



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera Papardo

Ctr. Papardo tel.090-3991 Messina

www.aopapardo.it

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Indice:

-Premessa.....	pag. 3
-Sezione 1. Scheda anagrafica dell'amministrazione	pag. 4
-Sezione 2. Valore pubblico, performance e anticorruzione	pag. 9
• Valore pubblico;	
• Performance;	
• Rischi corruttivi e trasparenza;	
-Sezione 3. Organizzazione e capitale umano	pag. 38
• Struttura organizzativa;	
• Organizzazione del lavoro agile;	
• Piano triennale dei fabbisogni di personale;	
-Sezione 4. Monitoraggio	pag. 25

Premessa

L'art. 6 del D.L. n. 80/2021 ha introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nel quale sono destinati a confluire diversi strumenti di programmazione che avevano una loro autonomia con riferimento alla tempistica, contenuto e norme regolamentari.

Nel Piao, oltre a specifici contenuti propri, confluiscono il piano della Performance, quello della prevenzione della corruzione e della trasparenza, quello del fabbisogno di personale, il Pola e la programmazione dei fabbisogni formativi.

Il Piano ha durata triennale e viene aggiornato ogni anno.

L'approvazione del Piano dovrà avvenire entro il 31 gennaio di ogni anno. In sede di prima applicazione il termine è differito al 30 aprile 2022 dal comma 6-bis dell'art. 6, introdotto dal decreto "Milleproroghe" (D.L. n. 228/2021).

Una volta approvato il Piano dovrà essere pubblicato sul sito istituzionale e inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri per la pubblicazione sul relativo portale.

Con il Piao, il legislatore ha voluto costruire un disegno organico volto a far dialogare e sussumere in un unico atto la molteplicità dei sistemi e degli strumenti di programmazione di cui ogni amministrazione si dota.

L'art. 6 della norma istitutiva identifica i seguenti contenuti:

- 1- Gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- 2- La strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali;
- 3- Compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- 4- Gli strumenti e le fasi per raggiungere:
 - la piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa;
 - gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalle direttive e indirizzi dell'Anac;
- 5- L'elenco delle procedure da semplificare ogni anno, mediante il ricorso alla tecnologia per permettere una proficua e facile consultazione da parte di tutti gli utenti, anche mediante la pianificazione delle attività, al fine di realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, anche degli utenti ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- 6- Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina, è un ospedale che espleta funzioni di riferimento in ambito provinciale, interprovinciale e interregionale, tenuto conto delle numerose UU.OO. ad alta specializzazione presenti al suo interno.

Essa è costituita da n. 1 Presidio Ospedaliero: il P.O. Papardo e ai sensi dell'art. 5 della L.R. n. 5/2009, l'Azienda ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale".

Ai sensi e per gli effetti di legge, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

La sede legale dell'Azienda è fissata in Messina, con indirizzo in contrada Papardo e ha il seguente codice fiscale/partita Iva: 03051880833.

Il logo ed il sito internet Aziendale sono rinvenibili all'indirizzo: www.aopapardo.it

L'Azienda, nell'ambito cittadino, è collocata nella parte nord della città, a circa 13 km dal centro urbano cittadino e a circa 12 km dall'Ircs-Piemonte e 15 km dal Policlinico di Messina.

La città di Messina conta oltre 236.000 abitanti (rilevazione dell'anno 2017). La sua estensione sulla costa (58 km dalla costa di Giampilieri a sud a quella di Orto Liuzzo a nord), colloca il P.O. Papardo come centro di riferimento per tutta la parte nord della città, sempre in maggiore espansione abbracciando tutti i paesi limitrofi alla zona nord della città.

Una problematica di difficile risoluzione riguarda i pochi collegamenti viari che rendono tale collocazione problematica essendo solo due le arterie principali che collegano l'Azienda Ospedaliera Papardo al centro della città.

Inoltre, l'altissima sismicità del territorio, deve portare a riconsiderare e riprogrammare i collegamenti in modo da non isolare l'Azienda in caso di impercorribilità delle strade di collegamento.

L'A.O. Papardo è sede della Centrale Operativa Seus 118 ed è dotata, al suo interno, di una base eliporto ed eliambulanza del Servizio Emergenza Urgenza 118 Regionale.

L'Azienda Ospedaliera Papardo è identificabile all'interno dell'IPA (Indice delle Pubbliche Amministrazioni) con il seguente codice: aorp_0.

Qui di seguito viene data l'immagine numerica dei dipendenti divisi in ruoli professionali, in atto presenti presso l'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina.

AZIENDA OSPEDALIERA PAPPARDO - MESSINA

Scheda	Inquadramento	Numero dipendenti
1	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato - Medici	264
2	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato - Odontoiatri	1
3	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato - Veterinari	0
4	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato - Biologi	9
5	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato - Chimici	0
6	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato - Farmacisti	4
7	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato - Fisici	2
8	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato - Psicologi	2
9	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato - Medici	29
10	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato - Odontoiatri	0
11	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato - Veterinari	0
12	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato - Biologi	1
13	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato - Chimici	0
14	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato - Farmacisti	1
15	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato - Fisici	1
16	Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato - Psicologi	0
17	Dirigenza del ruolo professionale a tempo indeterminato -	0
18	Dirigenza del ruolo professionale a tempo determinato -	0
19	Dirigenza del ruolo tecnico a tempo indeterminato -	1
20	Dirigenza del ruolo tecnico a tempo determinato -	1
21	Dirigenza del ruolo amministrativo a tempo indeterminato -	7
22	Dirigenza del ruolo amministrativo a tempo determinato -	0
23	Dirigenza del ruolo delle professioni sanitarie a tempo indeterminato -	0
24	Dirigenza del ruolo delle professioni sanitarie a tempo determinato -	1
25	Dirigenza del ruolo socio-sanitario a tempo indeterminato - Sociologi	0
26	Dirigenza del ruolo socio-sanitario a tempo determinato - Sociologi	0
27	Personale del comparto a tempo indeterminato - categoria D	581
28	Personale del comparto a tempo indeterminato - categoria C	22
29	Personale del comparto a tempo indeterminato - categoria B	96
30	Personale del comparto a tempo indeterminato - categoria A	113
31	Personale del comparto a tempo determinato - categoria D	86
32	Personale del comparto a tempo determinato - categoria C	0
33	Personale del comparto a tempo determinato - categoria B	52
34	Personale del comparto a tempo determinato - categoria A	2
TOTALE DIPENDENTI		1.276

Questa Azienda ha provveduto ad adottare il nuovo Atto Aziendale con deliberazione n. 1640 del 28.10.2021 di integrazione e specificazione della delibera n. 921 del 18.12.2019.

Viene qui di seguito riportato, al fine di comprendere al meglio l'identità dell'amministrazione, l'organigramma e la strutturazione piramidale dei dipartimenti aziendali.

Allegato 1 La Struttura organizzativa

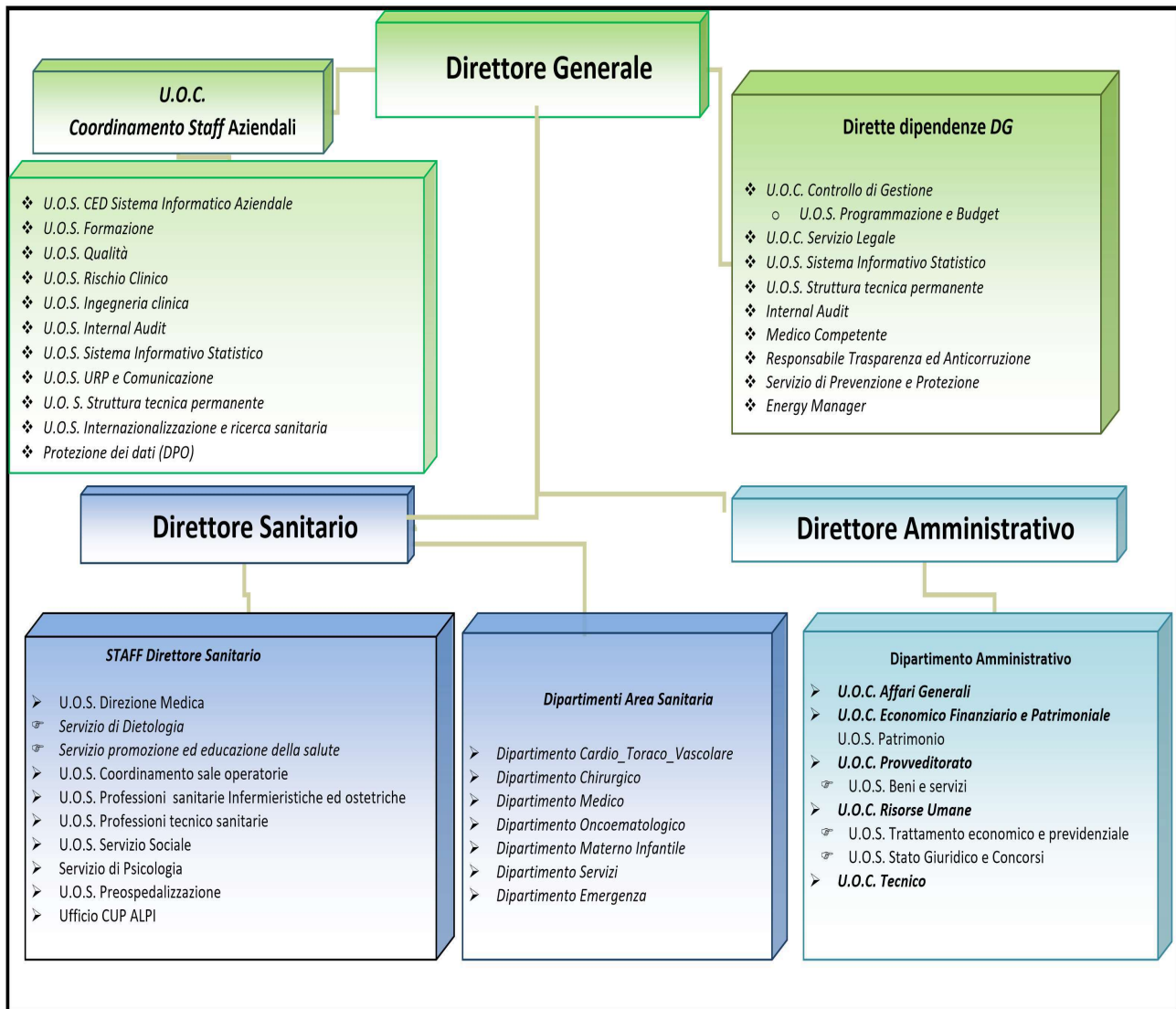


Figura 1: Struttura Organizzativa ricavata dall'Atto Aziendale approvato.

Qui di seguito, al fine di dare un quadro di insieme dei costi aziendali, vengono riportati divisi per ruoli, il costo del personale, l'attività di Pronto Soccorso e quello di Ricovero Ordinario degli ultimi anni.

AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO - MESSINA
L'Azienda Ospedaliera Papardo in cifre:

COSTO GLOBALE DEL PERSONALE QUADRIENNIO 2018 – 2019 – 2020 – 2021				
DESCRIZIONE	AL 31.12.2018	AL 31.12.2019	AL 31.12.2020	AL 31.12.2021
Ruolo Sanitario	66.192.307	65.748.121	65.463.592	70.356.682
Ruolo Professionale	433.773	467.285	511.593	431.890
Ruolo Tecnico	6.792.188	7.359.780	7.923.422	8.121.314
Ruolo Amministrativo	3.892.963	3.852.612	3.722.175	3.906.410
Totale	77.311.231	77.427.798	77.620.782	82.816.296

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO			
ANNO 2019	N. ACCESSI	N. PREST. DA FLUSSO C Totali	N. RICOVERI (R.O. + D.H.)
P.O. PAPARDO	32.151	562.875	11.755
ANNO 2020	N. ACCESSI	N. PREST. DA FLUSSO C Totali	N. RICOVERI (R.O. + D.H.)
P.O. PAPARDO	22.972	395.342	10.130
ANNO 2021	N. ACCESSI	N. PREST. DA FLUSSO C	N. RICOVERI (R.O. + D.H.)
P.O. PAPARDO	24.715	497.473 (Nov.)	11.042

RICOVERO ORDINARIO						
Anno 2019	MEDIA ANNUA Posti Letto	N. SDO	N. SDO CH.	TUPL	DEGENZA MEDIA	PESO MEDIO DRG
P.O. Papardo	278,8	10.592	4.848	83,7%	9,39	1,48
Anno 2020	MEDIA ANNUA Posti Letto	N. SDO	N. SDO CH.	TUPL	DEGENZA MEDIA	PESO MEDIO DRG
P.O. Papardo	287,9	9.253	4.549	70,2%	9,4	1,55
Anno 2021	MEDIA ANNUA Posti Letto	N. SDO	N. SDO CH.	TUPL	DEGENZA MEDIA	PESO MEDIO DRG
P.O. Papardo	294,2	10.210	5.177	72,5%	8,93	1,63

N.B. I dati presentati nelle tabelle non sono definitivi.

Viene allegata apposita scheda riepilogativa che fa comprendere una inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti e un notevole aumento della produttività aziendale per quanto riguarda l'anno 2021. Occorre evidenziare che la creazione dei nuovi reparti covid, ha visto l'incremento costante dei pazienti ricoverati, con "distrazione" di personale medico e sanitario dagli altri reparti a questi nuovi. La scheda allegata fa notare una netta inversione di tendenza che permette anche di comprendere al meglio l'Azienda anche da un punto di vista operativo e di produttività aziendale, per una presentazione omnicomprensiva delle attività e delle azioni poste in essere per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.



Controllo di Gestione
REPORT COSTI/ATTIVITA' - AZIENDA

da Gennaio a Dicembre 2021
(Elaborato sui dati noti al 20 gen 2022)

Attività operatoria

ATTIVITA' COMPLESSI OPERATORI		periodo anno precedente	periodo corrente	periodo anno precedente	periodo corrente
		Ore Anestesia	7.110	9.207	Interv. Elezione
Ore Cronoprogramma	7.266	8.490	Interv. d'Urgenza	1.344	1.409
Ore Registro Informatico	11.471	13.853	Totale Interventi	8.324	9.380

INDICI di attività

POSTI LETTO (media del periodo): A.O. PAPARDO						ASP		
Ricovero Ordinario	Ricovero Diurno	Post Acuzie	Detenuti	Totali P.L. ricovero	Nido (culle)	Emodialisi (poltrone)	Psichiatria	Hospice
294,2	17	8	0	319,2	26	16	12	9
287,9	17,3	8	0	313,2	26	16	12	9

	ricoveri ORDINARI		ricoveri DH/DS		Day Service		SDO	
	precedente	corrente	precedente	corrente	preced.	corrente	preced.	corrente
T.U.P.L. (Tasso Utilizzo P.L.)	71,3 %	73,5 %	47,2 %	48,4 %			Psichiatria	164 156
DEG. MEDIA (*) / ACCESSI	8,5	8,9	4,405	4,442			Post Acuzie	18
SDO/SDAO	8.640	9.513	1.284	1.317	2.820	3.067	Nido	514 635
RICOVERI di cui NON DIMESSI	8.827	9.598	1.284	1.348	2.849	3.128		
% DRG CHIRURGICI	53,0 %	55,0 %	39,6 %	47,9 %		112	Totale SDO RO	9.336 10.304
PESO MEDIO	1,55	1,63						

(*) Giornate di degenza	R.O.	DH	Post acuti	Psichiatria	Hospice	Tot. Altra tipologia
Periodo corrente	78.688	4.442		3.919	2.256	6.175

Attività MCAU

da Flusso EMUR - Anno corrente

ACCESSI Periodo Corrente 24.715 di cui:

Ricoveri	5.492
Trasferiti ad altro istituto	284
Deceduti in P.S.	24
Giunti cadavere	5

TRIAGE	
entrata	uscita
636	607
10.769	8.933
10.752	12.553
2.555	285

PRODUTTIVITA'

	periodo anno precedente	periodo corrente	periodo anno precedente	periodo corrente
PREST. AMBULATORIALI per ESTERNI	n. 244.673	334.820	€ 7.695.777	10.914.633
PREST. AMBULATORIALI per MCAU	n. 157.263	199.962	€ 1.308.339	1.663.376
ALPI (solo quota per l'Azienda)			€ 101.520	156.231
FATTURATO DRG da RICOVERO ORDINARIO			€ 47.360.390	55.213.786
FATTURATO DRG da RICOVERO DAY HOSPITAL			€ 1.867.669	2.047.653
FATTURATO da DAY SERVICE			€ 2.509.880	2.972.801
ALTRE ATTIVITA'			€ 1.044.307	1.509.623
TOTALE PRODUTTIVITA'			€ 61.887.886	74.478.106
ABBATTIMENTO PACA			€	



VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

● **VALORE PUBBLICO**: L'A.N.A.C., già con delibera n. 6/2013, metteva in evidenza la necessità di coordinare e integrare gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità e all'anticorruzione.

In tema di trasparenza, l'O.I.V. certifica ogni anno la presenza delle informazioni contenute nel Portale Amministrazione Trasparente secondo le modalità stabilite annualmente dall'A.N.A.C.

Il piano triennale della trasparenza e dell'anticorruzione riveste una particolare importanza all'interno di ogni Azienda, sanitaria e non sanitaria.

Utilizzo ottimale delle risorse, sviluppo e valorizzazione delle professionalità, multidisciplinarietà, abbattimento delle liste di attesa, miglioramento delle prestazioni, differenziazione dell'offerta sanitaria garantendo la qualità della stessa, sono obiettivi generali che l'Azienda cerca di perseguire e permette il miglioramento dei servizi.

L'Azienda, in tutte le sue componenti, ha come obiettivo di divenire DEA di II° livello, tenuto conto delle particolari specifiche UU.OO. che orbitano al suo interno e dell'offerta sanitaria che è in grado di garantire.

La rimodulazione della rete ospedaliera che ha portato a inquadrare l'A.O. Papardo come Dea di I° livello, non ha tenuto conto delle diverse e specifiche realtà aziendali presenti che qualificano l'Azienda che fino a qualche anno fa l'avevano configurata come Dea di III° livello per l'Emergenza, pur avendo le stesse specialità che oggi sono ancora presenti all'interno dell'Azienda. Altro punto qualificante e indirizzo operativo già intrapreso da anni dall'A.O. Papardo, anche in tema di misure di benessere equo e sostenibile, riguarda il percorso di efficientamento energetico avviato con l'installazione e la messa in uso del sistema di cogenerazione, avviato sin dal 2005 su iniziativa del Settore Tecnico e con la sostituzione dell'illuminazione tradizionale e il passaggio a quella a led.

La centrale di trigenerazione installata presso l'Ospedale Papardo può funzionare sia "in parallelo" con la rete elettrica pubblica, che "in isola", ovvero in assenza di fornitura di energia elettrica da rete pubblica. L'impianto possiede una potenzialità di produzione di energia elettrica pari a 2.141 kW e di energia termica pari a 3.232 kW. Il funzionamento "in isola", permesso da un sofisticato sistema di controllo che coinvolge tutte le cabine elettriche del presidio ospedaliero mediante il collegamento tra di loro in doppia fibra ottica per la trasmissione dei dati, rappresenta, tra l'altro, un ulteriore livello di sicurezza ai fini della continuità della fornitura di energia elettrica al nosocomio, oltre a quello rappresentato dai diversi gruppi elettrogeni da sempre esistenti.

In questo momento storico, l'affrancamento energetico o quanto meno le attività di efficientamento, miglioria e risparmio energetico sono punti di fondamentale importanza per il raggiungimento di obiettivi strategici aziendali.

La Trigenerazione è un particolare sistema energetico atto a produrre energia elettrica e, contemporaneamente, con il recupero dell'alto contenuto termico dei gas di combustione, dell'acqua di raffreddamento del motore che aziona l'alternatore produttore di energia elettrica e dell'olio motore, anche calore ed energia frigorifera, migliorando l'efficienza di produzione rispetto ai sistemi tradizionali; in particolare, i gas di combustione vengono raffreddati da una temperatura di circa 450 °C ad una temperatura di espulsione in ambiente di circa 95-100 °C, con recupero del calore, altrimenti disperso, mediante apparecchiatura di scambio termico.

Le energie termiche prodotte, calore ed energia frigorifera, vengono impiegate per la produzione di acqua calda sanitaria, per il riscaldamento e raffreddamento degli ambienti ospedalieri. Una prima stima cautelativa conduce alla quantificazione di un risparmio economico annuale di diverse centinaia di mila euro. Tutto quanto sopra senza trascurare, ovviamente, l'impatto ambientale e i continui controlli che vengono effettuati in tema di emissioni secondo quanto previsto dalla normativa vigente, che permette all'A.O. Papardo di contemperare le diverse esigenze di rispetto dell'ambiente e produzione di energia utilizzata per tutte le attività sanitarie e non sanitarie aziendali.

Diverse sono state le economie ricavate. Il primo risparmio riguarda il costo di costruzione dell'impianto, originariamente posto a carico del bilancio, e l'ammissione alla rendicontazione dei fondi europei. Inoltre, è stata superata, con esito positivo, l'ispezione eseguita dal Ministero dell'Ambiente sia sulla documentazione contabile, sia sul funzionamento tecnico dell'impianto. Tuttavia, con l'utilizzazione a regime dell'impianto, si potranno registrare ulteriori economie connesse alla ottimizzazione delle fasce orarie in cui avvalersi dell'impianto stesso, al fine di massimizzare le differenze di prezzo fra il costo unitario dell'unità di misura elettrica e quello del combustibile che alimenta il trigeneratore.

Il continuo processo di informatizzazione e innovazione tecnologica rappresenta stimolo e sfida che tutti gli operatori devono giornalmente affrontare e si sostanzia in un aiuto pratico nella giornaliera attività di assistenza sanitaria prestata ai degenti, tenuto conto anche dell'emergenza sanitaria e della necessità di accedere alle varie informazioni, cartelle cliniche, esami diagnostici e di laboratorio etc anche da remoto, al fine di rendere maggiormente fruibili, in sicurezza, i dati sanitari dei pazienti.

La comunicazione aziendale, anche attraverso il sito web ufficiale aziendale, permette una piena trasparenza e un continuo scambio di informazioni utili all'utenza sia per il contatto con i pazienti covid che per le informazioni sulla prevenzione e la lotta alla pandemia.

Per accessibilità si intende anche la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari. L'Agid (l'Agenzia per l'Italia digitale) ha pubblicato la Relazione sul monitoraggio con i relativi allegati tecnici, inviata alla Commissione Europea, ai sensi dell'articolo 8, paragrafo 4, della direttiva (UE) 2016/2102.

In attuazione della Direttiva UE 2016/2102, Agid ha emanato le Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici, in vigore dal 10 gennaio 2020, che indirizzano la Pubblica Amministrazione all'erogazione di servizi sempre più accessibili.

Le linee guida individuano le tecnologie e gli standard che le PP.AA. devono tenere in considerazione durante la realizzazioni dei propri sistemi informatici, al fine di permettere il coordinamento informativo e informatico, oltre che interno, anche tra le amministrazioni centrali, regionali e locali, nonché tra queste e i sistemi dell'Unione Europea, con i gestori dei servizi pubblici e dei soggetti privati.

Le Linee Guida assicurano, tra l'altro, l'aggiornamento rispetto alla:

- evoluzione della tecnologia;
- aderenza alle indicazioni europee in materia di interoperabilità;
- adeguatezza alle esigenze delle pubbliche amministrazioni e dei suoi utenti;
- adozione da parte di tutti i soggetti, pubblici e privati;
- adeguatezza dei necessari livelli di sicurezza.

L'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina si è adeguata alle linee guida e alle indicazioni tecniche e tecnologiche dettate dall'Agid in tema di sviluppo dei portali.

Il sito aziendale, infatti, garantisce la piena accessibilità, fisica e digitale, ai cittadini, anche ultrasessantacinquenni e a quelli con disabilità, tenuto conto dell'adozione di specifiche e adeguati correttivi e standard, che permettono la piena operatività e consultazione dei dati aziendali pubblicati.

Sono state rispettate le direttive in materia di contrasto cromatico delle informazioni rinvenibili sul sito aziendale, con l'utilizzo di una scrittura e un carattere delle lettere standard grande, così come previsto dalle direttive emanate in materia.

Sono stati rispettati anche gli standard relativi alla luminosità e colori del sito, al fine di evitare lo scorrimento dei banner e l'utilizzo di luci particolarmente intense che hanno causato crisi epilettiche nei fruitori dei siti aziendali.

Certo tutto questo appare oggi un po' in contrasto con la normativa vigente in tema di accessibilità da parte del cittadino alle nuove piattaforme e servizi della Pubblica Amministrazione, tenuto conto

che il singolo cittadino, indipendentemente dall'età, deve essere provvisto di Spid per accedere alle funzionalità e servizi della Pubblica Amministrazione.

L'informatizzazione dell'Azienda, a tutti i livelli, è già una realtà strutturata all'interno del P.O. Papardo, anche con l'utilizzo delle linee VPN per agevolare il lavoro agile.

Anche l'utenza che giornalmente affersce alle varie UU.OO. può fruire di un sistema integrato di rete WI-FI, che permette di accedere alla rete anche durante il periodo di degenza. La cartella clinica informatizzata e i programmi attivi di interconnessione rappresentano una realtà consolidata da moltissimi anni e che permette all'A.O. Papardo di essere all'avanguardia nell'uso dell'informatica tracciabile, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Il Sovracup aziendale, che ha coinvolto le diverse realtà sanitarie territoriali, è diventato punto di riferimento anche a livello regionale, come modello da cui partire per meglio gestire le prenotazioni e le prestazioni sanitarie anche nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa.

Sul sito aziendale è già da anni attivo e presente il report aggiornato sugli accessi al pronto soccorso divisi per codice, attraverso una grafica che permette di comprendere gli accessi in tempo reale secondo la gravità del paziente in attesa e/o in trattamento, con l'indicazione del codice attribuito a ciascun degente che affersce al Pronto Soccorso (codice bianco, verde, giallo o rosso).

Sia il protocollo che il percorso delle delibere e delle determine è stato informatizzato. Ciò permette la tracciabilità dei percorsi e la verifica dello status di una determina o di una delibera e dovrebbe contribuire anche alla diminuzione dello spreco di carta.

I dirigenti degli uffici amministrativi sono dotati di firma digitale che nell'ambito del processo informatizzato delle determine e delle delibere permette di certificare nel pieno rispetto della legge, l'avvenuta sottoscrizione dell'atto.

Nell'ambito dell'ampio processo di informatizzazione che riguarda l'Azienda e che vede protagonista il S.I.A., risulta attivo il sistema di rilevazione presenze informatico che permette al singolo operatore di verificare il proprio orario di servizio, inserire le proprie richieste per ferie o altri permessi e istituti contrattualmente previsti dalla normativa vigente.

L'utilizzo e l'incentivazione alla fruizione di energia sostenibile nell'ambito di una Azienda che punta e sviluppa l'informatizzazione, permetteranno di perseguire gli obiettivi di crescita e di raggiungere la qualifica di DEA di II° livello, tenuto conto delle particolari specifiche UU.OO. che orbitano al suo interno e dell'offerta sanitaria che è in grado di garantire.

● **PERFORMANCE:** Un'Azienda Ospedaliera ha degli obiettivi specifici, tenuto conto che ciò che elargisce e produce è la cura della salute. Appare evidente che in quest'ottica oltre gli obiettivi primari che vengono predisposti dallo Stato e dalla Regione vi sono altri obiettivi secondari che tutte le Aziende Sanitarie si prefiggono di raggiungere per una migliore offerta di assistenza alla salute nei confronti degli utenti.

Appare evidente che la garanzia della deve sempre tenere conto dei dati economici.

La Direzione Aziendale anche tramite l'U.O.C. Controllo di Gestione e Programmazione e Budget, ha avviato, pur nei limiti e con le problematiche pandemiche dell'anno 2021, il processo di budget, in aderenza a quanto previsto sul funzionamento del sistema di misurazione e valutazione delle performance. Tale processo dovrà tenere in considerazione le problematiche di emergenza pandemica che hanno visto, per alcuni periodi, la chiusura di alcune UU.OO. per contagi riscontrati al loro interno.

Obiettivi Strategici

L'Azienda concorre al conseguimento degli obiettivi della politica sanitaria regionale attraverso il raggiungimento degli obiettivi a essa assegnati.

Gli obiettivi strategici dell'Azienda trovano riferimento:

- Nel Piano Sanitario Regionale;
- Nei provvedimenti attuativi regionali emanati nel periodo di validità del presente piano;
- Negli obiettivi assegnati alla Direzione Aziendale;
- Nella mission aziendale;
- Nel Piano di efficientamento 2019-2021.

Per il triennio di riferimento del presente piano, sono così individuati:

- a) Osservanza delle linee guida e degli indirizzi in materia di controllo e di programmazione degli uffici:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Adozione Atto Aziendale nel rispetto della rete ospedaliera regionale e tenuto conto delle direttive e linee guida regionali	Adozione dell'Atto	Approvazione dell'Atto Aziendale da parte degli organi regionali a ciò deputati	Direzione Generale con la collaborazione degli Uffici posti in Staff e con il Settore Personale
Adeguamento Dotazione Organica Aziendale nel rispetto della rete ospedaliera regionale e tenuto conto delle direttive e linee guida regionali	Adozione della Dotazione Organica	Approvazione della Dotazione Organica da parte degli organi regionali a ciò deputati	Direzione Generale con la collaborazione degli Uffici posti in Staff e con il Settore Personale
Piano triennale del fabbisogno in seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale P.D.T.A. e linee guida	Adozione del Piano triennale del fabbisogno	Approvazione del Piano triennale del fabbisogno da parte degli organi regionali a ciò deputati	Direzione Generale con la collaborazione degli Uffici posti in Staff e con il Settore Personale
	Definizione dei nuovi Pdta aziendali/linee guida	Adozione > 1	Direzione Sanitaria – Direzione Medica – Qualità – Direttori Dipartimento e

b) Corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Riduzione prezzi di acquisto all'interno delle soglie di prezzo unitario di riferimento regionale	Prezzo dei "principi attivi", "dispositivi medici", servizi di "lavanderia", "pulizia", "ristorazione" nei contratti sopra soglia comunitaria stipulati nell'anno	≤ prezzo unitario di riferimento Regionale	Provveditorato ed Economato
Contabilità Analitica e modelli LA	Alimentazione del sistema di Contabilità Analitica Standard Regionale	SI, secondo le richieste regionali	Economico Finanziario – Controllo di Gestione
Rispetto nel triennio degli obiettivi indicati nel Piano di Efficientamento 2019-2021 salvo modifiche dovute all'emergenza pandemica	Allineamento con quelli che sono gli obiettivi evidenziati nel piano	Rispetto delle indicazioni e dei dati di produzioni in tabella sopra specificati fermo restando la sospensione nell'ambito dell'emergenza pandemica	Direzione Generale

c) Obiettivi di salute e funzionamento dei servizi:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Consolidamento dell'efficienza di tutte le aree chirurgiche tenuto conto dell'emergenza pandemica	Coordinamento attività chirurghi/anestesisti/personale comparto	>= Anno 2021	Direzione Sanitaria e Direttori di Dipartimento
Consolidamento dell'efficienza nelle sale operatorie	Estensione utilizzo di tutte le sale operatorie – Estensione orario uso sale operatorie	>= Anno 2021	Direttori Dipartimento (secondo le competenze)
Consolidamento dell'appropriatezza DRG nelle varie Aree	% DRG appropriati secondo le varie Aree	>= Anno 2021	Responsabili UU.OO.
Riduzione attesa Pronto Soccorso considerando l'emergenza pandemica in corso e la dilatazione di alcune tempistiche	% tempi di attesa secondo i vari codici	>= Anno 2021	Resp. e Dirigenti Medici Mcau

d) Equilibrio Economico:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Rispetto della programmazione regionale fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Rispetto del tetto di costo: Farmaceutica ospedaliera	Soglia definita dalla Regione	Farmacia
Rispetto della programmazione regionale sui costi fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Rispetto del tetto di costo: Personale	Soglia definita dalla Regione	Risorse Umane
Equilibrio Economico-Finanziario fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Rispetto del Risultato Economico programmato dalla Regione	Soglia definita dalla Regione	Settore Economico Finanziario
Equilibrio Economico-Finanziario fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Variazione annuale del costo della produzione (+imposte e tasse)	Soglia definita dalla Regione	Settore Economico Finanziario
Rispetto dei tempi di pagamento programmati	Tempi liquidazione fatture passive	Entro le soglie previste dal regolamento interno se esistente o dalla normativa vigente	Settore Economico Finanziario
PAC fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Avanzamento	Secondo tempistiche regionali	Settore Economico Finanziario
Rispetto direttive Piano di Rientro/Efficientamento fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Adempimento step programmati	Rientro nei parametri indicati nella tabella sopra evidenziata	Direzione Generale

e) Liste di attesa:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Contenimento dei tempi d'attesa della specialistica	Tempi di refertazione dell'anatomia patologica	≤ 20 giorni lavorativi nel 90% dei casi salvo che necessitano di particolari approfondimenti	Anatomia Patologica
Contenimento dei tempi d'attesa della specialistica fermo restando eventuali	Riorganizzazione alcune aree mediche e chirurgiche	Studio fattibilità tenuto conto di eventuali rideterminazioni dovute	Direzione Sanitaria

AZIENDA OSPEDALIERA PAPPARDO - MESSINA

rideterminazioni dovute alla crisi pandemica		alla crisi pandemica	
Contenimento dei tempi d'attesa dei ricoveri fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Rispetto tempi di attesa ricoveri nelle aree individuate dalla Regione	Soglie definite dalla Regione tenuto conto di eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Direzione Sanitaria – Direttori Dipartimento – Uffici di Staff (studio fattibilità e soluzioni)

f) Rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Completezza e Tempestività del flusso SDO	% SDO inviate sul totale delle SDO chiuse	>= 90	Direttori e Resp. UU.OO. Ufficio Sis
Completezza e Tempestività dei flussi	Invio di tutti i flussi nel rispetto dei termini previsti	Invio flussi nei termini	Responsabili dei vari Settori e UU.OO. - Invio Flussi aziendali secondo le rispettive competenze

g) Garanzia della sicurezza per pazienti ed operatori:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Prevenzione incendi (D.M. 19.3.2015)	Piano di Emergenza Aziendale	Eventuale aggiornamento	Settore Tecnico Servizio di Prevenzione e Protezione
Prevenzione incendi (D.M. 19.3.2015)	Formazione addetti antincendio	Formazione di gran parte del personale dell'Azienda con l'obbligo del conseguimento del certificato di addetto	Formazione Servizio di Prevenzione e Protezione
Sicurezza nei luoghi di lavoro (T.U. 81/2008)	Formazione specifica luoghi di lavoro a rischio elevato	Attivazione	Formazione

h) Trasparenza e prevenzione della corruzione (Fonte Piano Triennale):

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell'obiettivo</u>
Azioni volte alla prevenzione della corruzione e dell'illegalità	Individuazione dei dipendenti da inserire nel Programma annuale di	Partecipazione di un congruo numero di personale di "aree a	Responsabile Aziendale Formazione Responsabile della

AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO - MESSINA

	formazione	rischio” ai programmi di formazione su tali tematiche	Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Azioni volte alla trasparenza e alla pubblicazione dei relativi dati	Dare piena applicazione alla normativa sulla Trasparenza	Adempimento obblighi normativi in materia di Trasparenza secondo le varie responsabilità e competenze	Responsabile Aziendale della Trasparenza e ognuno per la parte di propria competenza all’interno di tutti i Settori Aziendali
Aggiornamento sito istituzionale	Avvenuto aggiornamento e presenza di tutte le sezioni così come richiesto dalla normativa	Trasparenza e facile fruibilità da parte degli operatori e di terzi	Responsabile sistemi informatici, Rup e Dec, Tutti i dipendenti che implementano il sito nella Sezione Trasparenza oltre Direzione Strategica
Azioni volte alla nel rispetto del nuovo regolamento comunitario UE 2016/679	Equilibrio tra diritto alla privacy e diritto alla trasparenza dell’azione amministrativa	Pubblicazione dei dati necessari nel rispetto del regolamento comunitario senza violazione della privacy	Responsabili aziendali pubblicazione dati Responsabili Settori e UU.OO.CC. Responsabile Aziendale della Trasparenza e ognuno per la parte di propria competenza all’interno di tutti i Settori Aziendali D.P.O.
Attività formativa in tema di trasparenza e anticorruzione	Effettuazione formazione online da parte del personale dirigenziale e titolare di posizione organizzativa	Formazione del personale e aggiornamento della normativa	Ufficio Formazione Resp. trasparenza e anticorruzione

Obiettivi Operativi

Si riferiscono all’orizzonte temporale del breve periodo e sono decisi annualmente dalla Direzione Strategica Aziendale, tenendo conto degli obiettivi strategici e, soprattutto, di quelli che sono e saranno assegnati dalla Regione per l’esercizio corrente:

<u>Descrizione Obiettivo</u>	<u>Indicatore</u>	<u>Risultato atteso</u>	<u>Referente Aziendale dell’obiettivo</u>
Tempistica di trattamento delle fratture di femore su pazienti > 65	Tempo intervento	Secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Esiti in base alle direttive regionali	U.O.C. di Ortopedia

AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO - MESSINA

Incidenza dei tagli cesarei	Diminuzione tagli cesari	Secondo quanto previsto dalle direttive regionali	U.O. di Ostetricia e Ginecologia
Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di I.M.A. STEMI	Percentuale di degenti trattati	Secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Esiti in base alle direttive regionali	Sues 118 e UU.OO. competenti
Tempistica di colecistectomia laparoscopica post-operatoria	Percentuale di degenti trattati	Secondo quanto previsto dal Piano Nazionale Esiti in base alle direttive regionali	Responsabili UU.OO. di riferimento
Progetti di miglioramento organizzativo fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Avvio studi di fattibilità	Redazione procedure aziendali e formazione del personale tenuto conto dei limiti dettati dalla normativa in tema di prevenzione contagi	Uffici e UU.OO. Ufficio Formazione
Screening Oncologici fermo restando eventuali rideterminazioni dovute alla crisi pandemica	Aumento in percentuale rispetto l'anno precedente della partecipazione screening	Secondo prescrizioni circolare n. 5 del 16.03.2016 e con invio di relazione	Oncologia
Donazione Organi	Attività di informativa sulla donazione organi	Aumento donazione organi rispetto l'anno precedente	Direzione Sanitaria – Direttori Dip.to
Invio Flussi regionali e nazionali	Rispetto dei termini indicati dalla normativa	Adempimento e rispetto della relativa tempistica	Sis – Personale – Farmacia e UU.OO. coinvolte
Prescrizioni dematerializzate	Coinvolgimento degli operatori	Aumento in percentuale dei medici utilizzatori	UU.OO.

Appare evidente che sia gli obiettivi strategici che quelli operativi dovranno tenere conto dell'emergenza pandemica in atto.

Con il processo di budget, gli obiettivi strategici e operativi regionali saranno esplicitati in target operativi da assegnare alle differenti articolazioni organizzative aziendali: dipartimenti, strutture complesse sanitarie, staff, settori amministrativi.

Per tutti gli obiettivi sopra indicati, gli *indicatori* di performance devono essere misurabili in maniera tale da non creare alcun tipo di incomprensione o valutazione errata del grado di raggiungimento di quanto concordato.

Gli obiettivi devono essere calibrati e adattati alla realtà delle Unità Operative cui sono assegnati, tenuto conto dell'equilibrio di bilancio e della dotazione organica presente che sono elementi imprescindibili. Appare evidente che la nuova situazione assistenziale potrà avere delle refluenze sugli obiettivi assegnati (es. chiusura reparto etc).

Per tutti gli indicatori, la fonte di provenienza dei dati è il Controllo di Gestione che a sua volta li attinge:

--dalle basi dati presenti all'interno del sistema informatico aziendale (server SDO, SDAO, Cup, Ticket, flussi Emur ed Emonet, server gestionali, settore personale, economico finanziario etc.);

--dai flussi informativi ministeriali e regionali prodotti ed inviati periodicamente ed a cadenze fisse (flusso A, C, F, T, Emur etc), peraltro originati dalle stesse basi dati di cui sopra.

Tutti i dati sono tracciabili all'interno del sistema e sono noti i responsabili della corretta gestione e produzione, gli attori coinvolti e i loro ruoli.

Il Controllo di Gestione invia report alla Direzione e mensilmente ai responsabili dei Centri di Costo circa i dati di attività in modo da permettere agli stessi di monitorare e calibrare le proprie attività in relazione agli obiettivi assegnati o da raggiungere, in modo da permettere gli opportuni aggiustamenti.

Tale costante monitoraggio permette agli stessi responsabili di richiedere, qualora vi siano circostanze straordinarie o non dipendenti dalla propria volontà (es. riduzione posti letto o chiusura di parte dell'U.O. o ancora riduzione del personale), a una eventuale ricontrattazione della relativa scheda di budget.

Tenuto conto della problematica connessa alla crisi pandemica occorre partire da alcuni dati certi dell'anno 2020 e dell'anno 2021 su cui costruire un adeguato piano prospettico relativo alla performance anno 2022 e seguenti che permetta di caratterizzare e comprendere come l'Azienda reagisce alla crisi in atto e i risultati che intende raggiungere nonostante la crisi pandemica in atto.

E' lo stesso Assessorato della Salute che è intervenuto con una serie di direttive in materia, prevedendo appositi interventi per l'emergenza pandemica, che si sostanziavano in apertura di centri di costo covid (nota ass. n. 16543/2020), individuazione delle Aziende che devono trattare i pazienti con sindrome coronarica acuta durante l'emergenza Covid-19 (nota ass. prot. n. 16532/2020 dove si individua per Messina l'A.O. Papardo) o il percorso delle pazienti gravide e puerpere in relazione a Covid-19 (nota ass. n. 16146/2020 e nota prot. n. 17018/2020 che individua l'A.O. Papardo come centro di riferimento per le pazienti ostetriche e puerpere affette da Covid-19 nella provincia di Messina).

Tutto ciò ha comportato una rideterminazione generale delle attività assistenziali durante l'anno 2020 e l'anno 2021 anche in coincidenza con le varie ondate pandemiche.

Dall'analisi dell'attività dei complessi operatori si registra un notevole aumento degli interventi in elezione che passano dal 6.980 dell'anno 2020 a 7.961 dell'anno 2021, mentre quelli in urgenza passano da 8.324 a 9.380.

A tale aumento di interventi presso i complessi operatori corrisponde un aumento del Tasso Utilizzo Posto Letto che passa per il regime ordinario dal 71,3% per l'anno 2020 al 73,5% per l'anno 2021.

Anche per quanto riguarda le SDO/SDAO si è passati da 8.640 dell'anno 2020 a 9.598 dell'anno 2021. I ricoveri ordinari sono passati da 8.827 a 9.598 e quelli in Dh/Ds da 1.284 a 1.348.

Tutto ciò ha portato a un notevole aumento della produttività che è passata da €. 61.887.886 dell'anno 2020 a 74.478.106 per l'anno 2021. E tale trend positivo lo si riscontra anche rispetto agli anni precedenti.

La semplificazione viene anche propugnata dal seguente piano che cerca di sussumere in sé il piano delle performance, quello della trasparenza e anticorruzione e quello formativo.

La semplificazione va di pari passo alla digitalizzazione e alla consultabilità dei dati presenti sul nostro sito. I dati devono essere oggetto di consultazione ed estrazione in modo da permettere una adeguata informazione e trasparenza dei dati della pubblica amministrazione.

Questa Azienda aveva avviato, con Agenas e Assessorato le azioni relative al Piano di Efficientamento approvato. Negli ultimi anni, in concomitanza con la crisi pandemica in atto, si è proceduto alla sospensione del Piano e di tutte le attività connesse.

Anche all'interno dell'A.O. Papardo, una particolare attenzione è stata posta alla parità di genere. Non si può certo verificare in ambito pubblico una differenziazione retributiva tra uomini e donne a parità di qualifica professionale. Pur tuttavia occorre sempre lavorare per la rimozione di quelle barriere, eventualmente ancora presenti, volte a limitare lo sviluppo professionale e di carriera delle donne.

L'Azienda Ospedaliera Papardo continua a rivestire un ruolo da protagonista nell'ambito del progetto codice rosa. Il Papardo, infatti, risulta Azienda capofila del progetto, con una azione di formazione e coordinamento che ha permesso l'ampliamento delle piattaforme e delle attività anche presso altre strutture sanitarie regionali. L'Azienda ha ricevuto da Onda, Osservatorio Nazionale sulla salute della donna, tre bollini rosa (sulla base di una scala da uno a tre), per il biennio 2018-2019. I Bollini Rosa sono il riconoscimento che Onda, da sempre impegnata sul fronte della promozione della medicina in generale, attribuisce dal 2007 agli ospedali attenti alla donna e che si distinguono per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, alla diagnosi e cura delle principali malattie delle donne.

● **RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA:** Anche l'A.O. Papardo ha adottato il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione, ai sensi dell'art. 1, comma 8, della Legge 6/11/2012 n. 190. entrata in vigore il 28 novembre 2012 in seguito alla Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite -adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003- contro la corruzione ratificata con la legge n.116 del 3 agosto del 2009 che ha statuito misure ad hoc per prevenire e reprimere il fenomeno corruttivo e altresì individuato gli attori chiave preposti ad applicarle quali :Anac, Corte dei Conti, O.I.V., Organo Politico della P.A, il R.P.C.T. Vengono riassunti alcuni dati e spunti già presenti nel Piano della Trasparenza e dell'Anticorruzione ex delibera n. 64 del 25.01.2022.

II CONTESTO ESTERNO:

-Legislazione di settore: legge 30 dicembre 2021 n.234 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022/2024;

-Disciplina degli appalti Codice appalti: Dlgs 50/2016 e ss.mm.ii.;

-Contesto ambientale: l’Azienda è situata in un’area a nord del territorio Urbano in forte sviluppo con ottime vie di collegamento ed un eliporto che consente il collegamento anche con le isole minori e le altre strutture sanitarie regionali e nazionali.

-Contesto demografico: la realtà territoriale nella quale è collocata l’Azienda presenta una struttura per età simile a quella della Regione Sicilia, con una progressiva diminuzione delle classi di età giovane ed un aumento delle persone di età superiore ai 65 anni;

-Contesto Economico: reddito medio € 17.091,4 pone la città al 79° posto in ambito nazionale (su 105 città) depositi bancari pro capite € 13.986,1 pone la città al 90 posto in ambito nazionale (fonte – Città Metropolitana di Messina).

In particolare, l’analisi ai sensi della Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano nazionale Anticorruzione”, mette in evidenza come tutto il territorio nazionale è stato colpito dalla crisi legata alla emergenza da Covid 19.

In particolare si registra da più parti un grave indebolimento del sistema imprenditoriale territoriale e le cessazioni delle imprese sono vieppiù prevalenti a causa della immobilità dell’attività legata ai vari Dpcm ma anche ai decreti regionali e ordinanze sindacali,

Gli Appalti e opere pubbliche sono l’ambito di interesse delle mafie, che attraverso la leva corruttiva e la collusione mirano a consolidare un sistema di relazioni forti. Buona parte dell’espansione dei clan passa per gli affidamenti pubblici. Infiltrare le amministrazioni locali, garantendosi l’assegnazione di opere pubbliche, non rappresenta quindi solo un’occasione per generale profitti. Ma contemporaneamente costituisce uno degli strumenti fondamentali per rafforzare il controllo del territorio e acquisire consenso sociale

Questo è ancora più vero nel contesto economico attuale, condizionato dall’emergenza Covid-19 dove i clan delle varie mafie stanno allungando i tentacoli a non solo sull’acquisto di forniture e servizi sanitari, ma anche direttamente sui finanziamenti messi a disposizione dallo Stato nei vari decreti.

La cattiva amministrazione e le esternalizzazioni: Disordine amministrativo, mancanza di atti regolamentari, instabilità dei vertici, assenza di meritocrazia, abnorme contenzioso legale, bassa qualificazione professionale, dimensione dei debiti fuori bilancio, privatizzazione dei servizi quali raccolta e smaltimenti rifiuti, preparazione e distribuzione pasti, pulizia, vigilanza, centri unificati di

prenotazione, elaborazione stipendi, morgue, etc si aggiungono come elementi di debolezza a favorire l'ingerenza delle mafie.

Il personale e l'avvicendamento dei vertici aziendali: l'ingerenza della criminalità all'interno delle organizzazioni sanitarie riguarda il reclutamento del personale attraverso metodiche non idonee.

Tale fattore è estremamente preoccupante perché il ricorrere sempre più diffusamente alla somministrazione di lavoro temporaneo e all'appalto di servizi all'esterno con la prassi di offrire contratti a tempo determinato per pochi mesi estende ulteriormente la platea dei potenziali beneficiari e ne rafforza i legami di soggezione e sottomissione con i capi clan.

Le nomine conferite al Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e ai responsabili delle Strutture Amministrative e Sanitarie, soggette a frequente turn over, deresponsabilizzano gravemente la Governance Aziendale .

Le infiltrazioni nel mercato dei medicinali: un settore di crescente interesse per le mafie è quello farmaceutico: traffico di medicinali -in particolare di quelli molto costosi o il cui utilizzo è sottoposto a specifica disciplina —, vendita on-line, contraffazione, furti di farmaci e loro successiva manipolazione, false documentazioni per farmaci contraffatti da introdurre sul mercato. Il fenomeno riguarda tutti i prodotti: di marca e generici, consolidati e innovativi, compresi farmaci molto costosi e pertanto di maggior interesse per la criminalità.

Interessano per lo più farmaci utilizzabili per fini illeciti e/o farmaci rivendibili in mercati meno controllati e particolarmente costosi - antitumorali, immunosoppressori e biologici - o legati a specifiche esigenze, destinati sia al mercato interno sia ai Paesi con sistemi sanitari più deboli (es. Est Europa).

L'AZIENDA E I SUOI INTERLOCUTORI ESTERNI.

L'Azienda si integra con tutte le componenti sociali, economiche, culturali, politiche e di volontariato presenti a livello provinciale e regionale, oltre che con le realtà sanitarie ospedaliere, territoriali e universitarie.

Le relazioni esterne dell'Azienda sono mutate da Conferenze dei Servizi.

Collaborano con l'Azienda volontari e rappresentanti delle Associazioni di volontariato il cui accesso, all'interno del Presidio Ospedaliero dell'Azienda, è disciplinato da un apposito Regolamento.

CONTESTO INTERNO:

L'Azienda Ospedaliera è stata formalmente costituita con Legge Regionale n. 5 del 14 aprile 2009 ed è stata attivata a decorrere dal 1° settembre 2009 e ricade nel territorio definito “Bacino Sicilia Orientale”.

Ai sensi e per gli effetti di legge, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

L'Azienda è divisa in in Dipartimenti per il perseguimento degli obiettivi dell'ente. Gli stessi accorpano orizzontalmente le UU.OO. e possono permettere l'ottimizzazione delle prestazioni assistenziali destinate a specifiche categorie di pazienti/quadri clinici e volte a migliorare l'efficienza. Tuttavia il perseguimento degli obiettivi dell'ente trova un limite oggettivo nelle risorse messe a disposizione.

Mappatura dei processi: Ruoli e compiti del personale

-I Dirigenti.

Fermo restando le funzioni e le responsabilità previste dalla normativa vigente, i Dirigenti Amministrativi e Sanitari dell'Azienda Ospedaliera Papardo, ai sensi dell'art 16 del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 38, comma 1, lett. b) del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, hanno obblighi specifici di contrasto e prevenzione dei fenomeni corruttivi nell'ambito dei Dipartimenti rispettiva competenza e pertanto svolgono, ai fini del presente Piano, le attività di seguito indicate:

- a) assicurano la piena collaborazione al RPCT, fornendo tempestivamente allo stesso e, se richiesto, ad altri organi o enti e, ove occorra, all'autorità giudiziaria, dati ed informazioni riguardanti le strutture dirette e l'attività amministrativa di competenza;
- b) concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti e forniscono ogni utile contributo ai fini dell'aggiornamento e della revisione del Piano;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione delle relative disposizioni;
- e) adottano ogni necessaria misura gestionale, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la rotazione del personale nell'ambito della area ritenuta più a rischio di corruzione;
- f) vigilano sui rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti, ovvero che siano interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici o di altro genere, verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e il personale dell'Amministrazione;
- g) propongono il personale da inserire nei percorsi formativi sui temi della legalità e della condotta etica, individuandolo tra coloro che operano nei settori a più alto rischio di corruzione;
- h) propongono il referente individuandolo fra il personale con maggior grado di capacità collaborativa e predisposizione alla cultura della etica e della legalità.

Entro la fine del mese di novembre, i Dirigenti trasmettono con cadenza annuale al R.P.C.T. una relazione sullo stato di fatto e sull'andamento delle attività a più elevato rischio di corruzione, segnalando le eventuali criticità e la scheda delle mappature dei processi afferenti alle strutture di loro competenza.

E' utile sottolineare, in questa sede, che l'attuazione delle finalità e delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo, sono riconducibili all'area della responsabilità dirigenziale, per cui sono strettamente collegate, come ribadito dalle norme del D. Lgs. 97/2016, alla valutazione della performance organizzativa ed individuale.

Essi, fermo restando la nomina dei Referenti e da loro designati, sono:

Direttore Coordinamento Staff/Qualità/Formazione

Direttore U.O.C Controllo di Gestione e il suo referente

Direttore U.O.C Affari Generali.

Direttore U.O.C Controllo di Gestione ,Programmazione e Budget

Direttore U.O.C Economico Finanziario e Patrimonio

Direttore U.O.C Servizio Legale

Dirigente Medico Responsabile del P.O. Direttore U.O.C Provveditorato/ Economato

Direttore U.O.C Risorse Umane

Direttore U.O.C Tecnico

Dirigente Medico Responsabile del P.O.

Responsabile S.I.A

Responsabile S.I.S

Responsabile Coordinamento Agende Ticket/Alpi

Responsabile U.O.C. Farmacia

Dirigenti e/o Responsabili F.F. delle UU.OO. Sanitarie, Amministrative, Tecniche e professionali.

Responsabili posizioni organizzative sia amministrative che sanitarie Dipartimentali (D.P.I..Coordinatori e RID).

-I Referenti.

La complessa organizzazione dell'Azienda Ospedaliera Papardo rende necessario designare su proposta dei Dirigenti, i referenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza che operano nelle rispettive U.O di appartenenza

I medesimi supportano il proprio dirigente;:

a) nell'adempimento degli obblighi previsti nel PTPCT;

b) nell'adempimento degli obblighi di trasparenza;

Inoltre, supportano il RPCT nell'attività di verifica sull'attuazione delle misure previste nel PTPCT.

La mancata collaborazione dei singoli Referenti, costituisce elemento di responsabilità disciplinare.

Analogamente il dirigente responsabile dell'U.O., può attivare il procedimento di responsabilità disciplinare nei confronti del dipendente aziendale che non collabora con il R.P.C.T.

Tutti i dipendenti dell'Azienda sono coinvolti nella gestione del rischio corruttivo e precisamente:

a) rispettano le misure contenute nel presente Piano;

- b) segnalano le situazioni di illecito ed i casi di personale conflitto di interessi;
- c) collaborano con il R.P.C.T., fornendo, se richiesto, notizie ed informazioni relative allo svolgimento del proprio ufficio.

All'interno dell'Azienda Ospedaliera sono presenti e attivi l'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari dell'Area Medica e dell'Area Comparto, il responsabile dell'Antiriciclaggio e il Responsabile della Protezione dei Dati.

-Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti – Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio: misure di prevenzione.

Formazione dei dipendenti: Una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- la consapevolezza dei soggetti che svolgono l'attività amministrativa. L'eventuale discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni basate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza dei valori etici;
- la creazione della competenza specifica necessaria per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- la conoscenza dell'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interesse, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dai comportamenti da seguire.

A questo fine la formazione deve essere strutturata su due livelli:

- 1) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che deve riguardare l'aggiornamento delle competenze delle varie professionalità e le tematiche dell'etica e della legalità;
- 2) livello specifico, rivolto al Responsabile della prevenzione della corruzione, ai Dirigenti e referenti addetti alle aree a rischio, che deve riguardare essenzialmente gli strumenti concretamente utilizzabili per una efficace prevenzione.

Alla predisposizione del Piano di formazione, che ha cadenza annuale, provvede il Responsabile della Formazione, previa intesa con il Responsabile della prevenzione della corruzione, che annualmente propone sia un offerta formativa nella quale siano individuati i temi ritenuti dal R.P.C.T. stesso di particolare rilievo al fine superiormente indicato, sia il personale aziendale da inserire nel percorso formativo, su indicazione dei Dirigenti

I dipendenti che hanno partecipato ai programmi di formazione potranno esporre ai colleghi, nel corso di incontri formativi brevi, da tenersi presso le Unità Operative aziendali, le indicazioni essenziali apprese, assicurando così la più ampia divulgazione delle tematiche relative alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

I Dirigenti dovranno dare riscontro di tali attività al Responsabile della prevenzione della corruzione nella relazione più volte menzionata.

-Rotazione del personale.

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume particolare rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio.

La ratio è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e che il medesimo dirigente/funziionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

Al fine di assicurare un'efficace rotazione del personale, soprattutto negli Uffici più a rischio quali quelli appaltanti e di reclutamento delle risorse umane, le misure da porre in essere sono:

-per il personale dirigenziale, di norma, la durata di permanenza nell'Ufficio a più elevato rischio di corruzione, non può essere superiore alla durata dell'incarico conferito (tre o cinque anni). La responsabilità dell'Ufficio dovrebbe, pertanto, essere affidata ad altro dirigente dell'Azienda, compatibilmente con le esigenze organizzative dell'Azienda e con la consistenza organica del profilo dirigenziale, le risorse umane disponibili e la durata contrattuale dell'incarico conferito al Dirigente.

-Nel caso in cui l'istituto della rotazione dovesse essere applicabile bisognerà prevedere all'uopo un'attività di formazione adeguata mediante sessioni formative in "house" anche con l'utilizzo di docenti interni all'Amministrazione.

Sarà cura dei Dirigenti degli Uffici interessati alla rotazione, porre in essere la proposta e la realizzazione dei sopra indicati percorsi formativi.

Dell'avvenuta rotazione del personale e dell'attività formativa ad essa collegata, il Dirigente, dovrà dare comunicazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione, nella relazione di che trattasi.

L'Azienda Ospedaliera Papardo al verificarsi di fenomeni corruttivi, applicherà lo strumento della "Rotazione straordinaria", ai sensi dell'Art. 16, c.1, lett. 1-quater del D. Lgs. 165/2001, novellato, secondo cui "i dirigenti di Ufficio provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione, svolte nell'Ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"

Corre d'obbligo in calce rilevare che, attualmente, la rotazione non è compatibile con le esigenze organizzative aziendali a causa delle esigue risorse umane disponibili.

Tutela del dipendente che segnala eventuali illeciti (whistleblower)

Il "whistleblowing" è stato introdotto dalla L. n. 190/2012, il cui comma 51 ha inserito l'art. 54-bis nel D.Lgs. n. 165/2001, prevedendo un regime di tutela del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, le quali possono essere inviate, così come stabilito dall'art. 54-bis, 1° comma :

- al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)
- all’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC);
- all’Autorità giudiziaria ordinaria (Ispettorato della funzione Pubblica) o contabile (corte dei Conti).
- all’organizzazione sindacale di appartenenza o ad una delle organizzazioni sindacali presenti nell’Azienda.

Allorquando, invece, il dipendente debba far conoscere l’adozione – da parte dell’Amministrazione di appartenenza – nei suoi confronti di misure ritorsive conseguenti ad una sua segnalazione di condotte illecite, deve dare notizia circostanziata dell’avvenuta discriminazione all’Anac o all’organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative. L’ANAC è competente ad accertare, mediante specifica istruttoria, l’esistenza di misure discriminatorie ed eventualmente applicare una sanzione amministrativa pecuniaria nei confronti dell’Amministrazione o Ente di appartenenza del dipendente vittima di ritorsioni.

L’ANAC, inoltre, con Determina n 469 del 9 Giugno 2021 ha approvato le “Linee guida” in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro. ai sensi dell’art.54/bis,del d.lgs 165/2001 (c.d. Whistleblowing) e con esse, in modo puntuale e meticoloso, ha fornito utili e preziose indicazioni, in particolare, sui dipendenti pubblici e amministrazioni pubbliche destinatari delle norme, sulle modalità di comunicazione e gestione delle segnalazioni, sulla riservatezza dell’identità e tutela del dipendente che segnala condotte illecite.

Le segnalazioni devono riguardare casi o fatti di cui il dipendente abbia avuto diretta conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, ma possono concernere anche notizie acquisite casualmente nel corso dello svolgimento delle mansioni lavorative, devono essere circostanziate e non per rappresentare situazioni personali che nulla hanno a che fare con la ratio della legge.

Il “whistleblower” non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto a una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro, per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Ai sensi del comma 3 dell’art. 54-bis d.lgs. 165/2001, «l’identità del segnalante non può essere rivelata».

Una apposita casella di posta elettronica certificata, rintracciabile sulla sezione “contatti” visibile sul menù a tendina “Dove Siamo” del portale aziendale che permette di cliccare sulla voce “whistleblowing”, è stata dedicata unicamente alla ricezione delle segnalazioni non anonime. La casella costituisce un canale differenziato e riservato per ricevere le segnalazioni che sono direttamente convogliate al destinatario ovvero il Responsabile della prevenzione della corruzione, che, dopo averle esaminate, assumerà le adeguate iniziative del caso.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio - Conflitto di interessi.

Ai sensi dell'art.1, comma 41, Legge n.190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo procedimentali ed il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto di interesse si verifica nel caso in cui il dipendente partecipi all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti o organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti o organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente.

In caso di tali ipotesi di conflitto di interessi, anche solo potenziali il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti procedimentali, devono astenersi.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al Dirigente apicale, presso cui presta servizio il dipendente in posizione di conflitto.

Il Dirigente medesimo, esaminate le circostanze, valuterà la sussistenza di un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa, rispondendo per iscritto al dipendente o sollevandolo dall'incarico, oppure motivando le ragioni che consentano l'espletamento dell'attività, da parte del dipendente medesimo.

Nel caso, lo stesso dovrà essere affidato dallo stesso Dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il medesimo Dirigente dovrà avocare a se ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto di interesse riguardi il Dirigente apicale, sarà il Responsabile per la prevenzione della corruzione a valutare le iniziative da assumere.

La violazione di questa disposizione costituirà fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso.

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure:

I Dirigenti delle UU.OO. amministrative, ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e, della Legge n.190/2012, devono monitorare i rapporti tra l'Amministrazione ed i soggetti che con la stessa abbiano contratti in itinere, procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Amministrazione.

I Dirigenti delle U.U.O.O. interessate da tali rapporti, sottoporranno ai dipendenti, ai collaboratori esterni, ai fornitori e ditte appaltatrici, dichiarazione, all'uopo predisposta e da questi sottoscritta, di assenza di conflitto di interesse all'uopo predisposta dall'R.P.C.T, conservandone copia dagli stessi sottoscritta agli atti del proprio ufficio.

Inconferibilità e Incompatibilità:

Secondo quanto previsto dall'art 15 del D.lgs n. 39 del 2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni", il Responsabile della prevenzione della corruzione ha il compito, anche attraverso le disposizioni del Piano anticorruzione, di curare che nell'Amministrazione siano rispettate le norme stabilite dal citato Decreto.

Inconferibilità: la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale, anche con sentenza non passata in giudicato;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione; - che siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

Incompatibilità: l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e lo svolgimento di altri incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione che li conferisce.

Il Consiglio di Stato con sentenza n. 5583 del 12 Novembre 2014 ha sottratto solamente la dirigenza medico sanitaria (non svolgente alcuno dei tre incarichi contemplati dalle disposizioni di cui agli art. 5 e 8 del d.lgs. n 39 del 2013) dalla disciplina della inconferibilità o incompatibilità, mentre tali dichiarazioni devono essere rese oltre che dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo anche quei soggetti titolari di competenze di amministrazione e di gestione e che svolgono incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, co. 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013.

Inoltre, dovranno essere effettuate verifiche, anche a campione, da parte del Servizio Ispettivo Aziendale, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dalle sopra citate figure Istituzionali aziendali, che risultano annualmente pubblicate, nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito istituzionale.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione deve contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza della situazione di inconferibilità o incompatibilità all'incarico e segnalare alla Direzione Generale i casi di possibile violazione.

A tal fine, il Servizio Ispettivo aziendale ed il Direttore della S.C. Risorse Umane, dovranno segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione, eventuali violazioni del D.L.vo n. 39/2013, in ordine al conferimento dei suddetti incarichi.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, inoltre, segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del citato D.L.vo n. 39/2013 all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

La decadenza dall'incarico è comunicata all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (divieto di pantouflage - revolving doors).

L'art.1 co. 42 lett. 1) della legge 190/2012 contempla l'ipotesi relativa alla c.d. incompatibilità successiva ("pantouflage") introducendo all'art. 53 del d.lgs. 165/2001, il comma 16-ter, ove è disposto il divieto, per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli; ai soggetti privati che li hanno conferiti o conclusi è vietato contrattare con la pubblica amministrazione interessata per i tre anni successivi, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti.

Monitoraggio degli interventi di prevenzione e controllo del rischio di corruzione:

Al fine di garantire azione di prevenzione e controllo, il R.P.C.T. corruzione, può in qualsiasi momento, chiedere per iscritto ai dipendenti che hanno istruito un procedimento e ai dirigenti che hanno approvato e sottoscritto il provvedimento finale, di fornire adeguata motivazione in ordine alle circostanze di fatto e alle ragioni giuridiche sottese all'adozione di un determinato provvedimento. Inoltre potrà chiedere, in qualsiasi momento, delucidazioni per iscritto su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possano, anche solo potenzialmente, configurare il rischio di corruzione e illegalità, dandone sollecita informazione al Direttore Generale e richiedere ai Dirigenti e/o loro Referenti la documentazione relativa a qualsiasi procedura amministrativa, al fine di verificare l'effettiva attuazione delle disposizioni di cui al presente Piano.

La Gestione del rischio corruttivo:

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività, verifiche, procedimenti e controlli posti in essere dai vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema, coordinati tra di loro al fine di ridurre il rischio di corruzione.

La disciplina in materia assegna al R.P.C.T. un ruolo centrale nella gestione del Rischio corruttivo precipuamente con la predisposizione del P.T.P.C. e al suo monitoraggio ma questo ruolo non deve deresponsabilizzare gli altri attori coinvolti dal sistema di gestione del rischi che comporta: la PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) 2022-2024

valutazione della struttura organizzativa che nel caso dell'Azienda è imperniata sul principio delle separazioni delle funzioni e la Mappatura dei processi.

Le aree di rischio possono essere distinte in generali e specifiche.

Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Pertanto la mappatura dei processi avrà ad oggetto le seguenti aree di rischio generiche individuate dall'ANAC :

Generiche:

- Acquisizione e progressione del personale;
- Affidamento di lavori, servizi e forniture;
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni);
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi; sussidi);
- Gestione delle Entrate delle Spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Incarichi e nomine;
- Legale e contenzioso.

Specifiche:

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

Programmazione dell'attuazione e della TRASPARENZA

La Trasparenza è intesa, secondo l'accezione normativa, come accessibilità totale e agevole, da parte dei portatori d'interesse interni ed esterni anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale aziendale www.aopapardo.it, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa ma soprattutto accedere agevolmente alle informazioni e comprenderne il contenuto.

Essa rappresenta lo strumento di partecipazione dei cittadini all'attività dell'Amministrazione ed è funzionale a tre scopi:

- Assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dall'amministrazione, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;

-Sottoporre a controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento;

-Prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.

I tratti distintivi dell'Open Government sono:

- a. centralità del cittadino;
- b. amministrazione partecipata e collaborativa;
- c. trasparenza, apertura dei dati e delle informazioni e loro condivisione attraverso le nuove tecnologie digitali (Internet e il Web in primo piano).

La predisposizione della sezione della trasparenza recepisce quanto previsto:

-dal D.Lgs n. 150/2009;

-dal D.L.gs n. 33 del 2013 novellato dalla legge 97/2016 e tiene conto anche delle linee d'indirizzo Anac e delle sue deliberazioni conseguenti.

La diffusione della trasparenza costituisce, quindi, una garanzia per il cittadino, in qualità sia di destinatario delle generali attività delle amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici. Va da sé che il diritto alla Trasparenza va contemperato con il diritto alla privacy come tutelato dal Regolamento UE 2016/679 ai sensi del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018 e dunque selezionare e oscurare i dati personali e i dati che potrebbero rilevarsi "sensibili" ai sensi del suddetto GDPR

Adozione della Sezione e suo Responsabile:

1) L'Azienda Ospedaliera Papardo adotta la sezione della Trasparenza dopo averla acquisita dal Responsabile della Trasparenza e averne valutato i contenuti e s'impegna ad aggiornarla annualmente.

2) Il Responsabile aziendale della Trasparenza è stato nominato, insieme con il personale di supporto, con Delibera n 91/DG del 04/12/2019 egli svolge le seguenti funzioni:

a) Aggiorna la sezione della trasparenza, all'interno della quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione;

b) statuisce misure, modi e iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi da parte dei suoi referenti;

c) Controlla la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.lgs. 33 del 2013, novellato;

d) Pubblica l' Attestazione dell'OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul Portale A.O, della Sezione della Trasparenza entro il 30.04.2021;

d) Segnala i casi di inadempimento o di parziale adempimento degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa, all'ufficio di disciplina ai fini dell'eventuale attivazione del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) 2022-2024

procedimento disciplinare. Per i casi più gravi, egli effettua la segnalazione alla Direzione Strategica, Organo Politico della P.A. e/o all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità

Si precisa che la sanzione pecuniaria in caso di inadempimento secondo l'art 47 del D.lgs 33/2013 è posta a carico del dipendente.

Gli adempimenti degli obblighi previsti dal suddetto Decreto sono curati dal personale di supporto e dai dipendenti individuati dal Responsabile del Piano di prevenzione della corruzione e della Trasparenza, il quale statuisce, nell'apposita Sezione della Trasparenza e l'integrità, la definizione delle misure, i modi e le iniziative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

3) Soggetti e Referenti coinvolti:

Sono coinvolti nell'individuazione dei contenuti della Sezione della Trasparenza:

- a. Direzione Generale
- b. Direzione Sanitaria
- c. Direzione Amministrativa

Referenti dell'attuazione della Sezione della Trasparenza in attuazione del Dl 33/2013 sono i seguenti Responsabili:

- a. Direttore Medico del P.O. Papardo
- b. Direttore S.C. Provveditorato/ Economato
- d. Direttore S.C. Economico Finanziario e Patrimonio.
- e. Direttore S.C. Affari Generali
- f. Direttore S.C. Risorse Umane
- g. Direttore S.C. Tecnico
- h. Responsabile U.O.S. Programmazione e Budget
- i. Responsabile U.O.S. Controllo di Gestione
- j. Responsabile URP
- k. Responsabile U.O.S Legale
- l. Responsabile SIA
- m. Responsabile SIS n. Responsabile Formazione
- o. Responsabile U.O.C. Farmacia
- p. Responsabili delle UU.00. sanitarie, amministrative, tecniche e professionali.
- q. Responsabili posizioni organizzative amministrative e sanitarie e sanitarie Dipartimentali (RID).

I Referenti delle diverse Strutture garantiscono, oltretutto la individuazione dei contenuti della sezione Amministrazione Trasparente” ai sensi dell'art.43, comma 3 D.L.gs n. 33/13, il tempestivo e

regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, pena l'applicazione delle sanzioni di cui all'art 47 del medesimo decreto.

Sono inoltre responsabili dell'attuazione della parte della Sezione della Trasparenza con riferimento alle produzioni dei dati pubblicati di propria competenza, di cui ne attestano veridicità, congruenza e completezza.

Il SIA fornirà con spirito di collaborazione i necessari supporti informatici.

In particolare, in esecuzione dell'Art. 1, c.522, della Legge di stabilità 2016, il Direttore della S.C. Economico Finanziario e Patrimonio, dovrà pubblicare, nell'apposita sezione del sito istituzionale - Amministrazione Trasparente, entro 60 giorni dalla approvazione, il bilancio in forma integrale, anche avvalendosi di rappresentazioni grafiche.

In esecuzione dell'Art.1, c.522, della Legge di stabilità 2016, il Responsabile della U.O. Qualità, rischio clinico e accreditamento dovrà pubblicare entro il 30 Giugno di ogni anno, gli esiti del monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, da attivare ai sensi del medesimo comma.

4) Organizzazione della Sezione:

La struttura delle informazioni previste sul sito nell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente", viene organizzata in sottosezioni all'interno delle quali sono inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dal Decreto legislativo n. 33/2013, secondo quanto indicato nell'apposita tabella della citata normativa e all'allegato della delibera ANAC 1310/2016.

I dati e le informazioni sono stati selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e sintetizzati nel prospetto di cui all'allegato 1 della presente Sezione che riporta:

- a. il tipo di documento;
- b. il riferimento normativo che ne prevede la pubblicazione;
- c. i contenuti del singolo obbligo;
- d. la Struttura competente alla sua predisposizione e trasmissione;
- e. Il nominativo del dipendente responsabile della pubblicazione.

La pubblicazione on line delle informazioni e dati sarà effettuata dai vari responsabili individuati, in formato adeguato ai sensi dell'art 7 del D.lgs n 33/2013 e in coerenza con quanto previsto dalle recenti Linee Guida emanate dall'AGID (Agenzia per l'Italia Digitale) (trasparenza, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità e usabilità), con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- trasparenza e contenuti minimi dei siti pubblici;
- aggiornamento e visibilità dei contenuti;
- accessibilità e usabilità;
- classificazione e semantica;
- formati aperti (pdf, Odt, etc).

5) Ruolo chiave aziendale:

L'Azienda, si impegna a garantire l'imparzialità, l'efficienza e la semplicità dell'azione amministrativa. A tale scopo dovrà:

- a) rispettare i criteri di accessibilità, completezza di informazione, chiarezza, affidabilità, semplicità, omogeneità e interoperabilità;
- b) adottare tutti i provvedimenti per garantire e rendere facile il diritto di accesso da parte dei cittadini ed altri soggetti aventi diritto;
- c) aggiornare periodicamente le categorie dei documenti eventualmente sottratti all'accesso;
- d) rendere trasparenti i rapporti con terzi fornitori.

Al fine di consentire la massima esplicazione dell'accesso civico, espressamente disciplinato dall'art. 5 del D.L.gs n. 33/13, i dati la cui pubblicazione è obbligatoriamente prevista, vengono resi disponibili sul sito, previa elaborazione presso le UU.OO.CC. competenti alla loro produzione.

4) Per l'esercizio del diritto di accesso, l'Azienda Ospedaliera Papardo, con atto deliberativo nr. 19 del 08.01.2018, ha provveduto ad approvare il nuovo Regolamento, redatto in osservanza della delibera 1309 del 28.12.2016 dell'ANAC, in materia di accesso civico semplice, di accesso civico generalizzato e/o potenziato (D.lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs nr. 97/2016), e di accesso ex Lege 241/90, con contestuale revoca delle delibere nn. 507/2012 e 611/2017 che disciplinavano il solo accesso agli atti ex Lege 241/90, al fine di fornire un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, e, per la medesima motivazione, si è provveduto a istituire nel sistema protocollare FOLIUM, tre distinti registri protocollari per ogni tipologia di accesso: l'Accesso agli Atti ex Lege n. 241/90"; Accesso Civico; Accesso Civico generalizzato e/o potenziato cosiddetto F.O.I.A.

E' stato formalmente individuato il titolare del potere sostitutivo in caso di inerzia del Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.

Le citate tipologie di dati, nonché quelli "ulteriori" di cui l'Amministrazione intenderà dare evidenza, sono pubblicati e aggiornati alle scadenze periodiche, a cura dei referenti delle strutture aziendali come individuati per la trasparenza, secondo la tempistica di legge, su formato elettronico aperto con indicazione della data di produzione, secondo la ripartizione di competenze.

6) Il Responsabile della Trasparenza, provvede con cadenza semestrale o tempestivamente secondo necessità a effettuare il monitoraggio, con riferimento a:

- a. Tipologia del dato;
- b. Completezza del dato;
- c. Aggiornamento periodico del dato secondo la cadenza normativamente prevista (tempestiva o periodica);

7) Monitoraggio e confronto:

La sezione della Trasparenza richiede una attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all'Amministrazione che da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) secondo le modalità indicate dall'allegato delle Linee Guida (Delib. n. 1310/2016 ANAC).

Internamente, ogni referente dovrà effettuare un monitoraggio che avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione della "Trasparenza", attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti dal Piano originario.

Queste attività daranno origine ad un report almeno annuale di monitoraggio, nel quale verrà sollecitata da parte del responsabile della trasparenza la rettifica dei dati che dovessero non rispondere ai requisiti per la pubblicazione.

Ogni referente dovrà effettuare una relazione annuale sullo stato di attuazione degli adempimenti e obblighi della trasparenza, previsti dal D.L nr. 33/2013, novellato, che dovrà essere inviata entro il 31 Ottobre di ogni anno al Responsabile della Trasparenza.

L'O.I.V. svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit.

In particolare l'O.I.V. promuove l'assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo la scheda standard predisposta dall'ANAC per il monitoraggio di primo livello.

I risultati dei controlli confluiscono nella Relazione annuale che l'O.I.V. deve presentare agli organi politico-amministrativi dell'Amministrazione.

L'audit svolto dall'O.I.V. è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dalle disposizioni del D.lgs n. 33/2013, novellato.

8) Procedure per la elaborazione e adozione della Sezione della Trasparenza:

L'Azienda deve prevedere iniziative per garantire un adeguato livello di trasparenza, di legalità e di sviluppo della cultura dell'integrità.

In tal senso promuoverà attività di confronto e di coinvolgimento attivo di soggetti istituzionali e della società, mediante un calendario predisposto di incontri ed iniziative.

Inoltre, svilupperà le modalità di consultazione, anche on line, per realizzare un concreto coinvolgimento dei diversi portatori di interesse nelle fasi di impostazione delle attività di competenza, di sviluppo delle linee programmatiche e della rendicontazione dei risultati raggiunti.

Le iniziative a sostegno della trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità dell'A.O. saranno articolate in attività di promozione e di diffusione dei contenuti della Sezione della Trasparenza e dei dati pubblicati, nonché del Piano della Performance e del Piano anticorruzione, volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione dei dati che le amministrazioni pubblicano e la partecipazione dei portatori d'interesse (stakeholders) interni ed esterni, secondo le linee guida indicate dall'ANAC, alle iniziative per la trasparenza e l'integrità realizzate.

Portatori d'interesse esterni ed interni (Stakeholders):

PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) 2022-2024

1. Di seguito sono individuati i portatori d'interessi esterni ed interni:

- a. Ministero della Salute;
- b. Regione;
- c. Altre Aziende del Servizio Sanitario;
- d. Organizzazioni Sindacali;
- e. Associazioni;
- f. Dipendenti;
- g. Fornitori;
- h. Cittadini ,Utenti e familiari.

Con la sezione per la Trasparenza l'Azienda, fornisce informazioni utili a tutti gli i portatori d'interessi, focalizzando la propria attenzione principalmente sui cittadini, sugli utenti e sui familiari dei pazienti, nonché sui propri dipendenti.

I Cittadini e gli Utenti, singolarmente o in forma associata, vengono ascoltati tramite:

--Ufficio Relazioni con il Pubblico che è a disposizione dei cittadini che vogliono ricevere informazioni o fare segnalazioni o reclami. Gli orari, i recapiti telefonici e l'indirizzo email dell'URP sono pubblicati sul sito internet;

--PEC. L'Azienda ha istituito un indirizzo di Posta Elettronica Certificata che il cittadino può utilizzare per tutte le comunicazioni o istanze da inviare all'Amministrazione.

L'indirizzo pubblicato sul sito web PEC è: protocollo@pec-aopapardo.it d. Il sito web aziendale rappresenta il principale e più immediato strumento di comunicazione.

I Dipendenti vengono ascoltati tramite il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) istituito dall'azienda per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, con delibera n 831 del 06/09/2018. Ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati dalle organizzazioni sindacali e da altrettanti componenti aziendali. Il C.U.G. redige una relazione annuale sulla situazione del personale dell'Amministrazione riguardante l'attuazione dei principi di parità, pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni, alle violenze morali e psicologiche nel luogo di lavoro.

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

• STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

L'Azienda Ospedaliera Papardo, così come tutte le Azienda Ospedaliere, Asp territoriali e Policlinici Universitari, vede ai suoi vertici collocati il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario.

Nell'A.O. Papardo sono previsti n. 8 Dipartimenti e più precisamente:

-Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;

PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) 2022-2024

- Dipartimento Chirurgico;
- Dipartimento Medico;
- Dipartimento Oncoematologico;
- Dipartimento Materno Infantile;
- Dipartimento dei Servizi;
- Dipartimento di Emergenza;
- Dipartimento Amministrativo.

A ogni Dipartimento afferiscono una serie di UU.OO. complesse, semplici dipartimentali e semplici, così come meglio specificato nell'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 1640 del 28.10.2021 di integrazione e specificazione della delibera n. 921 del 18.12.2019.

Tutti i Dipartimenti sono costituiti in modo da garantire pienamente l'assistenza sanitaria presso tutte le strutture e UU.OO. aziendali.

Alle Dirette dipendenze del Direttore Generale sono poste alcune UU.OO.CC. quali il Controllo di Gestione, il Servizio Legale, e altre Strutture Semplici di particolare rilievo strategico, oltre all'U.O.C. Coordinamento Staff Aziendali che lavora a strettissimo contatto con la Direzione Generale e dalla quale dipendono una serie di Strutture Semplici che svolgono attività funzionali e di particolare supporto all'azione dello Staff e della Direzione Strategica Aziendale.

Anche il Direttore Sanitario fruisce di uno Staff comprensivo di alcune U.O.S. e Servizi Aziendali Sanitari di particolare importanza.

Il Direttore Amministrativo dirige e coordina tutta l'Area Amministrativa che è articolata nelle seguenti UU.OO.CC.:

- U.O.C. Affari Generali;
- U.O.C. Economico Finanziario e Patrimoniale (con all'interno una U.O.S. Patrimonio);
- U.O.C. Provveditorato (con all'interno una U.O.S. Beni e Servizi);
- U.O.C. Tecnico;
- U.O.C. Risorse Umane (con all'interno due UU.OO.SS.: Trattamento economico e previdenziale e Stato Giuridico e Concorsi).

L'articolazione Dipartimentale riesce a soddisfare al meglio la specificità di un'Azienda Ospedaliera quale è l'A.O. Papardo che è soprattutto chiamata ad affrontare le emergenze.

Al proprio interno sono infatti presenti tutte le branche chirurgiche e interventistiche di emergenza che permettono di affrontare i politraumi.

Le strutture oncologiche e mediche sono di particolare importanza nell'ambito ospedaliero per l'assistenza e l'alta professionalità dimostrata in tutti gli ambiti.

Di certo non può sottacersi l'importanza che riveste all'interno dell'Azienda l'Area Cardiotoracovascolare che fa dell'A.O. Papardo un centro di riferimento nell'ambito della Cardiochirurgia e della Cardiologia anche extraregionale.

L'A.O. Papardo è anche sede della Centrale Operativa 118 e svolge una importante funzione anche con l'assistenza di Camera Iperbarica oltre a essere stato centro di riferimento Covid con i reparti di Pneumologia, Malattie Infettive e Anestesia e Rianimazione in prima linea e sempre nell'ambito del Covid quale centro di riferimento per varie branche specialistiche (Ostetricia, Cardiologia, Dialisi etc.).

Coadiuvano i Direttori di Dipartimento i Responsabili Infermieristici e i Coordinatori Infermieristici, il cui apporto di professionalità e abnegazione permette, unitamente a tutto il personale del comparto, il raggiungimento degli obiettivi sanitari programmati.

Sono altresì presenti anche in ambito amministrativo incarichi di posizione organizzativa attribuiti al personale del comparto per particolari e specifiche competenze che richiedono qualificate e riconosciute professionalità, previa apposita selezione per titoli e colloquio.

Anche in tale ambito l'Azienda provvederà a una riorganizzazione delle posizioni organizzative sia in ambito sanitario che amministrativo, nel rispetto e in continuità a quanto stabilito dal nuovo CCNL.

• **ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE:**

A seguito dell'emergenza pandemica e in ottemperanza ai DPCM emanati in materia e alla normativa vigente, si è proceduto a incentivare lo svolgimento della prestazione lavorativa "in remoto", che fino a oggi era stata oggetto solo di timidi tentativi di attuazione.

L'art. 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 214 come modificato dal Decreto Rilancio, pone l'attenzione sulle modalità di passaggio delle modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria. Appare evidente che occorre procedere gradualmente, attuando nel triennio un programma progressivo e graduale tenuto conto della rivoluzione copernicana che tale modo di procedere comporta nell'ambito del pubblico impiego. Infatti occorre effettuare uno studio e un lavoro per es. sull'impatto di tale nuova attività e approccio lavorativo con gli istituti contrattuali a difesa del singolo lavoratore (permessi, lavoro straordinario etc.), che dovrà coinvolgere le OO.SS. nella definizione del nuovo assetto e nella normazione delle attività.

L'adattamento a questa nuova organizzazione e al cambiamento che ciò comporta è una sfida che tutte le Aziende devono affrontare.

Si vengono a creare nuovi fattori e indicatori per il lavoro agile che sono: flessibilità dei modelli organizzativi; autonomia nell'organizzazione del lavoro; responsabilizzazione sui risultati; benessere del lavoratore; utilità per l'amministrazione; adeguate tecnologie digitali; nuova cultura PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) 2022-2024

organizzativa e coordinamento. Gli ultimi due fattori sono determinanti per il nuovo approccio e per la riuscita di una nuova organizzazione aziendale.

Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare. L'Azienda Ospedaliera Papardo ha risposto al meglio a questa nuova sfida. Attraverso l'attivazione delle linee VPN è stato possibile per il personale amministrativo svolgere l'attività lavorativa direttamente da casa.

Appare evidente che tenuto conto del particolare servizio e lavoro espletato all'interno di una Azienda Ospedaliera la modalità di lavoro agile non può trovare applicazione per larga parte dei dipendenti che sono in prima linea nella lotta alla pandemia e che devono, per forza di cose, svolgere la propria attività lavorativa assistenziale di presenza.

Tuttavia accanto all'attività assistenziale vi è tutta una serie di attività amministrative e di supporto dove non è necessaria l'assidua presenza in servizio da parte dei dipendenti e che quindi può essere oggetto di applicazione del lavoro agile.

La tecnologia e la normativa sul distanziamento sociale ha spinto le amministrazioni a svolgere le riunioni in modalità "remoto". Anche alcune procedure selettive, compatibilmente a quanto previsto dal bando e dalla normativa vigente, si svolgono in tale modalità. L'utilizzo delle piattaforme online permette di svolgere le riunioni sindacali e le riunioni con organi esterni sempre in modalità online, garantendo pienamente tutti i partecipanti. L'Azienda Ospedaliera Papardo svolge anche alcune riunioni con Organismi Aziendali (Collegi Tecnici etc.) in remoto, assicurando un risparmio di risorse e permettendo agli operatori interessati di svolgere la propria attività di componenti senza doversi spostare per percorrere centinaia di chilometri, ritornando in poco tempo alle loro attività lavorative istituzionali quotidiane.

Occorre porre una particolare attenzione al raggiungimento dei risultati e degli obiettivi che è l'unica vera verifica sulla validità del nuovo sistema di lavoro online. Il sistema della misurazione e valutazione della performance assume oggi un ruolo strategico per l'implementazione del lavoro agile. A tal fine si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile ma le dimensioni delle performance devono fare riferimento alle linee guida 1/2017 e 2/2017 del Dip.to della Funzione Pubblica.

Appare evidente che in una prima fase si può procedere a coordinare tutte le attività e processi di valutazione collegando i dati, le procedure, gli indicatori di coloro che svolgono il lavoro in modalità agile, con quelli che erano i parametri di riferimento dell'attività lavorativa in regime ordinario. E' chiaro infatti che determinate attività lavorative possono essere tranquillamente parametrizzate in funzione della normale attività lavorativa espletata dal singolo dipendente.

L'attuazione e la programmazione del lavoro agile all'interno dell'A.O. Papardo comporta le seguenti fasi:

- a) il lavoro agile è stato già avviato dall'A.O. Papardo in conformità a quanto disposto dalla normativa vigente e ha interessato, in particolar modo, il personale amministrativo;
- b) l'attuazione del lavoro agile comporta una programmazione da parte dei responsabili delle UU.OO. del personale che può, anche a rotazione, svolgere tale attività lavorativa. Si è proceduto a garantire presso gli uffici e servizi essenziali, personale che svolgesse l'attività lavorativa, permettendo a tutti i lavoratori che ne avessero fatta opportuna richiesta di fruire dello smart-working;
- c) i soggetti coinvolti sono tutti coloro che possono svolgere l'attività lavorativa in modalità "remoto" e che richiedono l'autorizzazione e appositi accordi individuali secondo e nel rispetto delle modalità operative e linee guida predisposte dal Ministero per la Pubblica Amministrazione. Tutte le strutture amministrative aziendali e quelle poste in staff alla direzione generale, possono svolgere attività lavorativa in remoto attraverso il ricorso alle linee VPN presenti in azienda, o con apposita organizzazione del lavoro e affidamento delle varie attività lavorative anche diverse dall'utilizzo delle piattaforme elettroniche, tenuto conto delle specifiche attività che alcuni uffici compiono (es. valutazioni domande partecipazioni concorsuali con apposito sistema online, utilizzo del sistema di protocollazione aziendale, protocollazione e fascicolazione atti, valutazioni domande, istanze, predisposizione riscontri e note, predisposizioni piani e relazioni aziendali etc.);
- d) lo sviluppo del lavoro agile rappresenta il passo successivo e coinvolge direttamente i singoli responsabili delle strutture che devono procedere a programmare l'attività, gli obiettivi, gli indicatori a cui fare riferimento per la valutazione anche della performance individuale da poter anche riportare negli accordi individuali redatti.

A una prima fase di avvio seguirà una seconda intermedia e una avanzata che si svilupperà nel triennio a venire.

Una delle principali innovazioni della disciplina normativa in materia di lavoro agile riguardava l'introduzione del "Piano organizzativo del lavoro agile" (POLA). Ai sensi dell'art. 263 del decreto legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche, entro il 31 gennaio di ciascun anno (a partire dal 2021), redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del Piano della performance. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte da remoto, che i dipendenti possano avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera. Al fine di promuovere l'attuazione del lavoro agile, il POLA definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) 2022-2024

processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative. In caso di mancata adozione del POLA, il lavoro agile si applica almeno al 30 per cento dei dipendenti, ove lo richiedano. Con la circolare del cinque gennaio 2022 il Ministro per la Pubblica Amministrazione e il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, hanno emanato apposite direttive in merito al Lavoro Agile, che hanno ripreso il DPC del 23 settembre 2021 che stabiliva il rientro in presenza dei lavoratori della pubblica amministrazione, per evidenziare le eccezioni e le modalità operative del lavoro in smart working.

Viene specificato che la platea che può fruire di tale modalità di lavoro rappresenta nella realtà dell'A.O. Papardo non più del 15% dei lavoratori. Infatti in una realtà ospedaliera, come già evidenziato, per la specificità delle attività espletate è chiaro che tale percentuale non può essere superata.

La normativa oggi vigente quindi richiede che per poter fruire dello Smart Working nelle Amministrazioni, bisogna stipulare un accordo individuale tra il datore di lavoro e i dipendenti. Tale accordo serve a stabilire la durata del progetto di lavoro agile e disciplina, inoltre in quali luoghi lo stesso può essere eseguito all'esterno della sede aziendale. Infine regola anche il tipo di potere di controllo disciplinare che il datore di lavoro può effettuare nei confronti dei propri dipendenti.

L'accordo stabilisce i tempi di riposo del lavoratore, le misure organizzative necessarie per assicurare la disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche durante l'orario di lavoro, il luogo e gli orari di lavoro e le fasce di disponibilità.

Appare evidente come sia preliminare procedere a un'analisi dello stato di salute aziendale, per vedere, analizzare e superare tutte le criticità che possono in qualche modo ostacolare l'implementazione del lavoro agile individuando quali attività non possono essere svolte in modalità di lavoro agile e procedendo alla valutazione professionale anche con riferimento ai bisogni formativi.

Tale cernita non può di fatto portare alla totale esclusione del ricorso al lavoro agile di alcune categorie di lavoratori che svolgono mansioni meno "tecnologiche", tenuto conto che in questi casi si potrebbe ricorrere a una diminuzione settimanale di tale modalità lavorativa consentendo l'espletamento anche attraverso modalità organizzative di lavoro diversificate.

Si potranno individuare in prosieguo una serie di indicatori sul lavoro agile riferiti a diverse dimensioni di performance che fanno riferimento:

- allo stato di implementazione e monitoraggio del lavoro agile all'interno dell'Azienda;
- alla performance organizzativa che misura anche il contributo del lavoro agile al raggiungimento dell'obiettivo;
- alla performance individuale che fornisce una visione del potenziale contributo del lavoro agile al raggiungimento degli obiettivi individuali;

Gli indicatori per misurare al meglio il lavoro agile fanno leva sui principi dell'efficienza (produttiva, economica e temporale), sull'efficacia (quantitativa e qualitativa) e sull'economicità.

● **PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE:**

Così come già riportato in premessa, viene qui di seguito elencato la rappresentazione della consistenza di personale presente al 31 dicembre 2021 che ammontava a n. 1.276 unità come qui di seguito suddiviso:

--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato – Medici:	N. 264;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato – Odontoiatri:	N. 1;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato – Biologi:	N. 9;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato – Farmacisti	N. 4;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato – Fisici	N. 2;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo indeterminato – Psicologi	N. 2;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato – Medici	N. 29;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato – Biologi	N. 1;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato – Farmacisti	N. 1;
--Dirigenza del ruolo sanitario a tempo determinato – Fisici	N. 1;
--Dirigenza del ruolo tecnico a tempo indeterminato	N. 1;
--Dirigenza del ruolo tecnico a tempo determinato	N. 1;
--Dirigenza del ruolo amministrativo a tempo indeterminato	N. 7;
--Dirigenza delle professioni sanitarie a tempo determinato	N. 1;
--Personale del comparto a tempo indeterminato – categoria D	N. 581;
--Personale del comparto a tempo determinato – categoria C	N. 22;
--Personale del comparto a tempo indeterminato – categoria B	N. 96;
--Personale del comparto a tempo indeterminato – categoria A	N. 113;
--Personale del comparto a tempo determinato – categoria D	N. 86;
--Personale del comparto a tempo determinato – categoria B	N. 52;
--Personale del comparto a tempo determinato – categoria A	N. 2.

Con delibera n. 233 del 17.02.2022, e a cui si rinvia, questa Azienda ha provveduto ad Adottare il Piano triennale del fabbisogno del personale anno 2021-2023 e con deliberazione n. 234 del 17.02.2022, si è proceduto a Rideterminare la dotazione organica aziendale.

La programmazione strategica delle risorse umane attuata attraverso il piano triennale del fabbisogno, si inserisce nella prospettiva dell'attività di programmazione complessivamente intesa ed è finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi offerti all'utenza che giornalmente afferisce nell'ambito delle strutture sanitarie.

Il piano triennale permette una adeguata allocazione delle risorse umane tenendo in considerazione le competenze professionali che servono all'amministrazione e permettono alla stessa di programmare tutte le attività utili alla crescita aziendale.

La giusta programmazione delle risorse umane permette di contemperare al meglio l'utilizzo delle risorse economiche attribuite all'Azienda Ospedaliera e il miglior perseguimento degli obiettivi aziendali e di performance. Tutto ciò nell'ottica di una programmazione e definizione dei bisogni di una Azienda Ospedaliera, tenuto conto della mission e degli obiettivi programmati e attribuiti che, nell'ambito di un piano triennale, permette di distribuire la capacità di assunzione del personale, tenendo conto delle priorità strategiche aziendali.

Ogni Azienda deve programmare le assunzioni tenendo conto dei seguenti fattori:

- 1) verifica e valutazione dei pensionamenti su base annuale e triennale;
- 2) capacità assunzionali tenendo conto dei vincoli di spesa, dell'attribuzione del budget annuale da parte del competente Assessorato della Salute e degli eventuali piani di efficientamento vigenti;
- 3) stima delle necessarie risorse, tenendo conto degli obiettivi legati agli esiti e alla mission aziendale, tenuto altresì conto di determinati fattori quali:
 - a) digitalizzazione dei processi;
 - b) Pnr;
 - c) eventuali esternalizzazioni nel rispetto della normativa vigente;
 - d) ulteriori fattori esterni e interni che potrebbero comportare una modifica della mission in prospettiva con le crescite aziendali, quali le nuove indicazioni che portano l'Azienda ad assumere particolari configurazioni e finalità assistenziali, con la necessità di appuntare l'attenzione, eventualmente, a una maggiore crescita e assunzione indirizzata a determinate figure professionali e ambiti sanitari specifici.

La valorizzazione delle risorse, deve tener conto delle strategie di copertura del fabbisogno del personale poste in essere dal management aziendale. Tra le varie azioni perseguibili in tale vision, che tenga conto anche della crescita professionale dei dipendenti si potrebbe ricorrere alle progressioni economiche verticali.

Una maggiore attenzione rivolta a migliorare fattivamente la Dipartimentalizzazione, permetterebbe anche una diversa programmazione assunzionale che tenga conto dei dipartimenti a cui afferire il relativo personale che possa essere oggetto di interscambio per il miglior utilizzo delle risorse umane.

Le politiche attive del fabbisogno e l'acquisizione di competenze necessarie sono punti imprescindibili per la crescita qualitativa e non solo quantitativa di una Azienda Ospedaliera.

Lo sviluppo di un'Azienda Ospedaliera è direttamente connesso alla crescita e riqualificazione funzionale del personale tramite apposita formazione e percorsi di affiancamento che permettano di trasmettere le competenze professionali al personale neo assunto.

Il processo di stabilizzazione avviato con la riforma Madia ha permesso di porre rimedio e rispondere pienamente ai tanti rilievi provenienti anche dalla Corte di Giustizia europea che più volte è intervenuta per riconoscere il diritto di stabilizzazione per i precari "storici". Attraverso il processo di stabilizzazione si è giunti a dare il giusto merito e riconoscimento alle attività lavorative svolte e alle capacità professionali maturate dal personale che ha lavorato presso le Aziende e gli enti pubblici dello Stato.

Appare evidente che il riconoscimento delle professionalità acquisite attraverso la stabilizzazione del personale precario è un giusto riconoscimento delle attività lavorative svolte per anni da parte del personale di tutte le qualifiche. Tutto ciò si affianca alle procedure di mobilità e ai concorsi pubblici che tutti gli enti e le aziende hanno già avviato e che continuano a espletare. Inoltre, la crisi pandemica ancora in atto, ha reso le procedure concorsuali più snelle e permetterà il reclutamento del personale in tempi brevi, per le qualifiche professionali a cui tali procedure sono rivolte.

La crescita professionale è strettamente connessa alla formazione del personale. Soprattutto in una Azienda Ospedaliera appare evidente che la formazione del personale, con l'acquisizione di nuove tecniche, di nuove procedure operative, di qualificati affiancamenti, di un tutoraggio indirizzato, permette uno sviluppo e una crescita aziendale.

Con delibera n. 432/2022, è stato approvato e adottato il Piano Formativo 2022 dell'Azienda Ospedaliera Papardo. Così come specificato nello stesso Piano Formativo la formazione e l'aggiornamento, oltre ad essere considerati processi di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, sono assunti dall'Azienda come strumento di ottimizzazione delle risorse umane e di cambiamento organizzativo. Vengono qui di seguito riportati alcuni spunti presenti nel Piano Formativo.

Nello stesso piano si specifica che nella fase di progettazione dell'attività formativa si è tenuto conto degli obiettivi strategici individuati dalle disposizioni assessoriali e aziendali, in particolare per l'emergenza COVID19, pianificando lo sviluppo di competenze trasversali trattandosi di esigenze formative comuni a numerose proposte.

Gli eventi che compongono il P.A.F. sono stati suddivisi secondo i seguenti obiettivi:

-Obiettivi tecnico-professionali: utili ad acquisire conoscenze e competenze proprie di ciascuna professione o disciplina;

-Obiettivi di processo: tematiche per migliorare la qualità dei processi in particolare negli aspetti sanitari;

-Obiettivi di Sistema: rivolti a tutti i professionisti per migliorare l'appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie.

La formazione del personale riguarda non solo il personale sanitario ma anche il personale amministrativo. Si deve cercare di tenere conto di tutte le realtà aziendali, tenuto conto che la crescita formativa deve riguardare tutti gli ambiti operativi.

La riqualificazione e il potenziamento delle competenze tecniche organizzate per filiera professionale, permette di appuntare l'attenzione degli operatori verso obiettivi di crescita condivisi.

Anche in tali ambiti si inserisce il diritto al permesso studio già previsto dalla contrattazione collettiva aziendale.

Tutto questo nell'ambito di quelli che sono gli obiettivi e i risultati che ogni Azienda programma e si attende che vengano raggiunti da tutti gli operatori, sia a livello qualitativo, sia a livello quantitativo, che in termini temporale. La formazione può essere anche rivolta alla riqualificazione e al potenziamento delle competenze e del livello di specializzazione dei dipendenti anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, intesa come strumento di sviluppo.

Il monitoraggio di tutte le attività, viene posto in essere attraverso gli strumenti che già sono presenti all'interno di un'Azienda Ospedaliera. Il Collegio dei Sindaci, l'O.I.V., i competenti organi regionali con riferimento agli obiettivi/esiti, svolgono i normali controlli per i quali sono stati costituiti e procedono attraverso un'azione di verifica e monitoraggio delle attività di tutti gli organi amministrativi e sanitari aziendali.

Il monitoraggio delle sezioni Performance avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni dell'Anac.