

AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE CIACCIO

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E
ORGANIZZAZIONE**

**CON IL *PIAO* CREIAMO
VALORE PUBBLICO!**



**Art. 6 del decreto legge
n. 80/2021 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113**

SOMMARIO

Premessa.....	3
Sezione 1 Scheda Anagrafica.....	5
Sezione 2 Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	16
Sottosezione 2.1 Valore Pubblico.....	16
Sottosezione 2.2 rischi corruttivi e trasparenza.....	18
Sottosezione 2.3 obiettivi strategici e di performance.....	53
Sottosezione 2.4 ciclo Performance Regole di calcolo.....	74
Sezione 3 Organizzazione Capitale Umano.....	86
Sottosezione 3.1 Organizzazione del Lavoro Agile.....	87
Sottosezione 3.2 Piano Triennale del Fabbisogno del Personale.....	114
Sottosezione 3.3 Formazione del Personale.....	117
Sottosezione 3.4 Piano delle Azioni Positive.....	126
Sezione 4 Monitoraggio.....	138
Tendenze Evolutive.....	140

PREMESSA

L'art.6 del d.l. 9 giugno 2021 n.80, convertito, con modificazioni, dalla l. 6 agosto 2021, n.113 ha previsto che le amministrazioni pubbliche con più di 50 dipendenti, con esclusione delle scuole, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Esso ha durata triennale ma viene aggiornato annualmente. Definisce gli strumenti e le fasi per “giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, al fine di migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs.150/2009 e della l.190/2012.

Il PIAO ricomprende e declina in modo integrato e coordinato:

- il Piano della Performance, che definisce gli obiettivi programmatici e strategici dell'Azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" (A.O.P.C.);
- il Piano triennale di Prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT), finalizzato, per l'appunto, alla trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché a raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in tale ambito e in conformità agli indirizzi adottati dall'ANAC con il Piano nazionale anticorruzione;
- il Piano triennale dei fabbisogni di personale che, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al Piano triennale dei fabbisogni di personale, definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posti disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata. Quindi, dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- il Piano della formazione, che individua gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa

- alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze specifiche e all'accrescimento culturale dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera;
- il Piano operativo del lavoro agile (POLA), che stabilisce le modalità di svolgimento dello smart working, quale modalità alternativa allo svolgimento della prestazione lavorativa in presenza. In particolare le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale nonché gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti.
 - Il Piano triennale delle azioni positive, che dà attuazione alle disposizioni contenute nel dlgs.11/4/2016 n.198 “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell’art.6 della l. 28/11/2005, n.246”. Contiene anche le iniziative programmate dall’Agenzia volte alla “rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”.
 - Il PIAO contiene anche l’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti nonché la pianificazione delle attività, inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure, effettuata attraverso strumenti automatizzati.

Sono inoltre inserite sia le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità e sia le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il PIAO definisce, quindi, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti medesimi.

Il PIAO, in sostanza, semplifica gli adempimenti dell’Amministrazione e consente, in una logica integrata, di ricondurre ad un unico documento le scelte operative di sviluppo strategico dell’A.O.P.C., in perfetta linea con il percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR. Il PIAO

deve essere pubblicato ogni anno, con le dovute integrazioni, sul sito web aziendale e inviato al Dipartimento della funzione pubblica.

Presentazione e numeri dell'Azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio"

L'Azienda ospedaliera "Pugliese-Ciaccio", nata a seguito dello scorporo dall'ex Unità Socio Sanitaria Locale di Catanzaro, nella quale era compreso l'ex Ospedale civile, è una struttura sanitaria ad alto contenuto tecnologico e assistenziale, riconosciuto Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 31 agosto 1993, pubblicato nella GU n. 45 del 24 febbraio 1994. L'Azienda ospedaliera, istituita a seguito della Legge regionale del 12 novembre 1994 n. 26, e in riferimento al d.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. consta di tre strutture di cui due Presidi ospedalieri ("Pugliese" e "Ciaccio De Lellis") ed un presidio amministrativo, sito in Catanzaro alla via Vinicio Cortese n.25, quale sede legale dell'Azienda, della Direzione e degli Uffici amministrativi.

L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dall'Atto aziendale, approvato con delibera n. 65/CS del 2 agosto 2016, resa esecutiva con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR n. 91 del 10 agosto 2016, e dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali.

L'Azienda è caratterizzata dalla presenza Alte specialità e da reparti ad alto impatto sociale. Negli anni ha subito un processo di riorganizzazione e ristrutturazione che ha tenuto conto del ruolo strategico che essa svolge, quale punto di riferimento sanitario per l'Area Centro nel contesto regionale. Tale processo è stato reso compatibile con il Piano di rientro regionale che ha imposto un'importante rideterminazione delle risorse assegnate, con conseguenze di rilievo sia sui volumi delle attività che sulla gestione dei costi.

Le aree di sviluppo sulle quali si è concentrata l'azione di potenziamento strutturale, organizzativo e tecnologico, hanno mantenuto, ove possibile, i precedenti livelli prestazionali. Sono state potenziate, in particolare, diverse aree d'intervento, da quella oncologica a quella cardiovascolare, da quella dell'emergenza-urgenza a quella chirurgica e della radiologia interventistica.

I dati di seguito riportati consentono di rappresentare, in un quadro di sintesi, il core business dell'Azienda nel periodo 2018/2021 ai fini del corretto inquadramento e dell'individuazione dei margini di miglioramento, anche alla luce del DM 2 aprile 2015, n.70 di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera che ha individuato precisi rapporti, ai fini della razionalizzazione dei costi e della qualità dell'assistenza, tra volumi minimi, bacino d'utenza ed esiti clinico - assistenziali.

Le prestazioni di ricovero (comprehensive di ricoveri ordinari, day hospital e day surgery), per effetto di una maggiore appropriatezza, hanno subito un incremento nel 2019, rispetto al 2018 determinato dall'attivazione di nuovi posti letto (nr. 8): 28.070 del 2019 (+2,60%). Il decremento registrato nel 2020 (-15,51%) è da considerarsi "relativo", stante la caratterizzazione "pandemica" dell'anno 2020, così come è da considerarsi quale "progressivo recupero" l'incremento registrato nel 2021 (+9,70%), in un contesto caratterizzato contemporaneamente da due fenomeni di difficile gestione: la ripresa delle attività di ricovero in elezione e la permanenza dell'emergenza pandemica.

Nel corso del 2021 si è tuttavia registrato un consistente aumento del valore della produzione a dimostrazione che sono state erogate prestazioni sanitarie ed interventi chirurgici di maggiore complessità con recupero di mobilità passiva.

Il dato relativo alla degenza media registra un trend in costante diminuzione mettendo in evidenza di un miglioramento nella gestione dei ricoveri, nell'appropriatezza degli stessi e delle prestazioni ad essi riferibili, in modo particolare a quelle eseguibili in "pre-ricovero" con notevole impatto sulla durata della degenza, che risente della mancanza di quelle giornate di degenza destinate, in passato, all'esecuzione di esami diagnostici, oggi gestiti in un momento precedente il ricovero del paziente. Tant'è che dal 2018 al 2021 si è passati da circa 7 gg di degenza media a circa 6 gg di degenza media.

Approfondendo l'analisi in merito alle attività di ricovero appare evidente che le prestazioni di ricovero ordinario hanno registrato un aumento pari all'1,53% tra il 2018 ed il 2019 con una coerente , riduzione dei ricoveri medici scesi dell'1,37% nel 2019 rispetto al 2018, con positivo aumento

del numero dei ricoveri chirurgici cresciuto costantemente negli anni, con un incremento pari al 7,29% nel 2019 e del 13,24% nel 2021. Oggetto di lettura separata è il dato relativo al 2020 che registra un decremento del -10,65% ed una coerente riduzione sia dei ricoveri medici (-11,11%) che dei ricoveri chirurgici (-9,83%).

Le prestazioni di ricovero diurne hanno registrato un incremento nel 2019 rispetto al 2018 (8%), in linea con l'attivazione dei relativi posti letto per le strutture di gastroenterologia e dermatologia. Il decremento registrato nel 2020 - 30,66% appare coerente con la contrazione complessiva determinata dal contesto pandemico, mentre l'incremento registrato nel 2021 (+25,69%) è espressione della graduale ripresa delle attività.

Quanto sopra è confermato anche dai dati relativi agli accessi in DH che a loro volta sono stati caratterizzati nel 2019 da un lieve decremento è dello -1,01%, mentre per 2020, in linea con le contrazioni di cui sopra, registra un decremento del -28,28% e per il 2021 un incremento del 32,07%.

L'Azienda dispone attualmente di una dotazione di 537 posti letto complessivi e comprensivi di:

POSTI LETTI ORDINARI	450	
Posti letto DH / DS	87	Day Hospital 68 Day surgery 19
Posti letto tecnici (*): nido	20	
Posti Letto detenuti	2	
Poltrone dialisi	1	

(* non compresi nella dotazione dei posti letto ordinari e dh/ds dal DCA 64/2016. Compresi nel flusso ministeriale HSP12

In base al Decreto del Commissario ad acta n. 64/2016, in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, l'Azienda a regime avrà a disposizione n. 518 posti letto per acuti e post-acuti, di cui 428 posti letto destinati ai ricoveri a ciclo continuo e 90 ai ricoveri a ciclo diurno, articolati per specialità. Tale dotazione è supportata da una quota di letti c.d. "tecnici", che non rientrano nel computo dei posti letto ordinari ma che sono necessari per assicurare la funzionalità del servizio e la sicurezza

dei pazienti per attività che si svolgono in regime ambulatoriale (dialisi), o prevedono la permanenza di pazienti per motivi diagnostici o terapeutici (OBI, nido, detenuti).

Dal punto di vista delle risorse strutturali disponibili l'AOPC ha potuto contare, dal 2012 al 2019, su un numero sempre minore di posti letto, così come si evince dalla tabella che segue, nella quale viene rappresentata la dotazione di posti letto dal 2013 al 2020. Si è passati da 512 del 2013 (- 10,80% rispetto al 2012), a 503 del 2014 (- 1,76%), a 504 del 2015 (+ 0,20%), fino ai 493 del 2016 (- 2,18%), ai 494 del 2017 (+ 0,20), ai 508 del 2018 (+ 2,83) ed ai 516 del 2019 (+1,57%). Con riferimento al numero di posti letto attivati e disponibili nel 2020, si registra un incremento, rispetto al 2019 del 14%. Trattasi di un incremento "relativo", considerata l'attivazione di posti letto COVID 19 dedicati.

La "mission" aziendale

L'Azienda ha come mission istituzionale il trattamento delle patologie ad alta complessità e, grazie alla presenza di specifiche e complete competenze, anche di patologie che richiedono una alta specializzazione; inoltre è punto di riferimento provinciale e regionale nella gestione delle emergenze-urgenze e nella relativa continuità diagnostico-assistenziale per adulti e piccoli pazienti.

Eroga le suddette prestazioni assistenziali con un approccio multidisciplinare, utilizza linee guida e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali con dotazioni di tecnologie diagnostico-terapeutiche avanzate ed innovative.

L'azienda costituisce, altresì, riferimento per le attività specialistiche della Azienda Sanitaria Provinciale e di quelle provinciali limitrofe, e si offre alla collaborazione con altre aziende sanitarie secondo le indicazioni degli atti della programmazione sanitaria.

Svolge anche attività di ricerca orientata a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorirne il rapido trasferimento

applicativo e la loro diffusione attraverso attività formative programmate e organizzate all'interno dell'azienda.

L'Azienda si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno costante:

- a) ad accrescere la posizione di eccellenza per il trattamento di tutte le patologie ed in particolare di quelle di alta specialità ponendo in essere azioni mirate alla diminuzione della mobilità sanitaria passiva.
- b) a garantire l'equità di accesso alle prestazioni di ricovero e cura erogate.
- c) ad aumentare il grado di soddisfazione degli utenti, vigilando sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari secondo la normativa vigente in materia di tutela della privacy, e degli operatori.

La “vision” aziendale

L'Azienda ricerca l'eccellenza dei servizi offerti all'utenza mediante una organizzazione basata sui principi del total quality management nell'interesse di tutti i propri utenti e nel rispetto delle diverse esigenze sociali, culturali e personali.

Il complesso delle azioni svolte dall'Azienda, sulla base delle risorse a disposizione nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, è finalizzato a:

- consolidare e potenziare le strutture di alta specialità che caratterizzano l'Azienda;
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza- urgenza in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino di riferimento valorizzando la propria vocazione indirizzata al trattamento di pazienti acuti;

- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.

L'Azienda intende realizzare la sua vision attraverso:

- la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità in considerazione del fatto che il patrimonio professionale aziendale è da considerare la leva fondamentale per poter perseguire le sue finalità assistenziali ed assicurarsi la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- il mantenimento delle logiche e degli strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità, della dinamicità, dell'economicità e della de-burocratizzazione, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- la tendenza ad assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sotto i profili della competenza tecnico professionale, della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del confort alberghiero;
- la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate.

L'Azienda individua nella persona e nel patrimonio professionale che opera in essa, la principale risorsa e si identifica nei seguenti valori:

- la centralità del paziente come bene fondamentale su cui orientare le scelte e la definizione delle priorità di intervento attraverso forme di partecipazione consapevole del cittadino-utente;
- la tutela delle fragilità ed il rispetto delle diversità con particolare riguardo a quelle di genere;
- il confronto con la comunità e le istituzioni come occasioni di crescita per la ricerca di nuove soluzioni verso una sanità condivisa e possibile;

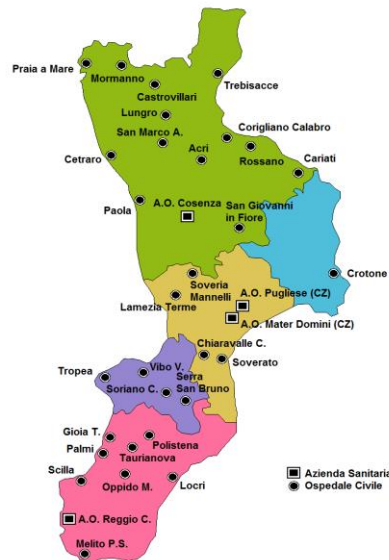
- l'acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario per la partecipazione consapevole del paziente alle scelte diagnosticoterapeutiche;
- la qualità come parte del sistema integrato di gestione delle azioni organizzative ed assistenziali in campo sanitario ed amministrativo e metodo di miglioramento costruito sulle esigenze dei pazienti e degli operatori;
- l'informazione e la formazione come elemento di progresso professionale e culturale;
- la gestione integrata dei processi e la gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente e della privacy;
- il rispetto dell'ambiente ecologico come contributo importante al miglioramento dei livelli di salute attraverso la costante valutazione per l'eliminazione e/o riduzione dell'impatto ambientale che le attività dell'Azienda e delle ditte che hanno rapporti con essa generano o possono generare.

Le relazioni esterne

L'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio è parte integrante del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale e, in tal senso, opera, allo scopo di assicurare l'erogazione dei servizi sanitari nella salvaguardia dei principi di solidarietà, equità e universalità e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite dalla programmazione regionale. L'Azienda persegue, con la partecipazione degli enti locali, delle forze sociali impegnate nel campo dell'assistenza, delle associazioni degli utenti e delle organizzazioni sindacali dei lavoratori, l'obiettivo di favorire lo sviluppo omogeneo e compatibile del sistema sanitario. L'Azienda partecipa attivamente al programma regionale di riqualificazione della rete ospedaliera attraverso la formulazione di strategie volte alla riduzione dell'inappropriatezza e al potenziamento delle funzioni assegnate. In questo senso, in coerenza con

la programmazione regionale e nel rispetto della propria missione, l'Azienda promuove le opportune forme di integrazione della propria attività ospedaliera con quella delle altre strutture sanitarie della Regione e in particolare con l'AOU con la quale è in programma un processo di integrazione.

DOVE SIAMO



Via Vinicio Cortese, 25 - 88100 Catanzaro (CZ)

COME RAGGIUNGERCI

- **In auto:** dalla tangenziale ovest - Viale Pio X; dalla tangenziale est (per chi proviene da Crotona - Taranto); tramite la strada statale 109 bis (Sila - S.Elia) da Nord
- **In autobus:** utilizzare le linee 7, 8A, 8R, B, 266, U2, S45
- **In taxi:**

Postazione Taxi Piazza Prefettura: 0961/741428

Postazione Taxi Stazione Catanzaro Lido: 0961/32473

Postazione Taxi Stazione Catanzaro Sala: 0961/753504

Postazione Taxi Piazza Matteotti: 0961/725846

PRENOTAZIONI

La prenotazione delle prestazioni ambulatoriali possono essere effettuate scegliendo una delle seguenti modalità:

- **tramite Call Center al numero telefonico 0961.077555 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00; sabato dalle 9.00 alle 13.00**
- **di persona presso il CUP da lunedì a venerdì dalle 8.00 alle 12.30 e dalle 15.00 alle 17.15; sabato dalle 8.00 alle 12.30**
- **Il Presidio Ospedaliero Pugliese Ciaccio è un'azienda ospedaliera di Catanzaro insieme al Presidio Ospedaliero Ciaccio - De Lellis.**

COSA FACCIAMO

L'Azienda è una realtà di riferimento per tutta la Regione Calabria e rappresenta, nell'area centro, la struttura sede di hub di tutte le Reti Assistenziali previste dalla normativa regionale, sia per quanto riguarda l'assistenza in emergenza-urgenza sia per quanto concerne la realizzazione di percorsi di cura multidisciplinari rivolti al trattamento di patologie di alta complessità. L'Ospedale "Pugliese" è dotato di Unità operative ad alto grado di specializzazione orientate a tre grandi campi di attività: assistenza, didattica e ricerca. L'Ospedale "Ciaccio". De Lellis", da novembre 2006, è sede del Dipartimento Onco-ematologico.

L'AOPC di Catanzaro opera su un territorio coincidente con la provincia di Catanzaro ma soddisfa anche la domanda delle provincie limitrofe, in particolare di quelle di Crotone e di Vibo Valentia. Un numero minore di pazienti afferisce anche dalle provincie di Cosenza e di Reggio Calabria. Benché nel bacino d'utenza e nell'area metropolitana operino il Policlinico Universitario, le strutture dell'ASP di Catanzaro e numerose strutture private accreditate, il contesto è caratterizzato da un regime di "oligopolio relativo obbligato", principalmente per tutte quelle attività che ricadono nell'ambito dell'emergenza e dell'assistenza ospedaliera di base (Medicina, Geriatria, Pediatria, ecc.).

L'Azienda garantisce i bisogni di salute della collettività per la quale

opera, producendo ed erogando, in modo efficiente, prestazioni sanitarie di diagnosi e cura, di media o elevata complessità, in regime di ricovero, in elezione e da pronto soccorso, in regime di day surgery e day hospital, e fornisce prestazioni specialistiche di pertinenza in numerose branche, con dotazioni tecnologiche e diagnostico-terapeutiche avanzate e innovative che, nel loro complesso, riescono a soddisfare per massima parte i bisogni di salute della popolazione residente nel territorio di riferimento e contribuiscono ad esaudire quelli delle popolazioni limitrofe, come è dimostrato nella tabella seguente

Tipo indicatore	Descrizione	Sub-descrizione	2021	Δ% 21-20	2020	Δ% 20-19	2019	Δ% 19-18	2018
Indicatori di struttura	Posti Letto (effettivi)	Totale posti letto	547	13,02%	484	-0,22%	487	0,21%	486
Indicatori di struttura		Posti Letto DH/DS	93	8,14%	86	-14,85%	101	-3,81%	105
Indicatori di struttura		Posti Letto Ordinari	397	-0,25%	398	3,11%	386	1,31%	381
Indicatori di struttura	Ricoveri (dimessi)	Totale dimessi	26.015	9,70%	23.715	-15,51%	28.070	2,60%	27.360
Indicatori di struttura		Ricoveri DH/DS	6.487	25,69%	5.161	-29,31%	7.301	6,83%	6.834
Indicatori di struttura		Ricoveri Ordinari	19.528	5,25%	18.554	-10,66%	20.769	1,88%	20.526
Indicatori di struttura	Dimessi Trasferiti c/o altri istituti	Dimissioni con trasferimento	234	-10,34%	261	-22,32%	336	-5,35%	355
Indicatori DRG	DRG Ordinari	Totale ricoveri ordinari	19.518	5,28%	18.540	-10,65%	20.750	1,53%	20.437
Indicatori DRG		DRG Ordinari Chirurgici	7.569	13,24%	6.684	-9,83%	7.413	7,26%	6.911
Indicatori DRG		DRG Ordinari Medici	11.949	0,79%	11.855	-11,11%	13.336	-1,37%	13.521
Indicatori DRG		DRG Ordinari Non Classificati	15	0,00%	0	-100,00%	1	-80,00%	5
Indicatori DRG		Ricoveri Ordinari 1gg	1.309	10,28%	1.187	-15,93%	1.412	7,87%	1.309
Indicatori DRG		Ricoveri Ordinari 2gg	3.684	2,45%	3.596	8,90%	3.302	-6,25%	3.522
Indicatori DRG		Ricoveri Ordinari 3gg	13.915	6,38%	13.081	-14,13%	15.233	3,11%	14.774
Indicatori DRG		Ricoveri Ordinari oltre valore soglia	610	-9,76%	676	-15,82%	803	-3,49%	832
Indicatori DRG	DRG DH	Totale DH	6.414	25,69%	5.103	-30,03%	7.293	7,69%	6.772
Indicatori DRG		DRG DH Chirurgici (DS)	1.314	7,79%	1.219	-20,48%	1.533	0,99%	1.518
Indicatori DRG		DRG DH Medici	5.100	31,38%	3.882	-32,60%	5.760	9,63%	5.254
Indicatori DRG		DRG DH Non Classificati	0	-100,00%	2	100,00%	0		0
Indicatori DRG	Accessi in DH	Totale accessi DH	19.185	32,07%	14.526	-28,28%	20.255	-1,01%	20.462
Indicatori DRG	Peso Medio	Peso Medio DRG Ordinari Tutti	1,36	3,82%	1,31	3,97%	1,26	1,61%	1,24
Indicatori DRG		Peso Medio DRG Ordinari Chirurgici	1,86	1,63%	1,83	8,31%	1,69	2,42%	1,65
Indicatori DRG		Peso Medio DRG Ordinari Medici	1,04	2,97%	1,01	-0,98%	1,02	8,51%	0,94
Indicatori DRG		Peso Medio DRG Ordinari Non Classificati	0,00		0,00		0,00		0,00
Indicatori DRG		Peso Medio DRG DH Chirurgici (DS)	0,93	2,50%	0,91	1,95%	0,89	2,30%	0,87
Indicatori DRG		Peso Medio DRG DH Medici	0,73	-7,91%	0,79	5,33%	0,75	-1,32%	0,76
Indicatori DRG		Peso Medio DRG DH Non Classificati	0,00		0,00		0,00		0,00
Indicatori DRG	Valore Medio								
Indicatori DRG		DRG Ordinari Chirurgici	6.487,43	1,84%	6.370,39	11,07%	5.735,54	1,22%	5.666,23
Indicatori DRG		DRG Ordinari Medici	3.359,84	3,79%	3.237,00	0,19%	3.230,90	10,57%	2.922,09
Indicatori DRG		DRG DH Chirurgici (DS)	1.522,39	-0,22%	1.525,79	1,69%	1.500,43	-0,93%	1.514,54
Indicatori DRG		DRG DH Medici	769,56	1,23%	760,22	5,77%	718,74	-8,06%	781,78
Indicatori Classici	Degenza Media (DM)		6,24	-2,50%	6,40	-4,62%	6,71	-3,45%	6,95
Indicatori Classici	Frequenza Media Giornaliera (FMG)		56,32	6,89%	52,69	-9,75%	58,38	3,53%	56,39
Indicatori Classici	Giornate di Degenza Effettive (GD)		127.884	3,98%	122.990	-13,69%	142.496	-0,12%	142.661
Indicatori Classici	Indice di rotazione (IR)		51,63	6,85%	48,32	-12,23%	55,05	8,09%	50,93
Indicatori Classici	Indice occupazione PL (IOPL)		88,50	4,54%	84,66	-16,53%	101,42	4,29%	97,25
Indicatori Classici	Intervallo di turn-over (ITO)		0,81	-30,17%	1,16	-1388,89%	-0,09	-145,00%	0,20
Indicatori Degenze Ord	Frattura Femore	% fratture femore operati in 2 gg (età +65)	51,33%	12,44%	45,65%	9,79%	41,58%	68,00%	24,75%
Indicatori Degenze Ord	Parti Cesarei	% parti cesarei primari in maternità	30,64%	4,82%	29,23%	-3,63%	30,33%	12,88%	26,87%
Indicatori Degenze Ord	DRG a rischio inapproprietezza	% DRG a rischio inapproprietezza	9,89%	-10,17%	11,01%	-8,17%	11,99%	-15,02%	14,11%
Indicatori Interni	Trasferimenti interni (altre UU.OO.)		2.397	9,45%	2.190	16,74%	1.876	6,96%	1.754
Indicatori Interni	Prestazioni Interne Quantità	Totale quantità	1.785.451	19,99%	1.488.020	-8,14%	1.619.884	7,05%	1.513.197
Indicatori Interni		Prestazioni a Pazienti Ricoverati	1.600.935	16,79%	1.370.793	-8,09%	1.491.439	6,82%	1.396.199
Indicatori Interni		Prestazioni a Pazienti Prericoverati	184.516	57,40%	117.227	-8,73%	128.445	9,78%	116.998

COME SIAMO ORGANIZZATI

L'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dall'Atto Aziendale, approvato con delibera n. 65/CS del 2 Agosto 2016, resa esecutiva con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR, n. 91 del 10 agosto 2016, e dai regolamenti aziendali attuativi in conformità alle leggi nazionali e regionali.

Modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda è il Dipartimento, che, ai sensi dell'articolo 17 bis del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i., è una struttura organizzativa di coordinamento per lo svolgimento

di funzioni complesse, costituita da una pluralità di unità operative e moduli organizzativi, raggruppati in base all'omogeneità, affinità o complementarità del loro sistema di riferimento, che perseguono finalità comuni, tra loro interdipendenti, ma che mantengono la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale. Esso assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Strategica e con le altre strutture aziendali

Valore pubblico, performance e anticorruzione

Valore pubblico

Un'amministrazione crea Valore Pubblico quando le sue politiche e le azioni messe in campo per realizzarle contribuiscono ad aumentare il livello di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario della società e del territorio in cui opera. Tale finalità deve rappresentare la guida per tutti i livelli di programmazione dell'Ente, a partire dalla definizione degli obiettivi strategici, che individuano le finalità dell'azione pubblica e le risorse destinate a ciascuna di esse, in modo da permettere la realizzazione delle priorità politiche di intervento dirigendole alla produzione di un risultato comune in termini di valore aggiunto per la società

Per verificare la capacità dell'Ente di produrre Valore Pubblico, occorre misurare qualitativamente e quantitativamente l'impatto sulla collettività e sul territorio delle azioni messe in campo in termini di effetti provocati, intenzionali e non intenzionali, e cambiamenti ottenuti grazie ad esse sulla comunità di riferimento. Esigenza centrale di tale valutazione, il cui scopo è quello di misurare l'efficacia delle azioni e delle politiche e di apportare gli eventuali correttivi necessari, è quella di individuare, innanzitutto, gli stakeholders di riferimento, ossia tutti i soggetti, individui e/o organizzazioni (es. Regione, Enti locali, cittadini, famiglie, associazioni, OO.SS ecc.), il cui benessere è, in ultima istanza, negativamente o positivamente influenzato dal risultato delle azioni intraprese dall'Azienda.

La sfida del PIAO è quella di provare a creare "valore pubblico" (che tendenzialmente dovrebbe divenire la nuova frontiera delle performance) consentendo un miglioramento delle condizioni di vita dell'azienda e dei suoi utenti e stakeholders.

Il Valore Pubblico dell'AOPC, quale ospedale HUB e Dea di II° Livello, non può che essere quello di “rispondere, in maniera efficiente ed efficace, ai bisogni di salute della popolazione “dell'area centrale della Calabria” considerando aspetto imprescindibile, nello svolgimento della correlata azione amministrativa, il rispetto dei principi anticorrottivi e di trasparenza”

ACCESSIBILITÀ DIGITALE / PROCEDURE DA SEMPLIFICARE E RE-INGEGNERIZZARE

L'attuale programmazione Regionale ed Aziendale è rivolta a consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

A livello infrastrutturale è previsto il consolidamento ed il potenziamento dei sistemi di sicurezza informatica in grado di proteggere e garantire i dati e le comunicazioni.

Per quanto riguarda le dotazioni strumentali è prevista la fornitura, in numero adeguato alle dimensioni ed alle peculiarità di ciascuna struttura aziendale dei dispositivi informatici necessari per la fruizione, sia da postazioni fisse sia in mobilità, delle funzionalità previste dai sistemi informativi.

Gli interventi in ambito applicativo, anche alla luce degli interventi previsti da PNRR, riguardano:

- l'implementazione della Cartella Clinica Informatizzata, propedeutica all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.
- la dematerializzazione della documentazione sanitaria ed amministrativa;
- l'implementazione dei sistemi di telemedicina sulla base delle indicazioni regionali;
- l'interoperabilità tra i sistemi informativi esistenti ed in particolare di quelli di teleradiologia (RIS-PACS).

La programmazione inoltre prevede un sempre più esteso utilizzo delle Piattaforme abilitanti condivise a livello nazionale dalle PA così come raccomandato da AgID (CIE, SPID, Pago Pa, SIOPE+ etc..)

SOTTOSEZIONE 2

Rischi Corruttivi e Performance

Rischi corruttivi e trasparenza

Questa sottosezione contiene il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2024, il documento di natura programmatica con cui ogni amministrazione o ente individua il proprio grado di esposizione al rischio di corruzione, definendo le misure (interventi organizzativi) volti a prevenire il rischio, nonché le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

La presente sottosezione è predisposta dal **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza**, sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dall'organo di indirizzo, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 (nota prot. n. 2173 del 21/1/2022).

Costituiscono elementi essenziali della sottosezione quelli indicati nel **piano nazionale anticorruzione (PNA)** e negli atti di regolazione generali adottati dall'ANAC ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 del 2012 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

Il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) dell'azienda Ospedaliera Pugliese – Ciaccio di Catanzaro è stato approvato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 406 del 29/04/2022 e pubblicato all'indirizzo [https://www.aocz.it/trasparenza/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-prevenzione della corruzione](https://www.aocz.it/trasparenza/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione), al quale si rinvia per ogni ulteriore approfondimento.

Gli obiettivi che questa Azienda inserisce nella programmazione aziendale relativamente alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza ed al collegamento con il ciclo della performance sono i seguenti :

- rafforzare nei processi aziendali l'attuazione dei principi della trasparenza e del rispetto delle procedure, al fine di prevenire i rischi di

corruzione per come riportato nell'allegato 2 "matrice aziendale" PTPCT 2022-2024 già deliberato con delibera del commissario straordinario n° 406 del 29-04-2022;

- rafforzare la cultura dei controlli al fine di migliorare la qualità delle prestazioni lavorative e valorizzare maggiormente le professionalità. La misurazione del obiettivo avviene attraverso l'acquisizione della scheda di monitoraggio da parte dei dirigenti responsabili.
- adottare forme di monitoraggio quadrimestrale delle misure generali e specifiche di prevenzione della corruzione prevista dal PTPCT e della loro effettiva efficacia al fine di individuare eventuali casi di corruzione o di illegalità all'interno dell'Azienda.

Coordinamento con il Piano della Performance

Il contenuto del presente Piano è collegato al Piano delle Performance e agli altri strumenti di programmazione annuale dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro, così come richiesto dalla normativa vigente.

Il Piano della Performance sottolinea infatti come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all'attività propria della Struttura a cui sono preposti, ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.

In particolare, è stata identificata tra gli obiettivi strategici un'area d'interesse specificamente rivolta alle tematiche del PTPCT denominata :Area del Governo dei fenomeni Anticorruptivi e di Trasparenza.

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Introduzione

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2023-2024 (di seguito PTPCT o semplicemente "Piano") dell'Azienda Ospedaliera Pugliese – Ciaccio, pur redatto in continuità con i precedenti piani, è stato elaborato sulla scorta delle direttive del PNA 2019, con particolare riguardo alle indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione – ANAC.

Sono state identificate 4 aree strategiche di interesse di cui una specificamente rivolta alle tematiche del PTPCT:

- 1. Area del Governo Clinico**
- 2. Area del Governo Economico Finanziario**
- 3. Area del Governo dei Processi**
- 4. Area del Governo dei fenomeni Anticorruptivi e di Trasparenza**

Coerentemente con le Aree strategiche la “Cabina di Regia” costituita per la predisposizione del PIAO ha immaginato di dettagliare analiticamente i contenuti dei differenti Piani confluiti nel PIAO che necessitassero di integrazione e di armonizzazione.

Le misure di prevenzione definite nel Piano costituiscono un programma di attività per tutta l’AOPC, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità degli stessi, individuazione dei responsabili per l’applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Il Piano è quindi uno strumento per l’individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da monitorare quanto a effettiva applicazione e quanto a efficacia preventiva della corruzione.

Con l’adozione del presente PTPCT, l’Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio intende dare seguito - in una logica di continuità e di miglioramento continuo - ai precedenti piani, integrandoli con le norme e i provvedimenti che si sono succeduti.

Il Piano fornisce l’occasione per introdurre nuove misure e/o migliorare quelle esistenti con un’azione coordinata per l’attuazione di efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e, più in generale, dell’illegalità all’interno dell’Azienda Ospedaliera Pugliese – Ciaccio (AOPC).

Il piano inoltre, tiene in considerazione i principi forniti dall’Autorità Nazionale Anticorruzione volti:

- 1. alla semplificazione del linguaggio e dello stile;**
- 2. ad avere un contenuto non ridondante;**
- 3. a mettere in evidenza i fattori rilevanti del contesto esterno ed interno;**
- 4. ad inquadrare con sempre maggiore dettaglio i rischi effettivi di corruzione;**
- 5. ad introdurre misure specifiche mirate e ponderate in base a costi/benefici.**

In attuazione delle più recenti norme relative alla prevenzione della corruzione, l'AOPC individua i seguenti obiettivi principali nell'ambito delle strategie di prevenzione:

- A.** ridurre le occasioni che possano indurre a condotte di natura corruttiva;
- B.** creare un contesto sfavorevole al verificarsi di fenomeni corruttivi;
- C.** promuovere l'integrità dell'agire del pubblico dipendente;
- D.** diffondere la cultura dell'etica;
- E.** vigilare sull'applicazione delle misure previste dal piano.

I principali strumenti di prevenzione della corruzione, previsti dalla normativa di riferimento, e applicati anche dall'Azienda e descritti nel presente PTPCT, sono i seguenti:

- adozione del PTPCT;
- applicazione del codice di comportamento aziendale;
- applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree a rischio;
- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- disciplina specifica in materia di sponsorizzazioni;
- disciplina specifica in materia di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi d'ufficio e attività e incarichi extraistituzionali;
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi; precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage);
- disciplina specifica in materia di tutela del soggetto che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- formazione in materia di etica, integrità e altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;
- adempimenti in tema di trasparenza.

Linee e contenuti dell'aggiornamento 2022

L'aggiornamento annuale del Piano viene calibrato su un complesso di fattori dati dal contesto esterno, dal contesto interno dell'azienda e da

mutamenti normativi intervenuti oltre a l'emersione di nuovi rischi e tiene conto dei seguenti fattori:

- risultati ottenuti nell'anno trascorso;
- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi;
- emersione di nuovi rischi;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A. e nelle deliberazioni e linee guida adottate dall'ANAC.

Dal momento che sono tenute all'adozione di detto Piano Integrato le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. 165/2001 con più di 50 dipendenti l'AOPC provvederà ad aggiornare, ove necessario, il Piano

Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022/2024 in concomitanza all'adozione del PIAO.

Il contesto

L'analisi del contesto ha la finalità di evidenziare le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'AOPC di CZ opera, che possano favorire l'individuazione ed il raggiungimento degli obiettivi.

Nella *Valutazione dei dati dei PTPCT inseriti nella piattaforma ANAC* viene evidenziata l'importanza dell'analisi del contesto esterno ed interno, compresa la mappatura dei processi, come fase essenziale per identificare correttamente i rischi corruttivi in relazione alle caratteristiche dell'ambiente esterno in cui opera un ente e alla propria organizzazione.

L'AOPC rientra tra le Amministrazioni che nella *Valutazione ANAC* hanno eseguito le analisi di contesto ed è utile evidenziare come ancora vi siano Amministrazioni che non pongono in essere dette analisi; difatti la percentuale delle amministrazioni che svolgono l'analisi del contesto esterno è pari all'83% mentre quella delle amministrazioni che svolgono l'analisi del contesto interno è pari al 90%.

Il Servizio Sanitario Regionale della Calabria si compone di:

- 5 Aziende Sanitarie Provinciali;

- 3 Aziende Ospedaliere di riferimento finali (HUB), rappresentanti le strutture sanitarie di alta complessità e luogo di cura in cui si realizzano attività assistenziali di alta specializzazione;
- 1 Azienda Ospedaliero-Universitaria Mater Domini (AOUMD) e della Facoltà di Medicina, in procinto di essere riorganizzata per fusione proprio con l'AOPC di CZ;
- 1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (INRCA) nella città di Cosenza.

Per quanto attiene agli elementi di dettaglio del contesto esterno ed interno si rinvia alle apposite sezioni del piano della Performance trattandosi di elementi comuni che nello spirito della non ridondanza dei documenti non vengono, pertanto, riproposti

La situazione relativa al contesto esterno ed al contesto interno, evidenzia comunque lo stato di difficoltà in cui si trova ad operare il sistema di prevenzione della corruzione e le possibili situazioni di vulnerabilità provenienti soprattutto dal contesto esterno, anche nella considerazione che, tradizionalmente, il quadro istituzionale in materia di contrasto della corruzione è essenzialmente basato su un impianto di tipo repressivo, per cui certi fenomeni corruttivi non sono sempre avvertiti per tempo.

Il quadro istituzionale è mutato sensibilmente con l'entrata in vigore della legge n. 190/2012, a seguito della quale sono state avviate politiche basate su un modello di prevenzione, finalizzato a prevenire l'insorgere di fenomeni corruttivi, con l'introduzione del concetto di corruzione amministrativa, diversa dall'accezione penalistica, intesa come fenomeno di malcostume e di *maladministration*.

Le nuove disposizioni normative in materia di anticorruzione e di trasparenza amministrativa e le misure previste dai Piani Nazionali Anticorruzione rappresentano un utile strumento per prevenire i fenomeni corruttivi e sono funzionali ad un corretto agire.

Tuttavia, la novità della materia, specie per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale che hanno una preponderanza di personale sanitario, richiede un processo di maturazione culturale e un ragguardevole lasso di tempo affinché possa strutturarsi un sistema di prevenzione adeguato. L'efficacia delle misure è correlata all'assimilazione di comportamenti di alto contenuto valoriale ed etico, che costituiscono un indefettibile corollario

dei principi di buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione.

Per agire su tale imprescindibile aspetto sono state immaginate e riportate nel Piano della Formazione specifiche attività formative e informative ma anche di sensibilizzazione al tema della prevenzione della corruzione.

Eventi corruttivi

Fermo restando quanto riferito nel precedente PTPCT relativamente alla vicenda giudiziaria, risalente al periodo dicembre 2016/aprile 2017, denominata "Cartellino Rosso", ancora in corso e per la quale é stata notificata la richiesta di conclusione indagini prima e richiesta del GIP di rinvio a giudizio nei confronti di dipendenti di questa Azienda; nel corso del 2021 si è ravvisato un procedimento penale instaurato presso la Procura della Repubblica di Catanzaro per un dirigente responsabile di struttura aziendale.

I reati penalmente contestati sono ascrivibili alla mancata osservanza dell'art.97 della Costituzione riguardo il principio di buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione nonché alla violazione delle normative in materia di pubblico impiego. Tale procedimento è ancora pendente.

Nel marzo 2021 si è avuta notizia di alcuni dipendenti ed ex dipendenti indagati dalla procura di Catanzaro.

I reati contestati a vario titolo sono quelli di corruzione per atto contrario ai doveri d'ufficio, turbata libertà degli incanti e turbata libertà del procedimento di scelta del contraente in relazione a forniture di beni e servizi nel settore sanitario,

In ragione di ciò vi sono state perquisizioni presso gli Uffici amministrativi e all'interno di alcune Unità operative dell'Azienda ma anche dell'azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini" e dell'Università "Magna Graecia" e presso l'ASP di Cosenza.

Ciò in quanto alcuni degli indagati sono medici e docenti delle predette aziende e dell'Università.

Nel luglio 2021 si è venuti a conoscenza di rinvio a giudizio da parte della Procura di Catanzaro per il direttore dell'Unità operativa di ginecologia ed ostetricia universitaria nonché per altri tre dirigenti medici.

Secondo l'ipotesi della Procura l'agire di detti professionisti avrebbe procurato un danno alla pubblica amministrazione prescrivendo piani terapeutici a pazienti che non ne avevano diritto.

La condotta dei professionisti per come ricostruito dalla Procura avrebbe consentito un ingiusto vantaggio alle assistite ma un corrispondente danno al servizio sanitario regionale e all'azienda che non avrebbe incassato le somme a titolo di ticket.

Nel corso del 2021 l'AOPC ha, inoltre, proceduto a due licenziamenti senza preavviso di altrettanti dipendenti in ragione delle condotte poste in essere in violazione dei doveri d'ufficio.

3. Finalità generali del piano

Il PTPCT è lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e analizza un processo articolato in fasi, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e di illegalità.

Nel Piano si descrivono una serie di attività che devono condurre alla prevenzione partendo dall'analisi dei processi dell'organizzazione aziendale.

Il PTPCT è finalizzato a fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e di illegalità, mediante l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali tale rischio è più elevato.

Sebbene l'elaborazione del PTPCT spetti al RPCT, il PNA 2019 ha sottolineato il ruolo fondamentale che devono assumere gli organi di indirizzo nel processo di definizione delle strategie di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

In tale ottica, l'AOPC aziendale ha previsto che il governo efficace ed efficiente dell'Azienda si persegua attraverso l'azione unitaria della direzione strategica che individua obiettivi e destina al loro raggiungimento le risorse umane, economiche e tecniche necessarie.

La direzione strategica è costituita dal Direttore Generale ad oggi le funzioni del Direttore Generale sono svolte dal Commissario Straordinario in ragione delle previsioni del c.d. Decreto Calabria, dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario.

4. Soggetti, ruoli e responsabilità

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione sono:

- la direzione strategica, cui spetta la designazione del RPCT (al quale deve assicurare poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico), la definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, l'adozione del PTPCT nonché tutti gli atti generali finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- il RPCT;
- i direttori delle unità organizzative aziendali di diretta collaborazione della direzione strategica;
- i direttori/responsabili delle strutture organizzative aziendali;
- i referenti per la gestione del rischio corruttivo;
- i dipendenti dell'AOPC;
- l'organismo indipendente di Valutazione;
- l'ufficio procedimenti disciplinari;
- gli Stakeholders.

Relativamente al ruolo e alle funzioni del RPCT, l'ANAC ha adottato la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, con la quale, a seguito della ricognizione delle norme in vigore (ora raccolte nell'allegato 3 al PNA 2019), ha fornito ulteriori e puntuali indicazioni su compiti e responsabilità. La prevenzione della corruzione deve diventare un modus operandi dell'AOPC insinuandosi nell'organizzazione con misure idonee che riducano il rischio attraverso:

1. Misure oggettive atte a ridurre gli spazi per gli interessi particolari.

Tra queste misure può rientrare "Il sistema dei controlli interni".

Il sistema dei controlli interni dell'Azienda supporta la direzione strategica nel conseguimento degli obiettivi aziendali nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione

amministrativa. L'applicazione del sistema avviene tramite l'attivazione di funzioni, tra le quali si annoverano:

- il controllo di gestione;
- il risk management ;
- audit interno.

La funzione di controllo è infatti parte dell'attività ordinaria dell'Azienda tesa ad assicurare che i servizi siano erogati in conformità alle leggi e secondo l'effettiva opportunità di tutela dell'interesse pubblico. Accanto alle aree di controllo disciplinate dalla legge (controllo del collegio sindacale, controllo sugli atti, controllo strategico, controllo di gestione e controllo di qualità).

L'attività di controllo viene svolta attraverso un approccio collaborativo con le singole strutture, in una logica generale di miglioramento del sistema piuttosto che di sola sanzione delle situazioni non conformi

Nel corso del 2019 l'AOPC ha iniziato un graduale processo di integrazione delle funzioni che costituiscono il sistema dei controlli interni.

A seguito di tale attività sono decisi gli approfondimenti di audit per il 2020, sulle situazioni ritenute più critiche, sempre con l'ottica di giungere a miglioramenti dell'organizzazione.

Viene individuato quale obiettivo strategico per il periodo di vigenza del presente PTPC la prosecuzione di tale processo di integrazione, che sarà tradotto in obiettivi di performance e obiettivi individuali per le strutture e il personale delle stesse (a titolo esemplificativo: partecipazione alla redazione di una procedura aziendale per la gestione dei rischi e lo svolgimento di audit comuni sui processi mappati).

Nondimeno sono da ritenersi misure oggettive tutti i regolamenti che l'azienda ha adottato e che aggiorna nel tempo.

2. Misure soggettive, idonee a garantire l'imparzialità del funzionario pubblico che partecipa all'adozione di atti di gestione.

Queste misure saranno meglio sviluppate nel paragrafo dedicato all'obbligo di astensione in caso conflitto di interessi.

Direttori delle unità organizzative aziendali di diretta collaborazione della direzione strategica e i direttori/responsabili delle strutture organizzative aziendali.

Per consentire al RPCT di svolgere al meglio la propria attività, l'AOPC assicura il supporto di tutte le strutture aziendali e, in particolare, di quelle che dispongono di dati e informazioni utili e rilevanti ai fini dell'analisi del contesto interno e della corretta attuazione del processo di gestione del rischio nonché per l'attuazione del sistema di monitoraggio.

Assicura, altresì, il supporto dei responsabili degli uffici per la mappatura dei processi secondo le nuove indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA 2019.

Ai titolari degli uffici spetta, inoltre, il controllo e monitoraggio sulle attività connesse all'applicazione del Piano nei settori di rispettiva competenza, la diffusione della cultura della legalità oltre che la vigilanza sui comportamenti dei propri collaboratori.

In tale contesto, si inseriscono gli incontri periodici programmati dal RPCT per una verifica condivisa sull'andamento dell'applicazione delle misure previste dal PTPCT (monitoraggio) e per l'individuazione di azioni migliorative.

Contestualmente, proseguiranno gli incontri del RPCT per la condivisione del contenuto di determinazioni, delibere e linee guida specifiche emanate da ANAC o dalla Regione in materia di prevenzione della corruzione.

Al fine di semplificazione amministrativa all'atto della pubblicazione della deliberazione di approvazione del presente piano a ciascun direttore viene trasmessa posta elettronica utile ad evidenziare la pubblicazione del piano stesso. L'occasione è anche utile per la formalizzazione del referente

Ciascun direttore con cadenza annuale deve individuare Referente per la gestione del rischio corruttivo – di cui al paragrafo che segue- attraverso apposita comunicazione da inviare alla direzione strategica e per conoscenza al Responsabile Anticorruzione Trasparenza

Referenti per la gestione del rischio corruttivo

Per assicurare l'attuazione del Piano, nell'ottica dell'integrazione delle funzioni deputate al controllo, i titolari delle unità organizzative e responsabili degli uffici, individuano - preferibilmente nella figura del "referente" - la figura per la gestione del rischio corruttivo.

Tale figura, oltre a supportare i titolari delle unità organizzative e i responsabili degli uffici, grazie alla conoscenza dei processi in capo alla struttura cui appartengono, potrà, infatti, assicurare più efficacemente la mappatura dei processi stessi, l'identificazione dei rischi, l'individuazione di misure di prevenzione e l'individuazione di indicatori utili per il monitoraggio, evitando duplicazioni, ridondanze e inefficienze.

Concorrono, inoltre, nell'assicurare il rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza.

Per rendere la figura sempre di maggiore impatto per la gestione del rischio corruttivo appare imprescindibile la formulazione di specifiche attività formative volte a rendere ciascun referente soggetto tecnicamente e professionalmente formato.

I Dipendenti per la gestione del rischio corruttivo

Tutti i dipendenti dell'Azienda sono coinvolti, in rapporto ai livelli di responsabilità individuati, nell'implementazione delle attività correlate alla prevenzione della corruzione. L'art. 8 del D.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel PTPCT. Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è, infatti, decisivo per la qualità del PTPCT e delle relative misure.

Al fine di rendere ciascun dipendente in grado di contribuire maggiormente alla prevenzione del rischio corruttivo appare di notevole significatività la predisposizione di apposite tornate formative anche con focus mirati sulle specificità delle differenti aree aziendali.

Il principio ribadito anche dall'Autorità è difatti che personale maggiormente formato ed informato agisce in maniera conforme alle previsioni in ambito di contrasto e di prevenzione ai fenomeni corruttivi.

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

L'OIV riveste un ruolo importante nel coordinamento tra sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, assumendo un ruolo strategico nelle azioni di contrasto ai fenomeni corruttivi. Il quadro delle competenze ad essi dapprima attribuite dall'art.14 del d.lgs.150/2009, n.150 è stato successivamente modificato ed integrato dal d.l.90/2014 e dal d.p.r. del 9 maggio 2016, n.105 e, più recentemente, dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n.74. Anche il d.lgs.33/2013 e la legge 190/2012 hanno attribuito specifici compiti in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L'OIV espleta le seguenti attività:

- Verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico — gestionale e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- Verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT è tenuto a trasmettere allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'Amministrazione (art.1, co.14, della l.190/2012);
- Esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento;
- Verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione provvederà a segnalare all'O.I.V. eventuali comportamenti difforni dei dirigenti e del personale preposto rispetto agli adempimenti previsti nel presente Piano.
- Verifica nell'ambito delle attività di controllo strategico previste dal D.Lgs.n. 150/2009 la reale applicazione del PTPCT anche attraverso apposite metodologie.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)

L'art. 54, n. 3 del D.Lgs n. 165/2001 s.m.i. dispone che la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di

responsabilità disciplinare. La suddetta disposizione normativa implica la necessaria sinergia tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e l'U.P.D., per le funzioni esercitate da quest'ultimo nelle attività di contrasto dei comportamenti non corretti e in difformità delle norme assunti dai dipendenti.

L'U.P.D. composto da un Presidente, due componenti ed un segretario (senza diritto di voto) comunica con cadenza trimestrale e senza necessità di apposita richiesta al RPCT l'avvio e gli esiti dei procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti e del personale comunque interessato.

Stakeholders

L'ANAC raccomanda alle amministrazioni di realizzare forme di consultazione finalizzate a chiedere alla società civile e alle organizzazioni portatrici di interessi collettivi la formulazione di proposte da valutare in sede di predisposizione del PTPCT. Uno dei principali obiettivi perseguiti dal legislatore a quello di tutelare i diritti dei cittadini e attivare forme di controllo sociale sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Al fine di realizzare dette forme di consultazione si prevede la realizzazione di apposita Giornata c.d. della Trasparenza utile a rappresentare gli sforzi fatti dall'azienda in ambito anticorruptivo e di trasparenza nonché con la finalità di ricevere proposte e contributi

Settori e attività particolarmente esposti al rischio corruzione

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2013-2016, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, aveva definito quattro aree di rischio comuni e obbligatorie:

- Area acquisizione e progressione del personale;
- Area affidamento di lavori, servizi e forniture;
- Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per i destinatario;

prevedendo la possibilità per ogni Amministrazione di integrare queste aree anche in riferimento alle proprie specificità.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2019, approvato con Determinazione ANAC n.1064 del 13 novembre 2019, ha individuato Aree di Rischio più specifiche per la sanità, che sono alla base delle riflessioni condotte in ambito di “Cabina di Regia” PIAO per tutti i piani afferenti:

- Attività libero professionale
- Liste di attesa;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Le predette aree di rischio sono analizzate in apposito documento di specifica accluso al presente Piano al fine di garantire da un lato la snellezza richiesta dall’Autorità e la necessaria attenzione da porre in essere per prevenire efficacemente in tali ambiti

L'individuazione di aree con elevato rischio di corruzione è il primo passo per l'attuazione di azioni preventive e di contrasto al fenomeno della corruzione. La definizione di una mappatura del rischio permette di focalizzare l'attenzione dell'Amministrazione su specifici processi su cui v'è maggiore esposizione di corruzione. L'intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza.

La mappatura dei rischi contraddistinto come All. 1 sarà soggetto ad aggiornamenti soprattutto in ordine alle azioni di prevenzioni in quanto all’interno del Piano della Performance è immaginata la declinazione di specifici obiettivi operativi per tutte le UOC interessate.

Processo di gestione del rischio

La gestione del rischio è quell'insieme di attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo i processi aziendali, con riferimento al rischio. In altre parole può definirsi lo strumento da utilizzare nell'introduzione di misure in grado di modificare l'incidenza dei fattori di rischio, identificati nella fase di analisi, in relazione ai livelli di rischio considerati.

Il metodo di gestione del rischio utilizzato dall'AOPC di Catanzaro è stato attuato tenendo conto del criterio secondo il quale l'intero processo di gestione del rischio deve essere condotto mediante l'attivazione di meccanismi di consultazione dei dirigenti, per le aree di rispettiva competenza. La finalità di queste attività è quello di consentire l'emersione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione, già esistenti o di nuova istituzione.

La gestione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio, dal quale possono discendere l'adozione di eventuali misure correttive. Si riportano sinteticamente le fasi del processo:

La mappatura dei processi: consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase. Essa consente l'elaborazione del registro dei rischi.

L'identificazione dei processi è il primo passo da realizzare per uno svolgimento corretto della mappatura dei processi e consiste nella ricerca, nell'identificazione e descrizione dei rischi. Di solito si realizza mediante consultazione e confronto dei soggetti coinvolti, dall'analisi del contesto interno ed esterno e dai precedenti giudiziari o disciplinari

Per la fase di descrizione dei processi, considerata rilevante per identificare più agevolmente le criticità del processo in funzione delle sue modalità di svolgimento al fine di inserire dei correttivi, è stato chiesto, nel corso del 2021 ai Responsabili di confermare e/o descrivere le eventuali nuove fasi — attività dei processi.

L'analisi del rischio consiste nella valutazione delle probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce per giungere alla determinazione del livello di rischio. La ponderazione consiste, invece, nel considerare il rischio alla luce dell'analisi nel rapportarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. L'analisi del rischio permette di ottenere una classificazione degli stessi in base al livello di rischio più o meno elevato.

La fase di trattamento del rischio consiste nel processo per modificare il rischio, ossia nell'individuazione e valutazione delle misure che devono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quanti rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione.

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio a seguito delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica di efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Nel disegno normativo, l'adozione delle misure di prevenzione non può prescindere da un'approfondita analisi del contesto organizzativo dell'Azienda e dall'analisi e valutazione dei rischi specifici ai quali sono esposti le varie strutture.

Attraverso la mappatura del rischio, i dirigenti dell'AOPC di Catanzaro possono valutare, in piena autonomia, il livello di rischio al quale la propria struttura organizzativa è esposta e, di conseguenza, ove necessario, ripensare i modelli organizzativi e le procedure di gestione e di controllo.

Nel presente Piano, in aderenza al precedente, si è deciso di dare priorità di intervento, con le misure di prevenzione, ai processi che presentano un livello di rischio medio e alto e di inserire, pertanto, nel registro dei rischi allegato al presente atto i processi individuati con il suddetto livello di rischio.

La deliberazione ANAC n.1064 del 13 novembre 2019 nell'allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi", nel formulare la procedura di mappatura dei rischi, ha richiesto ai destinatari/compileri elementi più dettagliati e specifici. Il presente documento ha recepito, quanto più innovazioni possibili, programmando contestualmente un piano d'azione affinché si pervenga con gradualità alla definizione di quanto richiesto nella elaborazione del successivo documento programmatico.

Principi per la gestione del rischio

Per fare in modo che la gestione del rischio sia efficace si ritiene dover prendere in considerazione i seguenti principi:

La gestione del rischio crea e protegge il valore. La gestione del rischio contribuisce al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione.

La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione. La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento. La gestione del rischio è parte del processo decisionale. La gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala delle priorità delle azioni e distinguere tra linee di azioni alternative.

La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili. Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, osservazioni, informazioni di ritorno dai portatori di interesse, ed è in linea con il contesto esterno ed interno dell'organizzazione.

La gestione del rischio è trasparente ed inclusiva. Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori di interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori di interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio. La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione. Le organizzazioni dovrebbero sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio insieme a tutti gli altri aspetti della propria organizzazione

Misure per la riduzione del rischio

Le misure previste per la prevenzione della corruzione si suddividono in due categorie:

- Misure generali: quando si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, agendo, in modo trasversale, su tutta l'Amministrazione;
- Misure specifiche: quando incidono sui problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e, pertanto, sono ben caratterizzati rispetto al processo cui fanno riferimento.

La legge 190/2012 e s.m.i. e le disposizioni ANAC hanno individuato alcune misure di prevenzione obbligatorie, suddivisibili in queste categorie:

- Misure di Comportamento;
- Misure di Rotazione;
- Misure di Protezione;
- Misure di Formazione;
- Misure di regolamentazione/semplificazione/informatizzazione;
- Misure di Trasparenza.

Di seguito si tratterà degli istituti che si configurano quali misure obbligatorie comprese nelle sopra elencate categorie.

Metodologia per la valutazione del rischio

La mappatura delle aree/processi e la valutazione del rischio sarà quella proposta dal più volte richiamato allegato 1 al PNA 2019.

Saranno coinvolti da parte del RPCT tutti i direttori di struttura e i dirigenti responsabili nonché i referenti per la gestione del rischio corruttivo, per garantire entro il termine per l'adozione del PTPCT 2021 - 2023 l'applicazione del nuovo approccio valutativo.

Per assicurare al RPCT - cui spetta il coordinamento di tutto il processo di gestione del rischio corruttivo - il contributo attivo di tutti gli attori, saranno contrattati obiettivi di budget coerenti con l'obbligo di adottare la nuova metodologia, passando da un approccio di valutazione dell'esposizione al rischio di tipo quantitativo a un approccio qualitativo.

Trattamento e ponderazione del rischio

Sino alla conclusione del processo di gestione del rischio secondo la nuova metodologia, si continueranno ad applicare a tutti i processi gli strumenti preventivi contenuti nel presente PTPCT.

Proseguirà da parte del RPCT il monitoraggio delle azioni previste come meglio specificato nel successivo punto.

Il sistema di monitoraggio

I dirigenti provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura.

Oltre a richiedere ai direttori delle strutture delle aree a maggior rischio di inviare semestralmente una breve relazione al RPCT (anche se negativa), nella quale indicare i casi in cui è stato registrato un ritardo rispetto ai normali tempi procedurali e le misure adottate o programmate per eliminare l'anomalia.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Area a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti	Monitoraggio dei tempi	I direttori di SOC	Valutare la tempistica dei procedimenti	Segnalazioni dei direttori di uo	Entro 30gg dalla fine del semestre	Direttori di SOC

Misure di comportamento/etica/garanzia

Codice di comportamento - Diffusione buone pratiche e valori

Nel corso del 2019 è stato approvato il “Codice di comportamento aziendale”, sulla scia dell’adozione del DPR 16 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici”, a norma dell’art.54 del d.lgs. n. 165/2001.

Lo strumento dei Codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso

legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa.

Invero, il legislatore si è posto l'obiettivo di sensibilizzare tutti i cittadini che lavorano con le PA, quindi alle dirette dipendenze o che intrattengono collaborazioni remunerate a vario titolo, sull'adozione di uno stile di vita e l'assunzione di una condotta, nello svolgimento delle proprie attività, attento all'eticità, al rispetto delle cose comuni, all'esigenza di trasparenza, quale base comportamentale per prevenire e arginare fenomeni di corruzione.

Anche i delicati aspetti deontologici ed etici, connessi con l'attività istituzionale dell'AOPC, impongono al personale sanitario, l'adozione di ogni possibile iniziativa volta a migliorare la qualità delle prestazioni, dei servizi offerti al pubblico.

La diffusione capillare, l'interpretazione e la valorizzazione del Codice di comportamento generale e di quello aziendale a tutti i soggetti cui è rivolto, rappresenta un indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche.

Il codice di comportamento aziendale mira a essere uno strumento utile e indispensabile per prevenire i fenomeni di corruzione; a tal fine costituisce un elemento essenziale del PTPC.

La vigilanza che sia il DPR n. 62/2013 che il codice di comportamento aziendale pongono a carico del dirigente responsabile in materia di conflitto di interesse, costituisce un binomio ormai ineludibile data la vastità e le specificità delle situazioni in cui si può annidare l'interesse del singolo a scapito dell'interesse pubblico.

Nella fase di affinamento dell'analisi dei processi mappati, effettuata nel corso del 2019, è stato richiesto alle strutture responsabili di individuare - per ogni fase di ciascun processo - quali ulteriori e specifici doveri di comportamento dovessero essere assunti dai dipendenti come misure di prevenzione della corruzione. L'esito di tale analisi sarà utilizzato in sede di aggiornamento del codice di comportamento aziendale, unitamente alle indicazioni delle emanande linee guida in materia da parte dell'ANAC, allo scopo di "personalizzare" il codice stesso, così come raccomandato dalla stessa Autorità. Al fine di poter monitorare costantemente l'effettiva

applicazione del codice di comportamento aziendale, è richiesto al responsabile dell'UPD e al responsabile dell'URP di trasmettere una relazione annuale, anche se negativa, su eventuali procedimenti disciplinari attivati o su segnalazioni pervenute. Attraverso i diversi uffici competenti sono stati predisposti schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'amministrazione, prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici. La diffusione del documento è stata assicurata mediante la pubblicazione nella sezione Amministrazione Trasparente – sezione Atti generali – sottosezione Codice disciplinare e codice di Condotta del sito web istituzionale, la trasmissione via e-mail al personale dipendente, la consegna al personale neoassunto.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Area a rischio	Processo	Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte le strutture dell'azienda	Tutti	Codice di comportamento aziendale	SOC Gestione delle risorse umane	Diffondere un Comportamento etico	Consegna a tutti dipendenti dell'informativa sul codice di comportamento	All'atto dell'assunzione	Tutto il Personale neoassunto
Tutte le strutture dell'azienda	Tutti	Codice di Comportamento aziendale	RPCT SOC delle aree a rischio generale e specifico come individuate da linee guida	Diffondere un Comportamento del codice etico	Aggiornamento Codice aziendale	Entro termini indicati dalle linee guida	Tutto il personale
Tutte le strutture dell'azienda	Tutti	Codice di Comportamento aziendale	UOC Legale Ufficio procedimenti disciplinari	Monitoraggio dell'applicazione del codice di comportamento aziendale	Relazioni trasmesse	Entro il mese successivo alla scadenza del semestre	Il personale coinvolto

Le misure programmate per il monitoraggio relativo all'applicazione del Codice di Comportamento aziendale sono le seguenti:

Informazione sugli obblighi di condotta previsti dal Codice di Comportamento Aziendale ai dipendenti;

Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di conferma degli incarichi per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo;

Inserimento della condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento negli atti di gara, contratti e convenzioni per i collaboratori e dipendenti delle ditte fornitrici;

Comunicazioni al RPC delle violazioni alle norme del Codice di Comportamento e di altri illeciti di natura corruttiva;

Trasmissione al RPC della reportistica su: violazioni contestate ai dipendenti; procedimenti disciplinari attivati e conclusi; sanzioni erogate, e archiviazioni disposte;

Risultanze del monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento Aziendale.

Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali (oggetto di preventiva autorizzazione o di sola comunicazione) conferiti da altri enti privati o pubblici, può realizzare situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, che possono compromettere il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Stante la delicatezza delle situazioni di cui trattasi, è necessario garantire una efficace azione di monitoraggio degli incarichi extraistituzionali svolti dai dipendenti, siano essi oggetto di preventiva autorizzazione o siano solo oggetto di comunicazione.

La corruzione, dal canto suo, è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto in ogni fenomeno corruttivo è insito il prevalere di un interesse secondario su uno primario.

Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità è uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'art. 1, comma 41, della l. n. 190/2012 ha introdotto, con l'art. 6-bis della l. 7 agosto 1990, n. 241, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti

endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della PA, lesione anche potenziale all'immagine dell'AOPC.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

In quest'ottica l'AOPC ha implementato una policy aziendale in tema di conflitto di interessi, con l'obiettivo di:

1. creare consapevolezza dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, anche potenziale;
2. coadiuvare il responsabile dell'unità organizzativa che deve decidere sull'astensione, mediante la predisposizione di idonea modulistica, quali (a titolo esemplificativo):
 - dichiarazione pubblica di interessi: compensi per partecipazione a progetto sponsorizzato/consulenza scientifica;
 - dichiarazione insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse componenti tavolo tecnico per la predisposizione del capitolato di gara;
 - insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse componenti commissioni di gara;
 - insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse componenti commissioni di concorso.

Le violazioni delle norme in tema di conflitto di interessi possono dare luogo, oltre all'invalidità del procedimento e del suo provvedimento conclusivo, a responsabilità di carattere civile, penale, amministrativo, contabile e disciplinare, nonché a conseguenze/sanzioni di carattere pecuniario, in relazione alle fattispecie considerate.

L'Azienda in coerenza con la delibera ANAC n.158/2022, mira ad una gestione del possibile conflitto più efficace prevedendo obblighi dichiarativi e di astensione da parte dei soggetti che si trovano in situazioni di conflitto di interessi, anche solo potenziale, a tal fine si procederà ad una revisione dei regolamenti vigenti ed alla modulistica ad essi acclusa.

Conferimento incarichi extra-istituzionali

L'art.53 del d.lgs.165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle PP. AA. di cui all'art.1, comma 2. Secondo la citata norma i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per i delitti contro la pubblica amministrazione.

L'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012, contiene disposizioni particolari contenenti precisazioni volte a operare in settori esposti a elevato rischio corruttivo laddove l'affidabilità dell'interessato sia incisa da una sentenza di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Are a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
SOC Gestione Risorse Umane	Concorsi	Verifica	Direttori SOC	Verifica	Autocertifi	Autocertificazione	già Dipendenti delle
Provveditorato, Economato...	gare,	precedenti		mediante	cazione e	Verifiche a	strutture
SOC Tecnico e patrimoniale		penali		autocertificazione	verifica a campione	campione da implementare	interessate RPCT
				del'esistenza di precedenti penali			

Inconferibilità e incompatibilità

Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni sono disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n.39. Il Legislatore, infatti, per evitare situazioni che possano illecitamente favorire il preconstituirsi di situazioni favorevoli ad un successivo conferimento di incarico dirigenziale o che possano inquinare l'imparzialità dell'agire amministrativo, nel contemplare le ipotesi che determinano suddette situazioni, ha previsto che prima di conferire incarichi dirigenziali é necessario acquisire, da parte dell'interessato una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza delle condizioni previste dal decreto summenzionato e che, al fine di non incorrere in situazioni di incompatibilità è necessario che la causa che ne determina la circostanza possa essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato all'incarico incompatibile.

Contratti Pubblici in Sanità

Questa Azienda Ospedaliera, per superare lo stallo amministrativo del passato, ascrivibile in buona parte alla difficoltà di pianificare adeguatamente gli approvvigionamenti ed al reiterarsi di contesti emergenziali, ha avviato nel corso degli anni 2019, 2020 e 2021 un complesso iter di ricognizione dei fabbisogni/programmazione definitosi con l'avvio su scala aziendale di numerose procedure di affidamento ad evidenza pubblica di valore superiore alla soglia comunitaria.

Il lavoro fatto negli ultimi anni dall'Azienda nel settore degli appalti, è rivolto principalmente a superare le diffuse criticità presenti nei processi di acquisto sin dalla fase dell'individuazione del contraente.

Per superare tali rilevanti criticità si è operato prevalentemente in due direzioni: 1) dare avvio alle procedure di gara sopra soglia comunitaria per consentire il superamento dell'annosa problematica delle proroghe dei contratti; 2) un utilizzo generalizzato degli strumenti offerti da Consip spa, in particolare le Convenzioni e gli Accordi Quadro a cui questa Azienda sta aderendo.

Negli ultimi mesi l'attenzione della Direzione di questa Azienda è stata rivolta alla fase esecutiva dei contratti, in particolare quelli di servizi, la quale rappresenta il prossimo traguardo nell'azione di efficientamento dei processi di acquisizione di beni e servizi anche perché è in tale fase che si annida il rischio di alterazione del sinallagma contrattuale, con possibili

danni all'Azienda, agevolato dalla mancanza di controlli puntuali e dall'omessa applicazione delle penali.

Si è reso necessario ed improcrastinabile ipotizzare un monitoraggio dei principali contratti, per tale ragione, si è proceduto e si sta procedendo, al monitoraggio dei contratti di servizi, nonché quelli di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali.

Ulteriore misura definita da questa Azienda è stata l'applicazione, ai sensi dell'art. 106 comma 11 del Codice, per alcune procedure (procedura aperta, ovvero negoziata) la rinegoziazione del prezzo a condizioni più favorevoli per questa AO (ovvero ai sensi delle indicazioni di cui alla circolare congiunta MEF-Ministero salute del 19/2/2016).

Soccorre in tale prospettiva di misura l'art. 9 ter comma 3 D.L. n. 78/2015 convertito nella legge n. 125/2015, emanato in tema di razionalizzazione della spesa sanitaria, a norma del quale, ai fini della riduzione dei prezzi unitari dei contratti in essere (in un contesto di c.d. rinegoziazione) e, più in particolare, per avere un benchmark di riferimento, rinvia ai prezzi unitari presenti nell'articolata banca dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Ricorrendo alla norma sopra citata, l'Azienda individua i corrispettivi da riconoscere, da quantificarsi nel risultato derivante dall'applicazione del criterio della c.d. "Media Troncata" al 20%, corrispondente alla media aritmetica troncata al 20% dei prezzi unitari praticati nelle realtà sanitarie in un intervallo di riferimento pari agli ultimi 24 mesi: percentuale che, generando rispetto al quadro medio nazionale, una ragionevole diminuzione di profitti ed un apprezzabile risparmio, può rappresentare il sintetico e finale punto di contatto tra le contrapposte posizioni.

Patto d'integrità

L'art. 1, comma 17, della legge n. 190/2012 prevede che "Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara".

Il Patto di integrità costituisce uno degli strumenti più validi per prevenire la corruzione nell'ambito dell'affidamento dei contratti pubblici. Esso consiste nell'accordo tra l'Amministrazione Pubblica e i concorrenti alle

gare, di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espreso impegno anti-corrruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, finalizzati all'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione. Il personale, i collaboratori ed i consulenti dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio, impiegati ad ogni livello nell'espletamento della gara e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato, sono consapevoli del presente Patto d'Integrità, il cui spirito condividono pienamente, nonché delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto del medesimo.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di accesso l'Azienda Ospedaliera Pugliese - Ciaccio ed in particolar modo le strutture operative competenti ad espletare procedure di gara con riferimento all'acquisto di beni, servizi, forniture e lavori hanno adottato apposito patto.

Il Patto di integrità, su menzionato, viene inserito nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara quale parte integrante e sostanziale della legge speciale di gara. Nello specifico con tale patto di integrità viene stabilito il reciproco e formale obbligo della stazione appaltante operante nell'ambito dell'Azienda e dell'operatore economico “di, inderogabilmente, conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza, correttezza e buon clima nonché l'espreso impegno a non compiere alcun atto e/o comportamento teso ad influenzare indebitamente o distorcere in qualsiasi modo anche potenziale le procedure di acquisto e la corretta esecuzione degli eventuali contratti aggiudicati”.

Le eventuali violazioni del patto di integrità e i conseguenti provvedimenti adottati devono essere, altresì, tempestivamente comunicati dai Referenti Aziendali al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro - Pantouflage

La l. n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito durante l'attività lavorativa situazioni vantaggiose così da sfruttare a proprio vantaggio la sua posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

In merito, l'ANAC con l'orientamento n. 24 del 21 ottobre 2015 ha chiarito che le prescrizioni ed i divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo nei confronti dei dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto della PA, ma anche nei confronti dei dipendenti che — pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri — sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente.

L'AOPC di Catanzaro, in applicazione della suddetta disposizione, ha previsto, con deliberazione n. 307 del 20 aprile 2016, che prima della stipula dei contratti i soggetti giuridici rilascino apposita autocertificazione di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti dell'Azienda che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro dei dipendenti medesimi.

Misure di Rotazione

Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio corruzione, assume rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella

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

Come già rilevato nel Piano Triennale 2021-2023, data la specificità e la complessità delle Aziende Ospedaliere, si è convenuto che l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tenere conto delle peculiarità

professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. L'effettiva applicazione della misura che negli anni precedenti non ha potuto trovare applicazione, poiché, come riportato nel Piano precedente, l'Azienda è in fase di importanti cambiamenti organizzativi verrà posta in essere anche attraverso una mappatura degli incarichi dirigenziali e degli incarichi di posizione organizzativa in essere ed in ragione delle intervenute scadenze degli incarichi di direzione di UOC Amministrative e delle prossime scadenze degli incarichi di posizione organizzativa.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte quelle individuate nel piano	Tutti	Rotazione ordinaria o misure alternative (segregazione di funzioni)	I dirigenti delle aree a rischio come individuate	Affidare incarichi delicati a persone differenti o prevedere forme di controllo	Rotazione Responsabile del procedimento non coincidente con il dirigente responsabile	2022	Dirigenti/PO aree a rischio

Misure di protezione

Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower)

L'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001 disciplina la "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti".

La tutela dell'anonimato del dipendente che segnala illeciti è la principale misura operativa con deliberazione n. 545 del 2 settembre 2019, l'AOPC ha, altresì, adottato un regolamento disciplinante le misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti

L'Azienda Ospedaliera, ha adottato, nel mese di dicembre 2020, un sistema interamente web based, utilizzabile da qualsiasi device, anche mobile, per la gestione delle segnalazioni in conformità alle linee guida ANAC emanate con determinazione 6/2015 ed aggiornato alla legge 179/2017.

La soluzione consente non solo la gestione della fase di presentazione delle segnalazioni, ma anche il successivo procedimento di gestione. In ciò differenziandosi dalle altre soluzioni attualmente disponibili. Viene

assicurato, così, il massimo grado di riservatezza sia dei dati del segnalante che della stessa segnalazione, dal momento della presentazione al momento della definitiva chiusura, non essendo necessario in nessuna fase procedere a stampe, invii via email, ecc.

Ogni accesso alla segnalazione è tracciato (sia quelli dello stesso RPCT sia quelli dei soggetti interni eventualmente interessati da questi) e il RPCT potrà sempre visualizzare l'elenco di tutti gli accessi.

Il RPCT è l'unico soggetto abilitato, su sua specifica richiesta, sempre tracciata dal sistema, all'accesso ai dati del segnalante.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabilità	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti i processi aziendali	Whistleblowing	RPCT	Gestione delle segnalazioni	Aggiornamento del Regolamento adottato con delibera n.545 del 2/9/19 a seguito del nuovo applicativo	Entro 90 giorni	RPCT

Misure di formazione

Formazione

Si rinvia al Piano della Formazione al fine di evitare duplicazioni di contenuto

Misure di Trasparenza

Coordinamento con il PTPCT 2022-2024

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, tenuto conto delle indicazioni contenute nel PNA (Determinazione ANAC n. 12/2015), l'AOPC ha inserito la presente Sezione Trasparenza per il triennio 2022-2024 all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la rende disponibile a cittadini, enti e soggetti interessati; in esso sono esplicitate le modalità d'accesso, previa pubblicazione sul sito istituzionale www.aocz.it, alla sezione "Amministrazione Trasparente", dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

Secondo quanto previsto dalla Circolare n. 1/2013, par. 2.2, al fine di agevolare i percorsi connessi alla normativa in materia in un sistema organizzativo complesso, sono stati individuati dai rispettivi Direttori

responsabili/Dirigenti delle strutture operative coinvolte i Referenti Trasparenza individuati nella Tabella allegata alla Deliberazione del Commissario Straordinario n°1052 del 28/09/2022, che operano secondo le direttive impartite dal RPCT e sono periodicamente confermati o sostituiti.

La presente Sezione Trasparenza, costituisce l'atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, nel triennio 2022-2024, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati obbligatori prevedendo le azioni da intraprendere per migliorare la completezza delle informazioni richieste.

In particolare sono specificati i responsabili della produzione, trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni relative alla normativa sulla trasparenza.

I responsabili dell'elaborazione e della pubblicazione dei dati dovranno osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sul nuovo Sito istituzionale ai sensi dell'art. 6, co. 3 del D.Lgs. 97/2016:

- integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

Restano valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera ANAC n. 50/2013 con riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

Per quanto riguarda la durata ordinaria di pubblicazione, è fissata in 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co.3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15, co.4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito, ma possono essere oggetto di istanza accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n.33/2013.

Iniziative di comunicazione della Trasparenza

Giornate della Trasparenza

L'AOPC di Catanzaro organizzerà nell'anno 2022 e annualmente la Giornata della trasparenza prevista dall'art. 10, comma 6, del decreto legislativo n. 33/2013.

Con riguardo alle modalità di svolgimento della Giornata della trasparenza a livello centrale si ritiene di procedere nel 2022 con la presentazione dei principali documenti adottati dall'Azienda da parte dei Dirigenti responsabili delle Aree interessate, oltre alla diffusione e promozione degli strumenti utilizzati dall'Azienda per il raggiungimento dei propri fini istituzionali.

Tale modalità consente da un lato di portare l'attenzione degli utenti sulle principali attività e servizi dell'AOPC, inclusi gli aspetti delle performance, dell'integrità e della trasparenza e dall'altro di incoraggiare canali di dialogo con gli intervenuti.

Quale importante momento di incontro e dialogo con gli stakeholders, l'Azienda ospedaliera di Catanzaro presenterà l'attività svolta in materia di trasparenza, prevenzione della corruzione, non solo per creare un momento di confronto su temi specifici ma anche, e soprattutto, per far conoscere le iniziative e le strategie che l'Azienda ha posto in essere ed intende implementare per la soddisfazione dei bisogni dell'utenza.

Obiettivi strategici in materia di trasparenza

In linea con la specifica Area Strategica del PIAO, la trasparenza vuole contribuire a rendere palesi le risorse impiegate per la definizione, la formalizzazione e l'ottimizzazione dei processi primari clinico-assistenziali e dei processi sanitari, sociosanitari e amministrativi di supporto rispetto ai risultati conseguiti in termini di output di processo e di outcome di salute, consentendo così ai cittadini di esercitare un controllo diffuso sull'operato dell'AOPC.

L'AOPC intende, quindi, curare con particolare attenzione l'aggiornamento e l'inserimento delle informazioni dei dati relativi

all'organizzazione, alle attività, alle funzioni e alle responsabilità nella sezione "Amministrazione trasparente". A tale scopo, ha opportunamente aggiornato la tabella che individua per ogni obbligo informativo i responsabili della pubblicazione dei dati relativi e la relativa tempistica.

Strutture e dirigenti coinvolti

Nella tabella allegata al PTPCT sono chiaramente indicati i dirigenti ai quali è assegnata la responsabilità di garantire la pubblicazione delle informazioni, dei dati e dei documenti di competenza.

Ognuno di essi sarà debitamente formato in merito alla sua piena ed esclusiva responsabilità circa il corretto assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza, alla trasmissione all'ufficio competente e/o alla pubblicazione diretta nella sezione del sito "Amministrazione trasparente", nel pieno rispetto delle disposizioni in materia di tutela della riservatezza dei dati particolari.

Il RPCT, insieme al personale eventualmente messo a disposizione dalla Direzione Strategica, monitorerà periodicamente le sottosezioni della sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale per verificare il rispetto degli adempimenti richiesti ai singoli dirigenti, segnalando eventuali inadempienze agli uffici e/o soggetti competenti, come previsto dalle disposizioni vigenti.

Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi

L'aggiornamento e la rielaborazione della tabella che riassume gli obblighi di pubblicità con l'individuazione nominativa del responsabile della struttura è la misura minima indispensabile per garantire la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

Accertate le criticità di natura operativa della predetta tabella e nello spirito di addivenire ad una compiuta declinazione dell'area strategica prevista nel PIAO all'interno del Piano della performance saranno assegnati specifici obiettivi operativi alle strutture interessate al fine di proporre un modello organizzativo che consenta di rispondere efficacemente alle necessità di pubblicazione.

Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

La vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di pubblicazione dei dati è in capo ai direttori/responsabili delle unità organizzative, al RPCT, all'OIV ciascuno per quanto di competenza,

Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico e dell'accesso generalizzato

Per assicurare l'esercizio del diritto di accesso nella sezione "Amministrazione trasparente" sotto la voce "Altri contenuti/Accesso civico" sono pubblicate le necessarie modalità di esercizio del diritto, le informazioni relative al responsabile al quale può essere presentata la richiesta, nonché il nome del titolare del potere sostitutivo, in caso di inerzia, con i relativi riferimenti ed è stato istituito il Registro degli accessi.

Il "Regolamento aziendale in materia di accesso civico semplice, diritto di accesso civico generalizzato e del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi e sull'esercizio del diritto di accesso civico dell'azienda, approvato con deliberazione n. 491 del 22 luglio 2019 è stato pubblicato in "Amministrazione trasparente/Disposizioni generali/Atti amministrativi generali".

PERFORMANCE

La presente sottosezione sulla Performance viene sviluppata in coerenza ai principi fissati dal D.Lgs. n.150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", che prevede l'adozione di un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance" che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi. Il Piano della performance ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro si è prefissata per il triennio 2022-2024 garantendo ampia

trasparenza e diffusione delle informazioni. Per quanto riguarda gli obiettivi operativi si rimanda al addendum che verrà deliberato in seguito.

OBIETTIVI STRATEGICI

Il Piano delle Performance rappresenta in modo schematico e integrato il collegamento tra le linee programmatiche Regionali e la programmazione aziendale, in modo da garantire una visione unitaria e facilmente comprensibile della performance attesa dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio.

Costituiscono obiettivi strategici aziendali gli obiettivi assegnati al Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro (nominato Commissario", con D.CA del 8 gennaio 2021, n.1 ai sensi del art. 2 dl 10 novembre 2020, n. 150 conv in legge 30 dicembre 2020, n° 181) dal Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro con D.CA n.17 del 13 febbraio 2021.

Gli obiettivi strategici triennali funzionalmente legati alle strategie di creazione di valore pubblico espresse nella presente sottosezione

SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE

Area Strategica del Governo Clinico	Area Strategica del Governo Economico	Area Strategica del Governo dei Processi	Area Strategica del Governo della Trasparenza e Anticorruzione
<p>All'interno della quale vengono declinati obiettivi strategici legati alla produzione in termini di volumi e di tenuta e/o riqualificazione dell'offerta assistenziale in termini di qualità, efficienza ed appropriatezza delle prestazioni</p>	<p>All'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati al collegamento o tra Ciclo di Gestione della Performance e Ciclo di Programmazione e di Bilancio, al fine di realizzare la corretta allocazione delle risorse rispetto agli obiettivi e l'economicità dell'attività sanitaria ed amministrativa.</p>	<p>All'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati alla valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dei processi organizzativi e dell'attività sanitaria ed amministrativa rispetto alle attese degli stakeholder al fine di recuperare il livello di offerta assistenziale pre-covid ed ampliarlo laddove possibile.</p>	<p>All'interno della quale vengono declinati gli obiettivi strategici correlati al rafforzamento delle misure previste nel Piano Aziendale Anticorruzione e Trasparenza, attraverso un collegamento tra lo stesso ed il Ciclo di Gestione della Performance, nonché correlati al miglioramento dei livelli di trasparenza e pubblicità attraverso una tempestiva fruibilità all'esterno delle informazioni sul portale aziendale "Amministrazione Trasparente".</p>

VALORE PUBBLICO : “RISPONDERE, QUALE OSPEDALE HUB DELL’AREA CENTRALE DELLA CALABRIA, IN MANIERA EFFICIENTE ED EFFICACE AL BISOGNO DI SALUTE”

AREA STRATEGICA 1 GOVERNO CLINICO

Obiettivo Strategico 1.1” mantenimento livello qualitativo dei ricoveri e dei livelli assistenziali”

Descrizione	<p>L'obiettivo strategico concerne il miglioramento degli standard qualitativi aziendali. Nello specifico, il triennio di riferimento focalizza l'attenzione sia sul mantenimento di un indice di complessità dei casi trattati in linea con gli standard nazionali, che sulle attività necessarie e propedeutiche all'accreditamento della Breast Unit presso i migliori centri nazionali ed internazionali. In altri termini, l'obiettivo strategico è quello di valorizzare determinati processi e variabili al fine di perseguire e mantenere standard qualitativi, non solo quantitativi, in linea con le migliori performance nazionali.</p>
Dati di contesto	<p>La fine dello stato di emergenza (31 marzo 2022), non riporta purtroppo il contesto organizzativo in una condizione di "normalità", con riferimento sia alle risorse umane (assenze covid), sia all'organizzazione dell'assistenza .</p> <p>A fronte di ciò, l'AOPC al fine di continuare a rappresentare il principale driver dell'assistenza sanitaria nell'area centro della Calabria, con riferimento alle prestazioni 'per acuti' ma anche per quelle di specialistica ambulatoriale, tenendo conto anche dell'evoluzione della domanda di assistenza ospedaliera, lavorerà costantemente per consolidare la capacità acquisita di offrire servizi sanitari di alto livello, attenzionando la ricerca della "qualità," intesa come capacità di rispondere alle diverse esigenze dei pazienti, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che vi operano.</p> <p>Sempre in un ambito di miglioramento della qualità, la Breast Unit, nel prossimo triennio, si pone l'obiettivo di incrementare la qualità delle proprie prestazioni integrate in linea con i sistemi internazionali con Eusoma e Senonetwork.</p> <p>Al fine di perseguire, dunque, tale obiettivo nel medio periodo, l'Azienda potrà in essere le condizioni necessarie nel breve periodo. Nello specifico, l'implementazione di un' "Anagrafica pazienti" rappresenta un aspetto non rinviabile , attraverso</p>

	<p>l'utilizzo del sistema unificato di controllo e reporting Databreast che fornisce un ambiente virtuale che racchiude tutte le informazioni inerenti al trattamento del paziente della Breast Unit. Si tratta di un software multiutente in cui ogni unità operativa coinvolta nella Breast Unit</p> <ul style="list-style-type: none"> o Radiologia o Chirurgia senologica o Anatomia patologica o Chirurgia plastica o Medicina nucleare o Oncologia o Radioterapia <p>inserisce i dati relativi al trattamento effettuato sul paziente. Non sostituisce la cartella clinica, infatti non possono essere caricate immagini, <u>solo referti</u>.</p> <p>Nello specifico, vi è la raccolta di dati anagrafici, di screening, diagnostici, terapeutici, chirurgici, istologici, radioterapici, oncologici (terapia adiuvante), di follow up.</p> <p>Ulteriore condizione per la verifica di un innalzamento degli standard qualitativi di servizio è la capacità di attrazione del sistema Breast Unit, misurata attraverso l'incremento delle prese in carico delle nuove diagnosi di neoplasia maligna di utenti residenti fuori dalla provincia di CZ, tenuto conto che nel 2021 su 234 pazienti, 64 erano fuori provincia, pari al 27,3%.</p>
<p>Indicatori d'impatto</p>	<p>Il primo indicatore riguarda il mantenimento del peso medio dei ricoveri ordinari raggiunto nel 2021, posto che è stato registrato un incremento esponenziale rispetto al 2019 (anno pre-covid) del 7,93% .</p> <p>Il mantenimento del risultato qualitativo raggiunto nel 2021 (peso medio drg ricoveri totali= 1,36) rappresenta la tenuta di un risultato migliorativo e performante ed espressione della complessità della casistica, non oltremodo incrementabile in relazione alla conseguente sostenibilità economica . Si specifica che i target fanno riferimento al peso medio da mantenere nel triennio, salvo successivi Piani Operativi Regionali che permettano la sostenibilità organizzativa ed economica di livelli più alti.</p> <p>Il secondo indicatore prevede una fase di avvio per poi andare a regime. Nel 2022 si prevede la compilazione dei profili Databreast per i pazienti che presentano nuovi casi di neoplasie maligne registrati dopo il 01/06/2022. Questo per dare il tempo, a valle dell'assegnazione dell'obiettivo, di predisporre le attività propedeutiche (attivazione utenze, formazione degli operatori,</p>

ecc.).

Nel 2023 il target sarà pari al 40% dei nuovi casi di neoplasie maligne, coinvolgendo tutte le strutture della BU. Si darà precedenza, allo scopo di velocizzare il processo, alla compilazione delle cartelle che non prevedono terapie oncologiche adiuvanti.

Il terzo indicatore prevede la presa in carico delle nuove diagnosi di neoplasia maligna di utenti residenti fuori dalla provincia di CZ.

Nel 2021 64 su 234 erano di fuori provincia, pari al 27,3%.

I target tengono conto dell'incremento in termini assoluti di pazienti presi in carico dalla Breast Unit.

TITOLO	NUMERATORE	DENOMINATORE	Fonte	Modalità di acquisizione	Unità di misura	Peso (%)	Valore Iniziale	Target 2022	Target 2023	Targ 202
Miglioramento qualitativo dei ricoveri ordinari	Peso medio ricoveri totali ordinari		Indicatori	Sistema Informativo Aziendale	N.	30%	1,36	1,36	1,36	1,3
Compilazione dei profili in Databreast	N. di profili completi e correttamente compilati	N. di nuovi casi di neoplasie maligne registrati nel periodo di riferimento	Databreast	Diretta	%	35%	0	20	40	80
Attrazione Breast Unit	N. di utenti (residenti fuori provincia) trattati dalla BU nell'anno di riferimento	Totale pazienti trattati dalla BU nell'anno di riferimento	Databreast	Diretta	%	35%	27,3	30	35	40

AREA STRATEGICA 1 GOVERNO CLINICO

Obiettivo Strategico 1.2 " Incremento offerta assistenziale anche con riguardo alle reti regionali "

Descrizione	<p>L'obiettivo strategico nasce in un contesto in cui, nel garantire all'utenza l'offerta prestazionale in termini quali-quantitativi del periodo pre-covid, in continuità con quanto avviato nel precedente Piano delle Performance 2021-2023 , vi è l'intento di incrementare l' indice di attrattività dei professionale delle qualità delle prestazioni erogate.</p> <p>Ciò può essere concretizzato, offrendo, per determinate patologie un diverso setting assistenziale che garantisca all'utente una completa presa in carico dello stesso che per il trattamento di alcune patologie, imprescindibile ormai divenuto elemento per assicurare l'efficacia del trattamento stesso.</p>
Dati di contesto	<p>Nel corso del 2021, all'interno del Dipartimento Neuroscienze ed Organi di Senso sono stati approvati dei PDTA (PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ED ASSISTENZIALI) dedicati al trattamento di specifiche patologie, trasmessi al competente dipartimento regionale per l'approvazione dei relativi PAC.</p> <p>Nel corso degli anni successivi al 2021, l'azienda intende</p>

	<p>propulsare l'erogazione dei suddetti PAC (per alcuni dei quali è già stata avviata nel 2021), stante la multidisciplinarietà degli stessi che investirà più strutture del dipartimento Neuroscienze direttamente (e , trasversalmente, di altri dipartimenti) ed essendo gli stessi tipici di centri di riferimento nazionale per la specifica tipologia di assistenza.</p> <p>I PAC oggetto di attenzione riguardano : il trattamento delle cefalee (PAC 19) ed il trattamento dei disturbi dell'equilibrio (PAC 02).</p> <p>Inoltre, considerato il ruolo che l'Azienda riveste nella rete oncologica (istituita con DCA 10/2015) quale Hub dell'area Centro, l'identificazione di un "Punto di Accesso" alle cure oncologiche risponderebbe agli intenti manifestati nel suddetto decreto, con un significativo contributo alla riduzione della migrazione sanitaria per accesso a percorsi di cure oncologiche. La presenza di un Centro di Accoglienza Oncologica (C.A.O) , indirizzando il paziente verso la visita specialistica ambulatoriale o direttamente al Team multidisciplinare di riferimento, garantirà una visione complessiva del paziente, stabilendo i percorsi diagnostici e di cura più appropriati, offrendo così un servizio di grande utilità pratica volto a facilitare l'accesso alla struttura e ad accompagnarlo durante l'intero percorso di cura. Altro aspetto da evidenziare è quello relativo al collegamento tra l'ospedale ed il territorio che il CAO garantirà attraverso l'organizzazione dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ,la verifica delle richieste di prestazioni diagnostiche e comunque la gestione delle informazioni relative al paziente. Tale collegamento richiede l'impegno di una risorsa dell'azienda sanitaria dedicata alla funzione di CAO</p>
<p>Indicatori d'impatto</p>	<p>Il primo indicatore prevede l'incremento dell'indice di attrattività del Centro per il trattamento delle cefalee con riferimento ai pazienti provenienti dalle altre province (Cosenza-Reggio Calabria-Vibo e Crotone), trattati con il setting assistenziale del PAC 19.</p> <p>Il secondo indicatore prevede l'incremento dell'indice di attrattività per il trattamento dei disturbi dell'equilibrio con riferimento ai pazienti provenienti dalle altre province (Cosenza-Reggio Calabria-Vibo e Crotone), trattati con il setting assistenziale del PAC 02.</p> <p>Il secondo indicatore prevede la costituzione di un Centro di Accoglienza Oncologico C.A.O. con strutturazione delle modalità di accesso, dei percorsi diagnostici e di cura , finalizzata al completo funzionamento ed operatività negli anni successivi per specifici ambiti di patologia, iniziando con la patologia oncologica toracica, poi con quella intestinale e prostatica, considerati i più ampi ambiti di patologia e le più frequenti problematiche che producono richiesta di presa in carico. Successivamente, testato il carico sulle risorse a disposizione, saranno attivati prese in carico e percorsi per altre patologie.</p> <p>La costituzione del CAO prevede i seguenti elementi essenziali:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> a) l'assegnazione di una unità di personale deputata al contatto con l'esterno, per le richieste di presa incarico di pazienti oncologici o sospetti tali, e per l'apertura del percorso diagnostico-terapeutico specifico; b) l'individuazione di una unità di personale aggiuntiva con funzione di Case Manager al fine di "tenere le fila" dei percorsi diagnostici terapeutici di ogni paziente, effettuando la prenotazione delle necessarie prestazioni e recuperando referti da sottoporre all'oncologo referente di patologia o all'Unità di Valutazione Multidisciplinare per le decisioni opportune; c) l'individuazione di "slot" prestazionali con le aree diagnostiche dell'azienda per ciascuna specialità correlabile a patologia oncologica; d) la dotazione di postazione dedicata con numero di telefono dedicato e computer connesso in rete per la registrazione dei casi, la pianificazione delle prese in carico e il monitoraggio del percorso.
<p>AREA STRATEGICA 1 GOVERNO CLINICO</p> <p><i>Obiettivo Strategico 1.3 " Miglioramento livello di aderenza al Programma Nazionale Esiti"</i></p>	
<p>D e s c r i z i o n e</p>	<p>L'obiettivo è quello mantenere gli attuali standard assistenziali attenzionati dal Programma Nazionale Esiti e progressivamente migliorare le criticità rilevate dallo stesso.</p>

Il Programma nazionale esiti è un'attività istituzionale del Servizio sanitario italiano che fornisce valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure prodotte nell'ambito del SSN. Il Programma Nazionale Esiti è sviluppato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), ente pubblico non economico, sottoposto alla vigilanza del Ministero della Salute. L'Agenas per conto del Ministero della Salute non produce classifiche, graduatorie o giudizi, ma rappresenta uno strumento operativo a disposizione delle regioni, delle aziende e degli operatori per il miglioramento delle performance e per l'analisi delle criticità, attraverso attività di audit. I dati del Programma nazionale esiti vengono elaborati a partire dai flussi informativi nazionali. I risultati di PNE sono infine pubblicati sul sito web dedicato a cui è possibile accedere anche dall'home page del sito del Ministero della Salute e di Agenas.

L' AOPC, già nei precedenti Piani della Performance si è impegnata nel miglioramento progressivo delle criticità rilevate dalle treemap del Programma Nazionale Esiti . I miglioramenti fino'ora registrati, e che il PNE ha documentato per i diversi ambiti clinici, sono ascrivibili alle numerose iniziative intraprese dall'Azienda a supporto delle performance assistenziali. Tuttavia, un potente meccanismo in grado di sostenere il cambiamento è senz'altro derivato dall'osservazione dei risultati raggiunti, e dalle dinamiche virtuose di ottimizzazione innescate dai professionisti, non solo in risposta a forme di incentivazione, ma anche come affermazione orgogliosa della propria professionalità.

Il confronto delle tre ultime rilevazioni , (treemap edizione 2019-2020-2021) evidenzia importanti risultati:

- assenza, rispetto al passato di ambiti assistenziali con un livello di aderenza “molto basso” .
- tenuta di un livello di aderenza “alto” dell'ambito assistenziale “chirurgia generale”.
- Raggiungimento di un livello di aderenza “molto alto” dell'ambito assistenziale “cardiocircolatorio”

Tuttavia è oggetto di attenzione il posizionamento di alcuni ambiti

assistenziali che sono inseriti in un livello di aderenza “medio” o in livello di aderenza “basso”. Sicuramente tali esiti sono anche conseguenza della situazione determinata dall'emergenza pandemica e dall'impatto COVID-19 sui servizi sanitari , anche in termini di mancate prestazioni e di ritardi nell'accesso alle cure, **tenuto soprattutto conto che l'ambito assistenziale caratterizzato da un livello di aderenza “basso” è relativo alla Chirurgia Oncologica, rispetto alla quale l'impatto Covid 19 è rappresentato da ritardi nell'accesso alle cure anche per valutazioni proprie dei pazienti di rinvio nell'accesso stesso, non evitabili e gestibili preventivamente .**

I
n
d
i
c
a
t
o
r
i

d
,
i
m
p
a
t
t
o

L'indicatore rappresenta il compendio dello **sforzo assistenziale** teso **al mantenimento del miglioramento** registrato rispetto alle criticità riscontrate nel Piano Nazionale Esiti. Il mantenimento dello standard raggiunto si considera un risultato comunque sfidante, tenuto conto che la tenuta degli attuali livelli di aderenza (accettabili, con un solo posizionamento “basso”) rappresentano un risultato per nulla scontato in un contesto emergenziale ed in evoluzione.

Esso è calcolato quale percentuale del numero di aree in cui l'Azienda risulta non aderente agli standard di qualità del Piano Nazionale Esiti (aree con colori arancione e marrone) rispetto al totale delle aree sulla quale la stessa è valutata (7 aree). Il valore iniziale fa riferimento ai dati del Piano Esiti – edizione 2020 – e rappresenta la percentuale derivante dal rapporto tra le aree con livello di aderenza agli standard di qualità “basso-molto basso” (nr. 1), rispetto alle 7 totali.

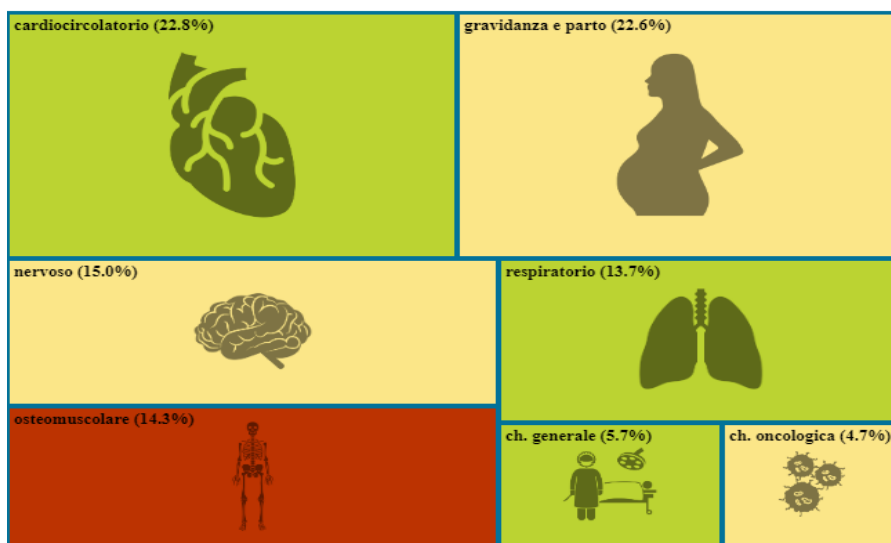
Le aree ed il relativo livello di aderenza sono rappresentate nei treemap pubblicati nel Piano Nazionale Esiti.

I treemap, o mappe ad albero, sono dei grafici che consentono di

mostrare facilmente grosse quantità di dati organizzati in modo gerarchico sotto forma di rettangoli nidificati; ciascun rettangolo, infatti, può contenere a sua volta altri rettangoli più piccoli, che ne rappresentano un sottolivello. I rettangoli possono avere varie dimensioni e colori e l'area di ciascun rettangolo è proporzionale alla quantità di dati che rappresenta.

Sono state individuate 7 aree cliniche principali: cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. A ciascuna area clinica è stato attribuito un peso sulla base dei volumi di attività della struttura ospedaliera in esame. Il peso è stato calcolato come rapporto tra il numero dei ricoveri in regime ordinario con degenza maggiore di 1 giorno relativi all'area clinica in esame sul totale dei ricoveri in regime ordinario con degenza maggiore di 1 giorno per le sole 7 aree cliniche individuate. Il calcolo non include l'attività esclusivamente diagnostica.

Livello di aderenza a standard di qualità

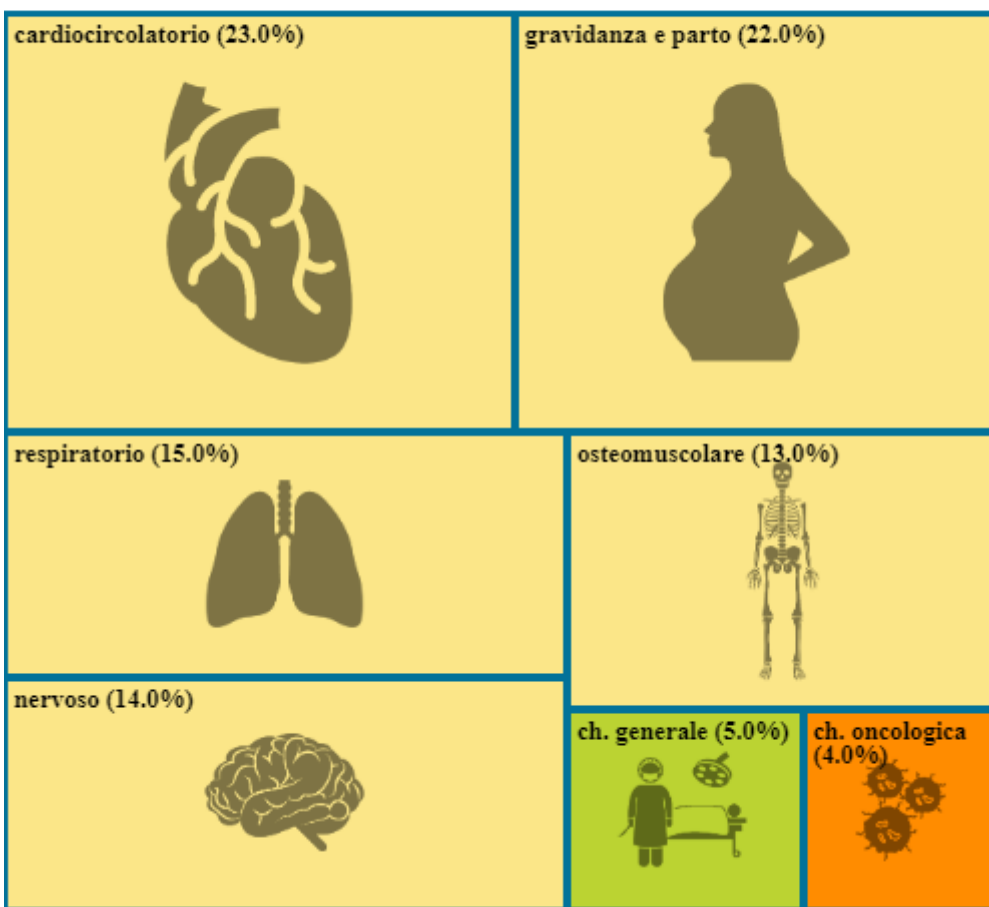


TREEMAP PNE EDIZIONE 2019

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



TREEMAP PNE EDIZIONE 2020

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



TREEMAP PNE EDIZIONE 2021

Titolo	Numeratore	Denominatore	Fonte	Modalità di acquisizione	Unità di misura	Peso (%)	Valore Iniziale	Target 2022	Target 2023
Incremento indice attrattività Centro Cefalee	Nr. pazienti trattati con pac 19 con provenienza fuori provincia cz	Nr. pazienti totali con pac 19	Sistema Informativo Aziendale		N.	25%	inserir e		
Incremento indice attrattività trattamento disturbi dell'equilibrio	Nr. pazienti trattati con pac 02 con provenienza fuori provincia cz	Nr. pazienti totali con pac 19	Sistema Informativo Aziendale		N.	25%	inserir e		
Formalizzazione con atto deliberativo ENTRO IL 31-12-2022 degli elementi costitutivi del CAO	NR. elementi formalizzati	NR. 4 elementi costitutivi previsti	Direzione Medica di Presidio	Albo pretorio	%	50%	0	Costituzione CAO	Operatività CAO per patologia oncologica toracica

AREA STRATEGICA 1 GOVERNO CLINICO

Obiettivo Strategico 1.3 " Miglioramento livello di aderenza al Programma Nazionale Esiti"

Titolo	Numeratore	Denominatore	Fonte	Modalità di acquisizione	Unità di misura	Peso (%)	Valore Iniziale	Target 2022	Target 2023
Riduzione delle aree di criticità nel freemap del Programma Nazionale Esiti (1/7)	Numero di aree in cui l'Azienda risulta non pienamente aderente (nr.1) (nella figura sopra riportata = aree il cui livello di aderenza è rappresentato con colori diversi dal verde "alto-molto alto livello di aderenza" e dal beige "medio livello di aderenza"	Numero totale di aree in cui l'Azienda viene valutata (nr. 7)	Piano Nazionale Esiti	Tabella riassuntiva degli indicatori di volume, di esito e di efficienza previsti dal PNE	%	100	14	0	0

AREA STRATEGICA 2 GOVERNO ECONOMICO

Obiettivo Strategico 2.1 " Ricavi da prestazioni specialistiche e da ricovero coerenti con vincoli Bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2023/2024.(Delibera N°1228/2021 del 15/11/2021)

Descrizione	L'obiettivo si propone di mantenere il valore della produzione registrato nel 2021, in coerenza con le previsioni di bilancio 2022 e pluriennale 2024.
Dati di contesto	L'AOPC quale leva strategica per la correzione del disavanzo e la copertura integrale dei costi legati alle attività assistenziali, si propone l'obiettivo di mantenere i ricavi prestazionali registrati nel

	<p>2021 (ricoveri, prestazioni specialistiche, rendicontazione farmaci inseriti nel file F *), ponendo in essere tutte le azioni necessarie volte ad assicurare la piena sostenibilità economica delle attività assistenziali e attivando i posti letto di determinate specialità, non attivati negli anni 2020-2021 per effetto della gestione dell'emergenza Covid 19 .</p> <p><i>* il File F è un documento amministrativo che si presenta nella forma di tracciato informatico, per la rendicontazione di farmaci ad alto costo somministrati in ospedale in regime ambulatoriale o distribuiti per terapie domiciliari . La produzione e l'invio del file al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e Finanze costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.</i></p>
<p>Indicatori d'impatto</p>	<p>Il primo indicatore riguarda il mantenimento della produzione totale per attività di ricovero (ordinario - day hospital- day surgery) , di attività di specialistica ambulatoriale e di file F rilevati nel 2021. Si specifica il valore di produzione a cui fare riferimento sarà quello relativo alla produzione effettiva di prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale dell'Azienda al 31/12/2022, che per il 2021 risultavano nettamente superiori a quelli indicati mod. C.E. del IV trimestre 2021, predisposto sulla base del riparto provvisorio delle risorse approvato con D.C.A. 129 del 21/10/2021 e della Tabella M trasmessa dal Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari, così come risultava significativamente più elevato il controvalore dei farmaci rientranti nel flusso (file F).</p> <p>Link di collegamento a DELIBERA N. 473/2022 del 31/05/2022 RINVIO ADOZIONE BILANCIO DI ESERCIZIO 2021 per dettaglio</p> <p>Il target 2022 tiene conto dell'attuale contesto di fine emergenza. Laddove dovrebbero esserci modifiche, il target dovrà necessariamente essere rimodulato o comunque abbattuto in proporzione ai gg/mesi di eventuale blocco dei ricoveri e degli ambulatori e tenuto conto dei minori ricavi legati alla mancata attivazione dei posti letto che dovranno essere attivati nelle diverse specialità (es. cardiologia interventistica), con relativi minori ricavi rispetto alle previsioni inserite nello stesso programma di budget, da valutare a consuntivo. Il target relativo al 2024, sarà oggetto di rivisitazione, tenuto conto del successivo programma triennale di budget</p> <p>Il secondo indicatore riguarda i maggiori ricavi che si attendono dall'erogazione di nuovi Pac e dall'incremento dei volumi prestazionali, che renderanno possibile il mantenimento dei valori di produzione registrati nel 2021, che risentivano delle attività di laboratorio cresciute in modo esponenziale , essendo condizionate dall'emergenza Covid 19.</p>

Titolo	Numeratore	Denominatore	Fonte	Modalità di acquisizione	Unità di misura	Peso (%)	Valore Iniziale	Target 2022	Target 2023
Mantenimento valore ricavi per prestazioni da ricovero, prestazioni specialistiche, file F. registrati nel 2021 e riportati nella DELIBERA N. 473/2022 del 31/05/2022 RINVIO ADOZIONE BILANCIO DI ESERCIZIO 2021	Ricavi da Conto Economico Consuntivo 2022		Conto Economico Consuntivo 2022	Direzione Amministrativa Area Economico Finanziaria - Area Programmazione e Controllo	Euro	50	134.325.660,3 €	134.325.660,3 €	
Mantenimento valore ricavi per prestazioni specialistiche 2021 e riportati nella DELIBERA N. 473/2022 del 31/05/2022 RINVIO ADOZIONE BILANCIO DI ESERCIZIO 2021	Ricavi da Prestazioni Specialistiche da Conto Economico Consuntivo 2022		Sistema Informativo Aziendale	Direzione Amministrativa Area Economico Finanziaria - Area Programmazione e Controllo	Euro	50	24.016.321,27 €	24.016.321,27 €	

AREA STRATEGICA 3 GOVERNO DEI PROCESSI

Obiettivo Strategico 3.1 “ Raccordo tra Piani : Piano Performance e Piano di Recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SARS-COV-2 ”.

Descrizione

Il tema delle liste di attesa è certamente uno tra i più importanti e difficili per il Servizio Sanitario anche perché impatta significativamente sulla percezione che l'utente ha della qualità ed efficienza del servizio erogato dall'Azienda Ospedaliera che, nell'ambito dell'area centro, è considerata dai pazienti „la principale porta di accesso” alle prestazioni sanitarie, ivi comprese quelle di specialistica ambulatoriale ancorché tipicamente erogate nell'ambito della medicina territoriale.

La continuazione del percorso, già avviato con il precedente Piano della Performance, si inserisce tra gli obiettivi strategici aziendali considerato che l'elevata complessità del fenomeno è stata aggravata, negli ultimi anni, dalla pandemia da covid-19 che, come è noto, ha avuto un impatto rilevante sui tempi di attesa a causa della sospensione determinata dalle varie ordinanze di protezione civile che, per ragioni di sanità pubblica, hanno imposto la sospensione delle prestazioni sanitarie non urgenti ovvero non differibili onde limitare il contagio da coronavirus.

Considerato il gap assistenziale conseguente al periodo pandemico, assume rilevanza strategica la completa aderenza a quanto previsto nel Piano di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2,

	<p>predisposto e concordato con le varie articolazioni aziendali, al fine di individuare i processi organizzativi ed assistenziali utili ad incrementare l'offerta quali-quantitativa delle prestazioni chirurgiche e di specialistica ambulatoriale, con conseguente riduzione dei tempi di attesa rilevati al 1 gennaio 2022.</p>
<p>Dati di contesto</p>	<p>Il Commissario ad acta per la Sanità, con DCA n.13 del 25 febbraio 2022, ha approvato il "Piano di recupero per le liste d'attesa, ai sensi della legge 30 dicembre 2021, n. 234 - articolo 1, commi 276 e 279" assegnando le relative risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del SSR.</p> <p>In coerenza con il Piano operativo di cui sopra, che demanda ad ogni azienda l'individuazione delle modalità organizzative per colmare il gap assistenziale conseguente al periodo pandemico, con delibera nr. 387/2022 del 15/04/2022, l'azienda ha adottato il Piano Operativo volto a definire, nel dettaglio, le concrete modalità attuative del programma di recupero delle liste d'attesa, secondo le indicazioni e la metodologia definita con il citato DCA n.13/2022, con riferimento alle prestazioni chirurgiche e di specialistica ambulatoriale, presenti nelle liste d'attesa al 31 gennaio 2022.</p> <p>Le azioni correlate al recupero delle prestazioni chirurgiche sono state declinate attenendosi al modello operativo definito nell'Allegato n.5 del DCA n.13/2022, mentre l'operationalizzazione del citato modello è stata affidata al Direttore Medico di Presidio affiancato dal Responsabile Unico Aziendale (RUA) che è responsabile dell'intero percorso chirurgico ed individuato nel Direttore del Dipartimento di Neuroscienze. Il RUA dovrà definire interventi, anche formativi, che garantiscano che le fasi di accoglienza dei pazienti, di informazione e di gestione della permanenza in lista siano gestite con idonee competenze da parte degli operatori coinvolti.</p> <p>Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, oggetto del Piano Operativo aziendale sono state le prime visite e le visite di controllo, la chirurgia ambulatoriale, le prestazioni monitorate dal PNGLA 2019/2021, recepito con DCA n.88 del 23 maggio 2019. La quantificazione del fabbisogno è stata effettuata sulla base delle liste di attesa presenti nel sistema CUP aziendale al 1 gennaio 2022 sulla scorta dei seguenti criteri di priorità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche (prime visite e diagnostica per il paziente oncologico); 2) recupero delle visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare); 3) recupero delle prestazioni inserite nel PNGLA 2019-2021 in base ai risultati dei monitoraggi trimestrali ex ante per classi di priorità.
	<p>L'indicatore è espressione del recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2, inteso quale sommatoria dei volumi erogati nel 2021 ed i volumi di</p>

recupero attesi esplicitati analiticamente all'interno del Piano di recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2.

Il valore iniziale è da intendersi quale sommatoria dei volumi prestazionali da recuperare.

I Target per gli anni successivi al 2022 non possono essere oggetto di definizione ex ante, stante la necessaria considerazione dei risultati raggiunti alla fine del primo anno (2022) ai fini della determinazione dei successivi step di miglioramento.

Titolo	Numeratore	Denominatore	Fonte	Modalità di acquisizione	Unità di misura	Peso (%)	Valore Iniziale	Target 2022	Target 2023
Recupero prestazioni sanitarie previste dal Piano di recupero di cui alla delibera nr. 387/2022 del 15/04/2022	Nr. prestazioni erogate nel 2022		SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	DMP	%	40	Volumi prestazioni 2021	Σ prestazioni attese da Piano = + volumi prestazioni 2021	
Recupero interventi chirurgici previsti dal Piano di recupero di cui alla delibera nr. 387/2022 del 15/04/2022	Nr. Interventi Chirurgici 2022		SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	DMP	%	60	Nr. interventi chirurgici 2021	Σ interventi chirurgici attesi da Piano + interventi chirurgici 2021	

AREA STRATEGICA 4 GOVERNO DEI FENOMENI ANTICORRUPTIVI E DELLA TRASPARENZA

Obiettivo Strategico 3.1 “ Raccordo tra Piani : Piano Performance e Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2023-2024

Descrizione

L'attenzione rivolta negli ultimi anni dalla direzione strategica agli aspetti anticorruptivi e di trasparenza, ha evidenziato la necessità di rafforzare, integrare e/o modificare le azioni già implementate, attraverso una revisione degli attuali processi di prevenzione della corruzione e del modello organizzativo di riferimento per gli adempimenti di pubblicità e trasparenza.

Tenuto conto della Mappatura del Rischio effettuata dal RPCT all'interno del II Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2023-2024, assume rilevanza strategica la revisione dei contenuti delle misure obbligatorie previste per le aree con livello di rischio medio-alto

	<p>Altresì con riferimento agli adempimenti di pubblicità e trasparenza, poiché l'attuale modello organizzativo in alcuni casi ha evidenziato latenze nella tempistica di pubblicazione, determinata anche dalla non adeguata formazione del personale addetto, appare improcrastinabile avviare in tempi brevi specifici percorsi formativi e giornate dedicate alla "trasparenza", con contestuale revisione del modello organizzativo che consenta di adempiere tempestivamente, regolarmente ed analiticamente agli obblighi di pubblicità derivanti dal D.Lgs. 33/2013, dalla legge 190/2012 nonché da successivi provvedimenti di integrazione e/o modifica.</p>
<p>Dati di contesto</p>	<p>Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2023-2024 dell'Azienda Ospedaliera Pugliese – Ciaccio, pur redatto in continuità con i precedenti piani, è stato elaborato sulla scorta delle direttive del PNA 2019, con particolare riguardo alle indicazioni metodologiche per la gestione del rischio corruttivo fornite dall'Autorità nazionale anticorruzione – ANAC- ma anche in considerazione della necessità di predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione di cui al DL n. 80/2021 convertito in legge n. 113/2021. Si richiama e si conferma quanto previsto dall'art. 9 par. 4 del Regolamento del sistema di misurazione e valutazione della performance e del sistema premiale dell'Azienda Pugliese Ciaccio di Catanzaro approvato con delibera nr. 594 del 01-10-2019, che prevede che nella performance organizzativa siano contemplate anche le misure di prevenzione della corruzione e di quelle volte a migliorare la trasparenza nell'AOPC previste dallo stesso Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. La percentuale di incidenza di queste misure, comunque non inferiore al 10% rispetto all'incidenza della performance organizzativa, è determinata annualmente nel Piano della Performance che in assenza di specifiche indicazioni è pari al 10% rispetto all'incidenza della performance organizzativa dei direttori di Dipartimento - UOC/UOD.</p> <p>Altresì, nella predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, il Valore Pubblico che l'Azienda ha immaginato di perseguire risponde al seguente rationale: "Rispondere, quale Ospedale Hub dell'Area Centrale della Calabria, in maniera efficiente ed efficace al bisogno di salute considerando aspetti imprescindibili quelli anticorrottivi e di trasparenza"</p>
	<p>Il primo indicatore è espressione della volontà dell'Azienda di agire sull'attività che ciascun direttore di struttura (in modo particolare strutture Amministrative) deve avere in ordine a modelli di prevenzione delle azioni corruttive. Solo in questo modo è possibile agire concretamente, in quanto l'azione di prevenzione è strutturata dai soggetti che quotidianamente sono coinvolte nelle attività a rischio corruttivo, con conseguente impatto positivi sull'assenza di eventi corruttivi</p> <p>Il secondo indicatore è espressione dalla predisposizione di provvedimenti utili a definire un apposito modello organizzativo che</p>

consenta di adempiere tempestivamente, regolarmente ed analiticamente agli obblighi di pubblicità derivanti dal D.Lgs. 33/2013, dalla legge 190/2012 nonché da successivi provvedimenti di integrazione e/o modifica . L'indicatore è performante con il superamento delle criticità in ordine agli adempimenti ANAC di verifica e monitoraggio degli obblighi di pubblicità.

Titolo	Numeratore	Denominatore	Fonte	Modalità di acquisizione	Unità di misura	Peso (%)	Valore Iniziale	Target 2022	Target 2023	Target 2024
Assenza eventi corrottivi	Eventi corrottivi anno 2022		Relazione annuale RPCT	RPCT aziendale	nr	50	05 (da PTCPT)	0	0	0
Nuovo modello organizzativo	Atto deliberativo modello organizzativo aziendale per obblighi di pubblicità entro il 30-10-2022		Albo pretorio	RPCT aziendale	On-off	50				

Obiettivo Strategico 1.1” Mantenimento livello qualitativo dei ricoveri ordinari”

PERFORMANCE ORGANIZZATI VA	Le UOC.UOD con degenza ordinaria e dh (nr.... strutture) hanno l'obiettivo organizzativo di mantenere o migliorare il peso medio dei ricoveri, tenendo conto di quanto ottenuto nell'anno 2020. Si rinvia all'allegato B del Piano Performance 2022-2024 per la declinazione degli indicatori, fonti, pesi e target di ciascuna struttura
PERFORMANCE INDIVIDUALE	Nell'assegnazione degli obiettivi individuali ciascun Direttore di struttura attenderà percorsi e processi funzionali e trasversali a mantenere o migliorare la casistica dei ricoveri. Si rinvia al contenuto delle schede individuali di assegnazione degli obiettivi 2022

Obiettivo Strategico 1.2” Incremento offerta assistenziale”

PERFORMANCE ORGANIZZATI VA	Le UOC.UOD hanno l'obiettivo di incrementare il nr. di prestazioni specialistiche erogate nell'anno 2021, ovvero di mantenere i volumi 2021 laddove non sono prevedibili obiettivi margini di incremento, . Le UOC. UOD afferenti al Dipartimento Neuroscienze hanno l'obiettivo organizzativo di avviare l'erogazione delle prestazioni PAC di nuova attivazione. Le UOC .UOD afferenti al Dipartimento Oncoematologico hanno obiettivo organizzativi correlati all'avvio del Centro di Accoglienza Oncologica. Si rinvia all'allegato B del Piano Performance 2022-2024 per la declinazione degli indicatori, fonti, pesi e target di ciascuna struttura
PERFORMANCE INDIVIDUALE	Nell'assegnazione degli obiettivi individuali ciascun Direttore di struttura attenderà percorsi e processi funzionali e trasversali ad assicurare l'incremento o il mantenimento quantitativo delle prestazioni ambulatoriali Si rinvia al contenuto delle schede individuali di assegnazione degli obiettivi 2022

Obiettivo Strategico 1.3” Obiettivo Strategico 1.3 ” Miglioramento livello

di aderenza al Programma Nazionale Esiti”

PERFORMANCE ORGANIZZATI VA	Le UOC.UOD hanno che erogano prestazioni di cui alla treemap del Programma Nazionale Esiti hanno l'obiettivo di incrementare il livello di aderenza agli esiti attesi dal Programma, ovvero di mantenerlo laddove si registra un livello di aderenza medio-alto.
PERFORMANCE INDIVIDUALE	Nell'assegnazione degli obiettivi individuali ciascun Direttore di struttura attenzionerà percorsi e processi funzionali e trasversali ad assicurare l'aderenza agli esiti previsti per la specifica casistica. Si rinvia al contenuto delle schede individuali di assegnazione degli obiettivi 2022

VALORE PUBBLICO : “RISPONDERE, QUALE OSPEDALE HUB DELL’AREA CENTRALE DELLA CALABRIA, IN MANIERA EFFICIENTE ED EFFICACE AL BISOGNO DI SALUTE”

Obiettivo Strategico 2.1” Coerenza ricavi da prestazioni specialistiche e da ricovero con previsioni da Bilancio di Previsione 2022-2024”

PERFORMANCE ORGANIZZATI VA	Le UOC.UOD con degenza ordinaria e dh e con erogazione di prestazioni specialistiche esterne (nr.... strutture) hanno l'obiettivo organizzativo di assicurare il rispetto dei vincoli di bilancio , con riferimento particolare al programma previsto per l'anno 2022 per la produzione relativa ai ricoveri e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Si rinvia all'allegato B del Piano Performance 2022-2024 per la declinazione degli indicatori, fonti, pesi e target di ciascuna struttura
PERFORMANCE INDIVIDUALE	Nell'assegnazione degli obiettivi individuali ciascun Direttore di struttura attenzionerà percorsi e processi funzionali e trasversali ad assicurare il rispetto del programma di budget della struttura . Si rinvia al

	contenuto delle schede individuali di assegnazione degli obiettivi 2022
--	---

VALORE PUBBLICO : “RISPONDERE, QUALE OSPEDALE HUB DELL’AREA CENTRALE DELLA CALABRIA, IN MANIERA EFFICIENTE ED EFFICACE AL BISOGNO DI SALUTE”

Obiettivo Strategico 3.1 “ Raccordo tra Piani : Piano Performance e Piano di Recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SARS-COV-2 ”.

<p>PERFORMANCE ORGANIZZATI VA</p>	<p>Le UOC le cui prestazioni chirurgiche ed ambulatoriali sono attenzionate dal Piano di Recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2 " hanno l'obiettivo organizzativo di assicurarne la totale aderenza alle previsioni contenute nel suddetto Piano. Si rinvia all'allegato B del Piano Performance 2022-2024 per la declinazione degli indicatori, fonti, pesi e target di ciascuna struttura</p>
<p>PERFORMANCE INDIVIDUALE</p>	<p>Nell'assegnazione degli obiettivi individuali ciascun Direttore di struttura attenzionerà percorsi e processi funzionali e trasversali ad assicurare una maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni . Si rinvia al contenuto delle schede individuali di assegnazione degli obiettivi 2022.</p>

Obiettivo Strategico 3.1 “ Interazione Performance - Anticorruzione e Trasparenza.”.

PERFORMANCE ORGANIZZATI VA	Le UOC con tempi di attesa attenzionati dal Piano Aziendale per la Gestione delle liste d'attesa e che rilevano lunghi tempi di attesa nell'erogazione di prestazioni specialistiche esterne hanno l'obiettivo organizzativo di assicurarne la riduzione per come previsto dal suddetto Piano Aziendale. Si rinvia all'allegato B del Piano Performance 2022-2024 per la declinazione degli indicatori, fonti, pesi e target di ciascuna struttura
PERFORMANCE INDIVIDUALE	Nell'assegnazione degli obiettivi individuali ciascun Direttore di struttura attenzionerà percorsi e processi funzionali e trasversali ad assicurare una maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni. Si rinvia al contenuto delle schede individuali di assegnazione degli obiettivi 2022
PERFORMANCE ORGANIZZATI VA	Le UOC amministrative e quelle sanitarie hanno l'obiettivo organizzativo di revisionare i processi di prevenzione delle azioni da alto rischio corruttivo, trasmettendole al RPCT per la verifica e validazione entro il Si rinvia all'allegato B del Piano Performance 2022-2024 per la declinazione degli indicatori, fonti, pesi e target di ciascuna struttura
PERFORMANCE INDIVIDUALE	Nell'assegnazione degli obiettivi individuali ciascun Direttore di struttura individuerà i soggetti responsabili della revisione dei processi organizzativi finalizzati a garantire la trasparenza dei processi. Si rinvia al contenuto delle schede individuali di assegnazione degli obiettivi 2022

P.I.A.O – CICLO PERFORMANCE 2022-2024

Regole di Calcolo

Le competenze e comportamenti professionali e organizzativi in attuazione dei principi indicati nel D.lgs. 150/2009, includono fra gli ambiti di misurazione della performance individuale “i comportamenti professionali e organizzativi” del personale dipendente. Come noto, si tratta di quei comportamenti che non producono effetti immediatamente misurabili in termini di risultati perché correlati ad aspetti qualitativi di natura soggettiva (si pensi ad esempio alle dimensioni motivazionali sulla collaborazione con i colleghi o alla disponibilità al cambiamento). La valutazione dei comportamenti organizzativi non attiene a risultati ottenuti e misurabili in termini numerici ma, è indubbio, che un dirigente, con il suo comportamento è capace di influenzare in modo consistente il clima e la cultura dell'organizzazione, o la valorizzazione dei collaboratori, insomma tutti criteri difficilmente ancorabili ad obiettivi specifici misurabili. La valutazione dei comportamenti organizzativi avviene attraverso l'esame di un insieme di elementi valutativi che, limitatamente al personale con qualifica dirigenziale, sono genericamente rappresentati da:

- Capacità manageriali;
- Valorizzazione risorse umane.
- Grado di cooperazione e capacità di Comunicazione interna ed esterna;
- Complessità organizzativa e innovazione;
- Utilizzo e aggiornamento delle conoscenze tecnico-professionali.

Per la valutazione individuale dei dirigenti apicali per l'annualità 2022, saranno utilizzati solo alcuni elementi ritenuti maggiormente significativi tra quelli sopra indicati.

Con riferimento al personale non dirigente, gli elementi di dettaglio, concernono:

- Utilizzo e aggiornamento delle conoscenze tecnico-professionali;
- Capacità propositiva;
- Capacità di lavorare in gruppo;
- Capacità di relazione;
- Adattabilità al contesto lavorativo.

Capacità di differenziazione delle valutazioni

Ai sensi del Regolamento sulla performance, la valutazione individuale del personale dirigente è misurata, tra l'altro, dalla Capacità di valutare i propri collaboratori dimostrata anche attraverso una significativa differenziazione delle valutazioni. Per la misurazione della capacità di differenziazione dei giudizi sarà utilizzato lo Scarto Quadratico medio relativizzato (σ_r). Si tratta di un indice di variabilità statistica basato sullo scarto rispetto al valore medio delle valutazioni effettuate da ciascun dirigente con riferimento alla performance del personale assegnato. Al fine di ottenere un range di variazione dei punteggi tra 0 e 100, lo Scarto Quadratico medio viene relativizzato rapportandolo al suo valore massimo.

L'applicazione del punteggio relativo al Fattore valutativo "Capacità di differenziazione" deve essere effettuata a posteriori confrontando il valore dello Scarto Quadratico medio relativizzato (σ_r) di tutti i dirigenti afferenti allo stesso Dipartimento.

Pertanto, sulla base delle valutazioni espresse dai dirigenti nell'anno solare di riferimento, viene individuato lo Scarto Quadratico medio relativizzato più alto (σ_{max}) registrato nel Dipartimento.

Il punteggio da assegnare sarà determinato come segue:

- Al dirigente con la capacità di differenziazione più elevata verrà assegnato un punteggio pari a 100;
- Agli altri dirigenti verrà assegnato un punteggio proporzionato determinato dalla seguente formula:
$$\text{Punteggio} = 5 \cdot \sigma_r \div \sigma_{max}$$

SPECIFICHE MODALITÀ DI CALCOLO

Performance generale di Ente

Il Piano della performance definisce le modalità per misurazione della performance generale dell'Azienda secondo la seguente opzione:

La media ponderata, in base anche ai pesi assegnati alle varie Aree strategiche, del grado

di raggiungimento degli obiettivi strategici misurata attraverso gli indicatori di impatto utilizzando la formula r/t , con valutazione % in funzione del target;

In questa fase di applicazione del piano della performance, si utilizzerà un valore di riferimento pari al 50% al di sotto del quale la percentuale di realizzazione dell'obiettivo sarà pari a zero.

Performance organizzativa

La performance organizzativa è il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi assegnati ad un'unità organizzativa, comunque denominata, conseguito attraverso l'azione delle medesime strutture; gli obiettivi vengono individuati nell'ambito della missione istituzionale e delle linee programmatiche di mandato, per la soddisfazione degli bisogni degli utenti e degli altri stakeholder.

La misurazione e la valutazione della performance organizzativa avviene attraverso obiettivi operativi misurati con un sistema di indicatori, opportunamente ponderati.

Gli obiettivi rilevanti ai fini della misurazione della performance organizzativa sono individuati nel Piano della performance per ciascuna unità organizzativa indicata nelle apposite schede relative agli obiettivi negoziati con i direttori di dipartimento.

La performance organizzativa tiene conto anche delle misure di prevenzione della corruzione previste dal corrispondente PTPC e delle misure finalizzate a migliorare il livello di trasparenza previste dal medesimo Piano. La percentuale di incidenza di queste misure è determinata annualmente dal Piano della performance.

La performance organizzativa viene misurata in relazione ad uno o più degli ambiti previsti dall'art. 8 del d.lgs. 150/2009.

Il calcolo avviene quale media ponderata degli indicatori di performance organizzativa quale % di realizzazione degli obiettivi operativi stessi, misurata attraverso gli indicatori di risultato utilizzando la formula r/t^1 , con valutazione % in funzione del target;

In questa prima fase di applicazione del piano della performance, si utilizzerà un valore di riferimento pari al 50% al di sotto del quale la percentuale di realizzazione dell'obiettivo sarà pari a zero..

1) Si rileva che, nel caso in cui l'indicatore risulti performante per valori decrescenti o per valori negativi, la formula utilizzata potrà essere t/r .

Performance Individuale dei capi dipartimento e dei direttori di struttura complessa o dipartimentale

Gli obiettivi individuali sono definiti e assegnati annualmente a ciascun dipendente sulla base della programmazione aziendale definita dalla Direzione generale in rapporto agli obiettivi regionali assegnati all'Azienda, al Piano della Performance organizzativa triennale, nonché in coerenza con gli obiettivi di bilancio e di eventuale budget definiti dalla negoziazione delle strutture aziendali con la Direzione Generale.

Contestualmente alla definizione annuale dei budget, i capi dipartimento e i direttori

responsabili di struttura provvederanno alla assegnazione degli obiettivi annuali, connessi al raggiungimento degli obiettivi di budget, ai dirigenti afferenti alla struttura stessa, compresi i dirigenti con rapporto non esclusivo. Gli obiettivi individuali da assegnare ai direttori/responsabili di struttura contengono anche tutti gli obiettivi di budget assegnati alla struttura stessa di cui sono responsabili.

In caso di mancata assegnazione degli obiettivi individuali da parte dei capi dipartimento e dei direttori/dirigenti responsabili di struttura si procederà come segue:

- Nella scheda del valutato, il peso della performance organizzativa si espanderà includendo il peso degli obiettivi individuali;
- Vi sarà una corrispondente decurtazione del 10% del punteggio di valutazione delle “Competenze professionali ed organizzative” nella scheda individuale del Dirigente/Responsabile che avrebbe dovuto assegnare gli obiettivi individuali (SMIVAP art. 13, commi 2, 3, 4, 5, 6);

La valutazione della performance individuale dei capi dipartimento e i direttori responsabili di struttura è articolata sui seguenti fattori di valutazione:

- ☐ performance organizzativa della unità organizzativa di diretta responsabilità;
- Sulla performance organizzativa incideranno oltre agli obiettivi operativi della unità organizzativa di diretta responsabilità, gli obiettivi legati alla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, alla Promozione delle pari opportunità, alla Valutazione Partecipativa ed al Piano Organizzativo Lavoro Agile (quest’ultimi solo per i direttori di Dipartimento/SOC/SOD individuati.), declinati all’interno delle specifiche sezioni del PIAO che riportano una sintesi degli obiettivi dei Piani di derivazione. Laddove tale sintesi non è esplicitata, verranno considerati quelli previsti nel Piano originario.

ELEMENTI INCIDENTI SULLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA					% INCIDENZA SULLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA
1)	Obiettivi Operativi Piano Performance 2020-2022 - vedi Allegato B -				75%	DIRETTORI DIPARTIMENTO/DIRETTORI SOC/SOD
2)	Obiettivi Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - vedi Piano Performance 2021-2023 - Raccordo tra Piani: Performance e Prevenzione della Corruzione e Trasparenza-				10%	DIRETTORI DIPARTIMENTO/DIRETTORI SOC/SOD
3)	Obiettivi promozione parità e pari opportunità - vedi Piano Performance 2021-2023 - Piano delle azioni positive-				5%	DIRETTORI DIPARTIMENTO/DIRETTORI SOC/SOD
4)	Esito valutazione partecipativa - vedi Piano Performance 2021-2023- Valutazione partecipativa -				5%	DIRETTORI DIPARTIMENTO/DIRETTORI SOC/SOD
5)	Obiettivi Piano Organizzativo Lavoro Agile (POLA) - vedi Piano Performance 2021-2023 - Raccordo Piano Performance/Pola				5%	DIRETTORI DIPARTIMENTO / DIRETTORI SOC/SOD individuati
					100%	

Figura 1 – Elementi incidenti sulla performance organizzativa

- performance generale dell'Ente;
- grado di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati;
- competenze professionali e manageriali dimostrate e i comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;
- capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche attraverso una significativa differenziazione dei giudizi.

Il peso degli elementi di valutazione di cui ai commi precedenti farà riferimento al seguente schema valutativo:

FATTORE DI VALUTAZIONE	Dirigenti			titolari incarichi di funzione	PESO per Cat. D	PESO per Cat. C	PESO per Cat. A/B
	Direttori Dip. /Dir. SOC	Dir. SOS/SSD	Professionali				
1 Performance organizzativa della struttura di appartenenza	35	35	25	35	30	15	15
2 Obiettivi individuali o di gruppo	30	30	40	20	10	15	—
3 Capacità di differenziazione delle valutazioni	5	5	—	5	—	—	—
4 Competenze e comportamenti professionali(*) e/o organizzativi (**)	20 (**)	30(*) (**)	35 (*)	30 (*) (**)	60 (*)	70 (*)	85 (*)
5 Performance generale dell'Ente	10	—	—	10	—	—	—
Totale	100	100	100	100	100	100	100

Figura 2 – Schema valutativo

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è misurato secondo i sistemi di indicatori e il target previsto, mentre nel procedere alla valutazione delle competenze e dei comportamenti il valutatore porrà particolare cura nel motivare adeguatamente i giudizi espressi circostanziando i fatti che motivino una valutazione superiore o inferiore a quella media. La capacità di differenziazione delle valutazioni non si applica nel caso in cui il valutatore abbia un numero di dipendenti assegnati inferiore a 5; in questo caso il peso delle competenze professionali e manageriali e dei comportamenti organizzativi si amplierà in misura proporzionale.

Nell'ipotesi in cui al dirigente venga affidato l'interim di altre unità organizzative, si applica il medesimo schema valutativo e verranno effettuate distinte valutazioni.

La retribuzione di risultato, anche per le unità organizzative per le quali viene affidato l'interim, è determinata secondo le regole contrattuali vigenti.

In sede di attribuzione degli obiettivi individuali è possibile integrare e specificare le declaratorie dei comportamenti professionali e organizzativi al fine di tenere conto delle specifiche funzioni assegnate.

Performance Individuale dei dirigenti

La performance individuale dei dirigenti è rappresentata dall'esito della valutazione individuale come disciplinata dal presente comma.

Contestualmente alla definizione annuale dei budget, i dirigenti responsabili di struttura provvederanno all'assegnazione degli obiettivi annuali, connessi al raggiungimento degli obiettivi di budget, ai dirigenti afferenti alla struttura stessa, compresi i dirigenti con rapporto non esclusivo.

La valutazione della performance individuale dei dirigenti è articolata sui seguenti fattori di valutazione:

- performance organizzativa, calcolata quale percentuale di realizzazione del grado di raggiungimento degli obiettivi operativi afferenti all'unità organizzativa di riferimento. Resta fermo che, per il personale che nel corso dell'anno di riferimento, abbia svolto mansioni all'interno del CUG, la performance organizzativa sarà calcolata come al punto precedente nella misura del 90% e come percentuale di realizzazione degli obiettivi rappresentanti nel Piano delle azioni positive (in allegato al presente documento) per il restante 10%.
- grado di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati;
- competenze professionali e manageriali dimostrate e i comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate;

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è misurato secondo i sistemi di indicatori e il target previsto.

In sede di attribuzione degli obiettivi individuali è possibile integrare e specificare le declaratorie dei comportamenti professionali e organizzativi al fine di tenere conto delle specifiche funzioni assegnate.

Performance Individuale personale del comparto, titolare di posizione organizzativa e/o di coordinatore

La performance individuale dei titolari di posizione organizzativa e dei coordinatori è rappresentata dall'esito della valutazione individuale come disciplinata dal presente comma .

La valutazione della performance individuale dei titolari di posizione organizzativa e dei coordinatori è articolata sui seguenti fattori di valutazione:

- performance organizzativa della unità organizzativa di diretta responsabilità o, in assenza di specifici obiettivi operativi, dell'unità organizzativa di livello superiore; Resta fermo che, per il personale che nel corso dell'anno di riferimento, abbia svolto mansioni all'interno del CUG, la performance organizzativa sarà calcolata come al punto precedente nella misura del 90% e come percentuale di realizzazione degli obiettivi rappresentanti nel Piano delle azioni positive (in allegato al presente documento) per il restante 10%.
- grado di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati;
- competenze professionali e manageriali dimostrate e ai comportamenti organizzativi richiesti per il più efficace svolgimento delle funzioni assegnate
- capacità di valutazione dei propri collaboratori dimostrata anche attraverso una significativa differenziazione dei giudizi.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è misurato secondo i sistemi di indicatori e il target previsto, mentre nel procedere alla valutazione delle competenze e dei comportamenti il valutatore porrà particolare cura nel motivare adeguatamente i giudizi espressi circostanziando i fatti che motivino una valutazione superiore o inferiore a quella media.

La capacità differenziazione delle valutazioni non si applica nel caso in cui il titolare di posizione/coordinatore abbia un numero di dipendenti assegnati inferiore a 5; in questo caso il peso delle competenze professionali e manageriali e dei comportamenti organizzativi si amplierà in misura proporzionale.

Nell'ipotesi in cui al titolare di posizione organizzativa venga affidato l'interim di altre unità organizzative, si applica il medesimo schema valutativo e verranno effettuate distinte valutazioni. La retribuzione di risultato, anche per le unità organizzative per le quali viene affidato l'interim, è determinata secondo le regole contrattuali vigenti.

In sede di attribuzione degli obiettivi individuali è possibile integrare e specificare le declaratorie dei comportamenti professionali e organizzativi al fine di tenere conto delle specifiche funzioni assegnate.

Performance individuale del personale del comparto

La performance individuale del personale del comparto è rappresentata dall'esito della valutazione individuale come disciplinata dal presente articolo.

Contestualmente alla definizione annuale dei budget, i dirigenti responsabili di struttura, provvederanno, su proposta del dipendente incaricato nella struttura della Posizione Organizzativa o in assenza di questa, del coordinatore, alla assegnazione degli obiettivi annuali a tutto il personale non dirigente assegnato alla struttura. Tra gli obiettivi dovranno essere compresi quelli connessi a progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza.

La valutazione della performance individuale del personale di Categoria DS/D/C/, è articolata sui seguenti fattori di valutazione:

- performance organizzativa della struttura di appartenenza. Resta fermo che, per il personale che nel corso dell'anno di riferimento, abbia svolto mansioni all'interno del CUG, la performance organizzativa sarà calcolata come al punto precedente nella misura del 90% e come percentuale di realizzazione degli obiettivi rappresentanti nel Piano delle azioni positive (in allegato al presente documento) per il restante 10%.
- grado di raggiungimento degli obiettivi individuali o di gruppo assegnati;
- competenze dimostrate e comportamenti professionali e organizzativi.

La valutazione della performance individuale del personale di Categoria BS/B/A, è articolata sui seguenti fattori di valutazione:

- performance organizzativa della struttura di appartenenza;
- competenze dimostrate e comportamenti professionali e organizzativi.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi è misurato secondo i sistemi di indicatori e il target previsto.

In sede di attribuzione degli obiettivi individuali è possibile integrare e specificare le declaratorie dei comportamenti professionali e organizzativi al fine di tenere conto delle specifiche funzioni assegnate.

1. Soggetti

Valutati	Valutatori di I istanza	Valutatori di II Istanza
Direttori di Dipartimento	OIV	Direttore Generale
Direttori di SOC e SOD Personale del comparto assegnato alla macrostruttura	Direttori di Dipartimento	OIV
Responsabili SOS Dirigenti assegnati alla struttura Personale del comparto assegnato alla struttura	Direttori di SOC	
Dirigenti assegnati alla struttura Personale del comparto assegnato alla struttura	Responsabili di SOS e SOD	

1. Fasi del processo valutativo

1. L'OIV analizza il Piano della performance e le sue eventuali rimodulazioni.
2. L'OIV verifica, con tecniche di campionamento, i risultati e le percentuali di raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa riportati nella Relazione e, sulla base del documento "Processo di validazione della Relazione sulla Performance - Metodologia e griglia di validazione", valida/respinge la Relazione.
3. Ove la Relazione fosse validata, si dà avvio al processo di valutazione individuale.
4. L'OIV dà comunicazione ai valutatori di I istanza degli esiti del Monitoraggio sull'assegnazione degli obiettivi individuali 2022.
5. Il valutatore di I istanza si premura di richiedere all'Ufficio competente la documentazione riguardante il personale valutato, contenente tra l'altro: a) data inizio e fine incarico; b) recapiti; c) dipartimento presso il quale ha svolto l'incarico; d) eventuali posizioni di comando o temporaneo utilizzo funzionale presso altri Enti e/o da altri Enti (art. 14 del Regolamento SMIVAP); e) altre informazioni utili ai fini del processo di valutazione (assegnazione obiettivi, contratti,

partecipazione ai corsi di formazione, periodi di congedo e/o sospensione dal servizio, provvedimenti disciplinari adottati, eventuali elogi/lamentele presso l'URP, ecc.).

- 6.** Sulla scorta dei dati presenti nella Relazione, ciascun valutatore di I istanza dovrà procedere:
- a.** All'inserimento dei dati desumibili dalla Relazione sulla performance 2022 nelle schede individuali¹.
 - b.** Al calcolo, e conseguente inserimento, all'interno delle medesime schede dei dati mancanti².

¹ si fa riferimento all'inserimento all'interno delle schede individuali dei dati inerenti alla performance organizzativa della struttura di riferimento del valutato, nonché, laddove necessario, del dato di performance aziendale. Entrambe i dati dovranno essere desunti dalla Relazione sulla performance 2022, opportunamente validata e pubblicata sul sito nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

² si fa riferimento ai seguenti dati:

- Percentuale di realizzazione degli obiettivi individuali;
- Punteggio relativo a "Capacità di differenziazione delle valutazioni";
- Punteggio relativo a "Competenze e comportamenti professionali ed organizzativi".

fattore di moltiplicazione compreso tra 1 (pieno rispetto di contenuti e tempistica) e 0,6 (mancato rispetto di contenuti e tempistica) da applicare, tecnicamente, al risultato finale della relativa scheda di sintesi. Le suddette situazioni saranno oggetto di specifica segnalazione da parte dell'Area Programmazione e Controllo, con trasmissione di relativa reportistica all'OIV per la validazione preventiva all'inserimento nella scheda finale.

3. Casi particolari

1. Qualora il dirigente competente sia cessato dal servizio senza aver effettuato la valutazione di prima istanza, secondo il principio della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organismo competente - valutatore di prima istanza, la valutazione deve essere effettuata dal Dirigente del tempo, sebbene non più in servizio per qualsivoglia ragione (quiescenza, trasferimento, ecc..) e, in caso di persistente inerzia dello stesso o oggettiva impossibilità (disabilità permanente, decesso, ecc.) dal Dirigente attualmente in servizio purché lo stesso, per l'anno di riferimento, non sia soggetto sottoposto a valutazione dal Dirigente non più in servizio.

In caso di impossibilità ad applicare lo schema metodologico sopra indicato, il potere valutativo è attratto dal Direttore sovraordinato (Direttore di Dipartimento), il quale provvederà alla valutazione di prima istanza dei dipendenti delle SOC afferenti alla propria struttura.

In tal caso, però, il Direttore di Dipartimento, terrà conto degli ulteriori elementi utili alla valutazione dei propri Dirigenti colpevolmente omissivi nei doveri del proprio ufficio nell'area

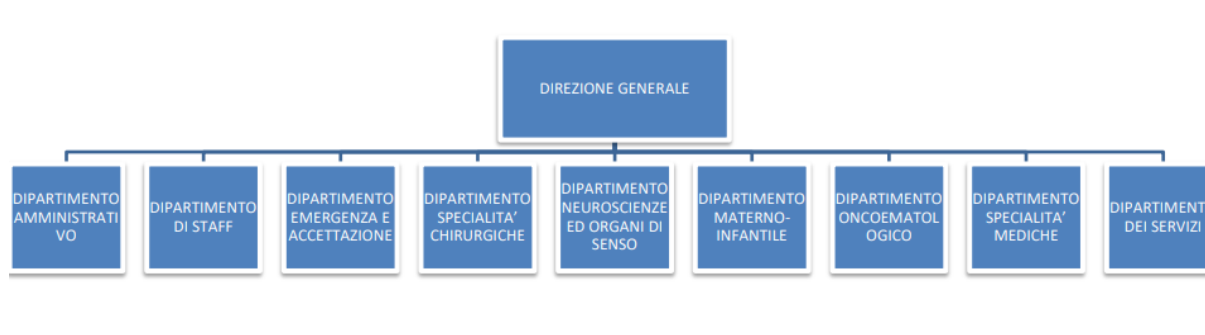
della valutazione delle competenze professionali e dei comportamenti organizzativi.

2. Relativamente all'attribuzione dei premi di eccellenza, sia nell'area della Dirigenza che del Comparto, tenuto conto che dovranno essere messe a confronto unità di personale afferenti a UUOO e, in alcuni casi, a Dipartimenti differenti, giusta indicazione dell'OIV, le singole valutazioni di sintesi (finali) che verranno messe a confronto saranno "normalizzate" attraverso un fattore di moltiplicazione riferito allo s.q.m. del Dirigente valutatore di riferimento, così da tenere conto della capacità di differenziare le valutazioni stesse.

SEZIONE ORGANIZZAZIONE CAPITALE UMANO

Questa Sottosezione contiene una descrizione del **modello e dell'**assetto organizzativo** delle strutture facenti capo all'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio e i dati aggregati relativi al suo **personale****

Nell'ambito del più ampio processo di riforma che caratterizza la Pubblica Amministrazione del nostro Paese, anche l'azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio ha avviato un percorso di progressiva ridefinizione del proprio modello organizzativo



SOTTOSEZIONE 3.1 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Premessa interpretativa

Al fine di evitare ambiguità interpretative, all'interno del presente documento, si utilizza il concetto di “lavoro agile” associandolo ad una attività – effettuata, in remoto, con o senza l'utilizzo di strumentazione tecnologica, realizzata dal lavoratore agile, in forma indipendente ma vincolata a tempi di lavoro e di reperibilità.

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

Premessa Organizzativa ed Operativa

Il continuo mutare delle condizioni di contorno impone una prassi organizzativa ed operativa adeguatamente elastica da rendere realmente efficace la “Organizzazione del Lavoro Agile” all'interno dell'Azienda.

In tale direzione l'implementazione tecnologica ed organizzativa dell'insieme dei Sistemi Informativi e delle misure di sicurezza applicate agli stessi, rendono possibile l'utilizzo della totalità delle applicazioni aziendali in remoto.

L'interezza della documentazione predisposta in tal senso, anche in assenza di un elenco di attività "smartabili", deve essere interpretata ed applicata come la migliore

ad oggi delle possibili implementazioni aziendali del Lavoro Agile.

Normativa e Regolamentazione di riferimento

1. Legge 124 del 7 agosto 2015 (Legge Madia) Art. 14 "Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"
2. Direttiva 3 del 1 giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri recante Indirizzi per l'attuazione del commi 1 e 2 dell'art. 14 della L. 124/2015 e Linee guida contenenti regole inserenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti
3. Legge 81 del 22 maggio 2017 Capo II Lavoro agile
4. Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017 ad oggetto "Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative"
5. Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017 ad oggetto "Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art 14 della legge 7/8/2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti"
6. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020 Art. 2 Lavoro agile
7. Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri ad oggetto "Indicazioni in materia di contenimento e gestione

dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 nelle PPAA di cui all'art.1 D., Lgs 165/2001” - Art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa”

8. Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri ad oggetto “Misure recate dal D.L. n. 18/2020 recante “Misure di potenziamento del S.S.N. e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid 19” – Art. 2 “Le misure dell'art. 87 del DL n. 18/2020 in materia di prestazione lavorativa”

9. Direttiva 3/2020 del 5 maggio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri ad oggetto “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell'evolversi della situazione epidemiologica da parte delle Pubbliche Amministrazioni” – Art. 2 “Le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nella fase due” e Art. 3 “Monitoraggio e misure organizzative di incentivazione del lavoro agile”

10. D.L. 34 del 18 maggio 2020 ad oggetto “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché alle politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19” - Art. 90 “Lavoro agile” e Art. 263 “Disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile”

11. Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020 che modifica l'allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'inserimento del SARS-CoV-2 nell'elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell'uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione

12. Legge 77 del 17 luglio 2020: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19

13. Circolare 3/2020 del 24 luglio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri: Indicazioni per il rientro in sicurezza sui luoghi di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni
14. Protocollo quadro “Rientro in sicurezza” del Ministro per la Pubblica Amministrazione-Organizzazioni Sindacali del 24 luglio 2020
15. Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020: Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili
16. D.L. 83 del 30 luglio 2020: Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020
17. Circolare dei Ministri del Lavoro e politiche sociali e della Salute del 4 settembre 2020: “Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020 recante “Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività”. Aggiornamenti e chiarimenti con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici “fragili”
18. D.L. 111 del 8 settembre 2020: Disposizioni urgenti per far fronte a indifferibili esigenze finanziarie e di sostegno per l'avvio dell'anno scolastico, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19
19. Delibera del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020: Proroga dello stato di emergenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili
20. D.L. 125 del 7 ottobre 2020 ad oggetto “Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid 19 per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l’attuazione della Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020”

21. Legge n. 126 del 13 ottobre 2020 di conversione del D.L. 104/2020
22. DPCM 13 ottobre 2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
23. DPCM 18 ottobre 2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
24. Decreto del Ministro per la P.A. del 19 ottobre 2020: Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale
25. DPCM del 24 ottobre 2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
26. DPCM del 3 novembre 2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»

27. Legge n. 159 del 27 novembre 2020 di conversione del D.L. 125 del 7 ottobre 2020 ad oggetto “Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid 19 per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l’attuazione della Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020”
28. Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, Dicembre 2020 versione 1.0
29. Decreto del Ministro per la P.A. del 23 dicembre 2020: Proroga delle disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante «Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale»
30. Decreto Legge 31 dicembre 2020, n. 183 (c.d. Decreto "Mille Proroghe"), recante "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, di realizzazione di collegamenti digitali, di esecuzione della decisione (UE, EURATOM) 2020/2053 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, nonché in materia di recesso del Regno Unito dall'Unione Europea"
31. Decreto Legge 30 Aprile 2021, n. 56, “Accesso al lavoro agile con procedura semplificata”
32. DPCM 23 settembre 2021 “Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni.”
33. LEGGE 25 febbraio 2022, n. 15 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, recante disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (Decreto Mille Proroghe).

Ambito Soggettivo di Applicazione

L'articolo 1, comma 5, del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, individua l'ambito soggettivo di applicazione delle misure previste dal predetto decreto - tra le quali rientrano quelle per l'accesso al lavoro agile

– per il personale dipendente delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Ambito Oggettivo di Applicazione

L'articolo 1, comma 3 del medesimo decreto stabilisce alcuni vincoli generali di cui tener conto per il ricorso al lavoro agile. In particolare:

- a) invarianza dei servizi resi all'utenza
- b) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, con prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza
- c) adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
- g) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile:

le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione

II. le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile

h) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti

i) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario

Obiettivi del Lavoro Agile

Con il lavoro agile la Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

a) aumento della produttività e qualità del lavoro

b) acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza

c) riduzione delle assenze dal servizio in area amministrativa e di Staff (attività Smartabile)

d) risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche obiettivo da ottenersi anche attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro

e) miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata

f) maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di struttura e individuali

g) maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione

h) maggiore soddisfazione dell'organizzazione del proprio lavoro

- i) maggior benessere organizzativo
- j) diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati
- k) conseguente rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance
- l) promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea
- m) promozione e diffusione delle tecnologie digitali e connessa razionalizzazione delle risorse strumentali
- n) contribuzione allo sviluppo sostenibile

Nb: una reale e efficace integrazione può realizzarsi facendo in modo che gli obiettivi relativi al Piano Lavoro agile aziendale, siano coordinati con gli obiettivi contenuti nel piano della performance.

La misurazione ed la valutazione degli stessi avvenga tramite report del dirigente responsabile struttura amministrativa o di staff che autorizza il dipendente allo svolgimento del lavoro agile

ACRONIMO	DEFINIZIONE
Lavoro Agile	Modalità flessibile di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato
Azienda	Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio
Lavoratore Agile	Dipendente che espleta l'attività lavorativa in modalità agile.
Dotazione Informatica	Strumenti informatici e di connessione quali pc

	fisso o portatile, tablet, smartphone, mdem, etc. appartenenti al dipendente.
Sede di Lavoro	Locali ove ha sede l'Azienda e i diversi locali ove il dipendente espleta la sua attività lavorativa nei giorni di lavoro agile autorizzato. (CASA DEL Dipendente ad esempio)
POLA	Piano Operativo Lavoro Agile

Oggetto e Durata

1. Il presente documento disciplina temporaneamente il lavoro agile presso l'Azienda Ospedaliera Pugliese ciaccio - di Catanzaro in attuazione della normativa nazionale e sopra richiamata, in raccordo con quanto previsto dal novellato art. 14 della legge 7 agosto 2015

n. 124 e della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 giugno 2017 n. 3, e in osservanza della legge del 22 maggio 2017 n. 81.

2. Con l'introduzione del lavoro agile è consentito, al personale con vincolo di subordinazione in servizio presso la Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, lo svolgimento delle prestazioni lavorative contrattualmente dovute, in ambienti diversi dalla sede di lavoro nel rispetto dell'orario di lavoro ordinariamente assegnato e del raggiungimento degli obiettivi di massima stabiliti con il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza durante l'espletamento dell'attività nella modalità di lavoro agile temporaneamente autorizzata.

3. Il presente documento ha durata non prefissata con scadenza dipendente da subentrante normativa nazionale e/o accordi sindacali a ricaduta nazionale – CCNL - ovvero da decisioni aziendali, ponendo, in fase di valutazione strategica ed applicativa particolare attenzione alla tutela della salute dei lavoratori ed al loro benessere sociale e lavorativo.

Destinatari e Requisiti di Accesso

- a) La presente regolamentazione è rivolta a tutto il personale dell'Azienda (dirigenza e comparto) con contratto di lavoro sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato di qualsiasi profilo dei ruoli amministrativo, tecnico, professionale e sanitario.
- b) Ogni lavoratore presenterà l'istanza di richiesta di lavoro agile (utilizzando lo specifico modulo già pubblicato sul sito web aziendale, al competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Ap- pertinenza.
- c) 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 (documentazione a sostegno)

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

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del lavoro agile contemperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura con specifico riferimento a quanto riportato al punto "Ambito Oggettivo di Applicazione".

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 Ospedaliera Pugliese ciaccio, 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.

Esperienza del Lavoro Agile in AOPC

Riallacciandosi a quanto accennato in premessa, va ribadito che, in linea con la normativa emergenziale di contenimento e gestione della pandemia di COVID – 19, ed in particolare in conformità all'art. 87, co. 1, Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020, l'AOPC, come del resto tutte le altre Pubbliche Amministrazioni, ha adottato nel 2020 il lavoro agile "semplificato" come "modalità ordinaria di

svolgimento della prestazione lavorativa” necessaria a “contemperare l’interesse alla salute pubblica con quello alla continuità dell’azione amministrativa” e si avvia all’applicazione a regime del medesimo istituto gestionale.

In assenza di specifiche esperienze pregresse di ricorso alla suddetta modalità di svolgimento dell’attività lavorativa, l’Azienda si è così trovata a gestire un nuovo modello organizzativo incentrato su prestazioni lavorative rese “da remoto”. In proposito, ha comunque costituito una prima base organizzativa utile l’esperienza già maturata nell’assegnazione di quasi cinquanta unità di personale amministrativo al lavoro agile all’esito dell’adozione di apposito documento interno nel 2020, condiviso con le Organizzazioni sindacali. Fermo quanto sopra, nella prima fase di gestione dell’emergenza sanitaria da COVID-19 la quasi totalità dei dipendenti amministrativi dell’AOPC hanno così potuto regolarmente prestare la propria attività in regime di lavoro agile “semplificato” (ossia senza il ricorso agli appositi accordi individuali ed agli obblighi informativi analiticamente previsti negli artt.

18 e 23, Legge 22 maggio 2017, n. 81). Solo una limitatissima parte del personale ha continuato a svolgere in questa fase la propria prestazione in presenza per lo svolgimento di specifiche attività non remotizzabili. Va, inoltre, segnalato come l’AOPC si fosse dotato, previa intesa con le Organizzazioni sindacali, del Protocollo per la “Regolamentazione delle misure per il contrasto ed il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro” che ha ulteriore rafforzato e consolidato il ricorso al lavoro agile.

Tale ricorso ha comportato un cambiamento, in termini di approccio al lavoro e di ottimizzazione dei processi ed il ripensamento delle modalità che caratterizzano le attività quotidiane non solo fuori, ma anche all’interno della sede amministrativa dell’AOPC, incidendo anche sulla possibilità di gestire le attività da remoto senza ripercussioni sullo svolgimento tempestivo ed efficace delle stesse. Seppur sempre nell’ottica di una applicazione del lavoro agile in costanza dell’emergenza sanitaria da Covid 19, come sopra premesso presente anche per

tutto il 2021 tanto da rendere necessario, a livello nazionale, prorogare al 31 marzo 2022 il cd. Stato di emergenza, il personale amministrativo dell'AOPC, assegnato al lavoro agile (tranne il personale addetto al protocollo alla portineria all'archiviazione e relazione con il pubblico insieme all'ufficio tecnico o/e al controllo del rispetto delle previsioni in ordine di salute e sicurezza all'interno della sede dell'AOPC), ha potuto utilmente sperimentare tale nuova modalità organizzativa dell'attività lavorativa, apprezzandone le potenzialità in termini di conciliazione vita/lavoro e di incremento della produttività. Quanto sopra, ovviamente, secondo le evoluzioni intervenute dell'epidemia nel corso dell'anno 2021, così da rendere costantemente necessario adeguare l'organizzazione lavorativa anche in funzione di una mirata pianificazione della turnazione negli ambienti di lavoro, per evitare che si venissero a creare condizioni utili ad una maggiore diffusione del virus.

A seguito dell'emanazione del Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione dell'8 ottobre 2021, inoltre, in applicazione delle disposizioni impartite al personale, l'organizzazione lavorativa è stata comunque impostata sulla prevalenza del lavoro in presenza, seppur nell'ottica flessibile successivamente prevista dalla circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Può, dunque, assumersi che l'esperienza maturata anche nel 2021 ha messo in evidenza tutte le potenzialità del lavoro agile. Tutto ciò contribuisce a rafforzare la consapevolezza dell'AOPC in vista del miglioramento del ricorso al lavoro agile, tenendo conto delle previsioni normative e delle indicazioni governative.

Il totale del personale amministrativo presente in Azienda al 31/12/2021, sono 135 dipendente nell'area Amministrativa e di Staff di cui 16 collaboratore amministrativi, 61 assistente amministrativi, 41 coadiutori amministrativi, 8

commessi e 10 dirigente di cui 2 dirigente 1 in comando presso Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie e 1 Dirigente in aspettativa..

Attività Effettuabili in Modalità Lavoro Agile

Di seguito sono riportate, le caratteristiche che le contraddistinguono. Attività che:

- Siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche
- Possano essere remotizzate e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede
- Prevedano l'utilizzo e la produzione di documentazione digitalizzata
- Richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione
- Non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza
- Siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati

RUOLO/ RAGGRUPPAMENTO	AMMINISTRATIVO
DESC.PROFILO	TOTALE
ASSIST.AMMM.VO	61
COAD. AMMM.VO SENIOR	11
COAD. AMMM.VO	30
COLL.AM/VO PROF.LE SENIOR	2
COLL.AM/VO	14
COMMESSO	8
DIR.RESP.DI AREA	3
DIRIGENTE AMM.VO	6
TOTALE COMPLESSIVO	135

Come evidenziato dallo schema sopra riportato a concorrere al lavoro agile sono pochi dipendenti essendo la natura dell'AOPC una Azienda del SSR e le condizioni per lo svolgimento del lavoro agile sono solo per determinati profili (Collaboratore AMM, Assistente AMM e Dirigente AMM) e a condizioni specifici. Di seguito si riporta l'esperienza del Lavoro Agile.

monitorare le dimensioni motivazionali e di contesto volte ad indirizzare le misure di management, di organizzazione del lavoro e di comunicazione interna, in uno scenario in continuo cambiamento, così da poter intervenire per apportare ogni elemento utile alla migliore implementazione del lavoro agile in AOPC, con ogni potenziale ricaduta sul benessere organizzativo.

Attori Coinvolti nella Conduzione dell'Organizzazione del Lavoro Agile.

AREA GESTIONE RISORSE UMANE

- a) Recepisce la normativa vigente sulla base della quale, attraverso la collaborazione con la Direzione Strategica, il Controllo di Gestione e il Responsabile per la Transizione al Digitale, definisce le linee guida applicative anche tramite il confronto con le OO.SS.
- b) Aggiorna, trimestralmente, le percentuali di lavoratori in regime di lavoro agile
- c) Effettua, ai fini assicurativi, le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro
- d) Supporta le Direzioni per la implementazione dell'istituto all'interno delle strutture

COMITATO UNICO DI GARANZIA - CUG

A) E' garante dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contro ogni forma di discriminazione nei confronti dei lavoratori, intervenendo dunque anche in caso di controversie relative all'applicazione della Organizzazione del Lavoro Agile

B) Supporta le Direzioni per la implementazione dell'istituto all'interno delle strutture.

ORGANIZZAZIONI SINDACALI

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

DIRIGENTE/RESPONSABILE DI STRUTTURA

a) Garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza anche attraverso il rispetto della tempistica stabilita normativamente per la chiusura dei procedimenti e per l'esecuzione delle proprie attività, il tutto a prescindere dal regime (modalità) in cui opera il personale:

b) Organizza la propria struttura e, laddove necessario, ne rivede i processi in un'ottica di miglioramento continuo, attuando un'evoluzione operativa tesa al coinvolgimento dei collaboratori che effettuano l'attività in modalità Lavoro Agile, ad una logica per risultato

c) Individua le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in modalità Lavoro Agile definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore in Lavoro Agile, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione

d) Concorre all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, anche alla luce della condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assi- curare, nell'arco temporale

settimanale/bisettimanale/mensile/trimestrale/semestrale/annuale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza.

AMMINISTRAZIONE DIGITALE SICUREZZA E PRIVACY

- A) Stabilisce le policy di sicurezza logica per l'implementazione della connessione da remoto
- B) Verifica, attraverso il supporto del gruppo di conduzione tecnico, la compatibilità della dotazione del dipendente per l'effettuazione delle attività in remoto
- C) Autorizza l'attivazione della connessione sicura (VPN) e degli ulteriori elementi di sicurezza (token per l'autenticazione a doppio fattore) da parte del gruppo di conduzione tecnico
- D) Monitora costantemente le connessioni attive per l'accesso da remoto dei servizi erogati dai Sistemi Informativi Aziendali

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (S.P.P.A.)

Fornisce le linee guida di comportamento anche per l'attività da remoto

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (D.P.O.)

Fornisce le linee guida per la compliance privacy delle attività effettuate in remoto

CONTROLLO DI GESTIONE

Stabilisce, in collaborazione con l'Area Gestione risorse umane e Amministrazione Digitale, le linee guida per la valutazione della Performance Individuale per l'attività effettuata in modalità Lavoro Agile

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di verificare, così come effettuato per il Piano della Performance, anche per l'Organizzazione del Lavoro Agile, la definizione e l'applicazione degli indicatori di performance per tutti i soggetti coinvolti.

Procedura di attivazione e Modalità di Effettuazione dell'Attività in modalità "Lavoro Agile"

I dipendenti che intendano richiedere l'accesso al lavoro agile dovranno presentare apposita istanza, utilizzando il modello all'uopo pubblicato sul sito web aziendale (IN SEZIONE DEDICATA AL LAVORO AGILE"), al Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza che le valuterà secondo quanto previsto nel presente documento.

Il lavoratore autorizzato al lavoro agile secondo le modalità stabilite dal presente Documento accetta tutte le condizioni – nessuna esclusa - contenute nel presente provvedimento.

Al fine di garantire un'efficace ed efficiente interazione, nonché un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il personale autorizzato al lavoro agile dovrà garantire la raggiungibilità telefonica nelle medesime fasce di orario di servizio che il dipendente già in precedenza rispettava nell'espletamento dell'attività "in presenza". Durante dette fasce, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. In particolare, laddove il dipendente sia in possesso di cellulare aziendale, dovrà essere attivata la deviazione di chiamata dal numero fisso della postazione di lavoro al cellulare medesimo.

L'attività del dipendente in lavoro agile, in sede di prima applicazione del presente documento, sarà monitorata, in ingresso ed in uscita dall'attività, attraverso l'invio di un sms al numero di cellulare aziendale del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza ovvero di un suo

incaricato, salvo ulteriori modalità che il Dirigente preposto potrà valutare, in accordo con il dipendente successivamente alla data di autorizzazione, per l'utilizzo di sistemi di comunicazione ritenuti più efficaci per attestare/monitorare la prestazione lavorativa.

La modalità di lavoro agile, sulla base di comprovate esigenze organizzative, potrà essere autorizzata, e, di conseguenza, effettuata, anche in presenza di soluzione di continuità (giornate intervallate) ovvero con la possibilità di accedere temporaneamente agli uffici per reperire documentazione necessaria allo svolgimento delle attività autorizzate.

Nel rispetto di quanto previsto dai vigenti accordi sindacali in merito, il numero di giornate/ore di attività da effettuarsi in modalità lavoro agile dovrà essere maggiore o uguale al 30% dell'orario complessivamente dovuto dal lavoratore per il periodo di vigenza dell'accordo stesso.

La prestazione lavorativa svolta durante il lavoro agile sarà monitorata nel raggiungimento degli obiettivi dal Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Il lavoratore che fruisce della modalità del lavoro agile relaziona rispetto alle attività stabilite ed al raggiungimento degli obiettivi, con la frequenza e le modalità concordate, al Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza: lo stesso utilizza tale relazione, per valutare la congruità di quanto dichiarato dal lavoratore agile rispetto a quanto monitorato dallo stesso Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza, con possibili ricadute ai fini della valutazione della performance individuale.

Al fine della effettiva decorrenza della prestazione in modalità agile, il dipendente, dopo aver ricevuto tutte le necessarie istruzioni operative (manuale), dovrà personalmente procedere per le propedeutiche implementazioni tecniche/abilitazioni necessarie per l'attivazione della connessione remota attraverso VPN con doppio fattore di autenticazione: il dipendente, solo in

quell'istante, informerà in tal senso il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Durante le giornate di lavoro agile, il dipendente potrà fruire di tutti i permessi o altri istituti previsti dalle disposizioni contrattuali e normative, previa comunicazione ed autorizzazione del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

N.B : Tutte le istanze, in solo formato digitale (pdf), autorizzate da parte del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura (ovvero dal diretto responsabile sovra ordinato gerarchicamente in presenza di una richiesta di accesso alla modalità lavoro agile da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di Struttura) devono essere immediatamente inviate, attraverso la struttura medesima, rispettivamente all'Area Gestione Risorse umane e sono pubblicate sul sito web aziendale sottosezione Lavoro Agile .

CCNL e Normativa Vigente

Viene rimessa alla contrattazione nazionale la disciplina di numerosi aspetti, tra i quali:

- A) la responsabilità del datore di lavoro e del lavoratore per quanto attiene alla sicurezza e al buon funzionamento degli strumenti tecnologici
- B) il diritto a usufruire di ferie e permessi
- C) il diritto alla disconnessione
- D) l'equiparazione del lavoratore che svolge la propria attività lavorativa in modalità agile con quello operante in presenza ai fini del trattamento economico e normativo, del diritto alla salute e alla sicurezza sul lavoro e dello sviluppo delle opportunità di carriera e crescita retributiva

Dotazione Tecnologica del Dipendente

Differentemente da quanto previsto nel paragrafo 6.5, la Azienda ospedaliera pugliese ciaccio non fornisce (non è temporaneamente in grado di) la dotazione tecnologica atta a consentire al lavoratore agile di effettuare l'attività concordata al di fuori della sede di lavoro.

Di conseguenza:

- A. Il dipendente espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione tecnologica già in proprio possesso. Egli potrà collegarsi alla rete aziendale utilizzando notebook, personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto opportuno e congruo con Sistemi Informativi e Struttura di Privacy per l'esercizio dell'attività lavorativa.
- B. Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione una VPN (Virtual Private Network) con credenziali di accesso a doppio fattore di autenticazione rilasciate dal RESPONSABILE SISTEMI INFORMATIVI tale connessione renderà possibile l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali.
- C. In presenza della necessità di fruire di dati/informazioni memorizzati sulla postazione utilizzata dal dipendente, il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza, valutate le modalità di minore impatto organizzativo, consentirà l'accesso temporaneo agli uffici al dipendente al fine di consentire il reperimento della documentazione necessaria allo svolgimento delle attività: per motivi di sicurezza logica è assolutamente vietato l'accesso da remoto alla postazione di lavoro del dipendente.
- D. Le spese connesse all'espletamento dell'attività lavorativa presso la propria residenza/domicilio/dimora, riguardanti i consumi elettrici, le spese di manutenzione e gestione dei dispositivi, ecc. sono a totale carico del dipendente.

Indicatori di Performance Individuale

Di seguito sono riportati gli indicatori di Performance Individuale che devono essere monitorati dal Direttore/Dirigente Responsabile in combinato disposto con l'efficacia e l'efficienza delle attività effettuate dal Lavoratore Agile.

Stato di Implementazione del Lavoro Agile	
Dimensione	Indicatore
Efficacia Quantitativa	A) n. di pratiche/procedimenti B) n. utenti serviti C) n. di task portati a termine in lavoro agile/n. task totali D) n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali E) n. utenti serviti in lavoro agile/n. utenti serviti F) n. task portati a termine in lavoro agile/n. task totali
Efficacia Qualitativa	qualità del lavoro effettuato attraverso la valutazione da parte del Direttore/Dirigente Responsabile e/o rilevazioni da customer satisfaction
Efficienza Temporale	Tempistica di completamento pratiche/procedimenti/servizi/ task in lavoro agile/Tempistica di completamento pratiche/procedimenti/servizi/task in presenza

Indicatori Generali

E' necessario stabilire una serie di indicatori, implementati a livello aziendale, che rendano possibile una valutazione dell'impatto generato rispetto alle ricadute organizzative, alle stime di efficacia ed efficienza, oltre che alla componente del benessere lavorativo e sociale, dell'implementazione dell'Organizzazione del Lavoro Agile all'interno dell'organizzazione del lavoro nell'erogazione dei servizi aziendali.

In particolare si stabiliscono i seguenti indicatori:

STATO DI IMPLEMENTAZIONE DEL LAVORO AGILE	
Dimensione	Indicatore
Quantità	% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali % giornate lavoro agile / giornate lavorative totali
Qualità Percepita	A) % dirigenti/responsabili soddisfatti del lavoro agile dei propri collaboratori B) % dipendenti in lavoro agile soddisfatti C) soddisfazione per genere: A) % donne soddisfatte B) % uomini soddisfatti D) soddisfazione per età: A) % dipendenti > 60 anni soddisfatti B) % dipendenti > 50 < 60 anni soddisfatti C) ecc. E) soddisfazione per situazione familiare: A) % dipendenti con genitori anziani soddisfatti B) % dipendenti con figli soddisfatti C) ecc.

Sospensione/Termine

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

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

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

Comunicazione delle Giornate di Attività in Lavoro Agile

1. L'implementazione tecnica necessaria per consentire l'accesso ai sistemi informatici aziendale ed ai servizi erogati attraverso gli stessi, pur tenendone traccia, non consentono – attualmente – la “rilevazione della presenza” del lavoratore agile collegato da remoto.

2. Di conseguenza, con cadenza settimanale, il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza, provvederà a comunicare all'ufficio rilevazione presenze di riferimento, un report riportante gli orari (ingresso/uscita/permessi/ ferie) di attività di ciascun dipendente effettuata in modalità lavoro agile: tale report è predisposto con riferimento alle comunicazioni intercorse tra Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura e lavoratore agile nella settimana precedente.

Trattamento Giuridico ed Economico

1. I dipendenti che svolgono la prestazione in modalità di lavoro agile hanno diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi di cui all'art. 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda.

2. Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, in relazione alle giornate lavorative di lavoro agile, non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive o protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive.

Condotte Sanzionabili

Sono applicate tutte le norme previste dai Contratti Collettivi di Lavoro, dal codice disciplina- re e dal codice di comportamento aziendale vigenti.

Vincoli e Prescrizioni

1. La modalità di espletamento in “lavoro agile” non modifica in alcun modo i doveri e le prescrizioni (vincolo di segretezza, conformità alle prescrizioni privacy, codice di condotta, ecc.) riguardo alle quali il dipendente è già tenuto al rispetto per l’attività espletata in “presenza”.
2. Il dipendente autorizzato avrà accesso - attraverso VPN - alla rete aziendale utilizzando credenziali personali: egli dovrà custodirle con estrema cura ed attenzione in maniera che, la eventuale perdita/comunicazione/diffusione delle stesse non possa in- generare problematiche di grosso impatto per la sicurezza logica dell’intera rete aziendale.
3. Il dipendente, di conseguenza, sarà ritenuto responsabile della corretta custodia delle credenziali e degli eventuali danni derivanti da un incauto e/o doloso comportamento che ne comporti la perdita/comunicazione/diffusione.

Privacy

1. Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza e l’Area Gestione del Personale terranno copia della richiesta di accesso alla modalità in lavoro agile effettuata dal dipendente. L’attività di “tenuta” di tale documentazione è da considerarsi interna al processo di trattamento di dati personali gestione del personale dipendente - già in capo ai responsabili del trattamento sopra indicati. Per tale motivazione, anche in presenza delle ulteriori coperture giuridiche derivanti dall’applicazione della normativa in premessa riportata, non è necessario fornire specifica informativa al dipendente richiedente.

2. Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza deterrà temporaneamente – sino ad esaurimento del processo amministrativo – copia della richiesta di accesso alla modalità in lavoro agile effettuata dal dipendente, per poi distruggerla a valle dell’inserimento di detto documento all’interno del fascicolo del dipendente a cura dell’Area Gestione del Personale.

Sicurezza sul Lavoro

1. Gli obblighi di informativa di cui all'art. 22, comma 1, della Legge 81/2017 e del decreto legislativo del 9 aprile 2008, n. 81 che si allega al presente documento

2. Il lavoratore collabora con l'amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro. L'amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti del dipendente incoerenti con quanto indicato nell'informativa di cui al capoverso precedente, e comunque incompatibili con un corretto svolgimento della prestazione lavorativa.

3. In deroga a quanto previsto dall’applicazione delle disposizioni normative in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui al d.lgs. 81/2008 e s.m.i., avuto riguardo alle specifiche esigenze dettate dall'esercizio flessibile dell'attività di lavoro, L’Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, in sede di prima applicazione del presente documento, non è in grado e non può garantire la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

4. L’Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio non tutela il lavoratore contro gli infortuni nel luogo prescelto per l’erogazione della prestazione in modalità di lavoro agile (propria residenza/domicilio/dimora); tale mancata tutela riguarda anche gli spostamenti che il lavoratore agile può effettuare, nello svolgimento della propria attività, nel percorso residenza/domicilio/dimora - sede di lavoro e viceversa.

Documentazione

La totalità della documentazione formalizzata (POLA, modulo di Istanza per l'Accesso all'istituto, linee guida e raccomandazioni) a tema "lavoro Agile" è resa disponibile sul portale Intranet aziendale.

Decorrenza

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile è immediatamente esecutivo. Ciascun Dirigente di struttura è invitato a darne applicazione, rammentando che, ai sensi della vigente normativa, eventuali inadempimenti saranno oggetto di specifica valutazione.

NB: L'AOPC provvederà ad integrare e/o modificare il presente documento a seguito delle future ulteriori disposizioni normative e direttive Nazionali e Regionali che interverranno in materia.

Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024

E' in itinere l'approvazione da parte del Dipartimento tutela della Salute e servizio Sciali Socio Sanitari della Regione Calabria il Piano triennale del fabbisogno 2022-2024 redatto, applicando la metodologia di cui al DCA 129/2019, dall'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro.

Il fabbisogno triennale, sviluppato sulla base dell'attuale assetto organizzativo, prevede una consistenza complessiva di 2669 unità, con i profili professionali riportati nella tabella che segue, dove è indicata anche la consistenza dell'organico in servizio alla data del 31 dicembre 2021

profilo	fabbisogno 2022-2024	presenti al 31 dicembre 2021
Dirigenti Medici	660	430
Infermieri	1172	820
Operatori Socio Sanitari	373	219
Tecnici di Laboratorio Biomedico	63	65
Tecnici di radiologia Medica	84	76
Dirigente Amministrativo	14	9

Dirigente Ingegnere Biomedico	2	1
Dirigente architetto/ingegnere	5	1
Dirigente avvocato	3	2
Collaboratore Amministrativo	26	16
Assistente Amministrativo	79	61
Assistente tecnico (cat C)	7	0
Coadiutore Amministrativo	64	41
Collaboratore tecnico professionale	6	0
Collaboratore settore comunicazione/informazione	2	0
Programmatore (Cat C)	4	0
Operatore tecnico professionale	41	41
Commesso	8	8
Dietisti	5	2
Assistente sociale	5	2
Fisioterapista	8	5
Perfusionista	8	5
Tecnico fisiopatologia	4	1
Tecnico neuro fisiopatologia	5	4
Tecnico audiologia	5	2
Logopedista	5	1
Ortottista	5	2
Assistente religioso	2	2
Tecnico odontotecnico	2	2
Tecnico della prevenzione	1	1
Puericultrice	1	1
Totale	2669	1820

Le unità di personale presenti al 31/12/2021 non comprendono il personale assunto per l'emergenza Covid-19

Personale dipendente (tempo determinato- tempo indeterminato) distinto per ruolo

PLANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE(PLAO) 2022 - 2024

2022

Personale dipendente (tempo determinato- tempo indeterminato) distinto per ruolo

	31-dic		31-dic		31-dic		31-dic	
	2018		2019		2020		2021	
Area Contrattuale	n. unità	%su tot.	n. unità	%su tot.	n. unità	%su tot.	n. unità	%su tot.

Sanitario								
Dirigenza Medici	380	27%	405	28%	424	27%	415	27%
Dirigenza Non Medici	34	3%	34	2%	40	3%	38	2%
Comparto	974	70%	991	70	1102	70%	1097	71%
Totale ruolo sanitario	1388	100%	1430	7030%	1566	100%	1550	100%

Professionale								
Dirigenza	4	67%	4	67%	4	67%	5	71%
Comparto	2	33%	2	33%	2	33%	2	29%
Totale ruolo professionale	6	100%	6	100%	6	100%	7	100%

Tecnico								
Dirigenza	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
Comparto	221	100%	274	100%	292	100%	272	100%
Totale ruolo tecnico	221	100%	274	100%	292	100%	272	100%

Amministrativo								
Dirigenza	7	4%	10	6,50%	10	7%	9	7%
Comparto	159	96%	142	93,50%	130	93%	126	93%
Totale ruolo amministrativo	166	100%	152	100%	140	100%	135	100%

totale complessivo	178 1	100 %	186 2	100 %	200 4	100 %	196 4	100 %
---------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

FORMAZIONE DEL PERSONALE

IL PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE 2021/2023

La programmazione della Formazione del personale all'interno della Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio di Catanzaro si sviluppa per piani aziendali formativi triennali coincidenti con i periodi fissati dalla Commissione Nazionale ECM.

Nell'aprile 2021 l'Azienda ha approvato, con atto deliberativo n.367 del 7/4/2021, il Piano di formazione aziendale 2021/2023.

Il Piano, che interessa il triennio 2021/2023, è stato adottato conformemente a quanto stabilito nelle "Linee guida 2021/2023 per la definizione dei Piani di formazione aziendali per il miglioramento delle competenze del personale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Servizio Sanitario Regionale", adottate con Decreto del Dirigente Generale d del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari n.14425 del 28/12/2020.

L'approvazione del documento programmatico in argomento è stata preceduta da una fase di confronto con le OOSS, sia del Comparto che della Dirigenza, ed il testo finale ha rappresentato la sintesi degli accordi sindacali raggiunti in sede di contrattazione integrativa decentrata rispettivamente in data 29 marzo 2021, per il Comparto, e in data 1 aprile 2021, per la Dirigenza.

L'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro, nel perseguimento della propria missione aziendale, valorizza le risorse umane anche attraverso una particolare attenzione alla formazione del personale. Le attività di formazione

rivolte al personale sanitario necessitano di essere integrate e contestualizzate, in base ai bisogni di salute dei cittadini e in linea con le politiche e le strategie di intervento individuate nel PSR.

La formazione, se opportunamente pianificata, non raggiunge quindi soltanto l'obiettivo di saturare un bisogno formativo del singolo operatore o di gruppi di essi, ma diventa una ulteriore azione di miglioramento dei servizi offerti in termini di efficacia, appropriatezza, ed economicità. Una formazione quindi che non coincide con la mera acquisizione di conoscenze e skills, ma che promuove comportamenti professionali e vede nel continuo miglioramento della competenze le determinanti fondamentali per elevare la qualità dell'assistenza.

Gli indirizzi proposti in questo documento sono stati elaborati in coerenza con gli indirizzi regionali forniti con le Linee Guida di cui al Decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari n.14425 del 28/12/2020 ed i correlati obiettivi formativi ne rappresentano, nel contempo, il logico corollario e la cornice di riferimento entro cui saranno declinate le azioni aziendali tese al miglioramento continuo della qualità nelle sue dimensioni tecniche, gestionali e relazionali, in funzione dei cambiamenti sistemici in atto.

Per quanto non previsto nel presente Piano si rinvia alle citate Linee guida nonché al Regolamento per le procedure operative della Formazione dell'Azienda Ospedaliera Pugliese- Ciaccio, approvato con Delibera del Commissario Straordinario n.249 del 4/3/2021.

Nel breve/medio periodo l'Azienda si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso:

- un progressivo incremento del grado di soddisfazione degli utenti, vigilando sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari, secondo la normativa vigente in materia di tutela della privacy;

- il rafforzamento del ruolo di Azienda Ospedaliera di riferimento dell'area centro nel trattamento delle patologie ad elevata complessità, ponendo in essere azioni mirate al recupero progressivo ma costante della mobilità sanitaria passiva del proprio bacino d'utenza.

Il complesso delle azioni poste in essere dall'Azienda, in base alle risorse a disposizione e nel rispetto della programmazione regionale, è finalizzato a:

- consolidare e potenziare le strutture di alta specialità che caratterizzano l'Azienda;
- migliorare le sinergie ed i rapporti di collaborazione con le altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della regione in una logica di 'sistema';
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nell'area dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino di riferimento valorizzando la propria vocazione per acuti;
- favorire lo sviluppo dei processi d'integrazione ospedale/territorio in un'ottica di continuum assistenziale con conseguente recupero dell'efficienza ospedaliera.
- favorire la partecipazione a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione e applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate.
- il continuo confronto con gli stakeholder, la comunità territoriale, le istituzioni e l'associazionismo quali occasioni di crescita e di stimolo per la ricerca di nuove soluzioni organizzative ed assistenziali in un'ottica di 'sanità condivisa' e di bilancio sociale dei risultati conseguiti;

- l'acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario per la partecipazione consapevole del paziente alle scelte diagnostico-terapeutiche;
- la qualità come parte del sistema integrato di gestione delle azioni organizzative e assistenziali in campo sanitario e amministrativo, e metodo di miglioramento costruito sulle esigenze dei pazienti e degli operatori;
- l'informazione e la formazione come elemento di progresso professionale e culturale;
- la gestione integrata dei processi;
- la gestione del rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente;
- il rispetto dell'ambiente ecologico come contributo importante al miglioramento dei livelli di salute attraverso la costante valutazione per l'eliminazione e/o riduzione dell'impatto ambientale che le attività dell'Azienda e delle ditte che hanno rapporti con essa generano o possono generare.

L'UFFICIO FORMAZIONE

La Struttura Operativa "Formazione" è prevista nell'attuale atto aziendale dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" quale articolazione organizzativa semplice della SOC Gestione Risorse Umane. La SOS Formazione si occupa di:

- governare l'intero processo formativo, a partire dall'analisi del fabbisogno fino all'erogazione dei corsi;
- Elaborare programmi annuali e pluriennali di formazione e aggiornamento, coerenti con gli obiettivi strategici dell'Azienda e gli indirizzi nazionali e regionali, sulla base delle risorse economiche disponibili;

- Definire la rete dei referenti aziendali della formazione ed assumerne il coordinamento in modo da assicurare una stretta collaborazione con la Direzione strategica, i Direttori dei Dipartimenti ed i Responsabili delle SOC aziendali, al fine di consentire l'incontro dei diversi attori e delle diverse istanze in gioco.
- Gestire direttamente e attivamente tutti i momenti formativi strategici;
- Definire ed implementare specifici strumenti di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati dei processi formativi;
- Assicurare integralmente l'attuazione della formazione obbligatoria ex lege (es. sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, privacy etc.);
- Attuare le procedure amministrative per il mantenimento dell'accreditamento quale provider ECM e le correlate attività di rendicontazione.

La rilevazione del fabbisogno formativo rappresenta una fondamentale e prioritaria attività per orientare la pianificazione dei processi formativi e definirne i relativi programmi. L'analisi dei fabbisogni deve raggiungere capillarmente tutti i profili professionali presenti in Azienda e tutte le unità operative.

A tal fine, in fase di start up e visti i tempi estremamente ridotti, è stata operata una analisi preliminare sulla scorta delle informazioni disponibili o facilmente reperibili mediante brainstorming. È stato quindi approvato il Regolamento della Formazione aziendale con Delibera del Commissario Straordinario n.249 del 4/3/2021 procedendo all'individuazione delle varie fasi in cui si articolano i complessi processi di programmazione e gestione della formazione, i ruoli organizzativi coinvolti ed i correlati strumenti. Nel prosieguo sarà implementato il nuovo sistema di formazione aziendale e costituita la banca dati aziendale della formazione che consentirà la mappatura dei profili di competenze e delle attività formative svolte dai professionisti, anche in ambito ECM.

Nell'elaborazione del presente Piano formativo, l'Azienda ha tenuto conto della necessità di sviluppare competenze tecniche-specialistiche delle diverse

professioni presenti in Azienda nonché delle competenze trasversali che è comunque importante possedere per assicurare efficacia ai processi organizzativi e gestionali nonché assistenziali: competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti e gli altri soggetti dell'organizzazione aziendale, e con soggetti esterni, con i cittadini e con gruppi di lavoro.

OBIETTIVI FORMATIVI

Gli obiettivi formativi strategici per il triennio 2021-2023 sono stati declinati, in coerenza con le citate Linee guida regionali, aggregandoli nelle seguenti macro-aree che, appresso, saranno molto brevemente esplicitati:

- obiettivi formativi tecnico-professionali;
- obiettivi formativi di processo;
- obiettivi formativi di sistema.

Gli obiettivi formativi tecnico-professionali hanno individuato percorsi volti allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

Gli obiettivi formativi di processo hanno individuato percorsi volti allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione.

Gli obiettivi formativi di sistema hanno individuato percorsi volti allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e

sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

Per ciò che riguarda la metodologia adottata ed i relativi strumenti impiegati per effettuare l'analisi e la valutazione dei fabbisogni formativi, è stata predisposta la somministrazione di un questionario che ha richiesto valutazioni qualitative scalari, in forma di domande chiuse associate a domande aperte per stimolare il soggetto a fornire suggerimenti e commenti personali ed ha consentito la rilevazione delle attività formative svolte dai professionisti sanitari nell'ultimo triennio in ambito ECM.

I fabbisogni formativi enucleati ed ai percorsi di formazione indicati nel citato Piano aziendale hanno però trovato un ontologico limite nelle effettive risorse economiche che l'Azienda ha potuto destinare che, come è noto, non possono eccedere l'importo di cui all'art.6 comma 13 legge n.122/2010 di conversione del DL n.78/2010 a norma del quale nelle PPAA la spesa complessiva da destinare alla formazione non può superare il 50% delle spese sostenute nell'anno 2009. A ciò deve aggiungersi che, trattandosi di "spese non obbligatorie", l'Azienda, in ossequio all'art.1 comma 174 legge 311/2004 ed essendo inoltre in Piano di rientro ai sensi dell'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, ha dovuto comunque contenere ulteriormente le spese per la formazione.

In base al budget disponibile, dunque, sono stati quindi avviati i percorsi di formazione, dando ovviamente priorità a quelli obbligatori ex legge.

Accessibilità fisica e digitale

Riguardo le modalità e le azioni finalizzate a dare la piena accessibilità alle amministrazioni di cui al punto "f" dell'art.6, comma 2, del d.l.n.80/2021, convertito in legge n.113/2021, in particolare dei cittadini con disabilità, giovani e anziani, non possono prescindere dal considerare che essi hanno diritto, come gli altri, a vivere una vita indipendente. Negli ultimi anni, i finanziamenti dell'Unione europea hanno fornito un importante contributo, proprio alla vita

indipendente e all'inclusione nella comunità, delle suddette persone con disabilità. Per rendere effettiva e sostanziale una vita indipendente, è necessario un panorama differenziato di servizi di qualità, accessibili anche dal punto di vista economico e incentrati sulla persona, erogati, in primis, a livello della comunità e anche della famiglia, tra cui l'assistenza personale, gli interventi degli operatori sociali, ma, soprattutto, nel caso che qui ci interessa, l'assistenza medica, ad ogni livello, facilitando, in tal modo, le attività quotidiane e offrendo possibilità di scelta alle loro famiglie.

Se poi si tiene conto che la qualità dei servizi forniti varia da uno Stato membro all'altro e, purtroppo, all'interno degli stessi Stati membri (Nord e Sud Italia), per i cittadini con disabilità e, in particolare, anziani, che vivono, in territori e zone difficili, ne consegue una maggiore esposizione all'offerta insufficiente di servizi sanitari e sociali, considerato che il settore di tali servizi risente anche della carenza di personale e di condizioni di lavoro difficili. Non v'è dubbio che le persone con disabilità hanno diritto a un'assistenza sanitaria di qualità, comprensiva dei servizi di riabilitazione e prevenzione da erogare tramite le strutture sanitarie, in via principale, poste sul territorio ma anche ospedaliere, in particolare, quando si tratta di malati con patologie acute. Gli obiettivi a medio termine devono inevitabilmente prevedere degli interventi mirati, impegnandosi a fare di più, in quanto le persone con disabilità segnalano esigenze insoddisfatte di cure mediche di gran lunga superiori a quelle delle persone senza disabilità. L'assistenza sanitaria è purtroppo, contrariamente a come dovrebbe, troppo poco diffusa sul territorio e quindi troppo lontana per essere fisicamente raggiungibile e, quindi, poco accessibile o caratterizzata da lunghe liste di attesa. Le persone con disabilità non visibili, dolori cronici e disabilità intellettive, affette da malattie rare o tumori che spesso causano menomazioni, così come le donne o i rifugiati con disabilità, non sempre ricevono il sostegno specifico di cui necessitano. La crisi a seguito dell'attuale pandemia da covid-19, ha messo, difatti, in luce le debolezze del sistema sanitario, in particolare per quanto

riguarda le persone con disabilità che vivono in istituti con accesso limitato ai servizi di pronto soccorso e terapia intensiva.

Le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità ai servizi sanitari di tali categorie di persone, hanno la necessità che ogni Stato membro possa essere sostenuto dalla Unione europea - la cui Commissione ha istituito, nel novembre 2020, l'Unione europea della salute - nelle politiche volte

a migliorare la tenuta dei sistemi sanitari nelle situazioni di criticità durature. Le riforme di ogni Stato membro dovrebbero affrontare le sfide specifiche proprio relativamente a quelle categorie di cittadini che incontrano ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari, tenuto conto dell'iniziativa della Commissione relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza. E la Commissione invita a determinare e favorire l'accesso per i soggetti disabili per il tramite di una assistenza sanitaria inclusiva, incentrata sulla persona e di un consenso libero e informato. A fare informazione e sviluppare strategie di sostegno per i pazienti con disabilità relative a malattie rare e, quindi, a individuare ed esaminare modalità per facilitare l'accesso e cure all'avanguardia, anche facendo ricorso a innovazioni digitali. L'A.O.P.C. si impegna, pertanto, nell'anno in corso e in quelli successivi, a realizzare gli interventi necessari, mirati a rendere effettive le relative prescrizioni in materia e per come individuati. In particolare - al fine di rendere i sistemi informatici aziendali, capaci di erogare servizi e fornire informazioni fruibili, senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari - l'Azienda stessa garantisce la realizzazione di un sito internet, secondo la Direttiva UE 2016/2102 e le Linee guida relative all'accessibilità dei siti web e degli strumenti informatici emanate dall'Agenzia per l'Italia digitale (AGID).

Alcune delle procedure da semplificare e reingegnerizzare riguardano, in particolare, la digitalizzazione delle stesse procedure, l'eliminazione dalla modulistica di documentazione eccessiva e di dati già in possesso, l'agevolazione dello svolgimento dello smart working, la massimizzazione del livello di

sicurezza informatica attraverso un progetto che prevede la revisione strutturale dell'architettura informatica, hardware e software, con "apertura e trasparenza dei dati" e processi amministrativi. Progetti e procedure, con modalità integrata, adatte alle diverse esigenze dei cittadini utenti (anziani e persone con disabilità) e favoriscano la diffusione delle informazioni. L'istituzione di piattaforma informatica per gli utenti interni ed esterni per ciò che concerne la materia della Prevenzione della corruzione, riguardo, nello specifico, la segnalazione di illeciti e irregolarità che un dipendente o individuo qualsiasi riscontra in azienda (c.d. whistleblowing), alla luce della Direttiva europea in materia 1937/2019.

SOTTOSEZIONE PIANO TRIENNALE DI AZIONI POSITIVE 2022 - 2024

Il Piano triennale di Azioni Positive 2022-2024 è stato approvato con deliberazione dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio n.1441 del 31 dicembre 2021 unitamente al regolamento CUG

Che cosa è il Piano di Azioni Positive ?

Si parla di piani di azioni positive nel D.Lgs. n. 198 del 11 aprile 2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a "norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246", che all'articolo 48 recita:

"... le amministrazioni dello Stato, anche a ordinamento autonomo, ... predispongono piani di azioni positive tendenti ad assicurare, nel loro rispettivo ambito, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne ...".

Che cosa contiene il PAP?

Il Piano di Azioni Positive proposto dal CUG contiene una serie di obiettivi che si intendono raggiungere nell'arco temporale di vigenza del piano stesso, che ha una durata triennale, nel nostro caso 2022/2024.

In quali ambiti è indirizzato il PAP dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio?

Il PAP interviene in vari ambiti dell'attività istituzionale dell'AOPC con il proposito di promuovere le pari opportunità per tutte le componenti che ivi lavorano nonché azioni dirette a favorire la realizzazione di un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

A tale scopo vengono delineate una serie di azioni propositive e di monitoraggio quali interventi destinati a favorire la conciliazione dei tempi tra carichi lavorativi e cura familiare, il monitoraggio sull'evoluzione interna dell'organizzazione del lavoro, la formazione per il benessere lavorativo e organizzativo, la diffusione della cultura di genere attraverso iniziative di ricerca e di formazione.

Il nuovo Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni si è insediato, nella sua attuale composizione, con deliberazione dell'AOPC n. 1222/2020 del 26/10/2020;

L'Organo, in conformità con i principi sanciti dalla Costituzione, dalla normativa vigente e dal diritto dell'Unione Europea, rivolge uno sguardo attento alle migliori prassi nazionali e internazionali in materia di promozione dell'equità e valorizzazione delle diversità assumendo un rilevante impegno nei confronti dell'intera comunità aziendale per prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione e disuguaglianza.

Il Comitato Unico di Garanzia si pone dunque l'obiettivo di costruire un ambiente di lavoro sano, libero dagli stereotipi e dai pregiudizi in applicazione anche con quanto sancito dal Codice di comportamento dell'azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio nel rispetto delle libertà e della dignità della persona nell'ambiente di lavoro.

Tra i temi sui quali maggiormente si è concentrato l'operato del CUG, vi è quello della conciliazione dei tempi di vita/lavoro alla luce di quei principi di efficacia, efficienza, trasparenza e rispetto delle pari opportunità tra i generi che sono costantemente oggetto di particolare attenzione da parte del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea.

In particolare modo quest'ultimo, attraverso la Direttiva 2019/1158, ha evidenziato come il raggiungimento dell'eguaglianza tra uomini e donne passi necessariamente attraverso il riconoscimento delle pari opportunità tra i generi nell'ambito di un mercato del lavoro che garantisca pari trattamento professionale.

Proprio questo tema così rilevante è appunto una delle parti centrali del PAP 2021/2023 e molte sono, infatti, le azioni positive individuate per migliorare la vita quotidiana di coloro che subiscono una distribuzione impari delle responsabilità familiari: le convenzioni con asili nido e scuole d'infanzia, l'istituzione e la creazione di un servizio mensa etc....

Altro tema di estremo interesse per il CUG è quello dello stretto legame che intercorre tra le condizioni lavorative e i rischi per la salute. In particolar modo, nel caso delle lavoratrici, sono spesso fattori di natura organizzativa e, più in generale, culturale eguaglianza di genere e valorizzazione delle differenze” si pensi, per esempio, alle discriminazioni dirette e indirette, alla segregazione verticale e al bossing.

FONTI NORMATIVE

Art. 3 della Costituzione che enuncia il principio di uguaglianza riconoscendo a tutti i cittadini pari dignità sociale e dichiarandone l'uguaglianza “davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politiche, di condizioni personali e sociali”.

Legge 20 maggio 1970 n. 300 (Statuto dei lavoratori) che all'art. 15 comma 2 stabilisce che è nullo qualsiasi patto o atto diretto a "fini di discriminazione politica, religiosa, razziale, di lingua o di sesso".

Legge n. 125 del 10 aprile 1991 aventi ad oggetto le azioni positive per la realizzazione della parità uomini e donne nel lavoro così come modificata dal Decreto Legislativo n. 196 del 23 maggio 2000 che prevede la predisposizione di Piani di Azioni Positive di durata triennale al fine di promuovere l'inserimento delle donne nell'ambito lavorativo ad ogni livello, ad ogni settore e di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono le pari opportunità.

Decreto Legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 (cd. Testo unico sul pubblico impiego) recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e specificatamente in tema di pari opportunità. Direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica (attuazione mediante D.L. 9 luglio 2003 n. 215).

Direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro (attuazione mediante D.L. 9 luglio 2003 n. 216).

Direttiva 2006/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 luglio 2006 riguardante l'attuazione del principio delle pari opportunità e della parità di trattamento tra uomini e donne in materia di occupazione e di impiego.

Decreto Legislativo n. 198 dell'11 aprile 2006 avente ad oggetto il "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna" a norma della legge 28/11/2005 n. 246 che introduce una normativa ad ampio raggio la cui ratio è quella di prevenire e rimuovere qualsiasi forma di discriminazione fondata sul sesso.

Legge n. 183 del 4 novembre 2010 (cd. Collegato al lavoro) che prevede la costituzione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG).

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 avente ad oggetto le “Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia”. Decreto Legislativo 15 giugno 2015 n. 80 avente ad oggetto “misure per la conciliazione delle esigenze di cura, di vita e di lavoro

Legge 7 agosto 2015 n. 124 avente ad oggetto “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” ed in particolare l’art. 14 concernente “Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”.

Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo avente ad oggetto “Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all’equilibrio tra vita privata e vita professionale”.

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 3 del 1 giugno 2017 avente ad oggetto gli “Indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’art. 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”.

PREMESSE

Uno dei principi cardine del nostro ordinamento è il divieto di discriminazioni e la parità di trattamento dei lavoratori in relazione all’accesso e all’occupazione. Questi principi sono valori fondamentali anche dell’Unione Europea, come ribadito nel Trattato sull’Unione Europea (TUE), nel Trattato sul funzionamento dell’Unione (TFUE) e nella Carta europea dei diritti fondamentali. Con il presente Piano Triennale delle Azioni Positive (PTAP) è intendimento dell’Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio indicare gli obiettivi perseguiti e le azioni positive per il raggiungimento degli stessi.

Il Piano triennale delle azioni positive è disciplinato dalla direttiva n. 2/2019 “Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati

unici di garanzia nelle amministrazioni pubbliche” emanata nel giugno 2019 dal Ministero della funzione pubblica .

Le finalità perseguite dalla direttiva possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- superare la frammentarietà dei precedenti interventi con una visione organica;
- sottolineare fortemente il legame tra pari opportunità, benessere organizzativo e performance delle amministrazioni;
- semplificare l’implementazione delle politiche di genere con meno adempimenti e più azioni concrete;
- rafforzare il ruolo dei CUG con la previsione di nuclei di ascolto organizzativo;
- spingere la pubblica amministrazione ad essere un datore di lavoro esemplare, punto di partenza per un cambiamento culturale nel Paese. L’azione riguarda la predisposizione del Piano triennale delle azioni positive come allegato del Piano della performance, in quanto la promozione della parità e delle pari opportunità necessita di un’adeguata attività di pianificazione e programmazione a 360°, rientrando a pieno titolo nel ciclo della performance.

A tal fine, gli obiettivi contenuti nel Piano triennale delle azioni positive devono essere collegati a corrispondenti obiettivi del Piano della performance. L’azione concerne il rafforzamento del Comitato unico di garanzia (CUG), che esplica la propria attività attraverso 3 funzioni:

- Funzione propositiva: formulazione di proposte di indirizzo delle azioni positive, prevenzione o rimozione di situazioni di discriminazione e violenza, mobbing, disagio organizzativo all’interno dell’amministrazione pubblica;
- Funzione consultiva: formulazione di pareri su riorganizzazione, piani di formazione del personale, forme di flessibilità lavorativa, interventi di conciliazione, criteri di valutazione del personale;

•Funzione di verifica: relazione annuale sulla situazione del personale, attuazione del piano di azioni positive, monitoraggio degli incarichi, indennità e posizioni organizzative.

L'azione concerne inoltre l'obbligo di osservare ed esigere l'osservanza di tutte le norme vigenti in materia di discriminazione diretta o indiretta in ambito lavorativo e riferite ai fattori di rischio: genere, età, orientamento sessuale, razza e origine etnica, disabilità, religione e opinioni personali. La linea d'azione ha tra i suoi obiettivi specifici l'aggiornamento del Regolamento di organizzazione, nel quale verrà recepita la disciplina del lavoro agile quale modalità ordinaria della prestazione di lavoro, in coerenza con le indicazioni del Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA); nell'ambito di tale obiettivo rientrano l'approvazione del Codice Etico e la pubblicazione dell'avviso e la raccolta delle candidature a Consigliere di fiducia metropolitano, nonché le azioni di promozione e sostegno del ruolo specifico; -il monitoraggio delle attività legate al Codice di comportamento; Piano delle azioni positive -lo sviluppo di Politiche di educazione al rispetto delle differenze e di contrasto agli stereotipi, discriminazioni e violenza attraverso progetti di sensibilizzazione nei confronti dei dipendenti dell'Ente; -nell'ambito delle Politiche per la promozione e lo sviluppo di un territorio socialmente responsabile, tese a favorire l'equilibrio di opportunità per donne e uomini in azienda, la promozione di occasioni di confronto e di apprendimento continuo, che sviluppino servizi che favoriscono il benessere organizzativo e l'offerta di welfare aziendale, permette la condivisione di valori positivi, buone pratiche e indirizzi strategici orientati alle pari opportunità. L'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio recependo l'art. 21 del Decreto Legislativo n. 198/2006 (Codice per le pari opportunità , la successiva Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e il Ministro per le Pari Opportunità, con deliberazione del Direttore Generale nr. 111/2017 del 14-03-2017 ha istituito

IL COMITATO UNICO DI GARANZIA DI SEGUITO PER BREVIATA' DENOMINATO CUG , il quale oltre ai compiti consultivi e di verifica, esercita compiti propositivi tra cui la predisposizione dei piani di azioni positive atte a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nel lavoro dell'Azienda, con successivo atto deliberativo nell'anno 2020 ha proceduto alla sostituzione dei componenti collocati in quiescenza.

In osservanza di tale nuova disposizione disciplinata dalla direttiva n. 2/2019, il CUG dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio, propone il presente Piano delle Azioni Positive 2022-2023, Che terrà inoltre conto delle azioni che, a causa della pandemia COVID 19, non sono state realizzate, e che verranno proposte con un differente tempistica. Si citano, a titolo di esempio, la consistente esperienza condotta in merito al lavoro da remoto sviluppata dall' Azienda Ospedaliera nel corso del 2020-2021... e le diverse iniziative a favore del benessere e della conciliazione tra vita e lavoro per il personale impegnato nella gestione dell'emergenza sanitaria. Il Piano, sulla scorta delle informazioni definite, declina le aree di intervento all'interno delle quali sono identificate le azioni, gli obiettivi, gli attori coinvolti e la tempistica prevista per il loro raggiungimento.

Gli obiettivi specifici che il CUG si pone, sono legati alle peculiarità della Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio e sono declinati secondo un programma che prevede progetti, azioni, attori istituzionali deputati o coinvolti nella loro realizzazione e tempi di intervento. Durante il triennio di vigenza del piano il CUG accoglierà pareri, consigli, osservazioni e suggerimenti da parte del personale dipendente, delle organizzazioni sindacali e dell'amministrazione, in modo da poterlo rendere dinamico ed efficace. PIANO DELLE AZIONI POSITIVE 2021 – 2023

AZIONE 1 Titolo Peso Unità di misura 2021 2022 2023 Procedura di richiesta e utilizzo delle ferie solidali 50 On/off

Parere favorevole sindacati Approvazione Regolamento con parere favorevole della Direzione Aziendale Attivazione procedura per l'utilizzo delle ferie solidali Regolamento aziendale per la mobilità interna del personale del comparto che prevede criteri di precedenza, a parità di condizioni, per particolari condizioni di famiglia e di salute 25 On/Off Parere favorevole sindacati Approvazione Regolamento con atto deliberativo Utilizzo delle regole nella mobilità interna del comparto

Convenzione con cooperativa esterna per l'accesso al nido aziendale per i figli dei dipendenti 25 On/Off Analisi del contesto provinciale per l'individuazione dei soggetti e delle caratteristiche Report inviato alla Direzione aziendale Stipula della Convenzione con cooperativa (Atto deliberativo) Attivazione dell'asilo nido Soggetti coinvolti Direzione strategica, DMP, S.C. Risorse umane e relazioni sindacali, Sistemi Informativi Aziendali, Servizio protezione e prevenzione, Sorveglianza medica dei lavoratori, Urp

AZIONE 2: DONNE E LEADERSHIP:

Misure specifiche intese a migliorare l'accesso e lo sviluppo delle carriere e a ridurre la segregazione verticale e orizzontale fondata sul sesso. Realizzazione di iniziative formative, quali seminari e corsi di formazione, rivolte a tutto il personale direttivo e dirette a fornire gli strumenti culturali necessari all'attuazione del principio di pari opportunità La formazione è un investimento sulle risorse umane di lungo periodo e quindi strategico per tutte le organizzazioni ed in particolare per la nostra azienda ospedaliera Il principale obiettivo è quello di mantenere elevati livelli di formazione e aggiornamento del personale attraverso la rilevazione e l'analisi dei fabbisogni formativi Programmare e incrementare la partecipazione di tutto il personale dipendente ad attività formative, corsi e/o seminari così da consentire lo sviluppo e la crescita professionale di ognuno.

Programmare percorsi formativi specifici legati all'evoluzione normativa e organizzativa della Funzione Pubblica, al fine di promuovere la presenza femminile nei livelli decisionali favorendo il riequilibrio ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi (art. 48 D.lgs. 198/2006);

Migliorare l'offerta di uguali possibilità a donne e uomini lavoratori di frequentare i corsi individuali, rendendoli accessibili anche a coloro che hanno obblighi di famiglia oppure orario di lavoro part-time, in modo da conciliare al meglio la vita lavorativa con quella familiare

Favorire e supportare adeguatamente il reinserimento operativo del personale che rientra in servizio dal congedo di maternità/paternità o da assenza prolungata

Organizzare formazione specialistica e/o trasversale mirata alle esigenze del singolo, con particolare attenzione ai lavoratori fragili

La vera sfida, infatti, non è solo quello di “aumentare” il numero delle donne in una serie di processi, ma di modificare questi ultimi se fondati su presupposti errati o su stereotipi e dare spazio, così, al coinvolgimento sia delle donne che degli uomini e dimostrare che tutti possono trarre beneficio da una organizzazione del lavoro maggiormente egualitaria, costruita sul riconoscimento delle differenze, sulla valorizzazione delle esigenze degli individui e dei gruppi e sul perseguimento del benessere lavorativo eliminando le discriminazioni, si propone, dunque, di intervenire sulle cause principali che generano disparità di trattamento tra lavoratori e lavoratrici ed adottare azioni correttive che non si limitino a rispondere alle differenze di genere ma cerchino di ridurre le disparità di genere.

Le azioni positive inserite nel Piano rappresentano il primo graduale approccio all'interno di un processo continuo opportunamente monitorato al fine di rendere possibile gli adeguamenti e le modifiche che dovessero rendersi necessarie in corso d'opera.,

Affinché le aziende possano sfruttare i vantaggi di una leadership inclusiva, devono trasformare la parità dei sessi in una priorità strategica formale, valutare il contributo delle donne tanto quanto quello degli uomini e promuovere più donne top-performer.

Il CUG si prefigge, fornendo un proprio contributo al Piano del Fabbisogno, l'obiettivo di garantire pari opportunità di carriera e sviluppo professionale per tutti i dipendenti, prevedendo opportune iniziative affinché non si verifichino discriminazioni .

A tal fine, si propone di valutare l'opportunità di adottare un apposito disciplinare/regolamento che possa nascere da un confronto tra Amministrazione e OO.SS. rappresentative che definiscano ex ante i criteri generali per la valutazione delle esperienze lavorative e dei titoli di servizio (lavori e pubblicazioni), per la formulazione di bandi di concorso, per la selezione e il conferimento di incarichi Il percorso è necessario ed è possibile cominciare a farlo dalla lettura dei dati relativi alle carriere, dalla analisi della qualità dei lavori, dei sistemi di analisi delle competenze che troviamo sempre più frequentemente alla base sia dei sistemi di valutazione che della programmazione dei percorsi formativi dei meccanismi di gestione organizzativa, contrattuale e dell'uso delle flessibilità. In ottica di genere.

In questa accezione richiamiamo una “prospettiva di genere intesa come studio sistematico di ruoli, relazioni, processi legati alle disuguaglianze – e differenze – fra uomini e donne nelle varie esperienze di lavoro”..) (inserimento , task force, responsabilità di iniziative, conferimento incarichi dirigenziali ex art. 19, comma 6, d.lgs. 165 del 2001). Quanto sopra potrà essere meglio veicolato all'interno dell'Azienda, anche attraverso l'aggiornamento della sezione del sito web aziendale dedicata al CUG, per la comunicazione delle iniziative formative e per la divulgazione di materiale informativo attraverso una newsletter periodica, nonché con l'attivazione di una casella di posta elettronica dedicata (CUG@AOCZ.it)

AZIONE 2: promuovere la presenza femminile nei livelli decisionali Titolo Peso
Unità di misura 2022 I sem. 2022 II sem. 2023 Analisi fabbisogni formativi dei
dirigenti con evidenza delle criticità ostative (motivi personali, conciliazione
lavoro 50% % famiglia, ecc) attraverso somministrazione di specifico questionario
relativo a formazione e aggiornamento al 100% dei Dirigenti Rilevazione
statistica Formazione specialistica per 50% % 2021 rapporto uomo/donna distinto
promuovere la presenza per profilo e ruolo femminile nei livelli decisionali
favorendo il riequilibrio ove sussista un divario fra generi non inferiore a due terzi
(art. 48 D.lgs. 198/2006) Elaborazione proposta, corredata da eventuale Piano per
la rimozione delle criticità riscontrate, da 100% on-off presentare alla Direzione
Generale per inserimento nel Piano Annuale della Formazione (da adottare con
atto deliberativo entro il mese di marzo) Partecipazione ai percorsi di 100% %
Formazione manageriale con rispetto dell'equilibrio di cui all'art. 48 D.lgs.
198/2006) Soggetti coinvolti Direzione strategica, DMP, S.C. Risorse umane e
relazioni sindacali, Sistemi Informativi Aziendali, Servizio protezione e
prevenzione, Sorveglianza medica dei lavoratori, e Urp.

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

La presente sezione indica gli strumenti e le modalità di **monitoraggio e rendicontazione degli obiettivi e delle azioni contenute nelle sezioni precedenti, nonché le strutture responsabili**

Nell'attesa che intervengano disposizioni normative di integrazione e semplificazione anche per la fase di rendicontazione degli strumenti programmatori assorbiti dal PIAO, si prevede di redigere una Relazione integrata annuale estesa a tutti gli ambiti oggetto del Piano. Di seguito vengono riportate le modalità di rendicontazione attualmente implementate per i diversi ambiti, che si prevede di rendere in formato accessibile digitalmente, tramite cruscotti informativi e set di dati, in modo da agevolarne una lettura anche ai non addetti ai lavori e favorirne la diffusione.

- ❖ Che Il monitoraggio dell'attuazione degli obiettivi strategici e obiettivi di performance avviene a cadenza annuale
- ❖ Il monitoraggio degli indicatori quantitativi e qualitativi della Valutazione partecipativa, che prevede rilevazioni di soddisfazione degli utenti su una selezione di servizi all'utenza erogati dall'Azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio avviene annualmente. Gli esiti di dettaglio della rilevazione vengono rendicontati in appositi report, mentre i risultati aggregati sono presentati nell'ambito della Relazione sulla performance prevista

dal d.lgs. n.150/2009. Il processo è presidiato dalla struttura Area Programmazione e Controllo .

- ❖ Il monitoraggio della Sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC e con le modalità previste nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza. In particolare, è previsto un monitoraggio intermedio e finale sull'attuazione delle misure specifiche e sull'osservanza degli obblighi di pubblicazione da parte delle Strutture. Annualmente, secondo le scadenze indicate da ANAC, viene pubblicata la Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza. Sempre annualmente, viene inoltre attestato dall'OIV l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione. Il processo è presidiato dal Responsabile Trasparenza e Anticorruzione, il quale cura anche il complessivo monitoraggio sulle misure generali la cui realizzazione non sia di sua immediata e diretta competenza.
- ❖ Per quanto riguarda la sezione Organizzazione e Capitale umano, il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base annuale dall'OIV
- ❖ Attualmente, il monitoraggio annuale del Piano Organizzativo del lavoro agile (POLA) avviene nell'ambito della Relazione sulla performance prevista dal d.lgs. n.150/2009. Il processo è presidiato dall'Area Programmazione e controllo e verificato dall'Organismo Indipendente di Valutazione.
- ❖ I risultati annuali dell'attività formativa sono rendicontati nel Piano della formazione per l'anno successivo. Il processo è presidiato dal Settore Performance, Trasparenza e Anticorruzione.

- ❖ Il monitoraggio del Piano di azioni positive avviene annualmente nell'ambito della Relazione CUG, inserita sul portale dedicato presso il Dipartimento della Funzione Pubblica. Il processo è presidiato dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio.

TENDENZE EVOLUTIVE

L'introduzione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) nel percorso di riforma della pubblica amministrazione e di miglioramento della capacità amministrativa degli enti, offre l'opportunità per migliorare la "burocrazia" pubblica e fornire un servizio sempre più efficiente ed efficace alla collettività.

Il processo di pianificazione strategica integrata delineato nel presente Piano va in questa direzione ma, ovviamente, ha bisogno di svilupparsi in un orizzonte pluriennale e prevedere fasi successive di implementazione, aggiornamento e correzione, in base al periodico monitoraggio dei risultati, al contesto in costante mutamento e all'analisi dei segnali anche "deboli" che giungono dal tessuto socio economico, dalla società civile e dagli stakeholders.

In tal senso, è possibile tratteggiare al momento alcune linee evolutive di tendenza che occorrerà presidiare e favorire nel prossimo futuro affinché il percorso di riforma non si interrompa.