



Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G.Rodolico – San Marco" di Catania



# Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2022-2024



**Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico “G.Rodolico – San Marco” di Catania**

## Indice

<b>SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE .....</b>	<b>7</b>
Chi siamo .....	7
Cosa facciamo .....	18
Come operiamo .....	21
<b>SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>24</b>
Sottosezione di programmazione - <i>Valore Pubblico</i> .....	24
Sottosezione di programmazione - <i>Performance</i> .....	31
Obiettivi strategici.....	40
Obiettivi operativi .....	41
Obiettivi di digitalizzazione: accessibilità digitale e procedure da reingegnerizzare .....	42
L’accessibilità fisica .....	52
Gli stakeholders .....	52
Valutazione di impatto del contesto esterno .....	55
Valutazione di impatto del contesto interno: mappatura dei processi e individuazione e valutazione delle attività a più alto rischio di corruzione .....	61
L’attività di valutazione del rischio .....	64
Misure di prevenzione: .....	65
Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti .....	65
Il sistema delle segnalazioni come ulteriore elemento di conoscenza del contesto interno .	66
Ulteriori misure e disposizioni di chiusura .....	66
Trasparenza.....	66
Disposizioni Finali.....	69
<b>SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>71</b>
Sottosezione di programmazione - <i>Struttura organizzativa</i> .....	71
Sottosezione di programmazione - <i>Organizzazione del lavoro agile</i> .....	75
Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale .....	78
<b>SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....</b>	<b>83</b>



**Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico “G.Rodolico – San Marco” di Catania**

<b>Elenco degli allegati.....</b>	<b>85</b>
- Organigrammi aziendali .....	85
- Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale del Personale.....	85
- Regolamento provvisorio e l’Accordo individuale di “lavoro agile” (deliberazione n. 114 del 18/01/2022).....	85

## **PREMESSA**

Nell'ottica di semplificazione dell'attività delle pubbliche amministrazioni, il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 113/2021, all'articolo 6 introduce lo strumento organizzativo e di programmazione triennale definito Piano integrato di attività e organizzazione – P.I.A.O., che rappresenta una importante innovazione organizzativa. Con l'introduzione del P.I.A.O. si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012.

Il P.I.A.O. ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e raccoglie le informazioni contenute nei seguenti documenti di pianificazione:

- Il Piano delle Performance (art. 10, comma 1 lett. a e comma 1-ter D.lgs n. 150 del 27 ottobre 2009).
- Il Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali (articolo 2, comma 594, lett.a della legge 24 dicembre 2007 n. 244).
- Il Piano delle azioni concrete (articolo 60-bis, comma 2, del D.lgs 30 marzo 2001 n. 165).
- Il Piano di azioni positive per la parità di genere (articolo 48, comma 1, d.l. n. 198 dell'11 aprile 2006).
- Il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (articolo 1, commi 5, lett. a e 60 lett. a l. n. 190 del 6 novembre 2012).
- Il Piano organizzativo del lavoro agile (articolo 14, comma 1 l. n. 124 del 7 agosto 2015).
- Il Piano triennale dei fabbisogni del personale (articolo 6, commi 1,4,6, e articolo 6 ter D.lgs n. 165 del 30 marzo 2001).
- Il Piano esecutivo di gestione (articolo 169, comma 3-bis d.l. n. 267 del 18 agosto 2000).

Il P.I.A.O. vuole rappresentare, quindi, una sorta di “testo unico” della programmazione, nella prospettiva di semplificazione degli adempimenti a carico degli enti e di adozione di una logica integrata rispetto alle scelte fondamentali di

sviluppo dell'amministrazione. Nello specifico, il seguente documento di programmazione definisce:

- Gli obiettivi programmatici e strategici della performance (collegando performance individuale ai risultati della performance organizzativa).
- Strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo (includendo lavoro agile e obiettivi formativi).
- Gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne attraverso progressioni di carriera del personale,
- Gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione.
- L'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, nonché la pianificazione delle attività.
- Le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.
- Le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.
- Le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

Il P.I.A.O. dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G.Rodolico – San Marco" di Catania è stato coordinato dalla Direzione aziendale, con la collaborazione del Gruppo di Lavoro, costituito con Ordinanza del Direttore Generale n.01 del 4 gennaio 2022, nella redazione dei documenti di programmazione, in linea con il dettato normativo e con la propria missione istituzionale che consiste nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca, al fine di assicurare elevati standard di assistenza sanitaria nel servizio sanitario regionale, del proprio bacino di riferimento territoriale, impiegando – nei molteplici e quotidiani processi clinici ed assistenziali – le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

La prospettiva aziendale tende ad offrire processi assistenziali ed organizzativi che tengano conto delle legittime esigenze ed aspettative dei cittadini, attraverso servizi

appropriati e che siano finalizzati ad ottenere un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

L'azione complessiva dell'Azienda è orientata a sostenere e sviluppare la promozione della salute mediante un'azione intersettoriale delle diverse componenti della società civile, la partecipazione ed il coinvolgimento delle persone e della comunità stessa. Quest'ultima non solo è destinataria degli interventi, ma è anche realtà capace di esprimere bisogni, di sviluppare proposte, di selezionare le priorità di intervento e di partecipare al controllo dei risultati.

## **SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE**

### **Chi siamo**

L’A.O.U. Policlinico “G. Rodolico – San Marco” Catania è nata dall’integrazione fra l’Azienda Ospedaliera Universitaria “Vittorio Emanuele, Ferrarotto, Santo Bambino” e l’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “G. Rodolico”, in seguito alla stipula del Protocollo d’intesa fra la Regione Siciliana e l’Università degli Studi di Catania, sottoscritto in data 12 agosto 2009 e approvato con Decreto dell’Assessore della Sanità n. 1759/09 del 31 agosto 2009.

L’A.O.U. ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

### **Informazioni generali sull’Amministrazione**

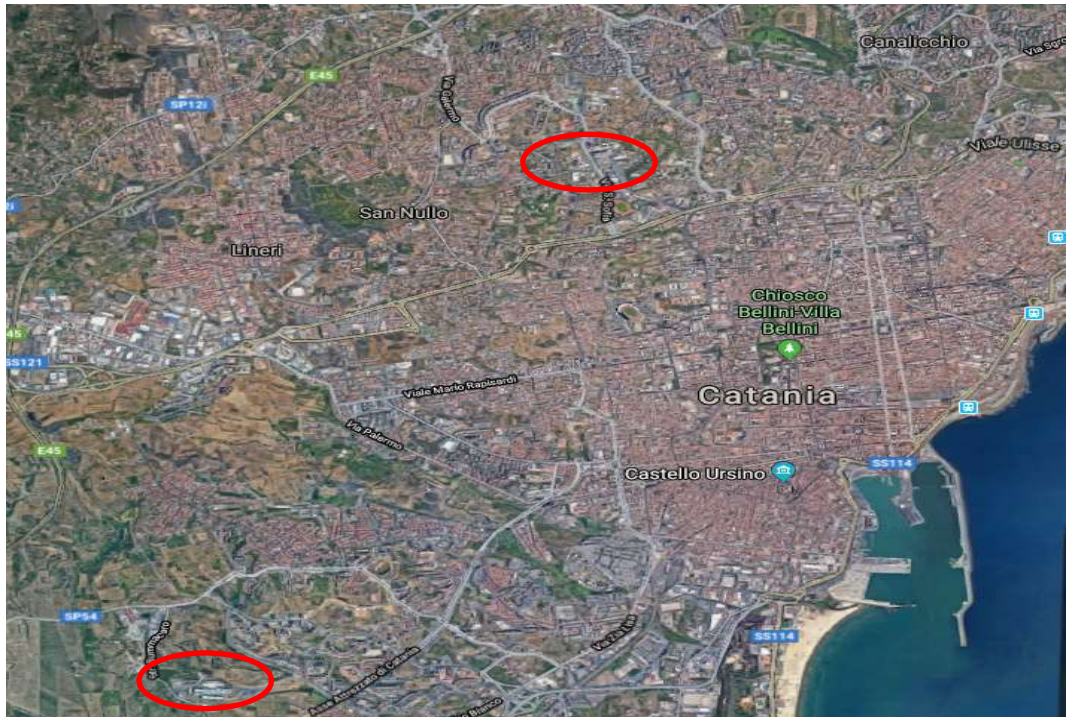
<b>Denominazione Amministrazione</b>	<b>Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico “Gaspere Rodolico – San Marco”</b>
<b>Sede Legale</b>	Via Santa Sofia n. 78 - 95123 Catania
<b>Codice Fiscale / Partita Iva</b>	04721290874
<b>Tipologia di Amministrazione</b>	Azienda del Servizio Sanitario Nazionale
<b>Sito Web Istituzionale</b>	<a href="http://www.policlinicovittorioemanuele.it">www.policlinicovittorioemanuele.it</a>
<b>Telefono</b>	0953782897
<b>Fax</b>	0953782589
<b>Indirizzo PEC per le comunicazioni</b>	<a href="mailto:protocollo@pec.policlinico.unict.it">protocollo@pec.policlinico.unict.it</a>

La struttura organizzativa dell’A.O.U. Policlinico “G. Rodolico - San Marco” è in atto quella definita dal vigente Atto Aziendale, adottato con deliberazione n. 1176/2020, in coerenza con il D.A. n. 22 del 11/01/2019 “Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015 n. 70, che ha ricevuto approvazione, alla fine del procedimento di controllo di cui all’art. 16 della L.R. n. 5/2009”, che l’Assessorato Regionale della Salute, alla conclusione del procedimento di controllo e approvazione di cui all’ art 16

della L.R. n. 5/2009, ha approvato con D.A. n. 484/2020. L'Atto Aziendale individua il Dipartimento quale modello organizzativo ordinario.

a) Il contesto interno

Ai sensi dell'art. 5 della L.R. 5/2009 l'Azienda ricade nel territorio definito "Bacino Sicilia Orientale". L'Azienda è collocata nel contesto urbano della città di Catania con due presidi: il Gaspare Rodolico situato nella immediata periferia nord della città, proteso verso i comuni della cintura etnea il nuovo ospedale San Marco nell'area di Librino alla periferia sud della città, ambedue facilmente raggiungibili, grazie alla prossimità a grandi assi viari rappresentati dalla circonvallazione e dalla tangenziale di Catania.



### **Gaspare Rodolico**

La struttura si presenta a padiglioni separati e costituisce il Presidio di riferimento della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania. Deputata alla formazione degli studenti e degli specializzandi, in essa insistono numerose cliniche universitarie e vi convivono specialità di base con alte specialità come la Chirurgia vascolare e dei Trapianti.



Nell'ambito della riorganizzazione aziendale nel corso del 2018 e del 2019 sono state trasferite presso questo Presidio dall'Ospedale Ferrarotto e dal P.O. Vittorio Emanuele le UU.OO. Cardiocirurgia, Cardiologia ed Emodinamica, Clinica Chirurgica, Chirurgia Vascolare Ortopedia, Ematologia oltre al Servizio Trasfusionale, ed alla fine dell'anno è stato trasferito il Pronto Soccorso Generale e la U.O. MCAU con la Radiologia di PS.

### **San Marco**

La struttura, di nuova costruzione, costituita da 4 edifici collegati accoglie la gran parte delle UU.OO. in passato ospitate presso l'ospedale Vittorio Emanuele, le Unità Operative del dismesso presidio ospedaliero Santo Bambino e di parte del presidio ospedaliero Ferrarotto, in particolare:

- **l'edificio A** ospita le Unità Operative afferenti al Dipartimento Materno Infantile: ostetricia e ginecologia, neonatologia, cardiologia pediatrica, UTIN, ed i pronto soccorsi ostetrico e pediatrico e la reumatologia. Così come in passato per il Santo Bambino il nuovo Presidio San Marco assicura i Servizi di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e di Trasporto Assistito Materno (STAM) per la provincia di Catania e gran parte del bacino sud orientale della Regione. L'edificio accoglie altresì Patologia Ostetrica, Broncopneumologia, Pediatria, Servizio sociale, Ufficio nascite e Servizio Infermieristico.
- **l'edificio B**, che consta di sei livelli, oltre ad ospitare una importante area destinata ad ambulatori ed aree di day hospital e daysurgery (oculistica, ORL e dermatologia), accoglie le aree di degenza dei reparti di Chirurgia generale, Urologia, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo Facciale, Psichiatria (Tutela della Salute Mentale ASP CT), Angiologia, Medicina, Cardiologia, Malattie Infettive, Nefrologia e Dialisi e Terapia Intensiva. L'edificio ospita inoltre Terapia del dolore, Neurochirurgia, MCAU, i servizi di endoscopia digestiva ed urologica.

Il bacino della popolazione di riferimento dell'Azienda è quello della Sicilia Orientale (Province di Catania, Messina, Ragusa, Siracusa ed Enna) ed è pertanto pari a 2.528.881 abitanti (fonte dati ISTAT demo anno 2021), distribuiti su 13.085 mq di

territorio, esclusa l'incidenza della mobilità sanitaria extra regionale e della popolazione temporaneamente residente presso la Regione.

Con il Decreto Assessoriale 14/01/2015 di "Riqualificazione e rifunionalizzazione della rete ospedaliera – territoriale della Regione Sicilia", l'Azienda è stata dotata di 921 posti letto, di cui: 798 di degenza ordinaria, di cui 11 per attività di riabilitazione, e di, 123 posti letto per attività Day Hospital.

L'azienda "Policlinico-Catania" fa parte della rete sanitaria pubblica che serve la città di Catania, l'area metropolitana con i comuni limitrofi, e l'intera provincia di Catania. Il contesto interno dell'Azienda è profondamente cambiato nel corso dell'anno 2020 a seguito dell'avvenuta attivazione del nuovo Ospedale San Marco di Librino, con inizio dei trasferimenti di servizi e reparti già a partire dal mese di marzo 2019 e conclusosi con il trasferimento dell'U.O. di Chirurgia Vascolare a Dicembre 2021.

Sono stati di conseguenza completati i principali *step* legati alla disattivazione dei presidi storici ed al contestuale trasferimento, senza interruzione di pubblico servizio, presso le nuove strutture.

Di conseguenza, sono state dismesse quasi tutte le strutture dei presidi storici con rimodulazione dei servizi appaltati (pulizie, rifiuti, vigilanza) in ragione dei citati trasferimenti.

Poiché l'Azienda è un Policlinico Universitario, caratterizzato quindi da attività di assistenza e cura, ma anche di didattica e ricerca, vi è la necessità di mantenere la focalizzazione su aree a possibile rischio corruttivo, quale quella relativa alle sperimentazioni cliniche ed alla evidenziazione di possibili situazioni di conflitto di interesse, oltre che agli aspetti connessi alla gestione dei servizi appaltati in ragione dei numerosi trasferimenti avvenuti.

In considerazione di tanto, nell'arco del triennio 2022-2024, ciò rappresenterà una priorità di azione nella scelta dei percorsi formativi e nell'approfondimento del processo di mappatura, così come in generale la considerazione delle attività sanitarie nel loro complesso.

Le attività aziendali, considerata la dismissione del P.O. Santo Bambino e della quasi totalità delle attività sanitarie dello storico P.O. Vittorio Emanuele, sono ormai, di fatto, concentrate nei due Presidi G. Rodolico e San Marco localizzati rispettivamente nella zona nord ovest e sud della città.

Il Presidio Gaspare Rodolico è proteso verso i comuni della cintura etnea e la parte nord della città di Catania, mentre l'ospedale San Marco, situato in prossimità del popoloso quartiere di Librino offre i propri servizi ad un bacino di utenza che si estende dalla zona sud della città di Catania alla parte meridionale della provincia di Catania oltre a comuni della prossima provincia di Siracusa.

Con la dismissione dei Presidi collocati nel centro storico della città di Catania (Ferrarotto, Vittorio Emanuele e S. Bambino) trova applicazione, per l'ambito aziendale, quanto previsto dal Decreto dell'Assessore Regionale della Salute dell'11 gennaio 2019 di adeguamento della rete ospedaliera al Decreto Ministeriale n° 70 del 2 aprile 2015.

Infatti, a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera, è stata ridefinita la dotazione di posti letto assegnati all'Azienda ed in particolare 474 posti letto sono stati attribuiti al Presidio Rodolico e 437 al Presidio San Marco con la redistribuzione delle Unità Operative complesse e semplici.

La dotazione di posti letto, la numerosità e la tipologia delle Unità Operative consentono all'Azienda di offrire all'utenza un'offerta sanitaria completa e di elevato livello.

Infatti nel Presidio "G. Rodolico", in gran parte dotato di edifici di nuova realizzazione e facilmente raggiungibile grazie alla prossimità a grandi assi viari, quali la tangenziale o il viale Andrea Doria, trovano collocazione alcune Unità Operative che costituiscono punto di riferimento per un bacino di utenza provinciale e sovra provinciale fra le quali la Cardiologia interventistica con UTIC, la Cardiochirurgia, l'Ematologia, la Chirurgia Vascolare con trapianti; a queste strutture si affiancano il Pronto Soccorso Generale con la MCAU, l'Ortopedia le chirurgie ed altre specialistiche di area medica che consentono alle strutture aziendali di affrontare al maggior parte delle condizioni di emergenza-urgenza.

Anche l'ospedale San Marco, ormai attivo nella gran parte delle aree di degenza, costituisce, anche in ragione della presenza di pronto soccorso ostetrico e pediatrico, punto di riferimento per vaste aree della città di Catania, in alcune delle quali peraltro si concentrano fasce di popolazione che manifestano importanti sacche di disagio sociale.

I cittadini di tali aree vedono l'ospedale come struttura di un sistema integrato di sicurezza sociale e come presenza delle istituzioni, anche se appare necessario evidenziare che l'ospedale per acuti, per il ruolo che ricopre, non può sostituirsi alle strutture territoriali e alle reti di protezione sociale, anche se con queste dovrà necessariamente sviluppare meccanismi di concreta e puntuale integrazione per assicurare presa in carico del cittadino/utente e continuità assistenziale.

Peraltro lo stesso ospedale San Marco è sede di Unità Operative di elevata specializzazione, quali la Neurochirurgia, trasferita nel corso dell'anno 2020 dal Presidio Rodolico e la Chirurgia Toracica.

Inoltre, anche in ragione della accessibilità al presidio rispetto ai centri di assistenza provinciali pubblici e privati accreditati, viene espletato con ancora maggiore efficacia il compito assegnato al presidio stesso di riferimento per le reti STEN (Trasporto di Emergenza Neonatale) e STAM (Trasporto assistito Materno).

Oltretutto, nel corso dell'anno 2020, in ragione dell'insorgere della pandemia da SARS – COV2, il Presidio San Marco è assunto al ruolo di centro COVID di riferimento per la provincia di Catania, attraverso una profonda riorganizzazione delle attività espletatisi attraverso l'ampliamento dei posti letto di malattie infettive e terapia intensiva e l'attivazione della Medicina d'urgenza e di due Unità Operative di Pneumologia COVID.

b) Il contesto esterno

Sotto l'aspetto demografico è da rilevarsi come l'area catanese sia un'area fortemente urbanizzata, con una popolazione cittadina, al 1 gennaio 2021, di 300.356 abitanti ed una provinciale complessiva pari a 1.074.189 abitanti (tutti i dati di popolazioni sono dati ISTAT prelevati a gennaio 2021 e riferiti al 1 gennaio dell'anno 2021 – (fonte dati <http://demo.istat.it/pop2021/index.html>).

Dal confronto 2020 vs 2021 si denota un'inversione del *trend* degli ultimi anni, infatti si registra un incremento del numero di residenti sia nella provincia di Catania sia nella città di Catania con un aumento dei residenti, pari rispettivamente a +1.445 e a +4.090, al contrario del complessivo calo dei residenti registrato nell'intera regione, pari a - 41.585 (fonte dati <http://demo.istat.it>).

L'aumento del numero dei residenti in provincia di Catania è contrario al decremento del numero di stranieri residenti passati da 37.740 del 2020 a 34.612 del 1° gennaio 2021.

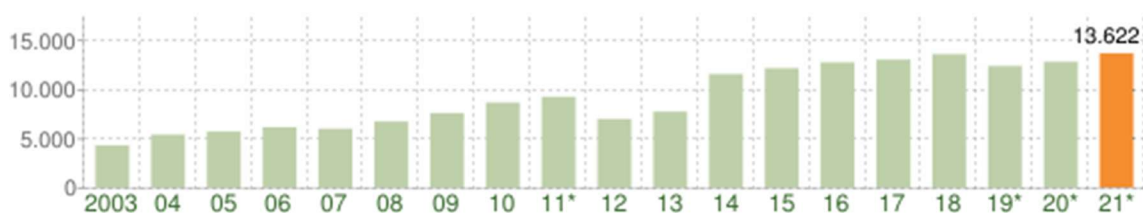


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2021

CITTÀ METROPOLITANA DI CATANIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento

Analogamente a quanto evidenziato nella provincia anche nella città di Catania la popolazione straniera residente nel corso degli ultimi anni è passata da poco meno di 5000 unità circa a 13.622 unità.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2021

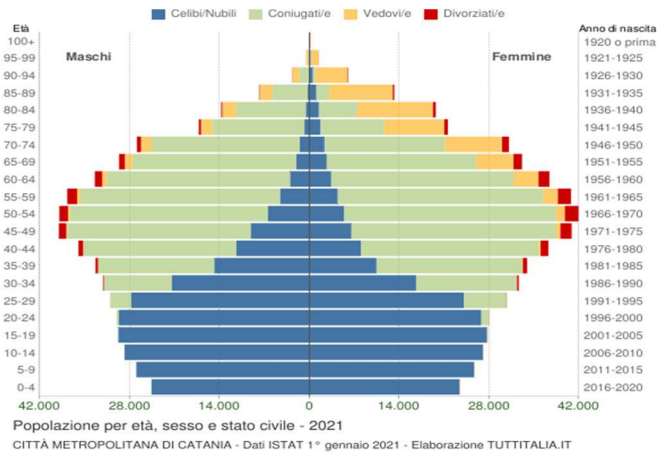
COMUNE DI CATANIA - Dati ISTAT 1° gennaio 2021 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(\*) post-censimento

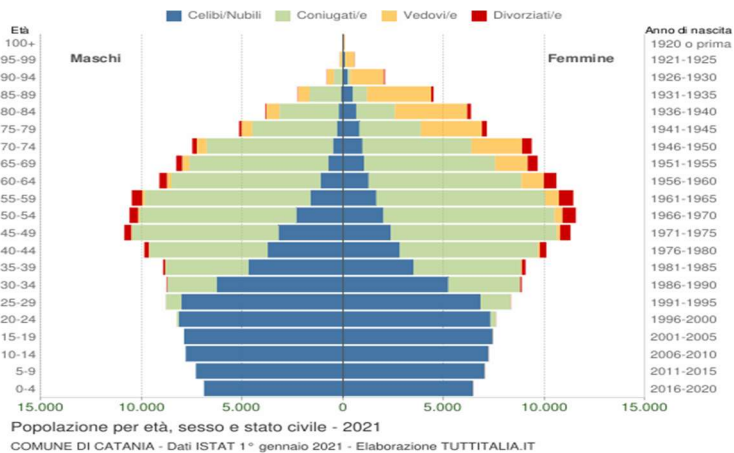
La rappresentazione della popolazione residente per sesso e fasce d'età conferma chiaramente come negli anni considerati, sia nella provincia che nel comune di Catania, le fasce di età più numerose si siano "spostate" verso l'alto – verso le età più avanzate - mentre le nascite continuano a diminuire, con un progressivo invecchiamento della popolazione, analogamente a quanto si riscontra a livello nazionale, pur se in maniera più contenuta.

Così come a livello nazionale anche per la regione Sicilia e la provincia di Catania nella rappresentazione grafica successiva si può notare la tendenza alla cosiddetta "piramide rovesciata" ovvero la tendenza ad una prevalenza di individui over 65, indice di possibile declino demografico.

Città metropolitana di Catania



Città di Catania



Infatti l'indice di vecchiaia, che rapporta il numero di abitanti con 65 anni e più alla popolazione giovane, al di sotto dei 15 anni, è passato da 111,3 a Catania e 89,7 nella provincia nel 2003, a 158,7 nel comune di Catania e 143,9 nella Città Metropolitana di Catania al 1° gennaio 2021, rispetto ad un valore medio italiano di 182,6. È da rilevarsi peraltro come tale tendenza all'invecchiamento della popolazione si sia registrato anche nel rapporto a breve termine 1° gennaio 2020 vs 1° gennaio 2021 con un incremento di 3,6 punti nella città metropolitana di Catania, passando infatti da un valore di 140,3 nel 2020 a 143,9 nel 2021. A livello nazionale gli indicatori demografici mostrano che

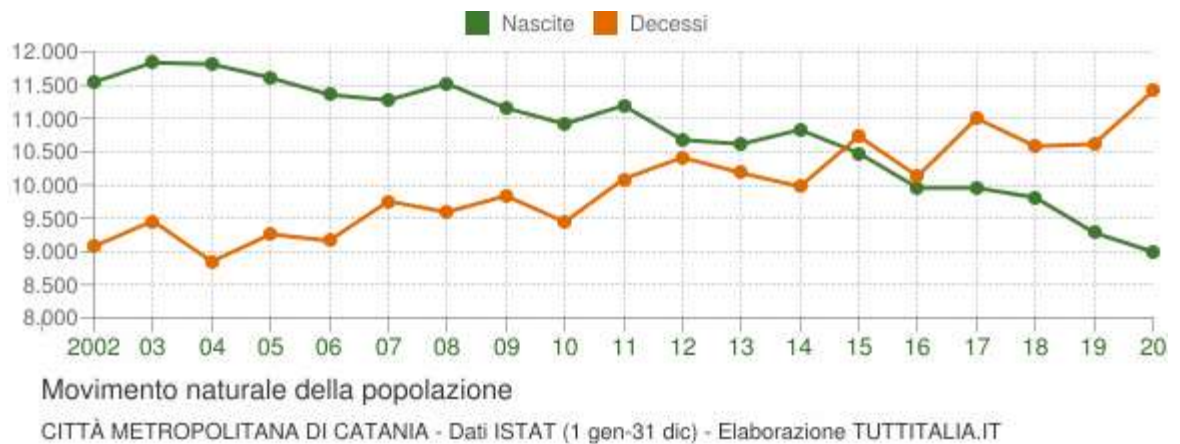
l'indice di vecchiaia era di 179,3 al 1° gennaio 2020, registrando al 1° gennaio 2021 un incremento di più di 3,3 punti.

A conferma di quanto sopra evidenziato, da un'analisi dei dati ISTAT si evince come, nel corso di un decennio (1° gennaio 2011 vs 1° gennaio 2021), la popolazione residente nella Città Metropolitana di Catania compresa nelle fasce di età 0-14 anni sia passata dal 15,9% al 14,6% (-1,3%), e come, di contro, i residenti compresi nelle fasce di età  $\geq$  a 65 anni siano passati dal 17,1% al 21,0% del 2021 (+3,9%).



Tale condizione di progressivo invecchiamento della popolazione è ulteriormente dimostrato dall'indice di ricambio della popolazione attiva, cioè dal rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni) che nella città metropolitana di Catania era del 93,7 nel 2011 ed è di 123,2 al 1° gennaio 2021, con un peggioramento di 3,7 punti anche nel confronto a breve termine tra 1° gennaio 2021 rispetto al 1° gennaio 2020.

Peraltro mentre l'indice di natalità nell'intera provincia di Catania presenta nel periodo 2002 – 2020 un decremento passando 10,9 nati a 8,4 nati per mille abitanti, di contro appare in incremento l'indice di mortalità in relazione allo stesso periodo analizzato, passato da 8,6 a 10,6 morti per mille abitanti, come peraltro evidenziabile dalla successiva tabella sul movimento naturale della popolazione.



L'invecchiamento della popolazione pertanto rappresenta una delle cause di maggiore ricorso ai servizi sanitari, in particolare a quelli offerti dagli ospedali. In ogni caso giova rappresentare che il tasso di ospedalizzazione provinciale è progressivamente diminuito passando da 203/1000 del 2009 a poco più del 131,39/1000 del 2019, ben al di sotto del valore di 160/1000 previsto dalle indicazioni nazionali (DL 6/7/2012, n. 95 e legge di conversione 135/2012, GURI N. 189/2012). I Valori sopra rappresentati, riferiti a residenti in provincia di Catania, appaiono in linea con il dato nazionale dell'anno 2016 pari a un tasso di ospedalizzazione complessivo del 132,5. (fonte dati Ministero Salute – rapporto SDO 2016).

Il contesto demografico, con un progressivo invecchiamento della popolazione, genera una maggiore domanda di servizi sanitari per le malattie cardiovascolari che in Sicilia rappresentano, unitamente alle malattie cronico degenerative, la grande maggioranza delle cause di morte:



<b>Tassi di mortalità per causa Sicilia-Italia 2016</b>				
Cause di morte	Tassi stand. x 10.000 Maschi		Tassi stand. x 10.000 Femmine	
	Sicilia	Italia	Sicilia	Italia
Tumori maligni	32,2	33,7	18,3	19,4
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	1,4	1,8	0,7	0,9
<i>Tumori maligni colon,retto,ano</i>	<b>3,7</b>	3,6	<b>2,3</b>	2,1
<i>Tumori maligni trachea,bronchi,polmoni</i>	8,1	8,1	2	2,5
<i>Tumori maligni mammella della donna</i>			3,2	3,2
Diabete mellito	<b>5,1</b>	3,3	<b>4,3</b>	2,5
Malattie del sistema nervoso e organi dei sensi	3,7	4,1	3,1	3,4
Malattie del sistema circolatorio	<b>39,0</b>	33,6	<b>30,4</b>	25,0
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	<b>10,3</b>	7,9	<b>9,7</b>	6,9
<i>Malattie ischemiche del cuore</i>	<b>12,2</b>	12,0	6,4	6,4
Malattie dell'apparato respiratorio	<b>9,4</b>	8,8	4,0	4,4
Malattie dell'apparato digerente	3,5	3,8	2,4	2,5
Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	4,6	4,6	2,3	2,3
<b>Tutte le cause</b>	<b>108,4</b>	102,0	<b>75,1</b>	68,6

Elaborazione DASOE su fonte ISTAT-HFA. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno di riferimento: 2016.

Infatti come evidenziato dalla tabella riportata nella precedente pagina, estratta dal Decreto di rimodulazione della rete ospedaliera, la mortalità per malattie cardiovascolari risulta sensibilmente più alta in Sicilia rispetto alla media nazionale, mentre la mortalità per le patologie tumorali si presenta inferiore rispetto alla media nazionale anche se talvolta si avvicina o si sovrappone alla media nazionale per specifiche aree come quelle relative ai tumori di colon, retto, ano e della mammella.

La domanda di servizi collegata alle patologie sopra indicate, ed in particolare alla gestione della cronicità, se non adeguatamente governata a livello territoriale con la definizione di una rete socio-assistenziale che sia in grado di gestire le criticità collegate all'invecchiamento della popolazione (strutture per lungodegenti, RSA, assistenza domiciliare integrata, strutture per dimissioni protette, etc.), rischia di ingenerare prestazioni inappropriate a carico dei presidi ospedalieri ed in particolare dell'area di emergenza-urgenza ( nel corso dell'anno le strutture di Pronto soccorso dell'Azienda hanno registrato complessivi 52.998 accessi) che, pertanto, potrebbe risultare, entro il

breve volgere di pochi anni, non in grado di fornire risposte adeguate e tempestive ai bisogni di salute della popolazione servita.

### **Cosa facciamo**

L'Azienda, quale ente strumentale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e in coerenza agli indirizzi programmatori della Regione Siciliana, concorre a garantire l'assistenza sanitaria per il territorio regionale e garantisce l'assistenza ad alta complessità ed alto contenuto tecnologico anche in ambito sovregionale in quanto *hub* e Centro di Riferimento Regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale.

L'Azienda risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l'offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie che si caratterizzano anche per la loro connotazione in termini di alta specialità.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico – Catania è l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università. Essa opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda e l'Università, per quanto di propria competenza, promuovono i fondamentali obiettivi, delineati nel Protocollo regionale, di assicurare la qualità e la congruità della formazione del personale medico e sanitario, nonché lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria e garantire la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario. In questo ambito, entrambe le Istituzioni promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema assistenziale ed il sistema della formazione, accrescendo la qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell'efficienza del Servizio Sanitario pubblico.

L'Azienda eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di ricovero ordinario, in *Day Hospital*, prestazioni ambulatoriali e di *Day Service*, oltre all'attività

di didattica e ricerca proprie delle Aziende Ospedaliere Universitarie, integrate con la Scuola "Facoltà di Medicina e Chirurgia".

L'Azienda pertanto:

- Fornisce assistenza per le patologie in fase acuta che richiedono prestazioni di diagnosi e cura caratterizzate da un impegno assistenziale medio alto e da un elevato profilo qualitativo, in ragione della presenza e dell'utilizzo di tecnologie avanzate e di metodologie diagnostiche e terapie innovative.
- Impronta la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità.
- Assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la migliore accessibilità dei servizi all'utente, il raccordo con gli enti locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie del territorio e con il volontariato. Garantisce la dovuta attenzione ai pazienti attraverso il monitoraggio periodico del livello di soddisfazione e si impegna a fornire costantemente informazioni chiare, corrette e documentate sui servizi offerti.
- Contribuisce allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e ricerca svolte dalla Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Catania promuovendo l'integrazione dell'assistenza con l'attività formativa e di ricerca.
- Sostiene e valorizza, in collaborazione con l'Università degli Studi di Catania l'attività di ricerca, promuovendo un contesto organizzativo favorevole alla conduzione delle sperimentazioni cliniche.
- Prosegue nello sviluppo di un sistema di gestione della qualità e del rischio clinico finalizzato a garantire la sicurezza nell'erogazione delle prestazioni.
- Garantisce l'integrazione con il territorio, in particolare nei seguenti ambiti: gestione del paziente con diabete mellito di tipo 2, gestione del paziente con scompenso cardiaco, percorso nascita, attivazione delle dimissioni facilitate e protette.

Nell'ambito dell'emergenza l'Azienda si avvale di due strutture di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.), di un Pronto Soccorso Pediatrico, di un Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico, dell'ambulatorio delle urgenze oculistiche e di diverse strutture di terapia intensiva, quali la Rianimazione, la Terapia

Intensiva Post Operatoria (T.I.P.O.), l'Unità Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C.) e l'Unità Terapia Intensiva Neonatale (U.T.I.N.).

Presso l'Azienda insistono i seguenti centri di riferimento regionale:

- Diagnosi e cura delle malattie genetiche;
- Disturbi dell'alimentazione;
- Controllo e cura delle malattie metaboliche congenite dell'infanzia;
- Ematologia ed Oncologia Pediatrica con trapianto;
- Trattamento dei Melanomi della Coroide;
- Prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi dell'apprendimento nell'età evolutiva;
- Diagnosi e Trattamento delle Uropatie congenite;
- Cardiologia Interventistica e Strutturale;
- Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'Osteoporosi e delle altre patologie del metabolismo osseo;
- Diagnosi e Terapia della Psicopatologia dei Post-partum;
- Chirurgia Maxillo-facciale e Microchirurgia ricostruttiva;
- Inquadramento clinico e trattamento ortopedico del Piede Torto congenito;
- Diabetologia pediatrica;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatologiche del bambino;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie reumatologiche dell'adulto;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del polmone;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare di interesse dermatologico;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare organi di senso di interesse oculistico (cheratocono);
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare della coagulazione e delle anemie rare nel bambino e nell'adulto;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie delle ghiandole endocrine e disturbi immunitari (Angioedema ereditario);
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie rare del metabolismo dell'infanzia;
- Prevenzione, diagnosi e cura delle malattie genetiche rare.

### **Come operiamo**

L'Azienda concorre al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla programmazione nazionale e regionale in campo assistenziale, e dei compiti istituzionali dell'Università con particolare riferimento alle funzioni di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'Azienda, assume i seguenti valori di riferimento, che orientano la programmazione strategica e la gestione delle proprie attività:

**Centralità della Persona**, intesa quale capacità del "sistema azienda" di porre al centro delle sue azioni la persona, concepita sia quale come soggetto fruitore sia come erogatore di assistenza, realizzando una organizzazione di "Persone che si prendono cura di Persone";

**Equità**, volta a rendere disponibili e facilmente accessibili le informazioni necessarie a consentire una fruibilità consapevole, corretta e tempestiva dei servizi e delle prestazioni offerte, garantendo in base al bisogno pari e tempestive opportunità di accesso alle prestazioni, e al contempo riducendo la variabilità dell'assistenza attraverso un allineamento delle competenze professionali richieste su dichiarati standard di eccellenza;

**Qualità dell'attività assistenziale**, mediante la promozione di percorsi assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata, fondata sulle migliori evidenze scientifiche e sul principio della sicurezza per i pazienti,

**Qualità dell'attività amministrativa**, promuovendo l'adozione di procedure amministrative volte a prevenire/mitigare i rischi amministrativi-contabili e a garantire la massima efficienza, sulla base dei principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità;

**Didattica e formazione**, assicurando lo svolgimento delle funzioni didattiche previste dai percorsi formativi dei corsi di laurea e di specializzazione attivati dalla Scuola di Medicina e Chirurgia, anche integrando e valorizzando il personale del SSN in possesso dei necessari requisiti di qualificazione scientifica e professionale, ed investendo nel sistema di formazione continua del personale, per garantire il mantenimento, l'adeguamento e lo sviluppo delle conoscenze professionali e culturali in grado di incidere sull'appropriatezza e la qualificazione degli interventi;

**Ricerca e innovazione**, mediante la promozione di processi di avanzamento diagnostico, terapeutico e tecnologico in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini che, per complessità, gravità e rarità, necessitano di soluzioni innovative, valorizzando il ruolo della ricerca clinica e gestionale; Eticità, riconoscere adeguata attenzione alle problematiche di natura etica relative alla pratica clinica, alla sperimentazione e all'organizzazione, impegnandosi a tutelarne i principi;

**Trasparenza**, assicurando visibilità e chiarezza nei rapporti sia interni che esterni, in una logica di responsabilità dei risultati così da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento degli obiettivi, e sviluppando un sistema di comunicazione che garantisca omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione interna ed esterna;

**Sostenibilità**, attraverso lo sviluppo di politiche gestionali attente ai problemi di sostenibilità ambientale, economica ed organizzativa.

L'A.O.U., al fine di raggiungere gli obiettivi sopra esposti, favorisce un approccio multidisciplinare nei confronti delle problematiche assistenziali e l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutico.

Le attività dell'AOU sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e delle più avanzate tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

### L'amministrazione in cifre

Di seguito si riportano i dati sull'attività sanitaria maggiormente significativi, riferiti all'anno 2021:

<b>Analisi dati sanitari</b>					
<b>Indicatori</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Posti letto ordinari	620	593	591	694	705
Presenza media giornaliera	531,4	550,8	552,8	539,3	569,2
Tasso di occupazione	86%	87%	94%	78%	81%
N° Ricoveri ordinari	27.389	27.437	24.856	24.189	26.531
Numero di GG di degenza ordinarie	193.977	201.065	187.666	196.861	207.764
Degenza Media	7,08	7,33	7,55	8,14	7,83
Peso Medio complessivo	1,17	1,31	1,23	1,27	1,32
Peso Medio casi chirurgici ordinari	1,75	1,74	1,82	1,84	1,92
Peso Medio casi medici	0,77	0,79	0,80	0,91	0,89
N° Ricoveri DH	12.992	15.218	11.852	8.170	9.543
N° accessi in DH	57.240	60.230	40.309	40.596	48.613
N° Day Service	13.167	14.611	12.429	8.741	10.893
N° accessi Day Service	33.225	39.103	36.042	30.608	32.194
Mobilità sanitaria attiva extraregionale (n° casi)	1.078	981	1.404	748	1.068
Mobilità sanitaria attiva extraregionale (%)	2,00%	1,73%	3,8%	1,93%	2,27
Mobilità sanitaria attiva extra provinciale (n° casi)	11.211	12.768	8.531	8.917	8.401
Mobilità sanitaria attiva extra provinciale (%)	20,9%	23%	24%	23%	18%

Fonte dati flusso SDO Aziendale

In corso di pandemia e pur con le problematiche collegate alla stessa, la capacità espressa dall'azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico – Catania di fornire un'offerta di servizi fra le più importanti e complete dell'intera regione è testimoniata dal numero totale di pazienti accettati nell'anno in corso che sono stati pari a 38.425, di cui 23.159 ordinari e 7.140 DH, oltre a 8.126 casi accettati di Day Service Assistenziale Ospedaliero (fonte dati flusso SDO aziendale).

Tale ruolo è confermato dai dati consolidati e tratti dal sistema PROD dai quali si evidenzia come l'AOU Policlinico – Catania abbia effettuato il 26,39% dei ricoveri (ordinari + DH) registrati in provincia di Catania, come evidenziato dalla sottostante tabella:

Pazienti dimessi da strutture della provincia di Catania		
	N° ricoveri totali	%
AOU Policlinico Vittorio Emanuele	40.660	26,39%
Case di cura accreditate	38.779	25,17%
ARNAS Garibaldi	29.085	18,88%
Presidi ASP	23.862	15,49%
Azienda Ospedaliera Cannizzaro	21.656	14,05%
Totale	154.042	

Fonte dati PROD, Regione Siciliana, Assessorato della Salute, DPS, Area Interdipartimentale 4

## **SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE**

### **Sottosezione di programmazione - *Valore Pubblico***

La *mission* dell'A.O.U. consiste nello svolgimento integrato e coordinato delle funzioni di assistenza, di didattica e di ricerca, al fine di assicurare elevati standard di assistenza sanitaria nel servizio sanitario regionale, di accrescere la qualità dei processi di formazione, di sviluppare le conoscenze in campo biomedico e tecnologico, valorizzando altresì in via paritaria le funzioni e le attività del personale ospedaliero e di quello universitario.

In particolare, la funzione di assistenza intende assicurare:

- l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza;
- lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente;



- la migliore accessibilità dei servizi all'utente; la collaborazione con gli enti locali, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del volontariato.

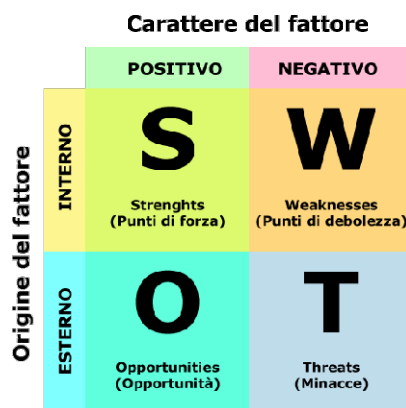
La funzione di ricerca si impegna a sviluppare le conoscenze scientifiche e le loro applicazioni nei vari campi di interesse (biomedico, tecnologico, organizzativo e assistenziale) ed a favorire la collaborazione con gruppi di ricerca nazionali ed internazionali. L'azienda, al fine di individuare nuove linee di ricerca e possibili fonti di finanziamento, ha istituito con apposita deliberazione il Servizio di Internazionalizzazione e ricerca sanitaria (SIRS).

L'Azienda, in ragione del suo ruolo nell'ambito del sistema formativo universitario, si impegna altresì:

- a garantire la massima integrazione tra il sistema della formazione universitaria e il sistema assistenziale, nel rispetto della pari dignità professionale delle componenti ospedaliera ed universitaria che vi operano;
- a promuovere un quadro di leale collaborazione tra personale ospedaliero e universitario, nel rispetto reciproco delle competenze, al fine di perseguire l'obiettivo aziendale di qualità e sviluppo dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca;
- a sviluppare un sistema formativo (di base, avanzata e continua) di eccellenza dei professionisti nell'assistenza e nella ricerca.

L'azienda pone al centro della sua attività il cittadino utente, sia nella veste di soggetto che necessita di cure, sia di studente con bisogni di istruzione e formazione qualificata, ispirandosi ai principi della cittadinanza attiva.

L'analisi SWOT fa emergere punti di forza (Strength), debolezza (Weakness), opportunità (Opportunities), minacce (Threats) dell'Azienda.



I punti di FORZA sono quei fattori che favoriscono lo sviluppo, le cosiddette aree di eccellenza. Vengono messi in luce punti di primaria solidità e di imprescindibile importanza, ma anche caratteristiche meno appariscenti e non di primario impatto.

I **punti di forza** che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- multidisciplinarietà, con alcune specialità svolte in esclusiva per un bacino di utenza sovra provinciale.
- presenza di professionalità di elevata competenza.
- presenza di centri di riferimento regionale per patologie rare e ad alta complessità.
- presenza della Scuola "Facoltà di Medicina e Chirurgia".
- ruolo peculiare nella formazione degli operatori sanitari.
- presenza di un elevato livello tecnologico.
- complessità della casistica trattata, in particolare nelle alte specialità.
- diffusa cultura della qualità e della minimizzazione del rischio clinico.
- consolidato rapporto instauratosi con le associazioni degli utenti.
- ruolo HUB di alcune discipline nelle reti assistenziali.
- propensione alla ricerca.
- collaborazione con gli organismi di partecipazione (Comitato Consultivo Aziendale).
- mantenimento di un adeguato supporto alle attività formative attraverso il centro aziendale di simulazione.

I punti di **DEBOLEZZA**, per contro, sono quegli elementi che ostacolano lo sviluppo e che bisogna cercare di superare; sono le aree ad alto margine di miglioramento. L'analisi dei punti di debolezza tende ad individuare le problematiche che possono

destare preoccupazione e verso cui è necessario indirizzare le azioni programmatiche al fine di non compromettere l'esito finale delle scelte strategiche.

I punti di debolezza che caratterizzano l'Azienda sono i seguenti:

- sistema dei trasporti sanitari interni ed esterni.
- vigilanza sulle strutture ed in particolare nelle aree deputate alla gestione emergenza.
- struttura a padiglioni dei siti.
- mancanza di aree progettate specificatamente per gli ambulatori ovvero per i professionisti che esercitano l'intramoenia all'interno.
- necessità di manutenzione delle strutture più datate.
- difficoltà nell'attuazione del modello dipartimentale.
- difficile integrazione tra le componenti ospedaliera ed universitaria.
- carenza di personale in alcuni settori strategici (clinici e amministrativo-gestionali).
- mancata integrazione dei sistemi informativi.
- modesta interazione e integrazione tra le varie articolazioni aziendali.
- scarso coinvolgimento del personale da parte dei dirigenti per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.
- resistenze interne all'integrazione fra componente universitaria e componente ospedaliera.
- generale resistenza a processi di cambiamento.

Dopo aver analizzato i due parametri precedenti, punti di forza e di debolezza, si individuano le loro possibili combinazioni sinergiche capaci di trasformarsi in opportunità: da un lato si considerano i vantaggi che derivano dalla combinazione tra punti di debolezza e punti di forza e dall'altro va stimato se e in che misura i punti di forza colmano quelli di debolezza.

Si individua così l'elenco delle opportunità.

Le **OPPORTUNITÀ** sono i possibili vantaggi futuri che occorre saper sfruttare a proprio favore allocando in modo flessibile le risorse così da ottimizzare le performance della strategia, e sono così individuate:

- sistema regionale di valutazione della qualità percepita nelle UUOO e Pronto Soccorso.

- programmazione condivisa dei percorsi accademici e di specializzazione in ragione delle strategie dell'Azienda e dell'Università.
- integrazione Università/Azienda al fine di migliorare la capacità di accedere ai fondi per la ricerca biomedica nazionali ed internazionali.
- integrazione della attività con le altre aziende dell'area metropolitana attraverso lo sviluppo delle reti (IMA, Oncologica, Politrauma, Stroke).
- condivisione a livello interaziendale delle attività formative.
- ulteriore estensione dell'offerta sanitaria alla popolazione erogata dal nuovo Presidio San Marco.
- miglioramento dell'efficienza gestionale all'interno dei due grandi plessi ospedalieri (G. Rodolico e San Marco).
- fondi e opportunità finanziarie finalizzati all'attuazione di progetti specifici (PSN, Ricerca Finalizzata, progetti europei).

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

- protrarsi dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19.
- vincoli economico finanziari collegati ai piani di contenimento della spesa sanitaria e ai rapporti Stato-Regione.
- resistenze interne all'integrazione fra componente universitaria e componente ospedaliera.
- generale resistenza a processi di cambiamento.
- limitatezza delle risorse da destinare a procedure di diagnostica e cura a carattere innovativo.
- invecchiamento della popolazione e aumento delle patologie croniche.
- relazioni sindacali non chiaramente definite.
- quadro normativo complesso e dinamico (privacy, trasparenza, anticorruzione, etc) e molteplicità di adempimenti richiesti spesso in assenza dei necessari adeguamenti / cambiamenti organizzativi e culturali.

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

In particolare, l'AOU intende perseguire i seguenti obiettivi di Valore Pubblico generati dall'azione amministrativa e produttori di *outcome* che impattano positivamente sul benessere esterno, degli *stakeholder* e degli utenti, che orientano la performance organizzativa di efficacia e di efficienza verso il miglioramento, che impattano positivamente sulle risorse dell'ente contribuendo al miglioramento della salute istituzionale, orientando le performance individuali di dirigenti e dipendenti verso il miglioramento di quelle organizzative:

- 1) Assicurare i livelli essenziali di assistenza secondo i principi di qualità e sicurezza delle cure
- 2) Ampliare la semplificazione e digitalizzazione dei processi
- 3) Valorizzare le competenze dei dipendenti dell'Azienda generando processi di cambiamento organizzativo
- 4) Sviluppare qualitativamente e quantitativamente delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione

Il miglioramento della qualità delle cure è senza dubbio il focus dell'Azienda, nella convinzione che fornire un servizio di qualità sia la missione che ogni professionista presente in Azienda debba fare propria nell'interesse del paziente che ha di fronte. La qualità in sanità è tracciata in particolare attraverso degli indicatori di esito che indagano se effettivamente è stato erogato il livello di performance che garantisce la massima efficacia delle cure. L'accessibilità ai servizi è importante affinché la "qualità" sulla quale l'Azienda lavora arrivi al maggior numero di individui che ne hanno bisogno. In taluni casi performance elevate per un ridotto numero di malati non rappresentano il bene per la collettività in senso ampio; è necessario favorire l'accesso ai servizi, tenendo in considerazione i principi di appropriatezza e rovesciando il paradigma per il quale il paziente con necessità si reca nelle strutture sanitarie a favore di un servizio sanitario che cerca quanto più possibile di raggiungere il paziente al suo domicilio.

In riferimento alla semplificazione e digitalizzazione dei processi, l'Azienda revisiona continuamente i propri processi sia di erogazione delle cure e servizi, sia i processi amministrativi per migliorare l'azione amministrativa in un termini di efficacia e di efficienza, per affinarne le modalità e renderle quanto più possibile lineari e appunto

semplici, tenendo conto comunque dell'importanza di garantire adeguati livelli di sicurezza sia rispetto al paziente, sia rispetto all'osservanza di trasparenza e riduzione del rischio di corruzione. La digitalizzazione, cioè riconsiderare e ridefinire procedure e servizi in chiave digitale nonché fornire ad altre amministrazioni ed ai cittadini accesso a dati e servizi cui sono interessati, consente nuove modalità di comunicazione e interazione con cittadini e azienda ospedaliera attraverso l'erogazione di servizi e la fruizione del sito aziendale.

Nell'ottica di un cambiamento organizzativo, riveste particolare attenzione la gestione delle risorse umane, nelle sue due dimensioni: la dimensione quantitativa, in relazione alle politiche che devono perseguire obiettivi di adeguatezza e di "corretto dimensionamento" in relazione alla domanda ed alle esigenze che l'amministrazione pubblica è chiamata a fronteggiare; la dimensione qualitativa in cui rilevano invece i contenuti professionali, le competenze ed abilità dei lavoratori. Valorizzare i dipendenti pubblici come motore del cambiamento organizzativo significa migliorare la coerenza tra le competenze possedute dai dipendenti dell'Azienda, i percorsi di carriera, i percorsi formativi, a partire dall'effettiva rilevazione dei *gap* di competenze. Per il perseguimento di questo obiettivo, l'azione strategica dell'Azienda è orientata verso una logica interfattoriale: un ruolo più pregnante della formazione aziendale per garantire a tutti i lavoratori la formazione continua, il cosiddetto *lifelong learning*, partendo dal fabbisogno digitale dei dipendenti; una mappatura dei profili professionali (*job description*) per una gestione per competenze delle risorse umane; un modello di misurazione e valutazione delle performance che misuri il raggiungimento di obiettivi legati a competenze specifiche e si traduca in premialità che riconoscano l'importanza di un percorso di crescita professionale.

Altro obiettivo di generazione di valore pubblico è il miglioramento delle relazioni con il cittadino. Si intende raggiungere questo obiettivo su più fronti. Trasversalmente, attraverso la digitalizzazione dell'Azienda che comporterà una fruizione più semplice dei servizi, operativamente rafforzando il ruolo dei cittadini e utenti nel ciclo di gestione della performance. Con la modifica del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, operata dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione è stata declinata secondo tre cardini fondamentali: sotto il profilo soggettivo, perché sono i cittadini/utenti dei servizi ad

assumere un ruolo nei processi valutativi, a cui si aggiungono tutti i potenziali stakeholder interessati all'operato dell'amministrazione; sotto il profilo oggettivo, la valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni; sotto il profilo procedimentale, la partecipazione alla valutazione riguarda la performance organizzativa. Nell'articolo 8, in particolare, si prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (SMVP) la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione. La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della performance in cui il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono dunque gli stessi cittadini a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati standard quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti.<sup>1</sup>

### **Sottosezione di programmazione - *Performance***

Nel presente paragrafo, vengono definiti gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance aziendale, intesa come il contributo che ciascun soggetto che opera all'interno dell'Azienda fornisce attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità ed alla soddisfazione dei bisogni dell'organizzazione.

Le indicazioni regionali provenienti dalla L.R. 5/2009, dal Piano Sanitario Regionale e dagli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale, unitamente ai vincoli ed ai

---

<sup>1</sup> Cfr. Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle amministrazioni pubbliche, Dipartimento della funzione pubblica n. 4, novembre 2019

limiti imposti dalle disposizioni nazionali e regionali di natura finanziaria costituiscono la base di partenza per la elaborazione dell'albero della performance. Le stesse vengono pertanto integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani ed obiettivi operativi assegnati ai dirigenti, cui viene correlato il sistema premiante di tutto il personale. A ciascun obiettivo operativo vengono associati indicatori, target, orizzonte ed articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

L'albero della performance risulta, quindi, articolato su due livelli:

1° Livello: Aree Strategiche e Obiettivi Strategici;

2° Livello: Obiettivi Operativi.

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

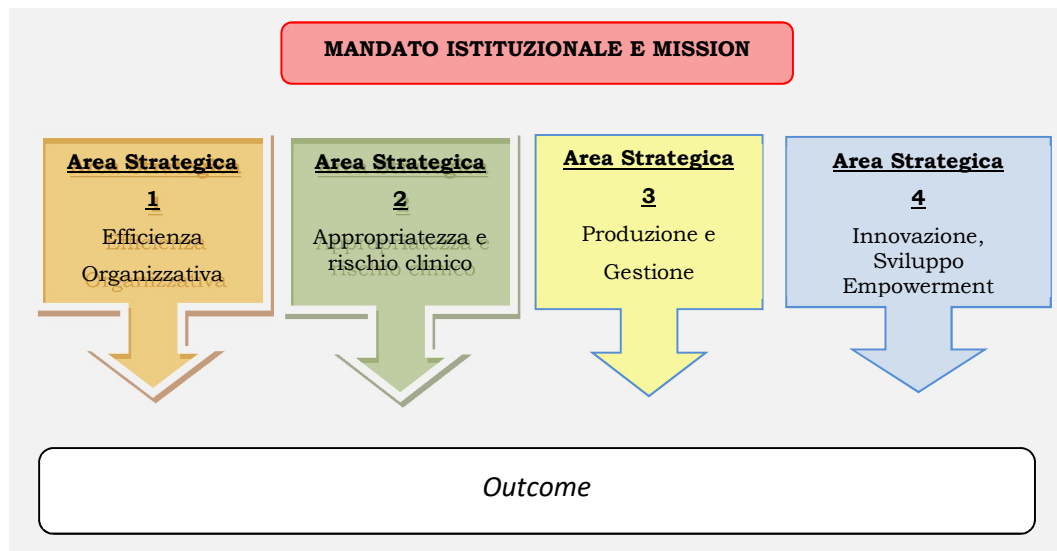
La definizione delle aree strategiche scaturisce da un'analisi congiunta dei fattori interni e dei fattori di contesto esterno ed assume, come riferimenti essenziali di base, la Legge Regionale 5/2009, il Piano Sanitario Regionale e gli obiettivi assegnati annualmente alla Direzione Generale.

L'articolazione delle aree strategiche segue generalmente una logica trasversale a più strutture organizzative. Le aree strategiche individuate nell'albero della performance sono:

1. Area dell'efficienza organizzativa;
2. Area dell'appropriatezza e rischio clinico;
3. Area della produzione e della gestione;
4. Area dell'innovazione e dello sviluppo ed *empowerment*.

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





Le quattro aree strategiche richiamano le dimensioni tipiche della balance scorecard e sono riferibili a differenti stakeholder. Le quattro aree strategiche individuate sono correlate da rapporti causa effetto e da rapporti di reciproco rafforzamento e completamento, così come sono tra loro correlati i differenti obiettivi all'interno di ciascuna area strategica.

Per ogni area strategica sono individuati gli Obiettivi Strategici e generali.

Il sistema diventa quindi "a cascata", integrando pianificazione, programmazione e controllo aziendali con gestione delle risorse e sistema premiante.

Il secondo livello di costruzione dell'albero della performance comprendente gli obiettivi operativi individuati dalla direzione strategica aziendale ed assegnati alle Strutture complesse aziendali coerentemente al sistema di budgeting annuale.

L'albero della performance aziendale, normalmente, è definito in relazione agli obiettivi triennali che la Regione – Assessorato della Salute assegnano al Direttore Generale dell'Azienda, nonché in funzione di obiettivi operativi individuati dalla Direzione strategica annualmente.

Nel corrente anno, la Regione – Assessorato della Salute, non ha, alla data di redazione del presente Piano, assegnato gli obiettivi strategici, pertanto la Direzione strategica aziendale ha scelto di proseguire con gli obiettivi generali già individuati nel Piano della Performance 2022 - 2024, confermandoli quindi anche per la corrente annualità. Gli stessi obiettivi nel corso dell'anno saranno oggetto di implementazione, facendo salva ogni integrazione e modifica che si rendesse necessaria ed opportuna in seguito

ad eventuali assegnazioni e specifica attribuzione di obiettivi strategici da parte dell'Assessorato Regionale della Salute alle diverse Aziende Sanitarie.



- ⇒ Messa a Regime del modello organizzativo aziendale di cui alla deliberazione n. 117 del 19/06/2020 con riordino dei Dipartimenti dell'azienda in adeguamento al D.A. n. 22 del 11/01/2019 "Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2/04/2015 n. 70"
- ⇒ Messa a regime del Nuovo Piano dei Centri di Costo e dei Centri di Responsabilità
- ⇒ Implementazione Protocollo d'Intesa Regione - Università
- ⇒ Stesura dei regolamenti per l'individuazione, conferimento e valutazione degli incarichi dirigenziali
- ⇒ Adeguamento Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance
- ⇒ Impiego degli indicatori e dei risultati espressi nel Piano Nazionale Esiti per la valutazione della performance delle Unità Operative Aziendali:
  - Garantire la tempestività nel trattamento della frattura di femore nei pazienti over 65
  - Ridurre l'incidenza dei parti cesarei primari
  - Assicurare tempestività nell'effettuazione della PTCA nei casi di IMA STEMI
  - Contenere la degenza post-operatoria entro tre giorni dopo intervento di colecistectomia laparoscopica
- ⇒ Assicurare il costante monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri programmati
- ⇒ Migliorare la soglia garanzia dei tempi di attesa sia per livello ex ante che per il livello ex post.

- ⇒ Realizzare le condizioni organizzative per favorire la prescrizione dematerializzata fino al 100% delle prescrizioni
- ⇒ Attuare gli adempimenti previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)



- ⇒ Assicurare il monitoraggio degli eventi sentinella e la trasmissione del flusso SIMES
- ⇒ Attuare il programma regionale Global Trigger Tool
- ⇒ Monitorare l'applicazione della raccomandazione per la gestione della terapia oncologica
- ⇒ Valutazione dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni
- ⇒ Valutazione dell'appropriatezza nella prescrizione degli esami nell'ambito della diagnostica di laboratorio
- ⇒ Valutazione dell'appropriatezza nella prescrizione degli esami nell'ambito della diagnostica di laboratorio e nella diagnostica radiologica
- ⇒ Definizione di specifici PDTA per aree assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali strettamente collegati alla nuova apertura del PS del Presidio San Marco
- ⇒ Definizione di specifici PDTA per aree assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali strettamente collegate alla programmazione aziendale
- ⇒ Garantire gli standard di sicurezza dei punti nascita, superando le criticità riscontrate in sede di autovalutazione
- ⇒ L'integrazione della attività con le altre aziende dell'area metropolitana per lo sviluppo e l'adesione alle reti (IMA, Oncologica, Politrauma, Stroke e Percorso Nascita);
- ⇒ Contenimento ricoveri inappropriati
- ⇒ Migliorare la valutazione del rischio di caduta

- ⇒ Esecuzione appropriata profilassi antibiotica
- ⇒ Attuare il programma regionale per la riduzione delle batteriemie/sepsi correlate all'utilizzo di cateteri vascolari - *targeting*
- ⇒ Aderire ai programmi regionali di formazione per l'attribuzione dei *privileges*
- ⇒ Sviluppare programmi di formazione per il contrasto al rischio clinico
- ⇒ Adesione agli standard previsti dal PNE e svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE
- ⇒ Mantenimento dell'autorizzazione e dell'accreditamento del Servizio Trasfusionale aziendale, delle articolazioni organizzative e delle Unità di Raccolta associative collegate
- ⇒ Soddisfamento da parte del Servizio Trasfusionale Aziendale dei requisiti del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasma derivati
- ⇒ Sviluppo progetto "Codice Rosa" nei Pronto Soccorso aziendali per la presa in carico dei pazienti vittima di violenza
- ⇒ Adesione ai programmi di telemedicina (es.: procedure di tele cardiologia, tele radiologia, ecc.) attraverso la valorizzazione delle professioni sanitarie e l'integrazione con le altre aziende dell'area metropolitana di Catania



- ⇒ Informatizzazione Cartella Clinica: completamento UU.OO.CC
- ⇒ Informatizzazione Ordini – NSO
- ⇒ Informatizzazione Fascicolo di liquidazione
- ⇒ Contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici
- ⇒ Percorsi attuativi di certificabilità (PAC)
- ⇒ Utilizzo dei fondi PSN

- ⇒ Definizione di procedure per la dismissione del patrimonio immobiliare destinato alle attività aziendali non più utilizzato in conseguenza dei programmi di riorganizzazione aziendale
- ⇒ Definizione di procedure per l'alienazione del patrimonio immobiliare non funzionale alle attività assistenziali



- ⇒ Recupero produttività aziendale attraverso la riorganizzazione dell'attività chirurgica, ed il pieno utilizzo delle tecnologie diagnostiche e degli ambulatori
- ⇒ Implementazione attività Robotica (Robot Da Vinci)
- ⇒ Sviluppo piani per l'attuazione delle norme contenute nella legge 190/2012
- ⇒ Rafforzamento del rapporto con le organizzazioni rappresentative dei cittadini
- ⇒ Sviluppare, secondo i modelli regionali, programmi per la valutazione della qualità percepita.

Oltre agli obiettivi strategici sopra elencati e distribuiti per aree specifiche di intervento, in considerazione della connotazione ospedaliero universitaria dell'Azienda e delle funzioni di Ricerca e Didattica ad essa attribuite, già ampiamente descritte ai punti 3.4 e 3.5 del presente documento, il Rettore ha assegnato al Direttore Generale alcuni obiettivi specifici per il triennio 2022-2024 suddivisi tra le seguenti Aree:

1. Area Didattica

- ⇒ Implementazione della funzionalità delle aule e delle attrezzature e completamento area didattica del Presidio san Marco;
- ⇒ Implementazione delle aule di simulazione;
- ⇒ Creazione di un team integrato tra Azienda e Università per la didattica;
- ⇒ Potenziamento Scuole di Specializzazione.

## 2. Area Ricerca

- ⇒ Implementazione di un Team per la promozione e facilitazione dei progetti di ricerca in area sanitaria;
- ⇒ Implementazione di un Team amministrativo per la collaborazione nelle ricerche e studi clinici;
- ⇒ Utilizzo della quota per l'Azienda relativa agli studi clinici per l'implementazione della ricerca;
- ⇒ Implementazione di percorsi dedicati alla realizzazione di Studi Clinici di fase II e III;
- ⇒ Implementazione nuove tecnologia;
- ⇒ Valorizzazione della Ricerca Universitaria in ambito Aziendale.

### **Performance organizzativa:**

- attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi, anche attraverso modalità interattive;
- modernizzazione e miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

### **Performance individuale del personale dirigente**

- indicatori di performance relativi all'ambito organizzativo di diretta responsabilità;
- raggiungimento di specifici obiettivi individuali;
- qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate;
- capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi.

### **Performance individuale del personale non dirigente**

- raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali;
- qualità del contributo assicurato alla performance dell'unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi.

Quanto sopra va integrato con la valutazione della performance intesa come raggiungimento degli obiettivi legati alla contrattazione di budget, per cui alla misurazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati in riferimento ai target contrattati.

Gli indirizzi, gli obiettivi e gli indicatori sono stati elaborati in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione economica patrimoniale, al fine di instaurare il necessario collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse.

Gli interventi correttivi, riferiti agli obiettivi della propria sfera di competenza, sono definiti dalla Direzione Strategica e possono eventualmente emergere a seguito della verifica dell'andamento della performance effettuata con il supporto dei dirigenti (articolo 6, comma 1, del decreto) o delle eventuali verifiche effettuate dall'Organismo indipendente di Valutazione.

In caso di mancata adozione o di mancato aggiornamento annuale del Piano, l'articolo 10, comma 5 ed s.m.i., del decreto prevede il divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti che risultano aver concorso alla mancata adozione, per omissione o inerzia nell'adempimento dei propri compiti, ed il divieto per l'Azienda di procedere all'assunzione di personale o al conferimento di incarichi di consulenza o di collaborazione comunque denominati.

Correlato all'ambito della misurazione e valutazione della performance è il tema del *lavoro agile*, anche al fine di monitorare in modo più puntuale gli effetti dello svolgimento della prestazione lavorativa in tale modalità sulle performance dei singoli dipendenti.

E' indubbio che l'attuale stato di emergenza sanitaria ha posto alle Amministrazioni Pubbliche problematiche di gestione ed organizzazione dei rapporti di lavoro, inducendo altresì il Legislatore ad intervenire al fine di favorire la diffusione di un nuovo modello culturale della prestazione lavorativa, improntato a flessibilità organizzativa nell'ottica dei risultati e di una maggiore produttività.

### **Obiettivi strategici**

L'Azienda considera rilevanti, anche in riferimento a quanto previsto dal D.L. 150/2009, per il periodo 2022-2024, i seguenti obiettivi strategici:

- Il perseguimento degli obiettivi contenuti nel Piano Qualità e Rischio Clinico, al fine di minimizzare i rischi per il paziente e garantire la qualità nei percorsi di cura ed assistenza, attraverso le seguenti aree prioritarie di intervento:
  1. gestione della documentazione sanitaria;
  2. trasporto secondario;
  3. gestione dei farmaci;
  4. ascolto e comunicazione con pazienti;
  5. valutazione degli esiti.
- Lo sviluppo degli indicatori di performance già adottati, quali quelli dell'AHRQ per la valutazione, anche sotto l'aspetto degli esiti, delle prestazioni erogate.
- Il coinvolgimento e la crescita del personale attraverso lo sviluppo delle attività di formazione;
- L'implementazione dei sistemi degli incarichi professionali e gestionali sia per il personale dirigenziale sia per quello non dirigenziale.
- L'uso di strumenti concordati per la valutazione delle performance del personale e delle strutture al fine di valorizzare l'efficienza ed il merito.
- Lo sviluppo strutturale e tecnologico attraverso la costante valutazione dell'utilizzo delle tecnologia per valutarne efficienza/obsolescenza, e l'implementazione delle tecniche di HTA per valutare, anche in sede di acquisizione, l'efficacia delle tecnologie e dei dispositivi impiegati e da impiegare.
- Il pieno sviluppo dei rapporti con le associazioni dell'utenza attraverso il contributo di coordinamento e confronto del Comitato Consultivo Aziendale.
- La valutazione del benessere organizzativo.



- La valutazione della soddisfazione dell'utenza mediante periodiche indagini di *customer satisfaction* e l'analisi costante delle segnalazioni e dei reclami provenienti dall'utenza ed il loro utilizzo quali strumenti di miglioramento.
- L'efficienza organizzativa attraverso lo sviluppo di modelli che favoriscano, anche in una logica dipartimentale, l'integrazione intraaziendale dei servizi offerti, evitando inefficienti sovrapposizioni e duplicazioni.
- Lo sviluppo dell'attività di ricerca e la partecipazione a gruppi di ricerca nazionali e internazionali, sviluppando collaborazioni con partner pubblici e privati.
- Una adeguata pianificazione degli investimenti per la manutenzione delle strutture e l'acquisizione di nuove tecnologie.

### **Obiettivi operativi**

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

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

Essi fanno riferimento a tre macro aree:

- Area Produttività attraverso l'attribuzione di target di produzione di prestazioni sanitarie secondo specifici parametri quali-quantitativi;
- Area Economica attraverso l'individuazione dell'ammontare delle risorse economiche disponibili e risorse umane assegnate;
- Area Strategica / di Qualità / Trasparenza e Anticorruzione attraverso l'indicazione delle procedure e delle *best practices* aziendali da attuare o implementare ed attraverso l'implementazione di una cultura della pubblicizzazione piena delle attività aziendali anche in un'ottica della prevenzione e contrasto dell'illegalità.

**Obiettivi di digitalizzazione: accessibilità digitale e procedure da reingegnerizzare**

L'attuale programmazione Regionale ed Aziendale degli interventi ricadenti in questo ambito ha lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione del PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali. Pertanto sono individuati come prioritari gli interventi mirati:

- all'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- alla più ampia diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei PDTA (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali), delle reti delle patologie e della presa in carico dei cronici;
- alla capillare dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa;
- alla realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di prevenzione;
- alla diffusione sistemica dei sistemi di telemedicina in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
- all'empowerment del paziente, mediante sia l'evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) e l'utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;
- alla diffusione di strumenti di governance per finalità di ricerca, programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di data warehouse (viste di sintesi per area/ambito, viste di dettaglio, indicatori di appropriatezza e performance generali e specifici);
- ad un maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema regionale di monitoraggio contabile delle Aziende sanitarie;
- a favorire l'interoperabilità tra i sistemi informativi.

Prioritariamente si evidenzia lo stato dell'arte della dotazione di sistemi e tecnologie già in possesso dell'Azienda:

1. LISS, RIS-PACS – l’Azienda dispone di sistema LISS che permette la gestione e tracciabilità dell’attività di diagnostica di laboratorio e l’estrazione di reportistica base. Nell’ambito delle linee di evoluzione digitale e ammodernamento dei sistemi informativi sono stati previsti alcuni upgrade che garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti per il FSE e l’invio/integrazione dei referti all’interno della documentazione clinica della cartella. Sono disponibili altresì un sistema di refertazione (RIS) e di conservazione immagini (PACS) che attraverso l’implementazione di strategie di ottimizzazione previste nelle linee di evoluzione digitale permettono l’acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini della alimentazione della cartella clinica elettronica (CCE) e del FSE.
2. Sistema informativo per la gestione dell’attività clinica di Pronto Soccorso – l’Azienda dispone di un applicativo per la gestione completa dei processi di emergenza-urgenza. L’applicativo si integra secondo standard internazionali con il sistema informativo aziendale al fine di condividere i dati anagrafici e nosologici dei pazienti e dialoga con i sistemi diagnostici tramite IHE, HL7. L’applicativo rende disponibili tutti gli strumenti informatici necessari per supportare l’accesso ai dati clinici storici contenuti nel FSE.
3. Sistema informativo per la gestione dell’attività clinica dei blocchi operatori – l’Azienda dispone di un software capace di gestire l’intero percorso del paziente chirurgico dalla visita specialistica fino alla stesura del Registro Operatorio. Il sistema garantisce trasparenza, la completa conoscenza della situazione dei pazienti e la programmazione degli interventi. L’intero percorso viene registrato ed i dati firmati digitalmente sono accessibili da medici, anestesisti ed infermieri.
4. ADT e MPI servizi di farmacia informatizzati. Per quanto concerne il sistema di ADT l’Azienda dispone di software che garantisce anagrafica unica tra sistema di accettazione ricoveri, sistema di pronto soccorso, sistema di erogazione delle terapie farmacologiche alla dimissione o in regime di distribuzione diretta. Gli altri sottosistemi (laboratorio analisi, anatomia patologica, ufa, ris/pacs) non sono integrati. Nell’ambito delle strategie di digitalizzazione è stato già previsto l’investimento utile a completare la costituzione di unica anagrafica all’interno di tutti i sottosistemi di area sanitaria. Per quanto riguarda, invece, il sistema MPI, la

tracciabilità delle somministrazioni è garantita per la distribuzione diretta e per la somministrazione delle terapie rientranti nel flusso T. Attraverso il sistema di CCE, a seguito della graduale e totale estensione per tutte le unità operative, la tracciabilità delle somministrazioni sarà garantita per il singolo paziente.

5. Prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato – l’Azienda dispone di un software per la gestione dei processi di allestimento del farmaco antiblastico e delle terapie oncologiche della farmacia UFA. Nell’ambito delle strategie di potenziamento del livello di digitalizzazione è previsto un ammodernamento sia delle strutture fisiche di produzione delle terapie sia del software di gestione delle prescrizioni con prevista integrazione con ADT centralizzata;
6. Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera – l’Azienda dispone di una soluzione di Cartella Clinica Elettronica (CCE) paperless e multimediale che permette di gestire tutte le informazioni cliniche del paziente dall’ingresso in reparto fino alla dimissione, ivi compresa l’archiviazione digitale sostitutiva della cartella clinica. Tramite l’utilizzo di tecnologie di firma digitale e marche temporali l’applicativo consente la completa dematerializzazione dei documenti clinici. L’attuale copertura dell’applicativo CCE comprende 71 posti letto. Nel corso dell’anno 2022 è stata pianificata una estensione della CCE che prevede prioritariamente la copertura di ulteriori 250 posti letto non ancora informatizzati demandando a fasi successive di progetto la copertura totale.
7. Repository – l’Azienda dispone di specifiche tecnologie dedicate alla conservazione e archiviazione dei dati aziendali secondo i vigenti standard di sicurezza. Tali soluzioni garantiscono sia la gestione del lavoro in modalità condivisa, sia l’effettuazione delle azioni di backup secondo politiche e tempistiche connaturate alla natura dei dati. Come ulteriore facility vi è l’abilitazione di un sistema cloud sia per permettere l’accesso in modalità sicura alle risorse condivise sia per la localizzazione su altra "area" dei backup ritenuti fondamentali a garantire la continuità operativa.
8. Order Entry – l’Azienda dispone di una soluzione software che permette di ricevere, inviare e consultare gli ordini elettronici che transitano per NSO. La

soluzione permette l'accesso agli ordini ricevuti/inviati attraverso il nodo di smistamento e di visualizzarli in formato leggibile.

In ragione della superiore analisi sul livello di digitalizzazione già conseguito si è provveduto a redigere le schede di intervento a valere sui fondi di PNRR individuando 18 progetti di cui si condivide di seguito lo stato "*as is*" e lo stato "*to be*" che dovrebbe essere raggiunto a completamento delle attività programmate

1. "Punti rete. Estensione WIFI. Aggiornamento Rete. Infrastruttura di rete per stampe in condivisione da remoto e wifi".
  - a) Livello attuale. La copertura attuale della rete Wi-Fi, 70% circa al Presidio San Marco e 30% circa al Presidio G.Rodolico, non raggiunge tutte le aree dove si trovano i potenziali fruitori e permette in modo solo parziale: l'utilizzo degli applicativi (quali quello di Cartella Clinica informatizzata) tramite postazioni di lavoro (PDL) su carrello mobile; la produzione di stampe di report/etichette tramite risorse (ad es. stampanti di etichette) condivise.

La rete dati del Presidio G.Rodolico ha ormai raggiunto i 15 anni dalla data di installazione originale; le espansioni effettuate nel tempo hanno di fatto generato una situazione tecnologicamente sbilanciata e non a passo con gli attuali standard di operatività e sicurezza.

- b) Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad assicurare la copertura totale della rete Wi-Fi per estenderla a tutte le aree dove si trovano i potenziali fruitori al fine di garantire: la possibilità di utilizzo degli applicativi tramite PDL su carrello mobile; la produzione di stampe di report/etichette tramite risorse di stampa condivise; la possibilità di erogare servizio Wi-Fi all'utente che si dovesse trovare in situazione di necessità.

L'aggiornamento della infrastruttura di rete dati cablata del Presidio G.Rodolico aumenterà le prestazioni e darà la possibilità di introdurre nuovi servizi quali ad esempio il VoIP.

2. "Potenziamento connettività aziendale".
  - a. Livello attuale. La connettività Internet aziendale ha una banda in downstream di 100Mbps in tecnologia FTTN che non assicura prestazioni adeguate alla platea degli utilizzatori; l'ulteriore connettività di 1Gbps

- fornita dal GARR è dedicata solo al personale universitario presente in Azienda.
- b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad assicurare all'Azienda un aumento della banda in downstream al fine di assicurare prestazioni adeguate alla platea degli utilizzatori.
3. "Firewall centrale".
    - a. Livello attuale. Il firewall attualmente disponibile rappresenta l'unico dispositivo di frontiera tra la "rete esterna" con gli apparati di routing che sostengono il traffico verso internet, la "rete LAN interna" e la "DMZ" con i servizi offerti all'utenza.
    - b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. La dotazione di un cluster di firewall permetterà risolvere i problemi legati al "single point of failure" e di garantire la continuità operativa in caso di guasti.
  4. "Condizionamento - Lavori di ristrutturazione - Cablaggi - Linee elettriche in HA".
    - a. Livello attuale. I sistemi di climatizzazione attuali sono sotto dimensionati rispetto alle esigenze e di conseguenza non assicurano la temperatura di operatività propria dei sistemi presenti. L'infrastruttura elettrica dei Data Center non assicura un sufficiente livello di ridondanza e di resilienza ai guasti.
    - b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad acquisire sistemi di climatizzazione adeguati che assicurino un maggior controllo della temperatura e permettano una facile espansione della conformazione del Data Center. Gli interventi sulla infrastruttura elettrica permetteranno una maggiore affidabilità e disponibilità nonché una maggiore ridondanza al fine di assicurare un adeguato livello di TIER.
  5. "Implementazione sistema di tracciabilità dei dispositivi medici, impiantabili e ottimizzazione dei processi di logistica di farmacia, compreso l'acquisizione dei sistemi di preparazione e distribuzione delle terapie in dosi unitarie sia per le UU.OO (5 anni)".
    - a. Livello attuale. Il software di gestione del magazzino, permette la tracciabilità dell'intero ciclo di vita del prodotto all'interno dell'Azienda.

In particolare, la profondità e completezza della codifica delle anagrafiche di magazzino permette la individuazione dell'effettivo flusso fisico seguito dal singolo dispositivo medico. Per quanto concerne l'area farmaco, la tracciabilità è ad oggi garantita fino alla confezione attribuita al reparto utilizzatore senza possibilità di attribuzione al singolo paziente per le specialità medicinali rientranti nel flusso consumo ospedaliero (CO).

Per quanto concerne la gestione del farmaco dedicato alla gestione diretta ovvero con somministrazione di terapie personalizzate (flusso T) la tracciabilità permette l'identificazione del paziente

- b. Trasformazione dei processi logistici e di preparazione del farmaco. L'intervento prevede la riprogettazione del sistema della logistica aziendale con l'individuazione e definizione del nuovo modello dei flussi di trasporto, gestione e tracciabilità dei farmaci e dei dispositivi e estensione/completamento dell'informatizzazione degli armadi di reparto. I dati dei farmaci/dispositivi utilizzati dovranno, ove possibile, essere travasati anche nella cartella clinica. A corredo dello studio della logistica e dei flussi di trasporto dei beni sanitari sarà realizzata una nuova UFA che garantirà l'ottimizzazione dei processi di preparazione delle terapie e migliorerà i livelli di qualità e sicurezza delle cure.
6. "Software e servizi di dematerializzazione e digitalizzazione delle procedure Amministrative compresi i Servizi di posta e messaggistica avanzati e condivisi (eventuale riuso)".
- a. Livello attuale. La gestione del protocollo informatico e delle deliberazioni/atti permette allo stato attuale una parziale automatizzazione/dematerializzazione dei flussi amministrativi; l'attuale servizio di posta elettronica risulta essere sottodimensionato rispetto alle esigenze reali.
  - b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a garantire: l'automatizzazione dei processi di classificazione, fascicolazione e definizione dei metadati dei documenti; l'attuazione dei work flow approvativi; la conservazione a norma di legge; l'adeguata gestione dei documenti tramite servizi di posta e di messaggistica istantanea.

7. “Sistema di gestione progetti di ricerca e delle sperimentazioni cliniche”.
  - a. Allo stato attuale il livello di digitalizzazione è altamente frammentato e non consente la definizione di un processo documentale univoco e tracciabile. Le fasi dei progetti di ricerca così come le fasi di gestione delle sperimentazioni cliniche risiedono su applicativi “home made” e stand alone rispetto al resto dell’architettura del sistema informativo.
  - b. Digitalizzazione tramite processi di gestione documentale (workflow). L’intervento intende realizzare un ambiente interoperabile rispetto al sistema informativo di area amministrativo/contabile, GDPR compliant con:
    - Area di gestione e tenuta di registro centralizzato di attività/progetto
    - Area dedicata al processo del singolo studio/progetto con sistemi di autenticazione e tracciabilità delle attività e creazione di documenti nativamente digitali con firma digitale
    - Gestione anagrafica e idoneità dei centri/progetti per la parte di ricerca e sperimentazione;
    - Area di gestione/workflow, nonché attività di monitoraggio delle singole fasi del ciclo di vita del progetto/studio
    - Area gestione della contabilizzazione, rendicontazione spese eleggibili fatturazione servizi
8. “Sistema integrato di refertazione”.
  - a. Livello attuale. Il sistema di refertazione (RIS) non offre strategie ottimali per l’acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini dell’alimentazione della cartella clinica elettronica.
  - b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L’intervento è rivolto a garantire l’implementazione di strategie ottimali che permettano l’acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini della alimentazione della cartella clinica elettronica.
9. “Sistema integrato di conservazione”.
  - a. Livello attuale. Il sistema di conservazione delle immagini (PACS) non offre strategie ottimali per l’acquisizione, archiviazione e distribuzione delle



immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini dell'alimentazione della cartella clinica elettronica.

b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a garantire l'implementazione di strategie ottimali che permettano l'acquisizione, archiviazione e distribuzione delle immagini cliniche e multimediali in modo consistente ai fini della alimentazione della cartella clinica elettronica.

10. "Sistemi di gestione integrata delle agende di prenotazione, delle poltrone infusionali e delle liste di governo dei processi assistenziali delle singole UU.OO."

a. Livello attuale. Il processo di gestione delle agende di prenotazione delle terapie e la gestione degli accessi delle poltrone di DH non è digitalizzato. Non è previsto un sistema automatizzato di calcolo delle disponibilità di poltrone/terapia. Nella programmazione delle terapie non si dispone di sistema che ottimizzi i tempi di attesa del paziente e tenga conto delle priorità determinate dalla "produzione delle terapie" presso l'UFA

b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento prevede l'acquisizione di sistema di gestione delle liste di attività UFA/Reparto che definisca le agende di prenotazione giornaliere sulle tempistiche originate dalle prescrizioni. Attraverso l'integrazione con il sistema ADT, il software di gestione dell'UFA e la cartella clinica informatizzata sarà possibile migliorare la qualità e le tempistiche di erogazione delle prestazioni sanitarie ottimizzando i flussi interni delle singole unità operative coinvolte e massimizzando le risorse utilizzate. Il sistema prevede anche la costruzione di un sistema di dialogo con il paziente che permette di conoscere in anticipo eventuali condizioni impedienti la terapia così da minimizzare gli sfridi di specialità medicinali e dispositivi medici nonché gestire in tempo reale eventuali riprogrammazioni, in base alle liste di priorità, di utenti sugli "slot terapia" resisi liberi;

11. "Upgrade Hardware di gestione delle Sale Operatorie".

a. Livello attuale. Attualmente solo il Presidio San Marco presenta una dotazione di workstation medicali nelle Sale Operatorie.

- b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad acquisire ulteriori workstation medicali ad elevate prestazioni multimediali adatte agli ambienti di sala operatoria. I Point of Care (P.O.C.) da acquisire permetteranno la consultazione da tutte le sale operatorie dei dati provenienti dal sistema informativo.
12. "Sistema di gestione in Cloud Diffuso e centralizzato".
- a. Livello attuale. L'attuale cloud contrattualizzato è utilizzato esclusivamente dal sistema di backup per la replica in remoto, tramite meccanismi di deduplica, delle copie incrementali delle istanze di database.
  - b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a realizzare, in ottica cloud-first, l'acquisizione di servizi di gestione in cloud in accezione PaaS (Platform as a Service) con particolare riferimento al servizio DBaaS (Database as a Service) allo scopo di abbattere i costi di amministrazione dell'infrastruttura quali approvvigionamento dell'hardware, configurazione dei RDBMS, aggiornamenti e backup.
13. "Upgrade e integrazione PDL e client di accesso LIS".
- a. Livello attuale. Si rilevano postazioni di lavoro e soprattutto client di accesso LIS che installano Sistemi Operativi (S.O.) obsoleti. Ciò rappresenta un problema in quanto gli upgrade del sistema LIS sono vincolati all'aggiornamento degli S.O. di tutte le PDL e client di accesso LIS.
  - b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto all'aggiornamento/acquisizione di nuove PDL con S.O. di ultima generazione ed all'upgrade di tutti i client LIS con successivo aggiornamento all'ultimo rilascio del sistema informativo LIS.
14. "Upgrade e integrazione postazioni avanzate Refertazione Radiologica".
- a. Livello attuale. Si rilevano postazioni di lavoro per la Refertazione Radiologica in numero insufficiente o con caratteristiche insufficienti.
  - b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto a garantire l'acquisizione di postazioni avanzate di Refertazione Radiologica con caratteristiche adeguate in termini di risoluzione, diagonale, luminanza e sensori integrati.
15. "Upgrade Cartella Clinica informatizzata e integrazione FSE".

- a. Livello attuale. La dotazione informatica specifica per l'utilizzo dello strumento di CCI, ovvero PC medicali carrellati e tablet dedicati, non è sufficiente a ricoprire le necessità delle UU.OO. aziendali. La gestione dei documenti clinici non è ottimizzata.
- b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto all'acquisizione di ulteriori PDL con particolare riferimento alle postazioni su carrello mobile da utilizzare per inserire i dati clinici al cospetto del paziente in Reparto/Sala Operatoria. Sarà inoltre ottimizzata la gestione dei documenti clinici secondo le norme Agid con particolare riferimento alla conservazione digitale a norma di Codice dell'Amministrazione Digitale.

16. "Ottimizzazione servizi dedicati allo smart working".

- a. Livello attuale. In occasione dell'emergenza pandemica sono stati erogati ai dipendenti servizi di collegamento alle postazioni di lavoro tramite SSL VPN. Le strategie pur avvenendo tramite canale sicuro non sono adeguatamente strutturate e vanno ottimizzate.
- b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad ottimizzare i servizi dedicati allo smart working tramite tunnel di traffico sicuri nonché Application Control ed ispezione del traffico. La dimostrazione della reale identità degli utenti sarà verificata in modo forte con metodi di autenticazione aggiuntivi quale l'autenticazione a due fattori (2FA).

17. "Upgrade servizi di Laboratorio Analisi".

- a. Livello attuale. La soluzione in uso non è allineata all'ultimo rilascio della piattaforma LIS. L'infrastruttura hardware non è ottimizzata in termini di HA.
- b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è rivolto ad allineare la soluzione LIS in uso all'ultima versione disponibile ed alla sua migrazione su una infrastruttura hardware ottimizzata. L'allineamento di versione permetterà: l'accesso web via tablet/smartphone; l'utilizzo esteso di firme digitali e marche temporali; l'implementazione di funzionalità per la consegna dei referti online.

18. "Hardware & Software Storage Aziendale".

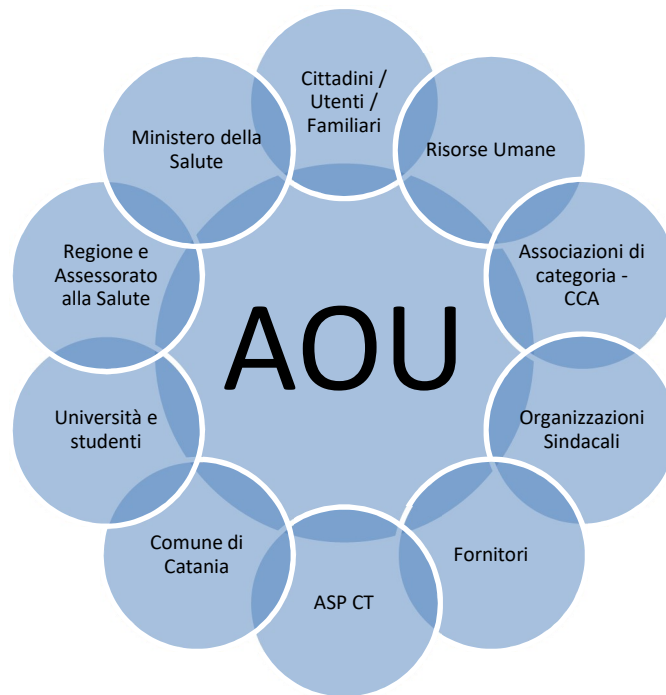
- a. Livello attuale. Si dispone di due NAS che forniscono le share necessarie al servizio di gestione delle cartelle condivise per i gruppi di lavoro aziendali ed al servizio MS DPM per il backup dei ruoli dell'infrastruttura di virtualizzazione. Le due NAS sono configurate in mirroring.
- b. Potenziamento del livello di digitalizzazione. L'intervento è volto ad acquisire ulteriori risorse hardware/software al fine di garantire rispetto allo stato attuale: una maggiore scalabilità in termini di utenze concorrenti e quantità di storage; la possibilità di utilizzare servizi di dati non strutturati sia nel Data Center che nel Cloud; l'utilizzo di strumenti di amministrazione che rendano immediato per l'utilizzatore il monitoraggio delle performance e della capacità utilizzata; una maggiore sicurezza tramite l'utilizzo di strumenti di encryption; una maggiore affidabilità in termini di disaster recovery e backup.

### **L'accessibilità fisica**

Nell'ambito dell'attività di gestione dei reclami sono state spesso trattate segnalazioni degli utenti che lamentano varie difficoltà di accesso alle strutture, sia per ubicazione, raggiungibilità ed orari di apertura, sia per la presenza di barriere architettoniche. In questi casi l'URP è tenuto a coinvolgere e sensibilizzare i responsabili interessati, al fine di individuare soluzioni operative per migliorare l'accessibilità. Si segnala, tra l'altro, che il sistema di classificazione regionale delle segnalazioni prevede alcune categorie che hanno attinenza con queste problematiche: oltre ai reclami sull'accessibilità ai servizi, che riguardano essenzialmente i tempi di attesa, è presente una ulteriore categoria relativa a "strutture e logistica" in cui vengono inseriti proprio i reclami sul tema dell'accessibilità fisica alle strutture.

### **Gli stakeholders**

Gli obiettivi elencati nel presente Piano si rivolgono ai seguenti portatori di interessi.



### **1. I Cittadini / Utenti / Familiari**

L'AOU riconosce l'importanza del ruolo dell'utente quale elemento centrale del processo di erogazione dei servizi, convenendo sulla necessità di orientare i servizi assistenziali, dall'accettazione alla dimissione, verso una più efficace risposta alle esigenze ed alle aspettative dell'utente.

L'Azienda è altresì impegnata a favorire il coinvolgimento dei familiari fornendo le necessarie informazioni circa le prestazioni sanitarie effettuate, accogliendone nel contempo i suggerimenti e le segnalazioni.

### **2. Le Risorse Umane**

Il personale rappresenta la principale risorsa produttiva che condiziona la qualità delle prestazioni, influisce sulla soddisfazione del paziente-utente.

Le risorse umane e le dinamiche relazionali che si attivano nel contesto lavorativo rappresentano un importante strumento che concorre, quali/quantitativamente, al raggiungimento del risultato, migliorando il rendimento nelle performance.

### **3. Le Associazioni di categoria - Comitato Consultivo**

Le diverse associazioni di categoria (Cittadinanza attiva, Tribunale diritti del malato, etc...), hanno il compito di tutelare e promuovere i diritti dei cittadini,

specificamente nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e di contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del Sistema Sanitario.

#### **4. Le Organizzazioni Sindacali**

L'Azienda adotta politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti confrontandosi con le Organizzazioni Sindacali di categoria e con le Rappresentanze Sindacali Unitarie.

#### **5. I Fornitori**

L'attività contrattuale per la fornitura di beni e servizi dell'Azienda si ispira ai principi determinati dal D.Lgs. 50/2016 "Codice dei contratti pubblici" e s.m.i..

#### **6. L'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP)**

L'Azienda partecipa e promuove l'organizzazione in rete dei servizi sanitari integrati con l'ASP di Catania, al fine di garantire l'unitarietà dei processi di assistenza, dalla prevenzione alla riabilitazione, e la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali attraverso la partecipazione al CUP provinciale.

#### **7. Il Comune di Catania**

L'Azienda mantiene e sviluppa stretti legami con il Comune di Catania quale attore della programmazione territoriale e referente della collettività nelle problematiche socio-sanitarie.

#### **8. Gli Enti pubblici e privati**

Fondamentale appare il rapporto avviato fra l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico - Catania, l'A.R.N.A.S. Garibaldi, l'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro e l'ASP di Catania attraverso la negoziazione dei volumi di attività, la condivisione degli obiettivi contenuti nel Piano attuativo.

#### **9. L'Università degli Studi di Catania**

I rapporti tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Catania sono regolati dal Protocollo d'Intesa vigente tra Regione Siciliana e l'Università, di cui all'art. 1 del D.Lgs. 517/99.

#### **10. Gli studenti universitari**

L'AOU, quale Azienda di riferimento dell'Università di Catania, pone lo studente con i suoi bisogni di apprendimento e le sue esigenze di addestramento, al centro della funzione didattica promuovendo ed alimentando la passione per la ricerca e lo studio.

#### **11. La Regione Sicilia - Assessorato**

La Regione Siciliana esercita funzioni di programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo e di supporto nei confronti delle Aziende del Servizio

sanitario regionale, degli enti del settore e di tutti i soggetti, pubblici e privati, che svolgono attività sanitarie e socio-assistenziali di rilievo sanitario ed a cui compete l'attuazione degli obiettivi definiti nella programmazione sanitaria regionale.

## **12. Il Ministero della Salute**

Il Ministero della Salute è l'organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale.

### **Sottosezione di programmazione - *Rischi corruttivi e trasparenza***

L'AOUP di Catania, con l'adozione del presente Piano, in linea con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), si propone di migliorare la gestione delle misure di prevenzione del rischio con particolare attenzione alle aree mappate con un livello di rischio medio-alto, migliorando altresì il sistema ricognitivo dei processi e delle misure applicate dai referenti del RPCT, attraverso l'utilizzo di un gestionale di tipo collaborativo.

Gli obiettivi su cui si fonda la strategia nazionale e declinati nel PNA vengono assunti come obiettivi strategici dello stesso Piano aziendale.

Tali obiettivi, al cui conseguimento concorrono tutti i dipendenti dell'Azienda, sono:

- Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- Aumentare la capacità di individuare eventi corruttivi

### **Valutazione di impatto del contesto esterno**

L'analisi del contesto esterno rappresenta un tassello importante del sistema di gestione del rischio per le implicazioni sulle misure di trattamento, in quanto consente di interpretare i dati socio-economici e criminologici caratterizzanti l'ambiente nel quale l'Azienda si trova ad operare.

L'analisi prende in considerazione la corruzione amministrativa (intesa come abuso del potere pubblico da parte di pubblici ufficiali o incaricati di un pubblico servizio per ottenere vantaggi privati) e la corruzione legislativa (quando uno o più agenti privati prendono il sopravvento sull'esercizio del potere decisionale dell'agente pubblico). In entrambi i casi i decisori pubblici, siano essi politici e legislatori, pubblici ufficiali e funzionari, usano il potere per perseguire interessi economici personali a danno del bene comune. Vi è alla base sempre uno scambio di carattere economico o di utilità tra agente pubblico e terzo.

Attraverso l'analisi del contesto esterno, infatti, si possono ricavare informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione:

- per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera;
- perché variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possono modificare la percezione di cosa costituisca effettivamente corruzione (cfr.: determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015).

Prendendo spunto dall'ultimo rapporto Anac disponibile, "Numeri, luoghi e contropartite del malaffare in Italia", è la Sicilia la regione che nel triennio 2016 -2019 ha registrato più episodi di corruzione: ben 28, una cifra pari al 18,4% del totale, quasi quanti gli episodi rilevati in tutte le regioni del Nord (29 nel loro insieme). Dal punto di vista quantitativo prevale con il 74%, l'ambito degli appalti pubblici, il resto riguarda procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari. Tra i settori, il più a rischio sono i lavori pubblici e il ciclo dei rifiuti, segue quello sanitario con il 13% dei casi, relativi a forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavanolo e pulizia. È emblematico, per quanto riguarda l'assegnazione di appalti, che solo il 18% dei casi riguarda l'affidamento diretto (cioè con scelta discrezionale dall'amministrazione): il resto è relativo a procedure di gara per appalti di importo maggiore, emerge altresì che il tasso di corruzione maggiore affligge l'apparato burocratico, più che gli organi politici.

Il rapporto di Transparency International sull'indice di percezione della corruzione 2021, evidenzia come, nonostante le sfide ed i rischi corruttivi legati alla accresciuta spesa pubblica per il Covid, l'Italia ha scalato posizioni nell'indice di percezione della corruzione in termini di punteggio assoluto (56/100) raggiungendo il 42° posto nel mondo su 180 Paesi ed in Europa il 17° posto tra i 27 Paesi membri, anche grazie ad alcuni interventi normativi recenti e ad iniziative che hanno visto Anac protagonista.

In particolare, la criminalità organizzata ancora spadroneggia nel nostro Paese, preferendo spesso l'arma della corruzione che oggi ha assunto forme nuove, sempre più difficili da identificare e contrastare efficacemente. Occorre inoltre menzionare per importanza anche il tema degli appalti pubblici, oggetto di attenzione di funzionari e imprenditori corrotti: un codice più efficace e un maggior coinvolgimento della società



civile nelle attività di monitoraggio costituirebbero certamente un buon baluardo di protezione.

La pandemia da Covid – 19, la crisi economica conseguente e le notizie sconcertanti sull'anomalo approvvigionamento di prodotti sanitari da parte di Enti pubblici può aver influito negativamente sulla percezione dell'indice di corruzione.

Transparency International Italia lancia un monito circa la necessità di individuare opportuni presidi per la gestione dei fondi europei per la ripresa economica al fine di non vanificare i risultati ottenuti dal nostro Paese nella lotta alla corruzione.

Nel capitolo dedicato all'Italia del documento di lavoro del 20 luglio 2021 predisposto dai servizi della Commissione europea, viene evidenziato come, durante la l'emergenza sanitaria, sia aumentata la pratica di acquisizione da parte di associazioni criminali di piccole imprese private in difficoltà economiche al fine di facilitare il riciclaggio di denaro.

Anche la DIA, nella relazione sul 2° semestre 2020, pone l'accento sulle mutate strategie delle organizzazioni criminali che, ormai presenti su tutto il territorio nazionale, stanno progressivamente accantonando l'interesse per le azioni cruente a favore di una silenziosa attività di infiltrazione nel sistema imprenditoriale piegato dalla pandemia.

Come rivela l'ANAC anche a livello di contropartita negli anni si è assistito all'introduzione, accanto allo scambio di denaro, di nuovi strumenti corruttivi: il posto di lavoro per parenti e amici del corrotto, benefit di diversa natura, prestazioni professionali, manutenzioni e servizi di pulizia, tinteggiatura anche di modesto valore difficilmente identificabili come ricompense per favori ottenuti.

Secondo l'UE l'incremento di contratti affidati tramite procedure rapide e dirette e l'innalzamento della soglia per gli affidamenti di servizi e forniture da € 75.000 a € 139.000 introdotti rispettivamente dalla L. 120/2020 sulle semplificazioni e l'innovazione digitale e dal decreto Recovery, rischiano di rivelarsi strumenti in grado di facilitare l'illegalità.

Nel ricordare che l'Italia dispone di un Piano Nazionale Anticorruzione che detta la linea strategica nell'ambito dell'anticorruzione per il triennio 2019/2021, l'UE evidenzia che i temi principali sui quali ANAC baserà l'aggiornamento al documento sono i contratti pubblici, con implementazione delle modalità di analisi del rischio, e

il ruolo dei responsabili anticorruzione quali figure centrali in ogni amministrazione nella prevenzione della corruzione.

Focalizzando l'attenzione sulla nostra dimensione provinciale con circa 1.115.704 abitanti, Catania è l'ottava fra le province italiane con maggiore consistenza demografica assorbendo l'1,8% della popolazione nazionale. La densità abitativa della provincia è piuttosto elevata (20° valore più alto).

La popolazione presenta una struttura molto giovane con gli individui di età inferiore ai 14 anni che rappresentano il 15,4% della popolazione totale, mentre gli anziani assorbono una quota di appena il 18,2%, tra le più basse della penisola (quintultimo posto). L'indice di vecchiaia presenta un valore molto basso (118,8) ed il saldo demografico, rispetto all'anno precedente risulta come molte altre realtà meridionali nuovamente positivo (38.591 unità). Così come per altre realtà siciliane, modesta è la presenza di stranieri rapportati alla popolazione residente

Le condizioni economiche dei residenti non solo appaiono sensibilmente inferiori al livello medio italiano, ma risultano peggiori di molte altre realtà del Mezzogiorno. In termini di valori procapite, il reddito disponibile (circa 11.874 euro) infatti, si attesta sui livelli della media isolana (12.265), ma sconta un sensibile ritardo rispetto al contesto nazionale (oltre 17.307 euro – 96° valore). Analogamente accade per il livello di consumi procapite (12.433 – erano 12.263 nel 2008), inferiore sia al dato siciliano (oltre 12.677 euro) che a quello nazionale (16.169 euro – 91-esimo valore).

In un mercato del lavoro in cui appare fondamentale a livello settoriale l'occupazione offerta dal terziario (76,7%, ventesimo maggior valore in Italia), le dinamiche degli ultimi anni hanno mostrato dei progressi. Il tasso di disoccupazione è diminuito, infatti, rispetto al 2002 di quasi 3,5 punti percentuali passando dal 23,1% fino al 19,6% (ma era al 12% nel 2011), il che equivale a collocare Catania dal nono al ventesimo posto in Italia fra le province con il più alto livello di disoccupazione.

Il rapporto fra delitti denunciati e popolazione è di 4.967 ogni 100 mila abitanti e vale a Catania il 23° posto nella classifica nazionale; in tale scenario una cospicua percentuale è di furti e rapine (65,6%, a fronte del 55,4% nazionale – terzo posto assoluto fra tutte le 110 province italiane). (Fonte Unioncamere).

L'elemento critico di una generale percezione di mancanza di sicurezza si pone come ostacolo a percorsi di sviluppo che sono più inibiti dal divario infrastrutturale e

organizzativo rispetto alle aree peninsulari del nostro Paese e alla mancanza di settori industriali di medie e grandi dimensioni. E' fortemente diffuso il convincimento che il "sistema" sia privo delle necessarie risposte e garanzie di sicurezza, pervaso dalla concorrenza sleale e da una sempre crescente cultura del malaffare, inefficacemente contrastata da una percezione di legalità debole.

Passando ad una analisi delle statistiche elaborate a livello regionale il livello di corruzione in Sicilia è al di sotto della media sia nazionale che dell'area del meridione, così come accade anche per il reato di concussione. Diverso è il trend per il reato di abuso d'ufficio per cui si ha un'incidenza più elevata rispetto al dato nazionale.

Circa i Settori maggiormente coinvolti, prioritariamente si colloca proprio quello sanitario, che in Sicilia non solo ha un'incidenza maggiore che su scala nazionale ma pone la nostra realtà al primo posto rispetto alle altre. La casistica include anche, ad esempio, la visita a pagamento nello studio privato di un medico, preliminarmente alla fruizione della stessa prestazione presso il servizio sanitario nazionale, e si tratta di una modalità che, sebbene non rappresenti nella definizione giuridica italiana una circostanza di vera e propria corruzione, è però indicativa di situazioni diffuse in cui si è indotti a sostenere un costo sicuramente superiore rispetto alle condizioni in cui viene offerto lo stesso servizio dalla struttura pubblica. Seguono i settori dell'Assistenza, con un valore in Sicilia del 5,2%, più elevato del dato nazionale (2,7%), e del Lavoro con un valore del 3,3%, in linea con il dato dell'Italia (3,2%) (fonte: notiziario di statistiche regionali a cura del servizio Statistica ed analisi economica della regione Sicilia 2017).

Sul punto va osservato che l'emergenza sanitaria determinata dall'epidemia SARS COVID-19 dal mese di Marzo 2020 ha inciso profondamente sulla definizione del contesto esterno e, conseguentemente, sull'attività degli Enti del SSN. Infatti, anche nell'attuale periodo di emergenza Covid-19, non sono mancati fenomeni corruttivi in ambito sanitario, sia su scala nazionale che regionale, in cui i dipendenti o gli organi d'indirizzo rivestivano un ruolo determinante nella condotta criminosa. Certamente è forte il convincimento diffuso di una pubblica amministrazione che, soprattutto nella fornitura dei servizi ai cittadini, appare poco trasparente ed efficiente, alle volte specialmente su un piano percettivo.

Inoltre nel nostro contesto territoriale la criminalità organizzata, gioca un ruolo attivo nell'ostacolare lo sviluppo economico, innescando un circolo vizioso di depauperamento e arretratezza sociale che relega i cittadini che ivi risiedono o operano ad un ruolo marginale rispetto alla dimensione di competitività con il resto del Paese. Rispetto a quella di altri ambiti geografici la connotazione delle mafie della Sicilia orientale è più articolata e trasversale e si caratterizza per simultanea presenza di più organizzazioni stratificate in più livelli di azione.

Tutto ciò è di particolare evidenza per le organizzazioni criminali che operano in provincia di Catania. Esse sembrano prediligere la strategia dell'inabissamento per non provocare allarme sociale e per ridurre gli interventi repressivi da parte di magistratura e forze dell'ordine, attraverso una capillare infiltrazione nei settori più disparati.

Risulta così, da parte di cosa nostra Etna, una spiccata metodologia di penetrazione nel tessuto sociale e produttivo, anche attraverso la mediazione di realtà imprenditoriali compiacenti. Tutto ciò con l'obiettivo di accaparrarsi risorse pubbliche, così da reinvestire, riciclare incrementare i proventi illeciti, creando potenziali situazioni di rischio anche corruttivo che devono essere rilevate e efficacemente fronteggiate. Vi è infatti una forte potenzialità della zona etnea dal punto di vista economico-imprenditoriale. Nell'area si registrano, infatti, imprese operanti nei settori dell'elettronica, delle biotecnologie, delle trasformazioni agroalimentari e della farmaceutica. La presenza invasiva e capillare della criminalità organizzata, limita così il pieno sviluppo delle reali potenzialità dell'intera Regione, e della provincia etnea in particolare, inquinando le procedure degli appalti pubblici e scoraggiando gli investimenti dei privati (Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia 2° semestre 2018).

Con riferimento all'ambito specifico dei contratti pubblici è opportuno sottolineare come anche quest'anno, e negli anni passati, le azioni messe in atto da parte della Direzione Strategica Aziendale hanno influenzato fortemente le procedure di acquisizione di beni e servizi legate al completamento e all'apertura del nuovo pronto soccorso del Presidio Ospedaliero "San Marco", avvenuta il 6 dicembre 2021.

Inoltre, l'emergenza sanitaria Covid-19 ha comportato (e presumibilmente continuerà a comportare) la necessità di acquisti straordinari e non programmati, per i quali, ad

ogni modo, quest'Azienda si uniformerà sempre alle procedure indicate dalle normative emanate ed alle circolari ANAC di riferimento. A tal proposito, con apposita nota n. 57119/2021, l'RPCT ha invitato tutti gli uffici competenti, di tenere opportunamente conto, nella redazione delle mappature, anche dei rischi possibili e delle connesse misure di prevenzione della corruzione legate al COVID-19 nell'ambito dei processi di propria competenza.

In tal senso occorrerà, in fase di riorganizzazione dell'intera Azienda, e nell'arco del prossimo triennio di vigenza del Piano, proseguire sulla corretta declinazione di tutte le attività sanitarie svolte e ad una conseguente mappatura delle aree di rischio connesse.

La Direzione strategica, che ha nel tempo avviato e consolidato un percorso, progressivamente più capillare, caratterizzato dalla messa in campo di azioni correttive mirate e diversificate (piena attuazione della vigente normativa, procedure informatizzate e regolamenti interni), provvederà a realizzare un coinvolgimento sempre più ampio del personale sanitario a qualunque livello decisionale.

### **Valutazione di impatto del contesto interno: mappatura dei processi e individuazione e valutazione delle attività a più alto rischio di corruzione**

Nella realtà aziendale, ed ai fini della redazione del presente Piano, sono stati interessati nell'intero iter valutativo i dirigenti apicali dei diversi ambiti di attività, attraverso un coinvolgimento formale, realizzato tramite apposite interlocuzioni di cui alla nota prot. n. 51564 del 09.11.2021 e successive.

Le mappature in atto redatte sulla base di format aziendale somministrato ai responsabili e per il cui dettaglio si rinvia all'ALL. 1 del vigente PTPCT 2022-2024, approvato con deliberazione 586/2022, sono state predisposte conformemente alla riorganizzazione derivante dal nuovo Atto Aziendale.

Ad ogni modo, le stesse potranno essere soggette a revisioni, specie in considerazione delle problematiche di gestione correlate all'emergenza sanitaria Covid-19, che presumibilmente continuerà a comportare la necessità di acquisti straordinari e non programmati.

Pertanto, conformemente al dettato del PNA 2019:

- Predisporre, a cura di ciascun Direttore di Dipartimento, Direttore di U.O.C, Responsabile di U.O., l'elenco complessivo dei processi di rispettiva afferenza, la cui somma dovrà coincidere con il complesso dei processi aziendali;
- Predisporre, a cura dei Direttori di Dipartimento, del Direttore e/o del Responsabile di ciascuna U.O, rispetto ai diversi processi elencati e descritti, per quelli da considerarsi a rischio corruzione, le mappature delle aree di rischio, seguendo apposito format.

L'intera attività dell'Amministrazione dovrà essere gradualmente esaminata e dovranno essere individuati e analizzati i diversi processi organizzativi.

Nessuna individuazione del rischio può essere infatti disgiunta dalla valutazione dell'intero processo di gestione dello stesso, che prevede quattro fasi fondamentali:

- a. Mappatura dei processi aziendali
- b. Valutazione del rischio per ogni processo
- c. Trattamento del rischio
- d. Attività di monitoraggio e revisione

Per processo si è inteso un insieme di attività interrelate che creano un risultato anche in termini valoriali, trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output) destinato sia a soggetti interni che a soggetti esterni all'amministrazione.

Anche alla luce dei precedenti Piani, si è avuto modo di verificare che l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio è fortemente connessa alla capacità dell'Amministrazione di effettuare una indicazione e rilevazione dettagliata e corretta dei processi che la caratterizzano, il che è reso possibile e facilitato anche da una progressiva implementazione delle esperienze e dalla casistica emersa, raccolte attraverso una corretta azione di monitoraggio.

La normativa specifica (art. 1 comma 16 L. n. 190/12), contiene una indicazione precisa di aree a rischio che possono definirsi comuni a tutte le PP.AA. e che come tali devono trovare inserimento e disciplina nel PTPCT. Inoltre, nella determinazione ANAC n. 12/15, sono state previste due parti speciali, l'una dedicata ai contratti pubblici ed applicabile ad ogni P.A., l'altra peculiarmente riferita al Settore della Sanità per le specificità e caratteristiche che lo contraddistinguono.

Sono state quindi individuate come aree di rischio generali quelle relative a :

- a. Contratti pubblici.

- b. Incarichi e nomine.
- c. Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio.
- d. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Quest’Azienda nella quale, alla mission di diagnosi e cura si accompagna quella della ricerca e della didattica, ha, nel corso dei Piani precedenti, provveduto a mappare aree di rischio specifiche, che sono le seguenti:

- a. ALPI
- b. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni
- c. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

**(In tale contesto, è intendimento poter promuovere la mappatura delle aree di rischio clinico – sanitarie, pianificando la relativa attività con l’ausilio di un gruppo di lavoro ad hoc, avviando apposita formazione da effettuarsi nell’ arco del triennio di vigenza del presente Piano).**

Occorre evidenziare che sono state redatte una serie di procedure interne volte a rendere ancor più tracciabili e controllabili le attività:

- con riferimento all’ area nevralgica dell’acquisizione di beni e servizi, rafforzando la trasparenza dell’agire amministrativo, anche focalizzando l’attenzione sulla fase della programmazione, sia per gli appalti di forniture che per quelli di servizi.
- nei processi di nomina e attribuzione degli incarichi prevedendo, sin dall’avvio della procedura di reclutamento, di dare la massima evidenza ai sistemi di individuazione e di valutazione dei soggetti destinatari dei provvedimenti, sia con riferimento ad assunzioni a tempo determinato che in ruolo, anche attraverso la prevista pubblicazione, in quest’ ultimo caso, delle tracce delle prove d’esame nonché dei verbali contenenti i criteri di valutazione, assicurando, altresì, l’obiettivo di un’attenta pianificazione delle assunzioni nell’ambito di redazione del Piano Triennale dei fabbisogni di personale.
- nelle sperimentazioni cliniche, valorizzando il ruolo della disciplina regolamentare adottata dall’Azienda ,quale strumento risolutivo delle varie problematiche connesse a tali attività
- nella procedure relative all’ accettazione delle donazioni, esplicitamente disciplinate dal regolamento aziendale , che ne definisce termini e condizioni .

- nella gestione delle liste d' attesa, avendo dato ampia diffusione ai criteri fissati per la loro determinazione, attraverso la loro pubblicazione all' interno della sottosezione "Servizi erogati".
- prevedendo sul sito web aziendale una sezione all' interno del link "amministrazione trasparente" dedicata ai reclami proposti dagli utenti che vengono sintetizzati in forma di report.

L'obiettivo di garantire mirate misure di prevenzione dei rischi potrà, altresì, trovare un utile riferimento nei dati forniti dall' UPD sui procedimenti disciplinari, aventi ad oggetto comportamenti corruttivi, a seguito dei quali poter rafforzare gli interventi nell'area interessata.

### **L'attività di valutazione del rischio**

Con riferimento alla determinazione del grado di rischio, il PNA 2019 nell' allegato 1, suggerisce di utilizzare quale approccio valutativo quello qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

Si riportano alcuni indicatori di stima del livello di rischio:

1. Livello di interesse esterno: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti per i destinatari del processo, determina un incremento del rischio;
2. Grado di discrezionalità del decisore interno all' azienda: un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato.
3. Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/ attività esaminata: il rischio aumenta se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi;
4. Opacità nel processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale riduce il rischio;
5. Livello di collaborazione del responsabile nella costruzione del Piano: la scarsa collaborazione del responsabile può segnalare un deficit di attenzione sul tema della prevenzione della corruzione;
6. Grado di attuazione delle misure del trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad un minore rischio corruttivo.

Le valutazioni occorre siano supportate da dati oggettivi (procedimenti giudiziari, procedimenti disciplinari, segnalazioni pervenute, ulteriori dati), salvo la assoluta



manca di essi, e per la misurazione si potrà applicare una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso), pervenendo ad una misurazione sintetica attraverso un valore complessivo che, tuttavia, non può essere la media della valutazione dei singoli indicatori, ma, nel caso vi siano diversi livelli di rischio in relazione a ciascun indicatore, è, in via prudenziale, consigliabile utilizzare il più alto.

Per quanto concerne la ponderazione del rischio, essa ha lo scopo di stabilire le azioni da intraprendere e la priorità di trattamento dei rischi a seconda del livello di esposizione, procedendo in ordine via via decrescente.

Dopo avere effettuato l'attività sopra descritta e conseguentemente individuati i processi, i rischi possibili e il loro grado, si individueranno le misure per prevenire i fenomeni corruttivi e si programmeranno le modalità di attuazione, nel rispetto della sostenibilità economica e organizzativa.

Ovviamente, la previsione di misure aggiuntive consegnerà ad una valutazione dell'applicazione di quelle già previste negli anni precedenti e ad una verifica del livello di applicazione delle stesse e la loro efficacia, nonché della necessità di aggiungerne di nuove.

Ciascuna misura deve essere idonea a neutralizzare i fattori che determinano il rischio individuato, essendo altresì realisticamente applicabile e consona alle caratteristiche organizzative dell'Azienda.

Se la misura individuata necessita di più azioni, occorrerà individuare eventuali diverse fasi, indicarne la tempistica, la responsabilità (es. se coinvolga anche altre U.O.) e infine specificare indicatori di monitoraggio e valori attesi.

### **Misure di prevenzione:**

#### **Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

I Referenti, ai sensi dell'art. 1, comma 28, della Legge n.190/2012 devono monitorare i termini per la conclusione dei procedimenti, dandone comunicazione tempestiva al Responsabile della prevenzione della corruzione. I Referenti riferiscono, nella relazione di cui al punto 11 del vigente PTPCT 2022-2024, approvato con deliberazione 586/2022, nonché al paragrafo b.5 della presente Sezione, al Responsabile della prevenzione della corruzione su:

- a. dati relativi al numero dei procedimenti adottati;
- b. numero dei procedimenti conclusi;

c. numero dei procedimenti per i quali si registra un ritardo ed i motivi dello stesso.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad accertarsi del corretto svolgimento del monitoraggio e del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti, così come indicati dai responsabili delle UU.OO.

A tal fine verranno effettuate richieste periodiche di cui il RPCT darà specifica evidenza.

### **Il sistema delle segnalazioni come ulteriore elemento di conoscenza del contesto interno**

L'analisi delle risultanze del sistema di ascolto sia dal punto di vista del cittadino sia dei professionisti e operatori sanitari, costituisce un ulteriore elemento di conoscenza che consente, approfondendo l'analisi del contesto, di accrescere l'impatto organizzativo delle misure di contrasto e prevenzione della corruzione previste nel PTCPT, contribuendo fattivamente al sostegno di una "cultura organizzativa che si esprime nell'interesse al miglioramento sia del processo che del prodotto fornito".

L'analisi sulle aree di rischio generali e specifiche viene eseguita anche alla luce delle segnalazioni pervenute aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva, come da procedura specificatamente indicata nel "Regolamento per la promozione delle segnalazioni e delle misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti nell'interesse pubblico (WHISTLEBLOWER)", adottato in sede di revisione con deliberazione n. 2044 del 2 Novembre 2021.

### **Ulteriori misure e disposizioni di chiusura**

Per ogni altra misura di prevenzione adottata da quest'Azienda, nonché per quant'altro di pertinente con la Sezione Anticorruzione, si fa espresso richiamo e rinvio al vigente PTPCT 2022-2024, approvato con deliberazione 586/2022.

### **Trasparenza**

La predisposizione della presente sezione recepisce quanto previsto dal D.Lgs n. 33 del 2013 e ss.mm.ii., avente ad oggetto: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" ed in particolare

a. dall'art 1 c. 1 secondo cui "*La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare*

*i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche";*

- b. dall' art 1 c. 2 in cui si legge che *"La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa e' condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino"*.

Il decreto, nella sua originaria formulazione, aveva già complessivamente operato una sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi, ed aveva disciplinato per la prima volta l'istituto dell'accesso civico (art. 5 comma 1 ), come diritto di chiunque di richiedere la Responsabile della Trasparenza, la pubblicazione di atti dovuti, senza alcuna limitazione né motivazione, nonché il ricorso, in caso di mancata risposta, al titolare del potere sostitutivo di cui all' art. 2 comma 9 bis della L. n. 241/90.

Sotto l'attuale regolamentazione, la Trasparenza rappresenta ancor più e ancor meglio, lo strumento principale di partecipazione dei cittadini all' attività della Amministrazione ed è funzionale a tre scopi:

- a. assicurare la conoscenza con funzione informativa, da parte dei cittadini, dei servizi resi dall' amministrazione, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
- b. sottoporre a controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento anche attraverso dinamiche interattive con l' utenza;
- c. prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l' integrità, evitando il ricorso a procedure prive della dovuta evidenza e riscontrabilità.

La stessa Corte Costituzionale ha evidenziato come la trasparenza amministrativa con la legge 190/2012 è divenuta principio argine alla diffusione di fenomeni di corruzione.

L' Azienda ha ormai recepito ed applicato i seguenti principi generali:

- a. superamento della logica dell' adempimento normativo a favore dell' autonoma iniziativa delle amministrazioni;
- b. sviluppo delle connessioni tra PTPCT e Piano della Performance;
- c. pieno coinvolgimento degli stakeholder interni e esterni nel processo di elaborazione del Piano e opportunità della rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti;
- d. sistematizzazione del novero dei dati da pubblicare anche in funzione di una maggiore fruibilità da parte degli stakeholder interni ed esterni dell'Amministrazione adeguandosi anche alle modifiche normative e alle indicazioni dell' ANAC;
- e. attenzione alla utilizzabilità effettiva e alla qualità dei dati pubblicati e previsione di misure per la rilevazione del grado di utilizzazione degli stessi;
- f. predisposizione ed attuazione di iniziative volte a favorire la cultura dell' integrità e la promozione della legalità ( Pillole per la Trasparenza e Poster contro la corruzione in sanità, nonché giornate di formazione);
- g. implementazione e sviluppo dei sistemi di monitoraggio sull'attuazione del Piano;
- h. pieno coinvolgimento della Direzione strategica e dei dirigenti responsabili dell'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati e delle iniziative in materia di trasparenza e integrità;
- i. garanzia di un livello massimo di attenzione alla trasparenza stante la funzione cruciale di strumento di prevenzione di fenomeni corruttivi, attraverso la sistematizzazione e diffusione di processi e attività,
- j. promozione di maggiori livelli di trasparenza che, ai sensi dell' art 10 co.3 del D.L.gs n. 33/13 novellato, costituisce obiettivo strategico dell' amministrazione.

Questa Amministrazione infatti, sin dal 2013, con la prima edizione del Programma, ha consolidato un atteggiamento di apertura e disponibilità ad un controllo pubblico sul proprio operato accedendo ad una logica di Open Government che metta al centro

la comunicazione, il contatto e la collaborazione con i cittadini, focalizzando i processi decisionali sulle effettive esigenze e necessità del contesto di riferimento.

I tratti distintivi dell'Open Government infatti sono:

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

In particolare nell'Azienda sanitaria, l'accessibilità e comprensibilità delle informazioni diventa compiuta quando il cittadino utente è messo in condizione di individuare agevolmente e in modo chiaro il luogo e la modalità di erogazione del servizio e/o della prestazione (Carta dei servizi, liste d'attesa, criteri di determinazione delle stesse, organizzazione aziendale, dati sui pagamenti della P.A., Costi contabilizzati, Piano degli esiti).

In questo senso, la "evoluta" nozione di trasparenza si muove su tre piani tra loro collegati:

- a. una posizione soggettiva garantita al cittadino;
- b. un risultato che l'Azienda è chiamata a perseguire
- c. uno strumento di gestione della res publica per garantire il "miglioramento continuo" nell'uso delle risorse e nell'erogazione dei servizi al pubblico.

L'espletamento degli obblighi di trasparenza sempre di più diviene strumento operativo, misura di prevenzione della corruzione e modalità comportamentale dell'agire amministrativo, di cui costituisce regola comprimibile solo in relazione ad ipotesi precise e determinate. Il cittadino è posto in tal modo nella condizione di essere facilitato alla conoscenza dei flussi informativi.

A tal fine, questa Azienda, ha, portando avanti un percorso ormai consolidato, per la individuazione, produzione, elaborazione, e trasmissione dei dati.

### **Disposizioni Finali**

Per quanto non specificatamente indicato nel presente documento, si fa espresso richiamo e rinvio al vigente PTPCT 2022-2024 con i pedissequi allegati, approvato con deliberazione 586/2022, ed alle indicazioni contenute nel PNA 2013, Aggiornamento 2015, nonché al Piano Nazionale Anticorruzione 2016, al PNA 2017,

da PNA 2018, al PNA 2019 e agli atti di indirizzo Assessoriali, tenuto conto delle peculiarità proprie dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania.

L'Azienda provvederà, altresì, alla revisione delle presenti Sezioni, qualora intervengano modifiche organizzative o normative che riguarderanno peculiarmente di riflesso le mappature delle aree di rischio e la determinazione del grado dello stesso, secondo le più recenti direttive ANAC.

Sarà cura dei Responsabili delle articolazioni aziendali diffondere e far conoscere il presente documento e ogni successiva modifica dello stesso a tutto il personale ad essi assegnato. I suddetti Responsabili, ai quali, ai sensi della normativa vigente, sono attribuiti obblighi di collaborazione, di pubblicazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, dovranno comunicare al RPCT, l'effettiva conoscenza del PTPCT 2022-2024 e della sezione in argomento da parte di tutto il personale agli stessi assegnato, anche attraverso la relazione annualmente predisposta. Tutto il personale dell'Azienda è tenuto al puntuale rispetto delle presenti sezioni.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare sanzionabile secondo quanto previsto dalla legge e dai CC.CC.NN.LL.. Per quanto non previsto nel Piano si rinvia alle norme di legge previste in materia.

### SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

#### **Sottosezione di programmazione - *Struttura organizzativa***

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda allo scopo di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico-disciplinari, nonché una gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali.

In particolare la struttura organizzativa si articola in:

- Dipartimenti.
- Strutture complesse.
- Strutture semplici dipartimentali.
- Strutture semplici, interne alle strutture complesse.
- Programmi infradipartimentali ed interdipartimentali.

L'organizzazione dipartimentale assume, pertanto, dimensioni tali da favorire consistenti economie e adeguate risposte assistenziali, formative e di ricerca, nonché l'accrescimento delle competenze professionali degli operatori.

A livello aziendale sono stati previsti 8 Dipartimenti Assistenziali ad Attività Integrata ed un Dipartimento Amministrativo/tecnico.

L'attuale struttura organizzativa, articolata su 9 macro strutture, tiene conto non solo delle discipline e delle aggregazioni per organi e apparati ma si basa su attività innovative e di ricerca che si integrano con i processi di diagnosi e cura.

La struttura dipartimentale aziendale è riportata nella tabella che segue:

<b>D.A.I. delle Emergenze – Urgenze</b> (Dipartimento Strutturale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
MCAU e Pronto Soccorso	C	ROD
Anestesia e rianimazione I	C	ROD
Anestesia e rianimazione II	C	SM
Anestesia e rianimazione III	C	ROD
Medicina d’Urgenza con Pronto Soccorso	SD	SM
Complesso operatorio centrale, Day surgery, endoscopia	SD	SM
Complesso operatorio ed. CAST	SD	ROD
Complesso operatorio ed. 1 e ed. 3	SD	ROD
Terapia del dolore	SD	SM
<b>D.A.I. della Diagnostica d’immagini e di laboratorio</b> (Dipartimento Strutturale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
Radiologia I	C	ROD
Radiologia II	C	SM
Laboratorio analisi I	C	ROD
Laboratorio analisi II	C	SM
Anatomia e istologia patologica I	C	ROD
Anatomia e istologia patologica II	C	SM
Medicina Trasfusionale	C	ROD
Medicina Nucleare	C	SM
Genetica Medica	C	ROD
Fisica Sanitaria	SD	SM
Radioterapia Oncologica	SD	ROD
Radiologia CAST	SD	ROD
Radiologia	SD	SM
Radiologia	SD	ROD
<b>D.A.I. Igienistico – Organizzativo e dei Servizi</b> (Dipartimento Strutturale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
Direzione Medica di Presidio I	C	ROD
Direzione Medica di Presidio II	C	SM
Farmacia I	C	ROD
Farmacia II	C	SM
Igiene ospedaliera	C	ROD
Medicina Legale	C	ROD
Medicina del lavoro	SD	ROD



<b>D.A.I. Materno – Infantile e della Riproduzione</b> (Dipartimento Strutturale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
Ostetricia e ginecologia con P.S.	C	SM
Ginecologia ed Ostetricia	C	ROD
Patologia ostetrica	C	SM
Pediatria con P.S.	C	SM
Clinica Pediatrica	C	ROD
Broncopneumologia Pediatrica	C	SM
Neonatologia e UTIN I	C	SM
Neonatologia e UTIN II	C	ROD
Chirurgia Pediatrica	C	SM
Onco Ematologia pediatrica	C	ROD
Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	C	ROD
Pediatria ad indirizzo reumatologico	SD	ROD
<b>D.A.I. delle Chirurgie</b> (Dipartimento Strutturale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
Clinica Chirurgica	C	ROD
Chirurgia Generale I	C	SM
Chirurgia Generale II	C	SM
Chirurgia Generale III	C	ROD
Clinica Urologica	C	ROD
Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	C	ROD
Urologia	C	SM
Chirurgia Generale – Breast Unit	SD	ROD
<b>D.A.I. delle Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e dei Trapianti d'organo</b> (Dipartimento Strutturale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
Cardiologia e UTIC I	C	ROD
Cardiologia e UTIC II	C	SM
Cardiochirurgia	C	ROD
Chirurgia Vascolare e Centro Trapianti	C	ROD
Chirurgia Toracica	C	ROD
Chirurgia Vascolare	C	SM
Angiologia	SD	SM
Chirurgia Toracica	SD	ROD
Cardiologia	SD	SM

<b>D.A.I. di Neuroscienze, Organi di senso e Apparato locomotore</b> (Dipartimento Strutturale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
Chirurgia maxillo facciale	C	SM
Otorinolaringoiatria	C	ROD
Neurochirurgia	C	SM
Clinica Ortopedica	C	ROD
Clinica Neurologica	C	ROD
Clinica Psichiatrica	C	ROD
Clinica Oculistica	C	ROD
Odontoiatria	C	ROD
Ortopedia pediatrica	SD	ROD
Ortopedia - Traumatologia	SD	SM
Neurologia - Stroke unit	SD	SM
Recupero e riabilitazione funzionale	SD	SM
Odontoiatria	SD	SM
<b>D.A.I. delle Scienze Mediche, delle malattie rare e della cura delle fragilità</b> (Dipartimento Strutturale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
Clinica Medica	C	ROD
Medicina Generale I	C	ROD
Medicina Generale II	C	SM
Pneumologia	C	ROD
Ematologia con trapianto	C	ROD
Clinica Dermatologica	C	ROD
Malattie infettive e tropicali	C	SM
Dermatologia	C	SM
Oncologia medica	C	ROD
Nefrologia e Dialisi	SD	SM
Reumatologia	SD	SM
Ematologia	SD	ROD
Talassemia	SD	ROD
Epatologia	SD	ROD

<b>Dipartimento Amministrativo - Tecnico</b> (Dipartimento Funzionale)		
<b>Unità Operativa</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Presidio da rete</b>
Settore Risorse umane	C	ROD
Settore Economico-finanziario e patrimoniale	C	ROD
Settore Acquisti e logistica	C	ROD
Settore Risorse Tecniche e Tecnologiche	C	ROD
Settore Affari Generali	C	ROD

Gli organigrammi rappresentanti la struttura aziendale, conformemente a quanto previsto dal vigente Atto Aziendale, sono riportati in allegato al presente piano.

### **Sottosezione di programmazione - *Organizzazione del lavoro agile***

Le disposizioni in materia di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 14 della L. 124/2015, così come modificate dal D.L. 56/2021, prevedono che le pubbliche amministrazioni, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottino misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile. A tal fine, ai sensi dell'art. 263 del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77 del 2020, le amministrazioni pubbliche redigono annualmente, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile, quale sezione del presente Piano. Quest'Azienda sta rivedendo con le OO.SS., gli accordi che disciplinano il lavoro agile, fissando altresì i criteri per accordare priorità e preferenze dei lavoratori disponibili e compatibilità con i propri assetti riorganizzativi, entro i limiti contenuti nella legge e nei contratti collettivi; mentre per la valutazione delle performance si dovrà fare riferimento al sistema di misurazione e valutazione delle Performance.

L'Azienda, considerata la particolare articolazione del documento e rilevato l'elevato numero di soggetti coinvolti per la redazione del Piano, ai sensi de comma 5 dell'art.6 D.L. 80/2021, così come modificato dal 228/2021 ha adottato il "Regolamento provvisorio ed Accordo individuale lavoro agile", con deliberazione n.114 del 18/01/2022.

Con il lavoro agile l'AOUP di Catania intende perseguire i seguenti **obiettivi principali**:

1. aumento della produttività e qualità del lavoro
2. acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza
3. riduzione delle assenze dal servizio
4. risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche obiettivo da ottenersi anche

attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro e) miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata

5. maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di struttura e individuali
6. maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori sia della dirigenza che del comparto (siano essi con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, full time o part-time). L'amministrazione individua le attività che possono essere effettuate in lavoro agile, ne sono esclusi i lavori in turno e quelli che richiedono l'utilizzo costante di strumentazioni non remotizzabili. I lavoratori che prestano la loro attività in modalità agile, non subiscono penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera (D.M. Funzione Pubblica del 19/10/2020).

Ogni lavoratore presenterà l'istanza di richiesta di lavoro agile (utilizzando uno specifico modulo) "Domanda di attivazione del lavoro agile alla prestazione lavorativa" al competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà l'istanza del lavoratore tenendo conto, oltre di quanto indicato al punto "Obiettivi del Lavoro Agile", prioritariamente, delle seguenti **condizioni**:

- a) Lavoratore portatore di patologie invalidanti, auto certificate e/o documentate attraverso certificazione proveniente da medici di struttura pubblica (Decreto Min. della Salute 04/02/2022)
- b) Lavoratore che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92 (autocertificazione)
- c) Lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età - a seguito o meno della contrazione dei servizi educativi scolastici (autocertificazione - ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ecc.)
- d) Lavoratore la cui residenza/domicilio/dimora è posto a distanze uguali o superiori ai 50 Km dalla sede di lavoro (autocertificazione)

- e) Lavoratrice madre in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.lgs. 151/2001 (autocertificazione)
- f) Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate.

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

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del lavoro agile contemperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura.

In presenza di una richiesta di accesso alla modalità lavoro agile da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di struttura è il diretto responsabile sovra ordinato gerarchicamente ovvero il coordinatore/responsabile organizzativo formalmente individuato a valutare e, nel caso, autorizzare, la richiesta per l'accesso all'istituto.

Tutte le istanze devono essere valutate avendo a riferimento la complessiva organizzazione aziendale e la garanzia di funzionamento che l'Azienda, che, per il tramite delle proprie unità operative, deve assicurare per l'assolvimento dei livelli essenziali di assistenza e garantire il diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione e disciplinato nelle forme sancite dalla legge n. 833/1978 e dal d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

**Fattori abilitanti:**

- Il dipendente, al quale sarà consentito di svolgere il Lavoro Agile presso una qualunque sede adeguata allo svolgimento di tale modalità lavorativa, avrà cura di svolgere la propria attività professionale in un luogo che possa garantire la propria incolumità personale, la sicurezza delle informazioni e la qualità del proprio lavoro, evitando quindi postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche o che possano creare situazioni di pericolo. A supporto di ciò, l'Azienda si impegna a garantire l'applicazione della normativa per l'infortunio sul lavoro anche per il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, nonché a rafforzare ulteriormente le procedure per assicurare la gestione sicura dei dati e informazioni aziendali in linea, altresì, con le indicazioni fornite da AGID.

- Per consentire l'adozione del Lavoro Agile come modalità lavorativa ordinaria, l'azienda ha in programma di fornire ai dipendenti che beneficeranno di tale modalità gli strumenti adeguati, provvedendo progressivamente al rinnovo delle apparecchiature informatiche già in dotazione al personale. Si prevede, altresì, che, a regime, i risparmi derivanti da tale implementazione (ad esempio quelli derivati dal mancato accesso alla mensa) e dai piani di razionalizzazione della spesa siano finalizzati ad investimenti in infrastrutture e strumenti digitali funzionali a supportare l'adozione del Lavoro Agile.
- L'Azienda riconosce che la digital transformation nell'organizzazione del lavoro della PA richiede un'attenzione specifica all'allineamento tra strategia, cultura e persone. Pertanto, nell'ottica di favorire l'adesione al Lavoro Agile e integrarlo sempre più nell'organizzazione aziendale, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico promuove una transizione culturale, soprattutto per i dirigenti, orientata al raggiungimento dei risultati e prevede l'introduzione di iniziative formative volte a consentire lo sviluppo di un set di competenze (soft, manageriali, tecniche e digitali) in aggiunta alle competenze già possedute dai dipendenti, Dirigenti e non, in quanto necessarie per svolgere le rispettive attività quotidiane, e garantire ai dipendenti tutti gli strumenti adeguati allo svolgimento della propria prestazione lavorativa anche da remoto.
- Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati si prevede l'introduzione di un sistema di reporting strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro.

Il risultato è frutto dell'incrocio con il dato della soddisfazione (gradimento); il POLA-PIAO è destinato a verificare se lavorare "smart" imprime un miglioramento organizzativo e determina benessere (dentro e fuori gli strutture aziendali).

### **Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale**

Il numero di dipendenti in servizio al 31/12/2021 è pari a 3397 unità così distribuito nei vari profili:

	<b>Personale al 31/12/2021</b>
<b>Area Comparto</b>	
Ruolo Amministrativo	202
Ruolo Professionale	1
Ruolo Sanitario	1842
Ruolo Tecnico	418
<b>Tot. Comparto</b>	<b>2463</b>
<b>Dirigenza Medica</b>	
Dirigente Medico I Livello SSN	686
Dirigente Medico ex II Livello SSN	20
Dirigente Medico I Livello UNIV	101
Dirigente Medico ex II Livello UNIV	30
<b>Tot. Dirigenza Medica</b>	<b>837</b>
<b>Dirigenza Sanitaria</b>	
Dirigente Biologo I Livello SSN	36
Dirigente Biologo ex II Livello SSN	/
Dirigente Biologo I Livello UNIV	5
Dirigente Chimico I Livello SSN	1
Dirigente Farmacista I Livello SSN	22
Dirigente Farmacista ex II Livello SSN	1
Dirigente Fisico I Livello SSN	6
Dirigente Psicologo I Livello SSN	3
Dirigente Psicologo I Livello UNIV	/
Dirigente Prof. Sanitarie	3
Dirigente Prof. Tecnico Sanitarie	1
Dirigente Prof. Tecniche della Prevenzione	1
<b>Tot. Dirigenza Sanitaria non medica</b>	<b>79</b>
<b>Dirigenza PTA</b>	
Dirigenza Amministrativa	13
Dirigenza Professionale	4
Dirigenza Tecnica	1
<b>Tot. Dirigenza PTA</b>	<b>18</b>
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>3397</b>

L'area delle Risorse Umane ha la finalità di supportare l'attività dell'Azienda anche in relazione all'utilizzo ed allo sviluppo del personale. L'attività di riferimento dovrà tenere conto anche della capacità di qualificare ed efficientare le risorse umane per ottenere un miglioramento del livello delle risorse intangibili.

Disporre di risorse umane dotate di elevata competenza e professionalità, con forte motivazione e buona predisposizione al cambiamento risulta fondamentale, altresì,

nell'ottica delle prossime riforme contrattuali, riferite al personale non dirigenziale e già sottoscritte nella forma della pre-intesa tra la parte pubblica e la parte sindacale. Tali riforme pongono al centro delle politiche di gestione del personale soprattutto la valorizzazione della professionalità prevedendo la graduazione degli incarichi di base per i Professionisti della salute e i Funzionari, i requisiti richiesti per accedere agli incarichi organizzativi e di elevata qualificazione, la definizione di alcune figure oggi non previste nel CCNL (a ciò si aggiunga la revisione delle indennità con particolare riguardo al lavoro notturno e al lavoro festivo di tutto il personale turnista). Da tale nuovo assetto deriveranno i nuovi Differenziali Economici di Professionalità e tutti gli elementi a questi collegati, come la stessa definizione dei Fondi contrattuali. Si sostituiranno le progressioni economiche orizzontali, fissando quindi incrementi stabili del trattamento economico finalizzato, appunto a remunerare il maggior grado di competenza acquisito dai dipendenti nello svolgimento delle competenze proprie della nuova area di classificazione.

Nelle more, quindi della definitiva sottoscrizione del nuovo CCNL del personale del comparto, il Piano del fabbisogno allegato ha una sicura connotazione dinamica tale da dover essere oggetto di immediata prossima revisione nell'ottica delle nuove aree professionali (che saranno ridefinite in 5 aree di inquadramento e un'area di elevata qualificazione) che scaturiranno dalla sottoscrizione definitiva del nuovo CCNL del comparto sanità.

La nuova ondata riformista del lavoro pubblico inciderà, presumibilmente, anche nell'ambito della gestione del personale di qualifica dirigenziale e quindi tutto ciò depone per una visione assolutamente dinamica e a divenire del piano del fabbisogno e del piano del lavoro agile che ad oggi ricevono accoglienza, nell'ambito del presente PIAO, come strutturati in ragione delle disposizioni normative e contrattuali ancora di riferimento.

Importante rilievo assume anche la disciplina del lavoro a distanza sia nella forma del lavoro agile (l. 81/2017) sia come lavoro da remoto, nonché le forme e i gradi di meccanizzazione e automazione in fase di programmazione nell'ambito dei processi economici aziendali: le trasformazioni tecnologiche possono ridurre il fabbisogno di lavoro o cambiare le competenze professionali richieste. Come detto, anche l'istituto



dello smart working troverà, a breve, una disciplina specifica nel prossimo CCNL del personale del comparto sanità.

Ancora, si sottolinea come sia stata posta a fondamento della determinazione del fabbisogno ed incidente specificatamente sulla prima annualità del triennio di riferimento del presente Piano, la volontà strategica di definizione dei processi di stabilizzazione dettati sia dall'art 20 commi 1 e 11bis del D.lgs. n. 75/2017 (legge Madia), sia all'art. 1, comma 268, lett. b) della legge n. 234 del 30/12/2021 ed utilizzando, in quest'ultimo caso, gli esiti di una ricognizione interna ad oggi effettuata con la sola finalità di predisporre la sola redazione del piano triennale del fabbisogno del personale 2022-2024 in coerenza con le prospettive, a breve termine, delle assunzioni da convertire a tempo indeterminato così come consentite dalla citata normativa. E' di tutta evidenza come in tale ricognizione – rivolta quindi al solo personale in possesso di un servizio pari a 18 mesi, di cui 6 mesi svolti nel periodo pandemico da gennaio 2020 a giugno 2022 - rientri gran parte del personale in servizio a tempo determinato che maturerà i requisiti della legge Madia (36 mesi) al prossimo dicembre 2022, per grosse linee, detta ricognizione ha consentito all'Amministrazione anche la previsione in tale ottica.

E' stato in ogni caso previsto l'obiettivo di reclutare, qualificare e valorizzare le risorse umane necessarie e conseguire obiettivi istituzionali ormai improrogabili quali:

- Potenziamento delle risorse umane a disposizione
- Rafforzamento delle conoscenze e competenze del personale aziendale
- Attuazione e sviluppo del lavoro agile

Per definire la prima azione si tiene conto dell'indicatore di misura del potenziamento del capitale umano a disposizione dell'Amministrazione sia numericamente, sia in termini di rinnovamento, calcolando le unità di personale assunto o da assumere nell'anno di riferimento e destinato ad assolvere alla mission aziendale - che è quella di fornire l'assistenza sanitaria ai pazienti che accedono alle nostre strutture - da aggregare al dato riferito al personale amministrativo e tecnico indispensabile per consentire, appunto, la prestazione sanitaria.

Il secondo obiettivo, finalizzato al rafforzamento delle conoscenze e delle competenze del personale aziendale è fondamentale per garantire il potenziamento delle capacità di compere scelte e trasformarle in azioni e risultati concreti. L'innovazione viene

proprio dalle persone in quanto risorse umane dell'Azienda e l'elevazione delle competenze non può essere sottratta dalla necessità del rinnovamento delle pubbliche amministrazioni.

L'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D.Lgs. n. 165/2001.

L'Azienda ha predisposto da ultimo l'aggiornamento del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2021-2023, comprensivo della Dotazione Organica del personale dipendente relativa all'anno 2021, che con specifico Decreto Assessoriale n. 993 del 30/09/2021 l'Assessorato Regionale della Salute ha approvato la dotazione organica di questa Formazione del personale.

Il Piano Annuale della Formazione dell'Azienda rappresenta lo strumento principale di programmazione, promozione e governo dell'investimento immateriale ed economico finalizzato alla crescita ed alla valorizzazione dei professionisti che svolgono la propria attività per l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G.Rodolico – San Marco". Il PAF individua nelle persone e nel loro patrimonio culturale e professionale, tecnico e non tecnico, le principali risorse su cui basare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda stessa. La formazione continua rappresenta, per la nostra Azienda, un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performances, in uno scenario in continua evoluzione, quale quello sanitario dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, come anche la recente epidemia ha drammaticamente dimostrato. La formazione nei contesti sanitari si trova oggi ad affrontare sfide significative e sempre più deve concretizzarsi in un approccio che sia in grado di captare il rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche, associato all'accrescersi delle innovazioni tecnologiche e organizzative. Si tratta di un processo continuo e permanente, per facilitare il

trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale e quindi consolidare la qualità dell'assistenza erogata in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, coinvolgimento ed appropriatezza.

La formazione, quindi, permette di attivare un processo finalizzato a rendere i professionisti soggetti attivi di cambiamento, sia a livello individuale che organizzativo (gruppi), non attraverso una semplice adesione ad un modello preconstituito, ma attraverso l'elaborazione autonoma e nel confronto con gli altri di una propria strategia di intervento, alimentata da un arricchimento del proprio patrimonio cognitivo, dall'analisi della dinamica emotiva e motivazionale, dalla consapevolezza del proprio ruolo professionale e organizzativo. L'Azienda quindi, anche mediante la formazione, garantisce qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni che eroga, non disgiunte dalla necessaria efficienza complessiva del sistema.

A tal fine, attraverso il Piano Formativo approvato con deliberazione n.329 del 09/02/2022, l'Azienda si impegna a mantenere, consolidare, migliorare le competenze del proprio patrimonio di professionisti e perciò gli standard qualitativi.

#### **SEZIONE 4. MONITORAGGIO**

In questa sezione sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, nonché i soggetti responsabili. Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avviene secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del d.lgs.150/2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

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

Il P.I.A.O. viene pubblicato sul sito internet istituzionale [www.policlinicovittorioemanuele.it](http://www.policlinicovittorioemanuele.it) in apposita sezione di facile accesso e consultazione, denominata: "Amministrazione Trasparente".

Per la valutazione complessiva del P.I.A.O. si prevedono due momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi al 30 giugno e al 30 novembre di ogni anno, a cura del gruppo di lavoro specificatamente costituito per la redazione del Piano (Ordinanza del Direttore Generale n. 01 del 4 gennaio 2022) che ha istituito il Gruppo di Lavoro per il P.I.A.O. avente la finalità di pervenire alla stesura ed all'adozione del presente Piano Integrato di Attività ed Organizzazione. Le attività del gruppo di lavoro sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche all'aggiornamento annuale del P.I.A.O.

### **Elenco degli allegati**

- Organigrammi aziendali
- Piano Triennale del Fabbisogno di Personale
- Regolamento provvisorio e l'Accordo individuale di "lavoro agile"  
(deliberazione n. 114 del 18/01/2022).