove viene rendicontato in merito agli obiettivi declinati anche in sede di negoziazione di budget e riguardanti, nello specifico:

- Implementazione mappatura dei processi secondo le indicazioni del PNA;
- Implementazione sistema di reportistica relativa al monitoraggio e vigilanza sulla corretta applicazione del PTPCT e delle misure preventive ed eventuali interventi correttivi;
- Monitoraggio applicazione delle misure anticorruzione, con particolare riguardo alla rotazione, ai conflitti di interesse, alla Inconferibilità/Incompatibilità per incarichi dirigenziali D.Lgs. n.39/2013, al Whistleblowing;
- Controlli regolari e strutturali finalizzati a verificare la corretta e tempestiva pubblicazione dei dati da parte delle UUOO nella sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente";
- Monitoraggio del Codice di Comportamento;
- Attività propedeutica alla predisposizione del PTPCT 2022-2024;
- Prosecuzione attività formativa sui temi dell'anticorruzione per accrescere le competenze e rinforzare il senso etico e sui contenuti del Codice di comportamento in funzione preventiva del rischio corruttivo (RPCT, dipendenti e UU.OO. maggiormente esposte ad elevato rischio di corruzione);
- Collaborazione con il referente PAC nella stesura di procedure amministrativo-contabili per l'integrazione con i temi dell'anticorruzione.

Sull'applicazione di dette misure si è vigilato mediante incontri ed interventi ad hoc con i responsabili delle UU.OO., report periodicamente inviati dagli stessi oltre il monitoraggio effettuato con l'ausilio del gruppo multidisciplinare di supporto.

Il monitoraggio e la verifica dell'efficacia, previsti con cadenza semestrale con apposite relazioni, sono stati effettuati su tutte le misure previste, sia quelle specificatamente individuate per ogni U.O.C. (allegato 1 PTPCT 2021-2023), che per le misure trasversali alle stesse (Codice di Comportamento aziendale⁷, rotazione dei dipendenti, conflitto d'interesse, monitoraggio del rispetto dei termini per la produzione dei procedimenti, trasparenza), in linea con quanto disposto nella Determinazione A.N.A.C. n.12/2015, dal PNA 2016 e dal PNA 2019.

Come per gli anni precedenti, come già cennato, per l'individuazione delle aree di rischio, la mappatura processi aziendali, l'assegnazione dei coefficienti di rischio e l'individuazione di misure ulteriori di prevenzione, ai fini dell'aggiornamento del PTPCT, sono risultati fondamentali costanti rapporto

con i responsabili delle strutture aziendali interessate.

Si riportano a seguire gli ambiti di intervento più salienti riguardo al monitoraggio dell'anno 2021.

Conflitto di interessi

In coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, nonché le successive indicazioni dell'ANAC nei vari PNA, per tutte le aree di rischio è stata applicata la misura della compilazione dell'apposita "dichiarazione di sussistenza/insussistenza di conflitto", in merito agli interessi e/o alle relazioni che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicano responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali.

Per la verifica dell'applicazione di tale misura sono previsti due livelli di controllo che costituiscono misure ulteriori: il monitoraggio tramite verifica effettuata dal Direttore dell'Unità Operativa sulle dichiarazioni rese dai dipendenti e, ove presente un Direttore di Dipartimento, un'ulteriore verifica a campione sul monitoraggio effettuato. I Direttori delle UU.OO. sono tenuti a monitorare, rilevare e comunicare, con cadenza annuale, la sussistenza di eventuali conflitti di interesse verificatisi nelle UU.OO. di competenza, le ragioni che hanno determinato l'eventuale obbligo di astensione ed i conseguenti adempimenti adottati.

Proprio il "conflitto d'interessi e i modelli di dichiarazione", unitamente ad altri argomenti strettamente connessi (Codice di Comportamento, inconferibilità/incompatibilità, *pantouflage*) è stato oggetto di formazione in presenza prevista per tutti i dipendenti al fine di favorire la massima diffusione dei concetti necessari per la piena consapevolezza del corrispondente "dovere", discendente dallo status del dipendente pubblico (art.54 Costituzione – principi di lealtà, diligenza e servizio esclusivo alla nazione) da parte dei dipendenti, con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti i professionisti interessati. Tale modello di dichiarazione, introdotto dal management aziendale per assicurarne la conforme adozione, vengono utilizzati dal RPCT per incrementare il flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo.

Inconferibilità/Incompatibilità per incarichi dirigenziali D.Lgs. n.39/2013

Come per gli anni precedenti sono state verificate le dichiarazioni rese dal *top management* aziendale ovvero il Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo. La verifica delle dichiarazioni di inconferibilità di incarichi del personale (U.O.C. Gestione del Personale Dipendente, U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, U.O.C. Attività Amministrative Territoriali e Gestione del Personale Convenzionato) è proceduralizzata secondo le indicazioni riportate nel PTPCT, come da cronoprogramma, previa acquisizione delle stesse.

Whistleblowing

Il sistema, implementato dall'A.S.P. di Catania con la Deliberazione n.1 994 del 10/06/2022⁸ – adozione del Regolamento per la gestione delle segnalazioni di illeciti e per la tutela del *whistleblower* ai sensi dell'art.- 54 bis del D.Lgs. n. 165/2001, con Sistema informativo appositamente dedicato (con garanzia di anonimato), in tutte le procedure previste e appositamente regolamentate, è stato ampiamente pubblicizzato sia sul sito, sia mediante e-mail personale a tutti i Dipendenti, sia mediante gli interventi formativi, che vi hanno dedicato un apposito spazio. Nonostante la campagna di diffusione effettuata dall'Azienda, la pratica della segnalazione degli illeciti ha sinora registrato una scarsa capacità di penetrazione: come tutti i processi culturali richiede tempi medio-lunghi per produrre il cambiamento. Si ritiene che ciò possa essere favorito dall'efficacia delle misure di tutela che ne garantiscono l'anonimato del segnalante, la protezione delle informazioni e la riservatezza dei canali comunicativi.

In particolare si richiamano le Linee Guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità (delibera ANAC n.469 del 09/06/2021⁹). Inoltre, la Direttiva Europea sul Whistleblowing (2019/1937¹⁰), pubblicata a dicembre 2019, prevede l'adozione di nuove misure a tutela di tutti coloro che segnalano un illecito del Diritto dell'Unione così come l'implementazione obbligatoria di canali di segnalazione all'interno di aziende e organizzazioni con più di 50 dipendenti.

Programmazione dell'attuazione della trasparenza

In una delle sue definizioni la trasparenza viene descritta come accessibilità totale delle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività delle PA, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo democratico sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Come indicato nella l. 190/2012, nell'art. 10, co. 1 d.lgs. 33/2013 e da ultimo ribadito nel PNA 2019 (Parte III, § 4.3), nella sezione trasparenza del PTPCT devono essere indicati i nominativi dei responsabili dell'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013. È altresì consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all'interno dell'organigramma dell'ente.

La programmazione delle misure inerenti alla trasparenza comprendono anche il relativo monitoraggio, ai sensi del decreto legislativo n. 33 del 2013, nonché le misure organizzative per garantire l'accesso civico, "semplice" e "generalizzato".

Negli ultimi anni, la trasparenza nella PA sta assumendo un ruolo centrale nelle politiche contro la corruzione, anche in relazione ad un diverso rapporto con il cittadino in termini di *accountability*, con particolare riguardo alla creazione di Valore Pubblico.

⁸ <https://www.aspct.it/anticorruzione/per-il-dipendente-asp-ct/documenti-asp-ct/regolamento-whistleblowing-2022-asp-ct.pdf>

⁹ <https://www.anticorruzione.it/-/delibera-numero-469-del-9-giugno-2021-e-linee-guida>

¹⁰ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L1937&from=RO>

La normativa in materia di Trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni (D.Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Ls. n.97/2016) ha riordinato e integrato le disposizioni in materia di pubblicità e diffusione dell'informazione da parte dei soggetti pubblici, potenziando anche gli strumenti con cui i cittadini possono accedere (accesso civico "semplice" e accesso civico "generalizzato") alle informazioni e ai dati detenuti dalle pubbliche amministrazioni.

Tale novità normativa costituisce una rilevante conquista atta ad un migliore rapporto tra PA e cittadini, basato su più elevati standard relazionali, riguardo alle informazioni e dati che, nel loro insieme, trovano un utilizzo nella produzione di Valore Pubblico.

I dati aperti detenuti dalle pubbliche amministrazioni costituiscono patrimonio preziosissimo della collettività, il cui ottimale utilizzo è determinante per il processo decisionale del management. Per far ciò è necessaria un'adeguata formazione dei potenziali fruitori circa la ricerca delle fonti, l'uso dei dati e la loro verifica, supportata con apposite banche dati, portali e piattaforme digitali. Anche questo processo virtuoso, pertanto, può portare alla creazione di valore pubblico, in termini di miglioramento dei processi decisionali, di innovazione dei servizi e dei processi produttivi.

Come in precedenza, anche nel P.T.P.C.T. 2022-2024, è stata conferita diretta competenza e responsabilità ai Direttori delle UU.OO. degli obblighi di pubblicazione come riportato nell'allegato 2 al predetto Piano¹¹.

Ciò ha garantito un rilevante continuo miglioramento soprattutto in termini di "qualità" delle informazioni, anche se permane la criticità dell'uso di formati talvolta non adeguati. Il mancato completo adeguamento alla normativa è dovuto in gran parte alla carenza di risorse umane dedicate. E' stato affidato ad una società esterna l'incarico di revisionare il sito web dell'A.S.P. secondo normativa vigente ed è tutt'ora in corso la formazione di un nuovo sito web che sostituirà l'attuale.

Con particolare riferimento alla trasparenza e ai controlli regolari e strutturali finalizzati a verificare la corretta e tempestiva pubblicazione dei dati da parte delle UU.OO. nella sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente", viene condotto il monitoraggio sulla pubblicazione dei dati. A causa della mole di dati e documenti soggetti a pubblicazione, la trasposizione delle informazioni, dal vecchio sito al nuovo, sta avvenendo con qualche difficoltà ma può presumersi che entro l'anno il nuovo sito sia reso pubblico.

Si registra la collaborazione tra il RPCT e il RPD (DPO). A tal fine si precisa il subentro di altro DPO nel corso del 2022. Efficace l'attività di consulenza riguardo al contemperamento e bilanciamento tra gli obblighi di pubblicazione e la normativa in materia di tutela di dati personali.

Come già rappresentato, nel corso del 2021, in occasione del monitoraggio dell'O.I.V. ai fini delle verifiche sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla Delibera ANAC n.294 del 13/04/2021, recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021 e attività di vigilanza dell'Autorità", il relativo monitoraggio sugli adempimenti inerenti gli obblighi di pubblicazione ivi

11 https://www.aspct.it/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/documenti/2022/20220505/allegato_n_2_-_scheda_degli_obblighi_di_pubblicazione.pdf

individuati di cui al D.Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, previsti per le pubbliche amministrazioni all'Allegato 2.1. della predetta deliberazione ANAC ed inerenti questa ASP, ha fatto rilevare una sostanziale e complessiva valutazione positiva.

Le attività poste in essere nell'ambito di tale obiettivo hanno consentito di ottenere un sostanziale generale miglioramento, in termini di quantità e qualità, delle attività di monitoraggio pianificate, programmate e realizzate, con un costante aggiornamento delle pubblicazioni.

Nel P.T.P.C.T. 2022-2024 cui si rimanda, è stata prevista apposita Sezione n. 2 dedicata alla "trasparenza", con particolare riferimento ai principi generali, alle finalità e agli obiettivi, alla pubblicazione dei dati e alle relative responsabilità, nonché alle misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi. Inoltre sono state previste apposite, modalità di coinvolgimento degli *stakeholder*, le iniziative di comunicazione della trasparenza, con particolare riferimento alla "giornata della trasparenza", tenuta ogni anno. Una sottosezione specifica è stata dedicata anche all'accesso civico, nelle sue declinazioni di accesso civico "semplice" e accesso civico "generalizzato", con la esplicazione delle modalità e modulistiche messe a disposizione degli utenti.

Obiettivi specifici della sottosezione di programmazione – Rischi corruttivi e trasparenza

Alla luce degli orientamenti strategici generali della Legge n. 190/2012:

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

Con il presente atto, relativamente alle misure di prevenzione della legalità di trasparenza, si individuano i seguenti obiettivi strategici aziendali:

1. Sviluppare i processi di informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati in "amministrazione trasparente" e delle dichiarazioni di tutti gli operatori sui conflitti di interesse.
2. Sviluppare misure organizzative volte ad integrare il monitoraggio dell'attività del PTPCT ed i momenti di controllo interno.
3. Incrementare la formazione rivolta a tutti gli operatori.
4. Continuare nei processi di approfondimento delle aree di rischio mappate nel triennio precedente, aggiornando e consolidando le specifiche procedure PAC che implicano valutazioni in termini di gestione dei rischi corruttivi.
5. Sviluppare, nell'ambito dei sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, in uso in Azienda, quali migliorie apportate in termini di *accountability* circa l'attuazione di misure di prevenzione.

6. Prevedere che gli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza siano coordinati con il PTPCT e la Relazione annuale sulla Performance organizzativa ed individuale e con il Sistema di misurazione e valutazione dei risultati.
7. Indicizzare sito web aziendale (sezione Amministrazione Trasparente) per misurare "l'interesse" dei cittadini sui dati pubblicati.
8. In considerazione del nutrito numero di adempimenti da porre in essere, anche in relazione alla complessa articolazione aziendale dell'ASP di Catania, si rende necessario procedere alla predisposizione di un "cronoprogramma dell'attività" connesse all'applicazione del compendio normativo in tema di legalità amministrativa e alle misure specifiche previste nel presente PTPCT. Il cronoprogramma costituisce un documento dinamico soggetto, pertanto, ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel tempo e in ragione dei cambiamenti organizzativi aziendali che, inevitabilmente, coinvolgeranno anche le aree di rischio già individuate. Le verifiche di che trattasi verranno effettuate dall'RPCT e dai collaboratori a supporto dell'Ufficio.
9. Ricognizione e aggiornamento elenco dei referenti aziendali. In considerazione del carattere altamente complesso dell'organizzazione aziendale, l'RPCT, come previsto dal PNA 2016, può avvalersi di Referenti che svolgono attività informativa per consentirgli di avere riscontri immediati per la predisposizione e il monitoraggio del PTPCT, nonché sull'efficace attuazione delle misure di prevenzione della Corruzione ivi previste. Su invito del RPCT, entro il 30.10.2022 i Direttori di ogni dipartimento dell'Azienda dovranno provvedere ad individuare almeno n. 1 referente per ciascuna unità, appartenente alla Dirigenza o al Comparto. I nominativi dei Referenti dovranno essere comunicati all'RPCT che provvederà a predisporre apposita deliberazione, con l'elenco così predisposto, che verrà comunicato sul sito internet www.aspct.it – Amministrazione Trasparente – Referenti dipartimentali prevenzione della corruzione e la trasparenza. Fermo restando che gli adempimenti in materia di prevenzione della Corruzione rimangono ascritti in capo ai Direttori dei Dipartimenti, ai Direttori delle UU.OO.CC. e ai Responsabili delle SS. Dipartimentali, i Referenti, fungendo da raccordo funzionale, dovranno collaborare con l'RPCT per il compimento delle attività di monitoraggio e di verifica degli adempimenti specifici previsti nel PTPCT.
10. L'aggiornamento del sito web dell'ASP di Catania e della piattaforma digitale di accesso agli atti amministrativi di cui al D.Lgs. n. 33/2013 denominata "Amministrazione Trasparente".
11. L'implementazione della qualità delle pubblicazioni dei dati e delle informazioni sul sito istituzionale, in ragione dei principi di accessibilità, nonché di elevata usabilità, reperibilità, completezza di informazione, chiarezza di linguaggio, affidabilità, semplicità di consultazione, qualità, omogeneità ed interoperabilità, per consentire un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Amministrazione e per sollecitare e agevolare la partecipazione dei cittadini.
12. L'introduzione nel sito istituzionale dell'indicatore del numero delle visite degli utenti.
13. Proposta d'adozione di un Registro degli accessi pubblici (civico e

generalizzato) con l'indicazione dell'esito dell'istanza.

14. Proposta di progetti di formazione specifici in tema di etica, integrità e legalità.

15. Monitoraggio delle procedure disciplinari trattate dall'UPD. L'Ufficio Procedimenti Disciplinari dovrà comunicare al RPCT, annualmente con scadenza 30/11/2022, il numero e l'esito dei procedimenti istruiti per violazioni al Codice di Comportamento con le eventuali sanzioni irrogate. Ove nel corso dell'anno dovessero registrarsi condotte anti-disciplinari nuove e non previste dall'attuale Codice, al fine di colmare vuoti normativi, l'UPD trasmetterà apposita relazione informativa sulla nuova fattispecie. I Direttori dei Dipartimenti e delle UU.OO.CC. dovranno, altresì, comunicare entro il 30/11/2022 al RPCT una relazione con l'elencazione in forma anonima delle condotte contrarie al Codice di Comportamento poste in essere dai dipendenti delle UU.OO. dagli stessi dirette.

16. Predisporre un questionario per i cittadini/utenti sull'utilizzo della sezione "Amministrazione Trasparente" che permetta di conoscere le opinioni in merito alla qualità delle informazioni presenti, indicare il livello di interesse. Il questionario consentirà di avere un riscontro su quanto pubblicato e di apportare i necessari miglioramenti, anche in base ai suggerimenti forniti dagli utenti stessi.

17. In termini di rapporto tra il PTPCT e le attività di contenimento della pandemia da Covid-19, per il triennio 2022 – 2024, appare utile: a. Confermare le azioni e le misure previste nel PTPCT 2021; b. Integrare i processi di analisi sulle azioni e sulle misure messe in capo e/ o ancora da avviare per la gestione del contenimento della pandemia da Covid-19 al termine dello stato di emergenza.

3 SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'attuale assetto organizzativo dell'azienda è quello contenuto nell'Atto Aziendale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania di cui alla deliberazione n° 370 del 17.04.2020 con la quale si è preso atto dell'approvazione dello stesso intervenuta con Decreto n°111 del 19 febbraio 2020 dell'Assessorato regionale della Salute.

L'atto aziendale vigente è reperibile sul sito internet aziendale, come da seguente percorso:

<https://www.aspct.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general.aspx>

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Per "lavoro agile" si intende una attività – effettuata, in remoto, con o senza l'utilizzo di strumentazione tecnologica -, realizzata dal lavoratore in forma indipendente ma vincolata a tempi di lavoro e di reperibilità, pur se con modalità operative adeguatamente elastiche.

Questa definizione è differente da quanto associabile al concetto di "smart working", laddove, per il lavoratore, non esistono vincoli di sorta per l'effettuazione dell'attività atta al raggiungimento degli obiettivi concordati con

l'Azienda.

La regolamentazione in Azienda del lavoro agile è effettuata secondo i principi della Legge n. 81/2017 e compatibilmente alle previsioni di cui all'ipotesi di CCNL del comparto sanità attualmente in fase di approvazione, fatte salve le necessarie modifiche che dovessero rendersi necessarie in vigore del nuovo contratto nazionale di lavoro, oltre che in adeguamento ai prossimi contratti nazionali per il personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale.

Oggetto

Il lavoro agile è consentito al personale con vincolo di subordinazione in servizio presso la Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, per lo svolgimento delle prestazioni lavorative contrattualmente dovute, in ambienti diversi dalla sede di lavoro nel rispetto dell'orario istituzionale ordinariamente assegnato e del raggiungimento degli obiettivi di massima stabiliti con il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza, durante l'espletamento dell'attività nella suddetta modalità in agile autorizzata, e ponendo, in fase di valutazione strategica ed applicativa, particolare attenzione alla tutela della salute dei lavoratori ed al loro benessere sociale e lavorativo.

Per lo svolgimento del lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è indispensabile che sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità.

Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Il lavoro agile è 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. La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda o Ente e in parte all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale. Ove necessario per la tipologia di attività svolta dai lavoratori e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, il lavoratore concorda con l'Azienda o Ente i luoghi ove è possibile svolgere l'attività. In ogni caso nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore nonché la piena operatività della dotazione informatica e ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Ente che vengono trattate dal lavoratore stesso. A tal fine, l'Azienda o Ente consegna al lavoratore una specifica informativa in materia. Il lavoratore collabora con l'amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro. L'amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti del dipendente incoerenti con quanto indicato nell'informativa di cui al capoverso precedente, e comunque incompatibili con un corretto svolgimento della prestazione lavorativa.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto. Fatti salvi gli istituti contrattuali non compatibili con la modalità a distanza, il dipendente conserva i medesimi diritti e gli obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza ivi incluso il diritto ad un trattamento economico non inferiore a quello complessivamente applicato nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime attribuzioni esclusivamente all'interno dell'Azienda o Ente, con le precisazioni di cui in appresso. Sono parimenti applicabili le norme di carattere disciplinare e contenute nel codice di comportamento aziendale vigente.

L'Azienda o Ente garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza.

Principi e criteri per lo svolgimento del lavoro agile

- a) invarianza dei servizi resi all'utenza;
- b) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, con prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza;
- c) adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile;
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato;
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore;
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile, ovvero:
 - I. le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione;
 - II. le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- g) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti;
- h) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.

Obiettivi del Lavoro Agile

Con il lavoro agile la Azienda Sanitaria Provinciale di Catania intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

- a) aumento della produttività e qualità del lavoro;
- b) acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza;

- c) riduzione delle assenze dal servizio;
- d) risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche obiettivo da ottenersi anche attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro;
- e) miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata;
- f) maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di struttura e individuali;
- g) maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione
- h) maggiore soddisfazione dell'organizzazione del proprio lavoro;
- i) maggior benessere organizzativo;
- l) diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati;
- m) conseguente rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance;
- n) promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea;
- o) promozione e diffusione delle tecnologie digitali e connessa razionalizzazione delle risorse strumentali;
- p) contribuzione allo sviluppo sostenibile.

Adesione al lavoro agile

L'accesso al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori – siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale e indipendentemente dal fatto che siano stati assunti con contratto a tempo indeterminato o determinato – in particolare:

l'Azienda individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, fermo restando che sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo di strumentazioni o documentazioni non usufruibili in modalità remoto. Tale individuazione è oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali per la definizione dei criteri generali e di priorità per l'accesso a tale modalità di lavoro.

L'Azienda o Ente nel dare accesso al lavoro agile ha cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico, nonché con le specifiche necessità tecniche delle attività. Fatte salve queste ultime, e fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative nel tempo vigenti nonché l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza, l'Azienda – parimenti previo confronto-, avrà cura, fermo restando quanto previsto nel periodo precedente, di facilitare l'accesso al lavoro agile ai lavoratori che si trovino in condizioni di particolare necessità, non coperte da altre misure.

Accordo individuale

L'accordo individuale è stipulato per iscritto ai fini della regolarità amministrativa e della prova. Ai sensi degli artt. 19 e 21 della legge n. 81/2017, esso disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda e Ente, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro ed agli strumenti utilizzati dal lavoratore che di norma vengono forniti dall'amministrazione.

L'accordo deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- a) durata, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- c) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge n. 81/2017;
- d) ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- e) indicazione della fascia di cui al successivo punto (Articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione);
- f) i tempi di riposo del lavoratore che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- h) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro agile ricevuta dall'amministrazione.

In presenza di un giustificato motivo, ciascuno dei contraenti può recedere dall'accordo senza preavviso indipendentemente dal fatto che lo stesso sia a tempo determinato o a tempo indeterminato.

Principi e criteri sulla prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

- a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro;
- b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa. Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo contrattualmente riconosciuto a cui il lavoratore è tenuto, nonché

il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Nella fascia di contattabilità, il lavoratore può richiedere, ove ne ricorrano i relativi presupposti, la fruizione dei permessi orari previsti dai contratti collettivi o dalle norme di legge quali, a titolo esemplificativo, i permessi per motivi personali o familiari, i permessi sindacali, i permessi per assemblea e i permessi di cui all'art. 33 della legge n.104/1992. Il dipendente che fruisce dei suddetti permessi, per la durata degli stessi, è sollevato dagli obblighi di cui sopra per la fascia di contattabilità.

Nelle giornate in cui la prestazione lavorativa viene svolta in modalità agile non è possibile effettuare lavoro straordinario, trasferte, lavoro disagiato, lavoro svolto in condizioni di rischio. Non è altresì riconosciuto il diritto alla mensa o alla modalità alternativa del buono pasto.

In caso di problematiche di natura tecnica e/o informatica, e comunque in ogni caso di cattivo funzionamento dei sistemi informatici, qualora lo svolgimento dell'attività lavorativa a distanza sia impedito o sensibilmente rallentato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva informazione al proprio dirigente o responsabile. Questi, qualora le suddette problematiche dovessero rendere temporaneamente impossibile o non sicura la prestazione lavorativa, può richiamare il dipendente a lavorare in presenza. In caso di ripresa del lavoro in presenza, il lavoratore è tenuto a completare la propria prestazione lavorativa fino al termine del proprio orario ordinario di lavoro.

Per sopravvenute esigenze di servizio il dipendente in lavoro agile può essere richiamato in sede, con comunicazione che deve pervenire in tempo utile per la ripresa del servizio e, comunque, almeno il giorno prima. Il rientro in servizio non comporta il diritto al recupero delle giornate di lavoro agile non fruito.

Il lavoratore ha diritto alla disconnessione. A tal fine, fermo restando quanto sopra specificato per la fase di inoperabilità, negli orari diversi da quelli ricompresi nella fascia di contattabilità non sono richiesti contatti con i colleghi o con il dirigente per lo svolgimento della prestazione lavorativa, la lettura delle email, la risposta alle telefonate e ai messaggi, l'accesso e la connessione al sistema informativo dell'Azienda o Ente.

Formazione nel lavoro agile

Al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile, nell'ambito delle attività del piano della formazione saranno previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.

Tale formazione dovrà perseguire l'obiettivo di formare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione, la condivisione delle informazioni e la salute e sicurezza sul lavoro.

Modalità per richiesta di accesso al lavoro agile

I dipendenti dell'Azienda (dirigenza e comparto) con contratto di lavoro sia a

tempo indeterminato sia a tempo determinato di qualsiasi profilo dei ruoli amministrativo, tecnico, professionale e sanitario (compatibilmente alle specifiche attività istituzionali) potranno presentare richiesta di autorizzazione mediante compilazione di apposito modello indirizzato al proprio Dirigente di struttura (Direttore di U.O.C. o Dirigente responsabile di U.O.S.D), previa condivisione con quest'ultimo. In detta richiesta dovranno essere indicate le modalità di svolgimento del lavoro agile, sulla base delle disponibilità tecnologiche proprie, (PC, telefono, linea ADSL, ecc. con oneri a carico del lavoratore), potendo questa ASP assicurare l'utilizzo degli applicativi aziendali unicamente qualora il lavoratore garantisca, con attrezzature proprie, il dovuto collegamento internet, almeno nell'attuale fase, fino all'eventuale diverso adeguamento dei sistemi informatici.

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza valuterà l'istanza del lavoratore tenendo conto, prioritariamente, delle seguenti condizioni, come nel seguente ordine:

- a. Lavoratore portatore di patologie invalidanti, auto certificate e/o documentate attraverso certificazione proveniente da medici di struttura pubblica (Decreto Min. della Salute 04/02/2022);
- b. Lavoratore che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92 (autocertificazione);
- c. Lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età - a seguito o meno della contrazione dei servizi educativi scolastici (autocertificazione – ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ecc.);
- d. Lavoratore la cui residenza/domicilio/dimora è posto a distanze uguali o superiori ai 50 Km dalla sede di lavoro (autocertificazione);
- e. Lavoratrice madre in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.lgs. 151/2001 (autocertificazione);
- f. Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate (documentazione a sostegno).

I requisiti sopra elencati devono essere posseduti al momento della presentazione della istanza.

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del lavoro agile contemperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura. In ogni caso il lavoro agile non potrà essere svolto contemporaneamente da una percentuale di dipendenti della struttura (U.O.C. o U.O.S.D.) superiore al 15% di quelli in servizio nella stessa.

In presenza di una richiesta di accesso alla modalità lavoro agile da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di struttura sarà il diretto responsabile sovraordinato gerarchicamente a valutare e, nel caso, autorizzare, la richiesta per l'accesso all'istituto.

Tutte le istanze devono essere valutate avendo a riferimento la complessiva organizzazione aziendale e la garanzia di funzionamento che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, che, per il tramite delle proprie unità operative, deve assicurare per l'assolvimento dei livelli essenziali di

assistenza e garantire il diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione e disciplinato nelle forme sancite dalla legge n. 833/1978 e dal d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

Il Dirigente di struttura dovrà trasmettere l'elenco degli autorizzati al lavoro agile, unitamente alla rilasciata autorizzazione, all'U.O.C. Organizzazione Aziendale e Risorse Umane Dipendenti. Al lavoratore ammesso al lavoro agile dovrà essere consegnata copia dell'informativa di cui all'art. 22, comma 1, del decreto legislativo n.81/2008 e s.m.i.. Il Dirigente di struttura dovrà acquisire attestazione di ricezione, da parte del lavoratore, di detta informativa.

Il lavoro agile sarà autorizzato per un periodo determinato non inferiore a mesi tre, fatte salve motivate deroghe per periodi inferiori. Al fine di garantire un'efficace interazione con la struttura di appartenenza ed un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il lavoratore ammesso al lavoro agile è tenuto ad essere a completa disposizione dell'Amministrazione durante l'orario di lavoro svolto a casa a mezzo telefono, il cui numero deve essere comunicato dall'interessato in sede di compilazione della richiesta. L'apparecchio telefonico dovrà rimanere libero al fine di consentire i contatti di cui sopra. Laddove il dipendente sia in possesso di cellulare aziendale, dovrà essere attivata la deviazione di chiamata dal numero fisso della postazione di lavoro al cellulare medesimo.

La modalità di lavoro agile, sulla base di comprovate esigenze organizzative, potrà essere autorizzata, e, di conseguenza, effettuata, anche in presenza di soluzione di continuità (giornate intervallate) ed anche in regime di part time verticale o orizzontale (solo in alcuni giorni della settimana o in certe ore della giornata), non escludendosi la possibilità di accedere temporaneamente agli uffici per reperire documentazione necessaria allo svolgimento delle attività autorizzate.

Le regole di cui sopra saranno contenute nell'accordo individuale che verrà sottoscritto nella fase a regime del lavoro agile, che, comunque, potrà essere avviato su decisione dell'Amministrazione anche in una fase anteriore, purché non si prescindano dalle prescrizioni prestabilite.

Strumentazione consentita e sede di lavoro

È consentito il lavoro agile ai possessori di PC, dotati di antivirus, da connettere con gli applicativi aziendali normalmente utilizzati dai lavoratori interessati ai fini di svolgimento di attività istituzionale e disponibilità di connessione internet propria (es. ADSL, Hotspot da Smartphone). Il lavoratore attesterà la propria presenza attraverso inserimento dei dati richiesti sul portale IRISWEB con le modalità indicate dalla competente U.O.C. Gestione Informatica dei Servizi, anche apponendo apposito giustificativo ivi indicato.

Il lavoro agile dovrà essere svolto di norma presso la residenza o il domicilio del lavoratore che siano stati ritualmente comunicati ad ASP Catania. Le spese connesse all'espletamento dell'attività lavorativa presso la propria residenza/domicilio/dimora, riguardanti i consumi elettrici, le spese di manutenzione e gestione dei dispositivi, ecc. sono a totale carico del dipendente.

Attori coinvolti e rispettivi adempimenti

U.O.C. Organizzazione Aziendale e Risorse Umane Dipendenti -U.O.S. Gestione Personale Dipendente

- a) Recepisce la normativa vigente e subentrante in materia per proporre le eventuali modifiche alla regolamentazione del lavoro agile;
- b) Coordina e monitora le autorizzazioni al lavoro agile, nonché aggiorna, trimestralmente, le percentuali di lavoratori in regime di lavoro agile;
- c) Effettua, ai fini assicurativi, le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro;

Comitato Unico di Garanzia -C.U.G.-

- a) È garante dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contro ogni forma di discriminazione nei confronti dei lavoratori, intervenendo dunque anche in caso di controversie relative all'applicazione dell'organizzazione del lavoro agile;

Organizzazioni Sindacali

Sono interessate dall'Azienda, come normativamente previsto, ed intervengono con specifiche proposte nello spirito di un confronto collaborativo finalizzato ad un progetto il più possibile condiviso.

Dirigente responsabile di struttura

- a) Garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza anche attraverso il rispetto della tempistica stabilita normativamente per la chiusura dei procedimenti e per l'esecuzione delle proprie attività, il tutto a prescindere dal regime (modalità) in cui opera il personale;
- b) Organizza la propria struttura e, laddove necessario, ne rivede i processi in un'ottica di miglioramento continuo, attuando un'evoluzione operativa tesa al coinvolgimento dei collaboratori che effettuano l'attività in modalità Lavoro Agile, ad una logica per risultato;
- c) Individua le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in modalità lavoro agile definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore in modalità agile, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione;
- d) Concorre all'individuazione del personale da avviare al lavoro agile, anche alla luce della condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale/ bisettimanale/ mensile/ trimestrale/ semestrale/ annuale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza.

U.O.C. Gestione Informatica dei Servizi

- a) Stabilisce le policy di sicurezza logica per l'implementazione della connessione da remoto;
- b) Verifica, attraverso il supporto del gruppo di conduzione tecnico, la compatibilità della dotazione del dipendente per l'effettuazione delle attività in remoto;
- c) Autorizza l'attivazione della connessione sicura (VPN) e degli ulteriori

elementi di sicurezza (token per l'autenticazione a doppio fattore) da parte del gruppo di conduzione tecnico;

d) Monitora costantemente le connessioni attive per l'accesso da remoto dei servizi erogati dai Sistemi Informativi Aziendali;

e) il D.P.O. fornisce le linee guida per la compliance privacy delle attività effettuate in remoto.

U.O.C. Servizio di Prevenzione e di Protezione

Fornisce le linee guida di comportamento in materia di sicurezza anche per l'attività da remoto.

U.O.C. Controllo di Gestione

Determina, in collaborazione con l'U.O.C. Risorse Umane, le linee guida per la valutazione della Performance Individuale per l'attività effettuata in modalità lavoro agile.

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

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di verificare, così come effettuato per il piano della performance, anche per l'organizzazione del lavoro agile, la definizione e l'applicazione degli indicatori di performance per tutti i soggetti coinvolti, secondo l'applicazione di parametri di efficacia quantitativa, qualitativa e temporale che tengano conto altresì della qualità percepita e dell'impatto sociale, ambientale ed economico.

Sospensione/Termine

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza ed il lavoratore agile concordano la sospensione/termine delle attività in modalità lavoro agile al mancare temporaneo/cessare dei presupposti che ne hanno determinato l'esigenza.

È possibile comunicare l'immediata sospensione/termine per il dipendente della modalità in lavoro agile da parte dell'Azienda, per gravi inadempimenti dello stesso o per motivate ed improrogabili sopravvenute esigenze organizzative. In tale fattispecie, il dipendente è tenuto a presentarsi nella propria sede lavorativa nella giornata lavorativa immediatamente successiva alla data di sospensione/termine.

Il lavoratore può richiedere la sospensione/termine dell'attività in modalità lavoro agile all'Azienda, per il venir meno delle condizioni soggettive rappresentate nell'istanza di richiesta presentata: in tal caso il dipendente rientrerà nella sede lavorativa solo a valle della specifica autorizzazione del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE (PTFP)

Il Piano Triennale dei Fabbisogni vigente dell'A.S.P. di Catania in calce riportato, è quello da ultimo aggiornato per il triennio 2022-2024 con deliberazione n° 996 del 10.06.2022, a modifica parziale del Piano approvato con atto deliberativo n. 358 del 25.02.2022.

In esso è indicato per ognuno dei tre anni e per ruolo, profilo ed eventuale disciplina, il personale da reclutare attraverso le procedure ordinarie concorsuali oltre che di stabilizzazione, nel rispetto e nei limiti del tetto di spesa attualmente assegnato a questa Azienda ed in coerenza per l'anno in corso alla cifra stanziata nel bilancio economico di previsione per l'anno 2022.

Il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) è concepito in coerenza con l'organizzazione delle strutture e con la pianificazione pluriennale delle attività al fine della necessaria copertura del numero di risorse umane, intesi come singoli dipendenti, e nei limiti delle risorse disponibili.

Tale processo consente di individuare l'effettivo fabbisogno di personale necessario a garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza, rispettando l'equilibrio di bilancio.

Una programmazione in tal senso favorisce il perseguimento della più ampia finalità di contribuire a garantire la tutela della salute degli assistiti nell'ambito della previsione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa.

Dalla complessiva verifica dei compiti istituzionali dell'Azienda in rapporto agli obiettivi assegnati, alle competenze ed alle attività da svolgere discende la definizione del Piano e le risorse umane occorrenti in termini qualitativi e quantitativi.

Nell'esigenza di coniugare l'ottimale impiego delle risorse umane disponibili con gli obiettivi di performance organizzativa nel rispetto dei limiti di spesa assegnati, nasce il concetto di fabbisogno da intendere sotto un duplice profilo: quantitativo, partendo dall'esistente per arrivare al reclutamento del personale necessario ad assolvere la mission aziendale;

qualitativo, riferito alle tipologie di professioni e competenze professionali meglio rispondenti alle esigenze dell'Azienda, anche tenendo conto delle professionalità emergenti in ragione dell'evoluzione dell'organizzazione del lavoro e degli obiettivi da realizzare, non sottacendosi la particolare fase emergenziale vissuta che non può non avere riflessi concreti sulla programmazione delle assunzioni per il prossimo triennio.

Ciò posto, la determinazione del fabbisogno è stata operata sulla base dell'articolazione del personale per ruolo e profilo gestionale, delle esigenze

delle singole strutture aziendali, dei tempi di attuazione dei documenti programmatici, della modalità di reclutamento a tempo indeterminato.

Sono da tenere in considerazione, altresì, i posti che si renderanno liberi nel triennio per collocamento a riposo, oltre alle eventuali necessarie modifiche che potrebbero essere effettuate in sede di aggiornamento annuale, soprattutto a seguito di definizione di nuove procedure di stabilizzazione.

Concretamente, oltre alle appena accennate procedure ex art. 20, D.Lgs. 75/2017, il cui numero per gli anni a venire non è oggi quantificabile, il reclutamento sarà operato attraverso la definizione delle procedure concorsuali già avviate a tempo indeterminato, l'avvio di quelle nuove che si renderanno necessarie ed, inoltre, le procedure selettive interne di verticalizzazione ai sensi dell'art. 22 comma 15 del Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 75, al fine di valorizzare le professionalità esistenti in Azienda. Il ricorso a contratti a tempo determinato sarà limitato soltanto a situazioni di necessità ed urgenza con l'obiettivo di ridurre progressivamente il relativo tetto di spesa. Oltre che per esigenze straordinarie, tali procedure potranno essere avviate nell'attesa della conclusione dei rispettivi concorsi a tempo indeterminato avviati o, ancora, per la sostituzione di dipendenti assenti per periodi per i quali potranno essere attivati incarichi di supplenza e ove ciò risulti indispensabile.

Per l'arruolamento del personale a tempo indeterminato, accanto alle sopra accennate procedure assunzionali ordinarie, in coerenza alle disposizioni assessoriali emanate in materia e nel rispetto degli step ivi stabiliti (a partire dalla nota prot. n. 28551 del 25.03.2016) si pongono le ulteriori ma non meno importanti procedure di mobilità volontaria ex art. 30, D.Lgs. 165/2001, previo avviso, l'utilizzazione per scorrimento delle proprie graduatorie concorsuali ed, in subordine, di quelle di altre Aziende previo accordo tra le parti ed, ancora, l'assunzione di personale appartenente alle categorie protette nel rispetto delle percentuali di legge ed attraverso relative procedure secondo profilo di appartenenza.

Si pongono al di fuori del piano di fabbisogno aziendale il ricorso ad altre modalità di utilizzo di risorse umane quali le prestazioni aggiuntive, fornite da personale dirigenziale o del comparto in particolari circostanze e specifiche esigenze e remunerate a tariffa oraria, oppure il reclutamento che non intacca la spesa del personale ma che fa riferimento a finanziamenti extra apposti, prevalentemente legati a progetti obiettivo di Piano Sanitario Nazionale, con ricorso a procedure per il conferimento di incarichi in Azienda effettuati in via ordinaria con contratti ex art. 15 octies D.Lgs. 502/1992, oltre che, in casi particolari e straordinari attraverso l'assegnazione di incarichi libero

professionali.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'A.S.P. di Catania con D.D.G 01973/12 del 01 ottobre 2012 è stata accreditata provvisoriamente in qualità di Provider ECM con il numero identificativo ID 26. La Direzione Strategica ha attivato adeguati canali di comunicazione tra i diversi Presidi Ospedalieri e i Distretti dell'A.S.P. di Catania e tra i diversi livelli e funzioni. L'U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del personale ed ECM si avvale della collaborazione dei Referenti per la formazione individuati dai Direttori di Dipartimento, dai Direttori di Strutture Complesse, di Distretto e di Presidio Ospedaliero Aziendali. Nell'A.S.P. di Catania la formazione assume un ruolo centrale sia riguardo alla valorizzazione del capitale umano sia alla promozione dell'innovazione.

Il fine è quello di migliorare la motivazione al lavoro nonché di consentire il mantenimento, l'aggiornamento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze culturali e professionali necessarie per stare al passo con il progresso tecnico-scientifico e con le esigenze lavorative in continua evoluzione. La formazione del personale tende quindi a promuovere lo sviluppo professionale degli operatori non solo per quanto attiene le competenze tecniche ma anche relativamente alle competenze organizzative e relazionali.

METODOLOGIA FORMATIVA

ATTIVITÀ FORMATIVE RESIDENZIALI (RES), FORMAZIONE SUL CAMPO (FSC)

Gli eventi organizzati appartengono a due grandi categorie: attività formative residenziali in aula (RES) e attività formative sul campo (FSC). Le attività possono essere obbligatorie o facoltative e sono normate da apposito Regolamento Aziendale per la Formazione. Al termine di ogni percorso formativo viene sempre verificato l'incremento di conoscenze, di capacità e di consapevolezza dei discenti attraverso questionari di apprendimento o attività laboratoriali. Inoltre, si somministrano dei questionari di gradimento dell'evento formativo e dei docenti per misurare la soddisfazione dei partecipanti.

ATTIVITÀ FORMATIVE FUORI SEDE: COMANDO OBBLIGATORIO E PARTECIPAZIONE AI CORSI PRESSO IL CEFPAS

I servizi formativi erogati dall'U.O.S. Formazione ed Aggiornamento del Personale ed ECM dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania comprendono anche la partecipazione ad attività formative fuori sede, organizzate da Università o altri Centri di riconosciuta valenza scientifico/assistenziale e

scientifico/gestionale, in comando obbligatorio.

Viene inoltre favorita la partecipazione ai percorsi formativi organizzati dal Centro della Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS) che, a livello regionale, promuove quei processi che per loro natura risultano efficaci e di notevole interesse per la formazione degli operatori.

Rientra nelle attività formative fuori sede anche il training formativo per il compimento di studi speciali o l'acquisizione di tecniche particolari, presso centri, istituti e laboratori nazionali od altri organismi di ricerca che abbiano formalmente dato il proprio assenso.

Le modalità di accesso alle attività formative sono definite da apposito Regolamento aziendale in materia di formazione ed aggiornamento del personale.

ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI E METODOLOGIA DI RILEVAZIONE

L'analisi dei bisogni formativi rappresenta il primo passo nel processo di formazione e consente di determinare i contenuti della formazione e quindi di delineare le basi del piano formativo.

Con nota dell'UOS Formazione prot. n. 377734 del 05.11.2021, a firma rispettivamente del Direttore UOC Coordinamento Staff congiuntamente al Responsabile dell'U.O.S. "Formazione ed Aggiornamento del Personale ed ECM", indirizzata ai Direttori di Dipartimento e ai Direttori di Distretto e PP. OO., si è avviata l'analisi dei fabbisogni formativi, per la predisposizione del Piano di Formazione Aziendale 2022.

Ai suddetti Direttori è stato affidato il compito di individuare i bisogni formativi specifici nelle proprie aree organizzative, in relazione alle attività ed ai ruoli professionali e di definire gli obiettivi da raggiungere attraverso la proposta di iniziative formative coerenti con gli obiettivi ministeriali, regionali e aziendali.

L'attività di rilevazione è stata supportata inviando ai Direttori e ai Responsabili il Modello di "Proposta Formativa 2022" che rappresenta uno strumento di sintesi in cui devono essere esplicitati tra gli altri gli obiettivi di apprendimento, i contenuti didattici, la metodologia di insegnamento, le professioni coinvolte e il Responsabile Scientifico.

L'inserimento delle proposte nel Piano Formativo Aziendale è stato quindi attuato attraverso un processo di analisi delle stesse, tenendo conto nella valutazione: delle esigenze segnalate a livello di Direzione Strategica (indirizzi strategici aziendali, identificazione degli obiettivi formativi sui quali si ritiene prioritario implementare le attività formative), dei bisogni identificati

nelle strutture organizzative (criticità identificate come suscettibili di miglioramento attraverso interventi formativi); delle competenze professionali da acquisire e/o sviluppare; della coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale. L'analisi della fattibilità degli eventi formativi tiene inoltre conto delle modalità di realizzazione, della sostenibilità in termini organizzativi e della sostenibilità in termini economici.

IL PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE

L'implementazione del Piano Formativo Aziendale (PFA) annuale ha sempre rappresentato per l'ASP di Catania un importante strumento per la crescita e lo sviluppo dell'Azienda stessa, nonché del personale dipendente e convenzionato. Nel 2021, a causa del perdurare dell'emergenza Covid-19, il PFA è stato improntato sia sul piano del necessario ridimensionamento quantitativo delle azioni formative da svolgere e sia nel dare priorità allo svolgimento delle azioni formative collegate a cogenti riferimenti normativi.

In continuità con l'esperienza passata, nella prospettiva di un miglioramento continuo e nella speranza che l'emergenza Covid-19 non crei ostacoli operativi, il PFA 2022 intende promuovere per gli operatori di questa ASP occasioni di qualificazione e di aggiornamento professionale in linea con gli obiettivi del Piano di Formazione Nazionale e Regionale.

Complessivamente, quindi, pur dovendo tenere conto della eventuale criticità pandemica, l'offerta formativa programmata per il 2022 è coerente con gli obiettivi generali e specifici, indicati a livello nazionale e regionale, ed è orientata a promuovere l'acquisizione di competenze professionali nelle tre aree previste dal Sistema ECM (competenze tecnico-scientifiche, competenze di processo, competenze di sistema). Obiettivo finale è quello di contribuire, tramite la formazione, a migliorare la professionalità degli operatori in modo da offrire ai cittadini/utenti un'assistenza sanitaria sempre più efficace ed appropriata.

OBIETTIVI FORMATIVI

Le aree di riferimento, all'interno delle quali sono stati individuati gli obiettivi del presente Piano, rientrano fra le 29 aree indicate nell'Accordo Stato-Regioni del 19 aprile 2012, riconducibili per tipologia alle attività sanitarie e socio sanitarie previste nei Livelli Essenziali di Assistenza ed esplicitate nel Piano di Formazione Continua 2019-2021, adottato dalla Regione Sicilia tenendo conto delle priorità e delle urgenze specifiche del nostro territorio.

L'individuazione dei bisogni formativi degli operatori è stata realizzata dai Responsabili delle diverse articolazioni aziendali, che - con la collaborazione dei Referenti per la Formazione (ove presenti) - hanno provveduto a inviare le proposte all'U.O. Formazione attraverso un format specifico, che ha permesso di raccogliere in modo standardizzato le proposte e di valutarne coerenza e congruità con le premesse.

Nella scelta dei metodi didattici funzionali al perseguimento degli obiettivi, trattandosi di formazione di adulti, che dovranno riportare nella organizzazione di appartenenza le conoscenze e le competenze acquisite, è stata promossa l'individuazione di metodologie interattive, orientate a promuovere il coinvolgimento dei destinatari dell'intervento e rafforzarne le motivazioni ad apprendere.

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2022 è stato sottoposto in data 18/01/2022 all'attenzione del Comitato Scientifico, è stato approvato all'unanimità ed adottato giusta delibera nr.553 del 31.03.2022.

AREE TEMATICHE PFA 2022

I Corsi del Piano Formativo Aziendale (PFA) 2022 per aree di intervento

- Comunicazione, relazione e privacy
- Continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- Dipendenze Patologiche
- Emergenza e urgenza
- Epidemiologia, prevenzione e promozione della salute
- Management e aspetti giuridico-legali
- Management e risorse umane
- Qualità e innovazione
- Riabilitazione
- Salute veterinaria
- Sicurezza del paziente
- Sicurezza negli ambienti di lavoro
- Specialistica: diagnosi e terapia
- Trattamento del dolore e palliazione

I - Corsi del Piano Formativo Aziendale (PFA) 2022 per aree di intervento

AREA: Comunicazione, relazione e privacy	TITOLO	N° PFA
--	--------	--------

	Le competenze relazionali nel contesto dell'umanizzazione delle cure	6
	Il nuovo Regolamento sulla Privacy. D.Lgs. 196/2003 aggiornato con Legge n. 167 del 20/11/2017. (Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2017)	7
	Corso di Inglese in ambito sanitario	16
	Team working	36
	Benessere dall'esperienza: curarsi dei curanti per rispondere ai bisogni dell'utenza per contrastare i fenomeni di burnout	38
AREA: Continuità assistenziale tra ospedale e territorio	TITOLO	N° PFA
	Pratiche dialogiche con le famiglie e la rete sociale nella salute mentale e di comunità	18
	Ipotesi di costruzione di una rete socio-sanitaria di prossimità: dalla teoria alla pratica	28
AREA: Dipendenze Patologiche	TITOLO	N° PFA
	La Stimolazione transcranica a corrente diretta (TMS). Principi teorici e applicazione pratica	19
AREA: Emergenza e urgenza	TITOLO	N° PFA
	Corso Basic Life Support Defibrillation (BLSD)	2
	Il Triage in pronto soccorso	3
	Pediatric Basic Life Support Defibrillation (PBLSD)	4
	ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support)	11
	Gestione operativa carrello dell'emergenza	33

AREA: Epidemiologia, prevenzione e promozione della salute	TITOLO	N° PFA
	La salute di genere. Prevenzione e terapie nelle patologie cardiovascolari della donna	9
	Rete Civica della salute e promozione delle attività di prevenzione oncologica	25
	Piano Regionale della prevenzione 2020-2025 Macro obiettivo 1 "Azione Promozione allattamento al seno" D.A. n. 597/2017 programma formativo regionale	34
	PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2020-2025 DECRETO n. 1438 del 23 dicembre 2021	39
	MO4 - Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali e i PROGRAMMI PP06, PP07, PP08 e PL 014 DEL PRP 2020-2025	40
	Controllo Ufficiale: Alimenti, Bevande e Acque destinate al Consumo Umano	41
AREA: Management e aspetti giuridico-legali	TITOLO	N° PFA
	Il controllo interno a cura della UOS Internal Audit	1
	La prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A. e il codice di comportamento dei dipendenti pubblici come relativo strumento attuativo.	8
	La gestione degli adempimenti fiscali	37
AREA: Management e risorse umane	TITOLO	N° PFA

	Project Management in Salute Mentale	17
AREA: Qualità e innovazione	TITOLO	N° PFA
	Approfondire le conoscenze dei protocolli di verifica dei ricoveri ospedalieri - Aggiornamento PACA vigente	14
AREA: Riabilitazione	TITOLO	N° PFA
	Regolamento sull'organizzazione, composizione e coordinamento dell'UVM e dell'UVP e dell'UOC Coordinamento ADI, Cure Palliative, RSA e Lungodegenza ospedaliera.	26
AREA: Salute veterinaria	TITOLO	N° PFA
	Reg.ti UE 625/2017 e UE 429/2016 e loro Regolamenti di esecuzione e delegati - Norme nazionali di adeguamento della legislazione. Applicazione delle norme da parte della Autorità Competente Locale.	13
AREA: Sicurezza del paziente	TITOLO	N° PFA
	Percorso psico-socio-sanitario per le donne che subiscono violenza	5
	Appropriatezza terapeutica, farmacovigilanza, dispositivo vigilanza	12
	I nuovi modelli organizzativi infermieristici. Per un assistenza ospedaliera e territoriale efficiente e adeguata.	29
	Antimicrobial Stewardship	31
	Trapianto di cornea	32
AREA: Sicurezza negli ambienti di lavoro	TITOLO	N° PFA
	Corso di formazione per lavoratori del comparto e della dirigenza soggetti a rischio alto, ai sensi dell'art. 37 D.Lgs. 81/08 e dell'accordo Stato Regioni del 21/12/2011	20

	Corso di formazione per lavoratori del comparto e della dirigenza soggetti a rischio medio, ai sensi dell'art. 37 D.Lgs. 81/08 e dell'accordo Stato Regioni del 21/12/2011	21
	Formazione aggiuntiva in materia di sicurezza e salute per il preposto ex art. 37 d.lgs. 81/08 e dell'accordo stato regioni del 21/12/2011	22
	Corso di formazione per medici utilizzatori di apparecchiature laser	23
	La nuova direttiva europea UE 2020/2184 del 16/12/2020 e le ricadute sui laboratori di prova e sui gestori idrici	24
AREA: Specialistica: diagnosi e terapia	TITOLO	N° PFA
	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale nell'ambito della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno dell'adulto	10
	Interventi psicoterapici e percorsi di cura integrati	27
	Le malattie trasmissibili negli Istituti Penitenziari	30
	La Risonanza magnetica: studio delle articolazioni e non solo....	35
AREA: Trattamento del dolore e palliazione	TITOLO	N° PFA
	Cure palliative e terapia del dolore	15

Per quanto concerne il dettaglio dei percorsi formativi si rimanda al PFA anno 2022 pubblicato sul sito Aziendale. Nel presente P.I.A.O., sui temi della Formazione del personale, si fa riferimento solamente al primo anno del triennio di validità 2022-2024.

4 SEZIONE MONITORAGGIO

Per il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance" l'ASP di Catania, in coerenza con quanto stabilito dagli articoli 6 e 10 comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150/2009 e dal Sistema di misurazione e valutazione della performance si avvarrà dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) che

intende adottare il modello della valutazione partecipativa.

Tale metodo, oltre ad essere caratterizzato da alcuni elementi di base (annualità, responsabilizzazione, privacy e sicurezza, verificabilità), si fonda sui criteri della rilevanza, in quanto sono oggetto di valutazione partecipativa il personale dell' Aree Aziendali della Dirigenza e del Comparto con Incarico di funzione, in quanto le fasi, gli esiti del processo di valutazione sono resi pubblici, non solo per la platea dei diretti interessati alla materia oggetto di consultazione, ma per tutti i cittadini attraverso la validazione della Relazione sulla Performance pubblicata in "Amministrazione Trasparente".

Elemento cardine, inoltre, è l'inclusione, in quanto l'amministrazione garantisce che la partecipazione al processo di valutazione sia accessibile, inclusiva e aperta, assicurando uguale possibilità di partecipazione a tutte le parti interessate.

Per favorire il coinvolgimento dei cittadini e degli utenti esterni ed interni al processo di misurazione della performance organizzativa, l'amministrazione adotta sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione e sviluppa forme di partecipazione.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e Capitale Umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) mentre il monitoraggio della sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" verrà effettuata in base alle indicazioni dell'ANAC.

Comunicazione del P.I.A.O.

L'Azienda ha l'obbligo di comunicare il processo e i contenuti del P.I.A.O. in coerenza con il comma 4 dell'art. 6 del Decreto Legislativo 80/2021.

Il P.I.A.O. viene pubblicato sul sito internet istituzionale www.aspct.it, sezione "Amministrazione Trasparente"- sottosezione "Altri contenuti".

Terminologia del P.I.A.O.

Ai fini di una migliore comprensibilità dei contenuti del presente Piano, si elencano, qui di seguito, le definizioni contenute nel presente documento:

PERFORMANCE: contributo che ciascun soggetto (soggetto giuridico, organizzazione, unità operativa, gruppo o singolo individuo) può apportare al raggiungimento degli obiettivi aziendali;

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: la performance ottenuta dall'Azienda nel suo complesso ovvero dalle singole UU.OO. che la compongono; **PERFORMANCE**

INDIVIDUALE: performance ottenuta dal singolo dipendente;

CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE: il processo posto in essere per la definizione degli obiettivi e attraverso cui si provvede alla misurazione, valutazione

e rendicontazione dei risultati conseguiti alla fine del ciclo;

MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività finalizzata a misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi;

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti sulla base della misurazione della performance, delle aspettative e del grado di soddisfacimento dei bisogni di utenti e cittadini;

RENDICONTAZIONE SULLA PERFORMANCE: descrizione periodica degli esiti dell'attività di misurazione e valutazione della performance dell'Azienda o dei singoli gruppi o individui, indirizzata agli Organi di indirizzo politico-amministrativo (Assessorato), ai cittadini, agli stakeholder;

SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: il Sistema di misurazione e valutazione della performance, disciplina le attività, le modalità, le fasi, i tempi, i soggetti, le responsabilità e la verifica dei risultati in relazione agli obiettivi assegnati;

INDICATORE: gli indicatori di performance aziendali aiutano a definire, e quindi misurare, i progressi compiuti verso un determinato obiettivo, quindi servono a fornire informazioni sull'efficacia, efficienza o qualità dell'attività realizzata ovvero sul grado di raggiungimento dell'obiettivo;

STAKEHOLDER: gruppo qualificato di individui che può essere influenzato direttamente o indirettamente dal raggiungimento degli obiettivi aziendali o, comunque, dalla sua azione;

OUTCOME: effetto risultato finale dell'azione, conseguenza dell'attività dal punto di vista dell'utente destinatario del servizio erogato;

ACCOUNTABILITY: il necessario rendiconto dei risultati di un'azione amministrativa, tramite informazioni corrette agli utenti e tale da permettere l'espressione di un valido giudizio.

ALLEGATI: 1

PREMESSA

Il miglioramento della qualità dei servizi pubblici digitali costituisce la premessa indispensabile per l'incremento del loro utilizzo da parte degli utenti, siano questi cittadini, imprese o altre amministrazioni pubbliche.

In questo processo di trasformazione digitale è essenziale che i servizi abbiano un chiaro valore per l'utente; questo obiettivo richiede un approccio multidisciplinare nell'adozione di metodologie e tecniche interoperabili per la progettazione di un servizio.

Gli ambiti su cui si intende intervenire, indicati nelle schede sotto riportate, sono diversi e tra loro spesso correlati.

Alcuni degli obiettivi prevedono un'implementazione particolarmente laboriosa che si dispiegherà su più anni.

OBIETTIVO:**Obiettivi di semplificazione****SOTTOBIETTIVO:**

1. Implementazione PAGOPA
2. Implementazione piattaforme di telemedicina

STRUTTURE OPERATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI

UOC Gestione informatica dei servizi

STAKEHOLDER

Cittadini Imprese, Associazioni, Volontariato, Ordini dei medici MMB e PLS

BASELINE

Servizi di pagamento non adeguato agli strumenti di cui all'art. 5 del D.lvo 82/2005 (PAGOPA);
Assenza di soluzioni di telemedicina;

TARGET**Sottobiettivo 1**

Attivazione del sistema di pagamento tramite PAGOPA.

La soluzione proposta comporterà una significativa semplificazione dell'interazione tra cittadino-Impresa ⇔ Azienda Sanitaria in quanto sarà consentito effettuare i pagamenti di spettanze a favore dell'ASP fruendo delle facilitazioni introdotta dal PAGOPA.

Sottobiettivo 2

Attivazione delle piattaforme di telemedicina.

La soluzione proposta comporterà una significativa semplificazione dell'interazione tra paziente ⇔ Azienda Sanitaria in quanto il sistema consentirà di beneficiare di tutti gli strumenti tipici della telemedicina: "Televisita", "Telemonitoraggio", "Teleassistenza", "Teleconsulto medico", etc.

INDICATORE SOTTOBIETTIVO 1: Attivazione della piattaforma PAGOPA del sito web istituzionale dell'Azienda;

VALORE ATTESO ANNO 2023 50%

VALORE ATTESO ANNO 2024 50%

INDICATORE SOTTOBIETTIVO 2: Attivazione delle piattaforme di telemedicina;

VALORE ATTESO ANNO 2023 50%

VALORE ATTESO ANNO 2024 50%

FONTE DEL DATO: Disponibilità del sito on line sulla rete internet.

OBIETTIVO: Obiettivi di digitalizzazione;

SOTTOBIETTIVO:

1. Attivazione atti amministrativi digitali

STRUTTURE OPERATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI

Struttura responsabile: UOC Gestione informatica dei servizi

Strutture coinvolte: Progressivamente tutte le strutture amministrative dell'Azienda

STAKEHOLDER

Cittadini, Imprese, Personale ASP CT

BASELINE

L'Azienda allo stato attuale produce i propri atti amministrativi in modalità analogica.

I documenti vengono formati in originale modalità analogica e non vengono accorpati nei fascicoli elettronici come stabilito dalla Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici. (artt. 40, 41 e 71 del D.lvo 82/2005).

TARGET

Sottobiettivo 1

Digitalizzazione degli atti amministrativi.

La soluzione proposta è tesa a digitalizzare la produzione delle determinazioni prima e delle deliberazioni adottate dall'ASP. L'intervento comporterà una significativa semplificazione dell'interazione tra cittadino-Impresa ↔ Azienda Sanitaria che potrà disporre degli atti in originale nel suo formato digitale scaricandolo direttamente dall'Albo pretorio dell'Azienda. Gli atti digitali peraltro consentono un efficientamento sostanziale dei procedimenti, di cui traggono beneficio i cittadini e le imprese, grazie alla modellazione di flussi documentali che evitano le lungaggini procedurali introdotte dal supporto cartaceo.

INDICATORE SOTTOBIETTIVO1: Attivazione e pubblicazione all'albo pretorio degli atti amministrativi digitali

VALORE ATTESO ANNO 2022 - 20%

Predisposizione delle piattaforme applicative;

VALORE ATTESO ANNO 2023 - 40%

Attivazione determine digitali;

VALORE ATTESO ANNO 2024 - 40%

Attivazione deliberazioni digitali;

FONTE DEL DATO: Disponibilità nel sistema applicativo documentale dell'Azienda.

OBIETTIVO: Obiettivi di efficienza in relazione alla tempistica di completamento delle procedure

SOTTOBIETTIVO:

1. Attivazione fascicolo elettronico documentale

STRUTTURE OPERATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI

Struttura responsabile: UOC Gestione informatica dei servizi

Strutture coinvolte: Progressivamente tutte le strutture amministrative dell'Azienda

STAKEHOLDER

Cittadini e imprese e personale azienda ASP

BASELINE

L'Azienda allo stato attuale non utilizza il sistema di fascicolazione elettronica.

I documenti vengono formati in originale modalità analogica e vengono conservati in modalità "sparsa" senza cioè l'accorpamento nei fascicoli elettronici come stabilito dalla Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici. (artt. 40, 41 e 71 del D.lvo 82/2005).

TARGET

Sottobiettivo 1

Attivazione del fascicolo elettronico documentale.

La soluzione proposta è tesa ad organizzare il complesso del patrimonio documentale dell'Ente in fascicoli elettronici, così come stabilito dalle Linee Guida AgID.

L'intervento comporterà una significativa riduzione della tempistica di completamento delle procedure amministrative con grande vantaggio di cittadini/pazienti/imprese che interagiranno con l'Azienda Sanitaria. La piattaforma consentirà l'organizzazione e il reperimento delle informazioni che potranno così essere reperite in modo estremamente semplice in quanto le stesse verranno organizzate in raccolte indicizzate per gli argomenti di titolare.

INDICATORE SOTTOBIETTIVO1: Attivazione del Fascicolo elettronico documentale nella piattaforma software per la gestione documentale.

VALORE ATTESO ANNO 2022 - 100%

FONTE DEL DATO: Disponibilità nel sistema applicativo documentale dell'Azienda.

OBIETTIVO: Obiettivi finalizzati alla piena accessibilità

SOTTOBIETTIVO:

1. Pubblicazione nuovo sito web istituzionale

STRUTTURE OPERATIVE COINVOLTE/RESPONSABILI

UOC Gestione informatica dei servizi

STAKEHOLDER

Cittadini e imprese

BASELINE

Sito web non aderente agli standard qualitativi e agli obiettivi di accessibilità indicati dalla L. 4/2004 - linee guida AgID Accessibilità;

TARGET

Sottobiiettivo 1

Pubblicazione del nuovo sito web istituzionale aderente con le disposizioni di cui alla linea guida L. 4/2004 - linee guida AgID Accessibilità;

La soluzione proposta comporterà una significativa semplificazione dell'interazione tra cittadino-Impresa ⇔ Azienda Sanitaria, sia dal punto di vista dell'usabilità del sito, sia dal punto di vista dell'organizzazione e il reperimento delle informazioni. La piattaforma sarà conforme con le indicazioni di accessibilità di cui alla L. 4/2004 (Legge Stanca) e alle linee guida AgID sull'accessibilità degli strumenti informatici

INDICATORE SOTTOBIETTIVO1: Pubblicazione del nuovo sito web istituzionale

VALORE ATTESO ANNO 2022 100%

VALORE ATTESO ANNO 2022 100%

FONTE DEL DATO: Disponibilità del sito on line sulla rete internet.


(Dime M. Boscolo Lizeño) 