



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
(PIAO)
Triennio 2022 - 2024**

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. SALVATORE MADONIA

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. SALVATORE LUCIO FICARRA

IL PRESENTE PIANO VIENE APPROVATO IN ASSENZA DEGLI ATTI NORMATIVI E MINISTERIALI DI RIFERIMENTO, CON RIFERIMENTO AL QUADRO NORMATIVO VIGENTE ED IN ANALOGIA ALLE ARTICOLAZIONI DEI PIANI A CUI VA A SOSTITUIRSI.

Sommario

PREMESSA	Pag. 03
SEZIONE 1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	Pag. 04
SEZIONE 2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	Pag. 09
Valore pubblico.....	Pag. 09
Performance.....	Pag. 11
Rischi corruttivi e Trasparenza.....	Pag. 63
SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	Pag. 82
Struttura organizzativa.....	Pag. 82
Organizzazione del lavoro agile.....	Pag. 86
Piano triennale del fabbisogno di personale.....	Pag. 103
SEZIONE 4 MONITORAGGIO.....	Pag. 106

PREMESSA

Il PIAO, Piano integrato di attività e organizzazione, è un nuovo adempimento per le Pubbliche Amministrazioni e, quindi, anche per questa Azienda. È stato introdotto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113. L'Azienda deve riunire in quest'unico atto tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, e relativa a: gestione delle risorse umane, organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

Il PIAO ha durata triennale, ma viene aggiornato annualmente. Esso definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati
 - al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale
 - allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali
 - e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- 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 posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza mediante gli strumenti.

Il 2 dicembre 2021 è arrivato il **via libera della Conferenza Unificata** al decreto del ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, con cui si definisce il contenuto del PIAO.

Il 9 febbraio 2022 è stato approvato in Conferenza Unificata anche lo schema di Decreto del Presidente della Repubblica riguardante l'individuazione e l'abrogazione dei piani e adempimenti destinati a essere assorbiti dal PIAO. Dopo l'approvazione in Conferenza Unificata il testo è stato sottoposto all'esame del Consiglio di Stato, la cui Sezione Consultiva ha rilasciato il 2 marzo 2022 il **parere n. 506** in cui, pur esprimendo parere favorevole agli obiettivi di semplificazione del PIAO, vengono posti seri dubbi sulla sua attuazione e si suggeriscono correttivi e integrazioni **all'assetto giuridico e normativo per rendere il PIAO uno strumento operativo**

Per evitare duplicazioni e coordinare i contenuti delle sezioni del Piano, infine, il Dipartimento della Funzione pubblica adotterà specifiche Linee guida.

Premesso quanto sopra, in assenza degli atti normativi di riferimento, ancora da emanare, si è adottato questo P.I.A.O. , sulla scorta della normativa vigente, tenendo conto dei principi che stanno alla base della formulazione della documentazione che si vuole sostituire con il presente Piano.

SEZIONE 1 – SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'AMMINISTRAZIONE

CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa è Azienda del Servizio Sanitario Regionale costituita con Legge Regionale n°5 del 14/04/2009, derivata dall'accorpamento di due ex Aziende Sanitarie. Essa eroga prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione attraverso strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere dislocate nel territorio della provincia di Siracusa.

L'Azienda, operativa dal 1° settembre 2009, ha sede legale a Siracusa in Corso Gelone n°17 ed è dotata di natura giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

Rappresentante Legale dell'Azienda è il Direttore Generale.

Il sito web aziendale è www.asp.sr.it.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati mediante Atto Aziendale approvato con delibera n° 1006 del 30/12/2019 approvato con Decreto Assessoriale n. 163/2020.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha come bacino di utenza la popolazione residente nella provincia di Siracusa costituita da 386.071 abitanti (al 31/12/2021), distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni, divisi in 4 distretti sanitari.

I principali stakeholder dell'Azienda sono:

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

COSA FACCIAMO

L'Azienda svolge funzioni di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività residente e/o presente nella provincia di Siracusa attraverso attività di prevenzione, cura degli stati di malattia e di recupero della salute, volte a consentire la migliore qualità di vita dei cittadini. Tale obiettivo viene perseguito dall'A.S.P. di Siracusa fornendo servizi erogati direttamente o da altre Aziende del S.S.N., pubbliche o private, garantendo l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza – L.E.A., lo sviluppo del sistema per la qualità aziendale e la sicurezza del paziente, la migliore accessibilità e umanizzazione dei servizi all'utente, la tutela e partecipazione del cittadino, l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, lo sviluppo delle cure primarie, l'assistenza sanitaria agli stranieri regolari e non, la collaborazione con gli enti locali, lo sviluppo della Rete Civica della Salute, le altre organizzazioni sanitarie e le organizzazioni di rappresentanza degli utenti e del

volontariato. Le attività da svolgere vengono definite dall'A.S.P. mediante il Piano Attuativo di durata triennale, adottato dal Direttore Generale previo parere della Conferenza dei Sindaci, con il quale vengono recepiti gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli della programmazione sanitaria regionale e di bacino. Il Piano Attuativo si realizza mediante la definizione di programmi annuali di attività.

COME OPERIAMO

L'Azienda, mediante il proprio Atto Aziendale, approvato con deliberata n° 1006 del 30/12/2019, approvato con Decreto Assessoriale n. 163/2020 ha individuato la struttura organizzativa aziendale e le competenze, proprie o delegate, attribuite ai Direttori di Dipartimento ed agli altri Direttori di struttura complessa.

L'Azienda svolge le proprie funzioni assegnate dalla legge perseguendo l'obiettivo di assicurare il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute in ambito clinico e assistenziale, preventivo, diagnostico-terapeutico, palliativo e riabilitativo. Nell'ambito delle risorse disponibili, l'Azienda impronta pertanto la propria attività a criteri di appropriatezza clinica, organizzativa e gestionale nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti della programmazione nazionale e regionale.

Per il perseguimento della propria missione l'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi. In tale ottica obiettivo prioritario è rappresentato dal servizio al cittadino e dal sistema di relazione e comunicazione con il cittadino stesso, singolo o rappresentato da associazioni.

L'ASP persegue l'obiettivo della centralità del cittadino attraverso diversi organismi in cui l'utente ha un ruolo fondamentale: Comitato Consultivo Aziendale, la rilevazione sistemica della qualità percepita (Customer Satisfaction), l'Audit Civico e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

Per lo svolgimento della propria attività l'Azienda persegue inoltre il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente.

I dirigenti, secondo quanto previsto dall'atto aziendale, esercitano le proprie funzioni di attuazione e gestione degli atti di indirizzo e programmazione annuale delle attività e dei contratti, nel rispetto delle proprie competenze professionali o gestionali ed in relazione agli obiettivi di budget concordati. Entro tali limiti spetta, in particolare, ai dirigenti l'adozione di tutte le decisioni, atti e provvedimenti, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Essi sono responsabili dell'attività e della gestione negli ambiti di competenza e dei relativi risultati.

SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI.

In questa sezione sono concentrate le principali informazioni per i cittadini e gli stakeholder esterni in modo che possano attingere conoscenza sugli avanzamenti dell'azienda rispetto agli obiettivi che si è data e alle criticità che è riuscita a superare o meno.

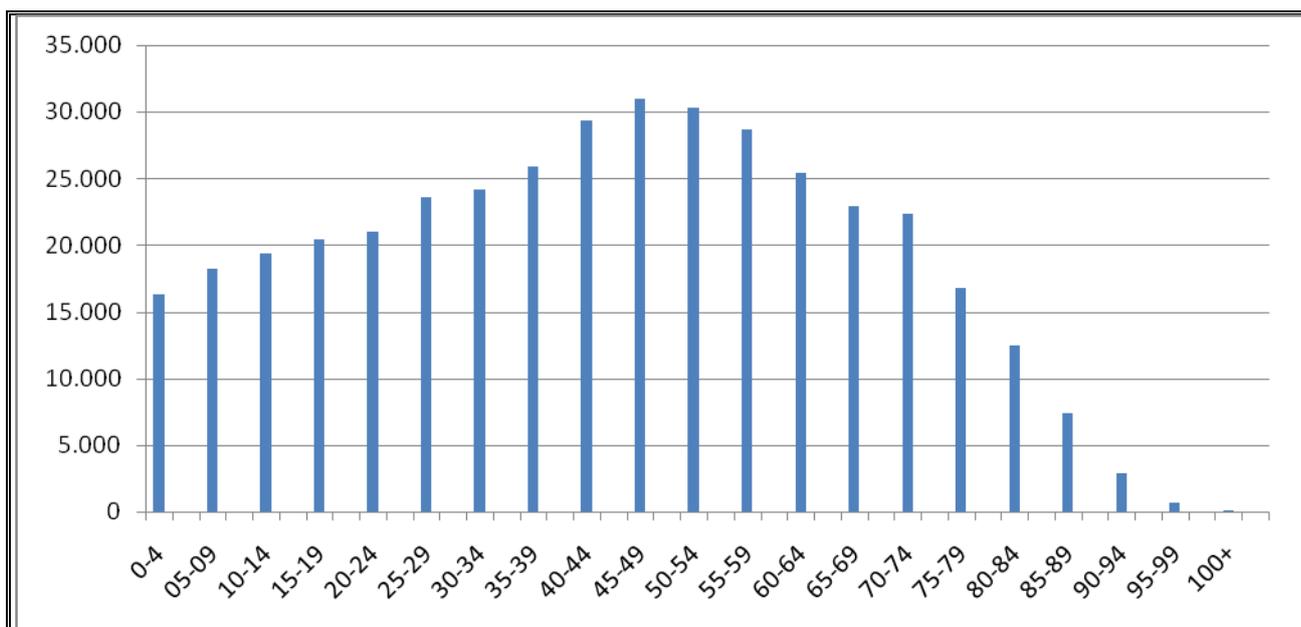
2.1 Il contesto esterno di riferimento

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa serve una popolazione di 386.071 abitanti al 31.12.2021, distribuiti su un territorio di 2.190 km² che comprende 21 Comuni.

Provincia di Siracusa - Popolazione per età, sesso e stato civile – al 31/12/2021

Età	Colibi/Nubili	Coniugati/a	Vedovi/a	Divorziati/a	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	15.398	0	0	0	7.978 E1 98%	7.420 A9 70%	15.398	4,0%
5-9	17.319	0	0	0	9.029 E9 49%	8.290 A7 60%	17.319	4,5%
10-14	18.897	0	0	0	9.815 E4 60%	9.082 A9 49%	18.897	4,9%
15-19	19.843	15	0	1	10.398 E7 49%	9.461 A7 50%	19.859	5,1%
20-24	19.410	508	0	0	10.271 E4 50%	9.647 A9 49%	19.918	5,2%
25-29	17.959	2.863	2	35	10.631 E4 60%	10.228 A9 60%	20.859	5,4%
30-34	13.932	8.065	19	160	11.190 E9 50%	10.986 A9 50%	22.176	5,7%
35-39	9.694	13.557	57	451	11.971 E9 49%	11.788 A9 50%	23.759	6,2%
40-44	7.335	18.332	129	932	13.382 E9 49%	13.346 A9 60%	26.728	6,9%
45-49	6.005	22.136	330	1.472	14.845 A9 50%	15.098 E9 49%	29.943	7,8%
50-54	4.101	23.361	630	1.707	14.751 A9 50%	15.048 E9 50%	29.799	7,7%
55-59	3.003	23.312	1.105	1.492	14.208 A9 49%	14.704 E9 60%	28.912	7,5%
60-64	2.062	20.740	1.780	1.050	12.442 A9 50%	13.190 E4 50%	25.632	6,6%
65-69	1.515	18.131	2.642	694	10.939 A7 50%	12.043 E9 49%	22.982	6,0%
70-74	1.212	17.185	4.284	532	10.906 A7 60%	12.307 E9 60%	23.213	6,0%
75-79	824	10.437	4.786	264	7.393 A5 70%	8.918 E4 70%	16.311	4,2%
80-84	588	6.644	5.649	154	5.562 A9 70%	7.473 E7 70%	13.035	3,4%
85-89	363	2.699	4.445	67	2.977 99 70%	4.597 E9 70%	7.574	2,0%
90-94	168	633	2.138	18	992 99 50%	1.965 E5 50%	2.957	0,8%
95-99	50	75	578	1	165 99 40%	539 70 40%	704	0,2%
100+	6	7	82	1	21 94 00%	75 70 40%	96	0,0%
Totale	159.684	188.700	28.656	9.031	189.866 A9 70%	196.205 E9 60%	386.071	100,0%

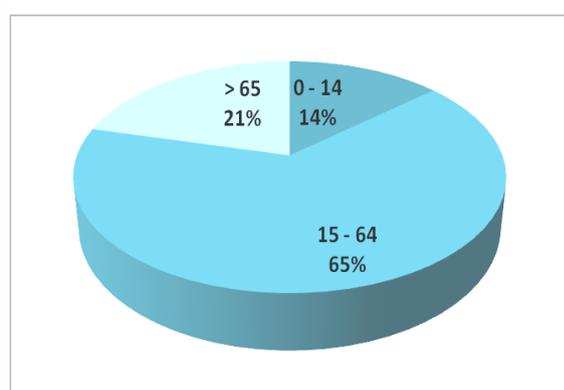
Grafico Età



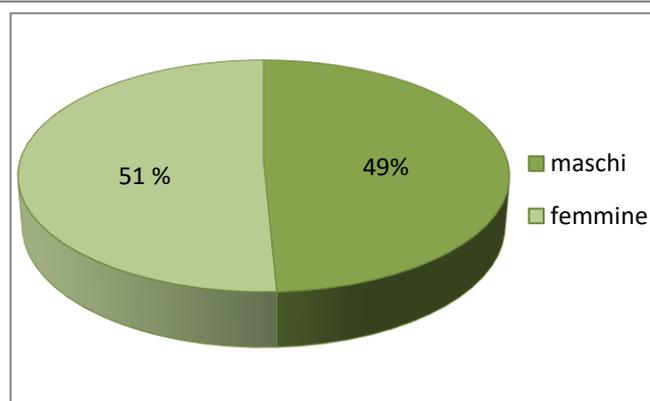
Per Fasce di Età

Età	Maschi	Femmine	Totale	% Totale
0-14	26.822	24.792	51.614	14,00%
15-64	124.089	123.196	247.585	65%
65+	38.955	47.917	86.872	21%
Totale	189.866	196.205	386.071	

Distribuzione per fasce di età



Distribuzione per sesso



SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

Analisi del contesto

Già durante il 2021 l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha dovuto svolgere la propria attività in un contesto totalmente nuovo rispetto agli anni precedenti.

Alle opportunità e criticità dovute alle esigenze e valutazioni storiche legate al territorio ove insiste l'ASP, l'Azienda ha dovuto affrontare nuove criticità, dovute alla pandemia del Covid 19 che, a tutt'oggi, rappresentano le esigenze primarie intese a fronteggiare il pericolo di contagio:

Riorganizzazione della rete ospedaliera;

Rete dei Laboratori;

Riorganizzazione della rete territoriale;

Procedure per il conseguimento di economie nell'acquisizione di beni e servizi;

Razionalizzazione della spesa per il personale.

In considerazione di quanto sopra descritto, si riporta la tabella con le possibilità offerte dal contesto (Opportunities) e le minacce (Threats).

SCHEDA ANALISI

Opportunità	Criticità
<ul style="list-style-type: none">- Avvio delle procedure per la costruzione del nuovo ospedale Umberto 1° Siracusa- Processo di riordino del S.S.R.;- Rimodulazione dei servizi su base provinciale e per effetto di una maggiore integrazione ospedale / territorio- Acquisizione di nuove apparecchiature diagnostiche e ammodernamento strutturale;- Sviluppo percorso PAC- Riorganizzazione percorso nascita;- Potenziamento rete oncologica;- Implementazione rete oculistica;- Implementazione rete nefrologica;- Potenziamento urologia e ortopedia;- Rimodulazione dei servizi su base provinciale e sviluppo servizi territoriali e di prevenzione- Modernizzazione macchina burocratica- Potenziamento digitalizzazione servizi.	<ul style="list-style-type: none">- Emergenza Covid 19- Elevata mobilità passiva;- Condizioni oro geografiche critiche;- Inquinamento ambientale elevato in alcune zone;- Carenze di offerta per talune specialità clinico assistenziali;- Carenze strutturali ed infrastrutturali.

Mandato istituzionale e “mission”

Ai sensi dell'art. 13 della L.R. n°5/2009, l'Azienda si integra all'interno del sistema sanitario regionale, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, assicurando l'erogazione di prestazioni sanitarie, relative alla gestione di patologie ad alta complessità, attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico – terapeutico - assistenziali.

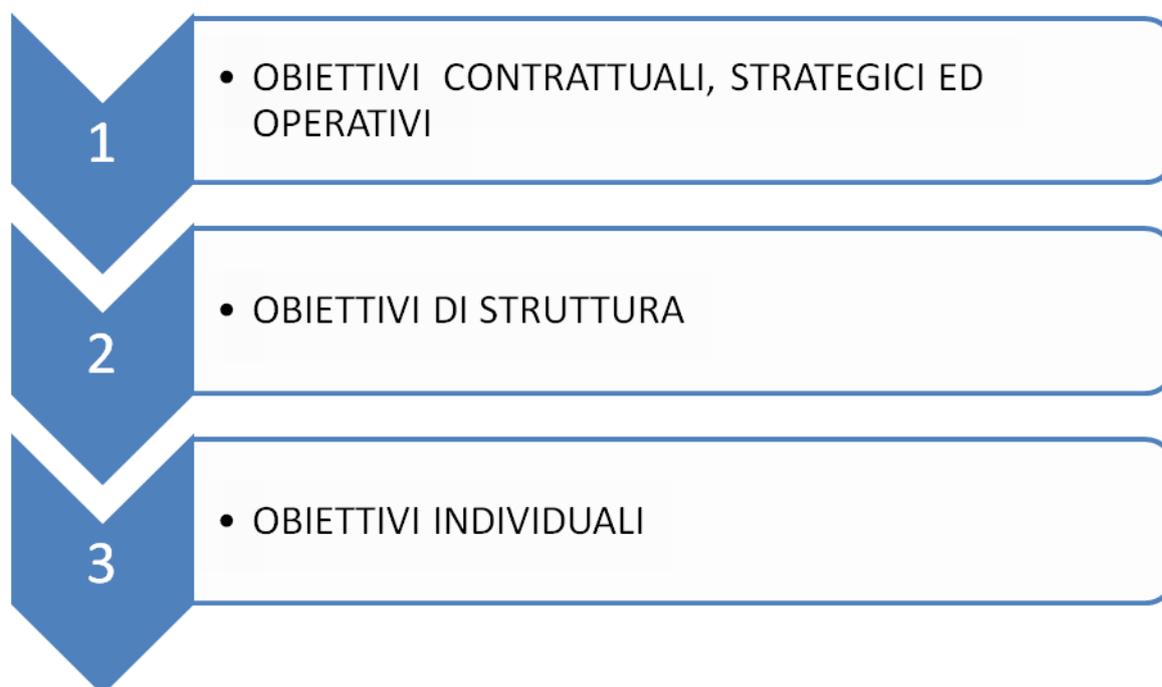
Premesso che l'Azienda pone a fondamento della propria azione i principi istituzionali che di seguito si riportano, a cui vengono anteposte le azioni necessarie al contrasto della pandemia in corso:

- a) rispetto della dignità umana, equità ed etica professionale;
- b) centralità del valore salute e orientamento ai bisogni del paziente – utente;
- c) sviluppo delle cure primarie, appropriatezza clinica e organizzativa;
- d) garanzia per l'utente del servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;
- e) garanzia della coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio;
- f) compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi regionali;
- g) programmazione dell'impiego delle risorse disponibili secondo criteri di costo-efficacia, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali di salute;
- h) diffusione dell'assistenza di primo livello, al fine di assicurare in modo generalizzato e coordinato la protezione e la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza alle persone sofferenti, a quelle disabili ed ai malati terminali;
- i) sviluppo del sistema di emergenza - urgenza S.U.E.S. 118 anche in relazione alla presenza della Centrale Operativa 118 e del presidio Ospedaliero Umberto I, presidio di 2° livello per l'emergenza;
- j) miglioramento continuo nell'erogazione del prodotto e nel processo produttivo;
- k) appropriatezza delle performance cliniche e gestionali;
- l) valorizzazione delle risorse interne, integrazione delle professionalità e responsabilizzazione del personale sugli obiettivi aziendali;
- m) flessibilità organizzativa in relazione ai bisogni espressi dal territorio rilevati attraverso la rilevazione della qualità percepita, il processo di gestione dei reclami e le ricerche di Audit Civico.;
- n) partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti attraverso il Comitato Consultivo, la Rete Civica e progetti che coinvolgono le associazioni di volontariato (Sportello Orientamento ai Servizi).

PERFORMANCE

ALBERO DELLA PERFORMANCE

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



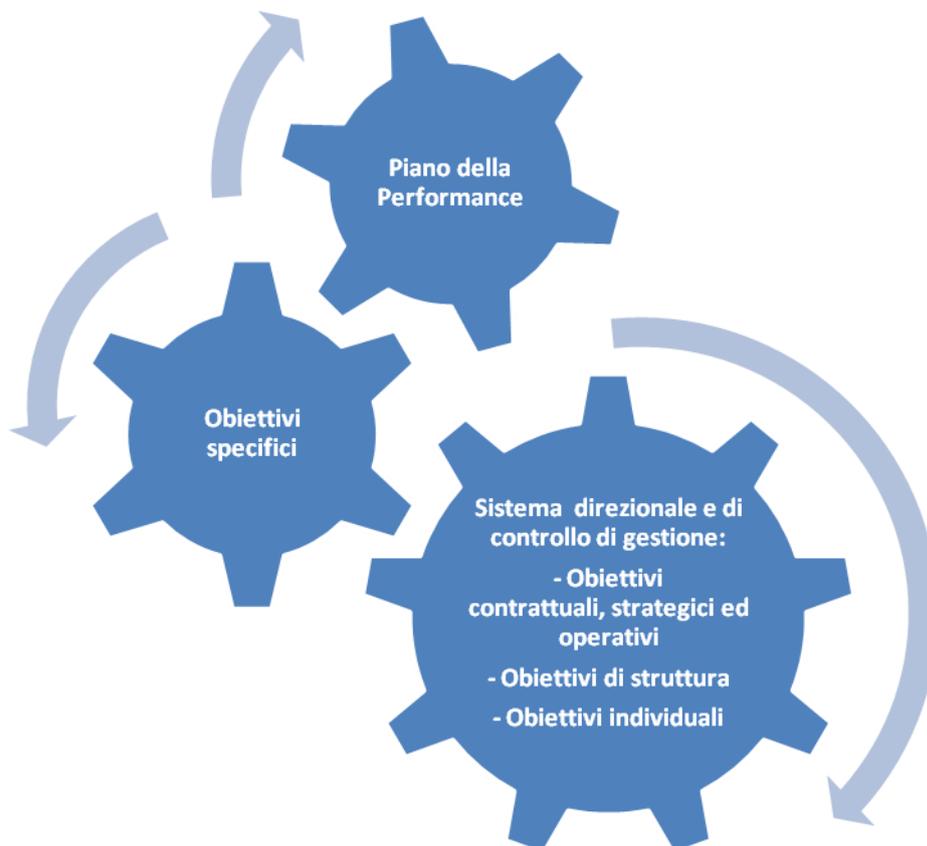
1= Assegnati dall'Assessorato per la Salute alla Direzione Aziendale e a cascata alle varie strutture dell'azienda.

2= Assegnati dall'Azienda ai responsabili di Struttura

3= Assegnati dai Responsabili di Struttura al personale in forza all'Unità Operativa.

In ultima analisi i Dirigenti preposti alle varie UU.OO., nel loro ruolo di valutatori di prima istanza , sono chiamati ad inizio anno ad assegnare obiettivi individuali al personale assegnato alla propria U.O.

SCHEMA DI PASSAGGIO A CASCATA DEL SISTEMA OBIETTIVO:



Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di programmazione e budgeting.

Attraverso tale processo, per ciascuna delle aree strategiche e degli obiettivi strategici vengono individuati obiettivi operativi da realizzare attraverso la collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali territoriali ed ospedaliere, sia sanitarie che di supporto tecnico-amministrativo.

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi (allegati 2 e 3 al presente piano).

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse attraverso le più opportune iniziative (Comitato Consultivo Aziendale, Comitato di Partecipazione e Vigilanza, ecc).

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Aziendale con cadenza annuale e/o triennale, sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione e delle risultanze del monitoraggio adottato.

Il percorso per l'avvio del ciclo della performance ed il coinvolgimento a cascata del personale prevede i seguenti passaggi:

- la Direzione Aziendale con il supporto dell'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione predispose specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;
- i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato, **“performance individuale”**;
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione);
- ciascun titolare di Centro di Responsabilità verifica il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;
- la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, procede, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;

Relativamente alla valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto, verranno predisposte schede di valutazione che conterranno i seguenti elementi:

- Competenze specifiche;
- Obiettivi assegnati;
- Indicatori di risultato.

Si prevede al riguardo il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali per la condivisione della metodologia di valutazione.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI

Gli obiettivi contrattuali generali, strategici ed operativi

Sistema obiettivi 2020/2022

Gli obiettivi strategici hanno lo scopo di tradurre l'identità (mandato e missione) in obiettivi misurabili e correlati ai servizi erogati. Il conseguimento degli obiettivi costituisce condizione per l'erogazione degli incentivi previsti dalla contrattazione integrativa. Gli obiettivi, strumento di governo e di conduzione aziendale, sono distinti in obiettivi strategici, riferiti ad un arco temporale di lungo periodo, ed obiettivi operativi, di breve periodo.

Per l'A.S.P. di Siracusa la definizione degli obiettivi strategici non può non essere correlata agli obiettivi contrattuali assegnati in sede di conferimento incarico al Direttore Generale.

La soglia minima di raggiungimento degli obiettivi strategici è stata fissata dall'Assessorato della Salute Regione siciliana al 60%; il mancato raggiungimento di tale soglia comporta la decadenza automatica dell'incarico ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.R. n. 5/09.

Articolazione

L'Assessorato alla Salute ha assegnato alle Aziende Sanitarie e/o Aziende Ospedaliere obiettivi che sostanzialmente possono essere divisi in due categorie:

- 1) Contrattuali
- 2) Salute e funzionamento dei servizi

Alle categorie suddette, l'Azienda ha inteso aggiungere obiettivi propri, la cui peculiarità è data dalla ricerca di superare le criticità presenti nel contesto specifico in cui l'Azienda opera.

- Gli obiettivi contrattuali generali sono riferiti al mandato di Direttore Generale che, se non raggiunti, ai sensi dell'art. 20 comma 4 della L. R. n° 5/09, sono oggetto di decadenza automatica e sono definiti in continuità a quelli di inizio mandato.
- Gli obiettivi contrattuali di salute e di funzionamento dei servizi sono correlati all'attribuzione della indennità, che verrà corrisposta in proporzione al livello di raggiungimento degli stessi, con il limite del 60% che se non raggiunto comporta la decadenza ai sensi dell'art. 20 comma 6 della L.r. 05/09.

OBIETTIVI, RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI

ALBERO DELLA PERFORMANCE

L'albero della performance Aziendale è realizzato partendo dagli indirizzi di programmazione regionali e dagli obiettivi annuali assegnati alla Direzione Generale, integrati con le esigenze correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Partendo da tale analisi sono state definite le aree strategiche da cui derivare gli obiettivi operativi.

Nel corso dell'anno di gestione la direzione strategica ha sviluppato l'albero della performance che ha costituito una guida fondamentale per la gestione dei processi interni all'azienda. L'albero della performance di seguito rappresentato è derivato dai piani triennali della prevenzione della corruzione, del piano della performance 2021-2023 e dall'integrazione di obiettivi di performance che in corso d'opera sono stati individuati.

Mission

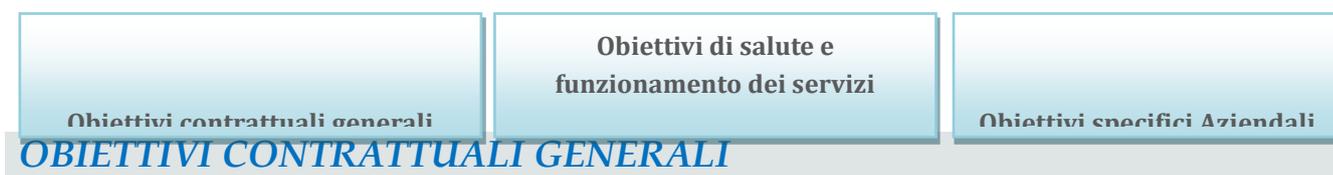
Garantire la tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile. Tale obiettivo è perseguito garantendo la disponibilità e l'accesso alle diverse tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza erogate direttamente o da altre Aziende del SSN, pubbliche o private, favorendo lo sviluppo delle cure primarie nonché l'appropriatezza clinica ed organizzativa. L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta mission del SSR assicurando gli aspetti organizzativi e gestionali dei programmi generali da svolgere per raggiungere gli obiettivi definiti dalla Regione, in un'ottica di pareggio di bilancio e di attuazione delle norme previste per la prevenzione della corruzione e la trasparenza degli atti amministrativi.

Alla Direzione Strategica sono stati assegnati, per l'anno 2021, gli obiettivi che di seguito vengono riportati.

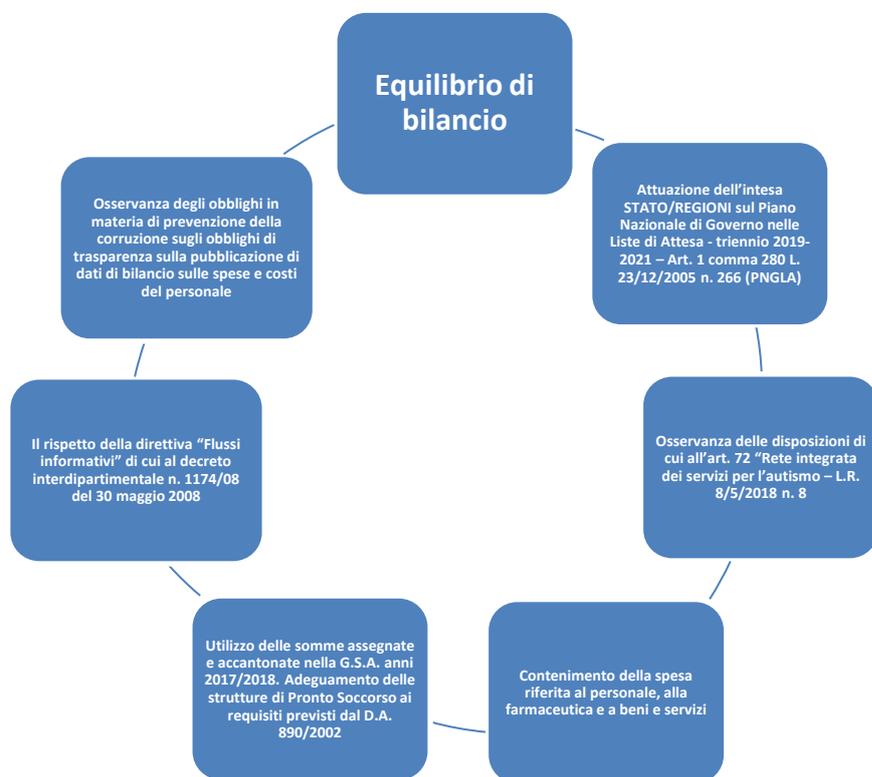
Per ogni obiettivo, come appresso si dirà, sono state poste in essere le relative azioni che hanno prodotto, secondo lo schema di autovalutazione che segue, il risultato complessivo di punti 87,85/ 100, come da prospetto riepilogativo allegato.

Oltre gli obiettivi assegnati dall'Assessorato alla Salute l'Azienda ha attivato obiettivi propri per migliorare la possibilità di erogazione dei servizi verso gli utenti.

Si esplicitano gli obiettivi assegnati ed i risultati conseguiti.



Gli obiettivi contrattuali generali sono stati attribuiti ai Direttori generali in sede di sottoscrizione del contratto con validità per l'anno 2019/2022.



001	GE	2	a		Raggiungimento equilibrio bilancio
002	GE	2	b		Adempimenti Piano Regionale Governo Liste d'Attesa
162	GE	2	c		Osservanza disposizioni art.72 l.r.8/2018 (Rete integrata di servizi per l'autismo)
004	GE	3	A	1	Tetto spesa personale (art.1 c.584 L.190/2014 - art.1 c. 71 e 72 L.191/2009)
005	GE	3	A	2	Programma triennale riduzione spesa personale a T.D. (art.9 c.28 DL 78/2010)
007	GE	3	A	3a	Esclusivo ricorso a Consip MePa (escl. gare CUC, Bacino e Beni/Serv ivi non presenti)
008	GE	3	A	3b	Eliminazione procedure negoziate e d'urgenza (salvo private industr)
009	GE	3	A	3c	Eliminazione fenomeno Rinnovo contratti in mancanza di programmazione
011	GE	3	A	4a	Area Emergenza Urgenza - Progettazione Esecutiva entro il 31/12/2019
013	GE	3	A	5	Assistenza Farmaceutica terri./osped. (rispetto risorse negoziate)

014	GE	3	B		Osservanza obblighi Flussi Informativi (tempi, qualità, coerenza e completezza)
015	GE	3	C		Osservanza obblighi ANAC (Pubbl. Bilancio e Costi Pers.)
016	GE	3	E		Osservanza disposizioni regionali ALPI

OBIETTIVI GENERALI

All'ASP di Siracusa sono stati assegnati, per l'anno 2022, gli obiettivi infra descritti.

Per ogni obiettivo, per come appreso riportato, sono state poste in essere le relative azioni che hanno prodotto, secondo lo schema di autovalutazione che segue, il risultato complessivo di punti **87,85/ 100**, come da prospetto riepilogativo allegato. Di seguito si esplicitano gli obiettivi assegnati ed i risultati conseguiti.

Va detto subito che i risultati conseguiti hanno risentito fortemente dell'impatto della pandemia COVID-19 e che, in mancanza di una adeguata revisione, i parametri di valutazione (fissati in epoca precedente alla pandemia) finiscono per apparire irrealistici ed incongrui.

Con Decreto del Presidente della Regione n.193 del 04/04/2019 è stato assegnato l'incarico di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa. In data 21/05/2019 è stato sottoscritto il Contratto di Lavoro nel quale sono riportati gli obiettivi da raggiungere nel triennio. In data 11/03/2021 è stato sottoscritto un addendum al Contratto di lavoro inerente gli obiettivi emergenziali oggetto di approvazione con D.A. n.309 del 16/04/2021. Sulla scorta degli obiettivi assegnati, malgrado la pesantissima incidenza dell'emergenza covid, sono state poste in essere le azioni correlate che hanno prodotto, secondo lo schema di autovalutazione che segue, il risultato complessivo dell'anno 2021 di punti 87,85/ 100.

Di seguito si esplicitano gli obiettivi assegnati ed i risultati conseguiti.

Va detto subito che i risultati conseguiti hanno risentito fortemente dell'impatto della pandemia COVID-19 e che, in mancanza di una adeguata revisione, i parametri di valutazione (fissati in epoca precedente alla pandemia) finiscono per apparire irrealistici ed incongrui.

OBIETTIVI GENERALI

01 - Raggiungimento equilibrio dibilancio

La pandemia ha condizionato al pari dell'esercizio 2020, in maniera significativa l'andamento delle attività aziendali, e conseguentemente anche il risultato economico per l'esercizio 2021. La negoziazione delle risorse non è stata completata nonostante la convocazione avvenuta nel mese di dicembre durante la quale sono state analizzate le singole poste di bilancio e le motivazioni degli scostamenti. La ultima versione del Preconsuntivo 2021, redatta sulla base delle linee guida assessoriali al fine di tenere conto dei vari decreti assessoriali che hanno assegnato somme vincolate alla emergenza Covid, presenta un risultato in utile al netto dei costi Covid-19. Il tutto senza conoscere i dati a saldo della mobilità passiva che, certamente, saranno favorevoli a questa Azienda, data la riduzione, causa covid, della atavica "migrazione" sanitaria, e che, sicuramente, comporteranno minori costi per svariati milioni di Euro.

La deliberazione di approvazione del Consuntivo 2021, a negoziazione ultimata, nei termini di legge, sarà pubblicata nel sito dell'ASP.

02 - Adempimenti Piano Regionale Governo Liste d'Attesa

In esecuzione del D.A. 12 aprile 2019 di "Approvazione del Piano Regionale di governo delle liste d'attesa 2019-2021", pubblicato sulla GURS n.18 del 26/04/2019, sono state realizzate le seguenti attività:

- 1) Adozione del Piano Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa 2019-2021 (Deliberazione n.236 del 20/06/2019)
- 2) Pubblicazione del PAA-GLA nel sito Web Aziendale
- 3) Individuazione del referente aziendale (RA-GLA) con delibera 236/2019
- 4) Trasmissione del PAA-GLA all'Assessorato della Salute con le modalità indicate dall'art.3 del D.A.
- 5) Realizzazione di tutti gli interventi previsti per il Governo di Domanda e Offerta
- 6) Costante monitoraggio dei tempi di attesa
- 7) Approvazione del Piano Operativo Aziendale per il recupero delle liste d'Attesa di cui al D.A. 1130 del 26/11/2020 pubblicato sulla GURS n.62 del 18/12/2020
- 8) Attuazione delle azioni inerenti l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate a sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie

03 - Osservanza disposizioni art.72 l.r.8/2018

Sono stati espletati tutti gli adempimenti relativi all'obiettivo. Dal prospetto formulato dal Direttore della U.O.C. competente, si evince che nell'esercizio 2021, nel rispetto delle disposizioni del comma 8 dell'articolo 25 della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19, così come modificato dall'art.72 della L.R.8/2018, è stata utilizzata per la rete integrata di servizi per l'autismo la somma di €2.175.142,94, superiore allo 0,2 per cento delle somme poste in entrata nel bilancio annuale. E' stata correttamente sviluppata nel 2021 l'attività programmata in seno al Centro Autismo di Siracusa, la cui formalizzazione organizzativa, nell'ambito del DSM, era già stata definita con deliberazione n.517/2019.

Sempre nel corso del 2021 è stato mantenuto e prorogato, con deliberazione n.118 del 28/01/2021 il centro diurno in convenzione, attivato nel 2019 e mantenuto nel 2020 nella zona nord della provincia con deliberazioni n.300 dell'11/07/2019 e n.317 del 19/07/2019 e n.104 del 29/01/2020.

Con deliberazione n.801 del 04/06/2021 è stato approvato il PDTA per il trattamento intensivo precoce dell'autismo.

04 – Osservanza politiche nazionali e regionali di contenimento della spesa

Tetto di spesa Personale

L'importo della spesa del personale, come da tabella D 1.2 IV trimestre 2021, ammonta a €.165.682.000,00 rispetto al tetto di spesa di € 189.311.000,00 comunicato con Nota prot.5462 del 29/01/2021 avente per oggetto "Appendice alle Linee Guida di cui al D.A. n.2201/2019". Nel 2021, inoltre, è stata adottata la deliberazione relativa alla nuova dotazione organica, nel rispetto dei tetti di spesa, ed al piano del fabbisogno di personale. I suddetti provvedimenti, acquisito il parere favorevole della Giunta Regionale, con deliberazione n.555 del 18.12.2021, sono stati approvati con D.A. 1497 del 31.12.2021 pubblicato sulla GURS n.3 del 21/01/2022.

Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato

L'Assessorato, aderendo a specifica richiesta di questa ASP, ha autorizzato la proroga al 31/12/2022 del termine ultimo per il raggiungimento dell'obiettivo finale del Piano Triennale di riduzione del costo del personale a tempo determinato, si rappresenta che, come si evince dalla relazione del Direttore dell'U.O.C. competente, il costo del personale a tempo determinato nel 2021, rilevabile dal Mod. D 1.2 annuale, nonostante l'incidenza elevata del personale assunto per la gestione del Covid e per la sostituzione del personale sanitario infettato dal virus, è risultato pari ad €.12.857.000,00, inferiore sia all'ammontare dell'anno 2019 (€.19.146.000,00) sia all'ammontare dell'anno 2020 (€.15.894.919,00) indicati nel Piano Triennale di riduzione della spesa per il personale a T.D. adottato con deliberazione n.689 del 23/10/2019. Va anche sottolineato anche il rallentamento delle procedure ordinarie per il reclutamento del personale a tempo indeterminato proprio a causa dell'urgenza di assicurare nell'immediato le risorse umane necessarie a fronteggiare l'emergenza, che ha impegnato pressoché totalmente il settore Personale dell'Azienda.

Acquisto Beni e Servizi nel rispetto della normativa vigente (Codice dei Contratti)

Tutti gli acquisti relativi all'anno 2021, fatte salve le gare centralizzate programmate (CUC e/o di Bacino) risultano effettuati tramite MEPA/CONSIP, fatta eccezione per quelli per i quali:

- non è attiva una convenzione CONSIP;
- non è presente una iniziativa specifica sul MePA;
- l'importo del contratto risulti superiore alle soglie di cui all'art.35 del D.Lgs. 50/2016 e s.m. e i.

Tutte le procedure MePA risultano regolarmente autorizzate con atto deliberativo o con determina dirigenziale.

Le procedure negoziate risultano limitate ai soli casi previsti dalla normativa in materia e vengono effettuate tramite MEPA (trattative dirette e RDO) o con la pubblicazione di un bando (ovvero delle schede tecniche elaborate dal sistema Consip). Le procedure d'urgenza rimangono residuali e solitamente per importi modesti. Il fenomeno delle proroghe contrattuali, così come si evince dalle suddette relazioni, è solo residuale e limitato ai contratti derivanti da procedure di cui questa ASP non ha il controllo.

Utilizzo somme assegnate per l'adeguamento dei PP.SS.

Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi previsti per l'anno 2020 (che consistevano nell'avvio dei lavori - entro il 31.12.2020 - inerenti l'area di emergenza-urgenza individuati nel "Piano di Investimenti mediante utilizzo della somma di € 47.603.000 "Contributo ripiano perdite" della GSA DD.AA. n. 2726/2017 del 22/12/2017 e n. 234/2018 del 07/02/2018). Si riporta una tabella riepilogativa del piano degli interventi con indicazione dello stato di avanzamento delle attività e la documentazione a comprova del completo raggiungimento dell'obiettivo.

Progetti	Importo Progetto	Stato dell'arte
Lavori di realizzazione della nova U.O. Risonanza magnetica Nucleare presso il P.O. "E. Muscatello" di Augusta (SR)	€.1.500.000,00	Progettazione esecutiva definita entro i termini previsti, approvata con delibera n.185 del 05.06.2019. Lavori Ultimati e Collaudati in ultima visita in data 21.11.2019. Risonanza in Funzione.
Lavori di ristrutturazione ed ampliamento del Pronto Soccorso del PO Umberto I di Siracusa	€.840.000,00	Approvazione del Progetto esecutivo avvenuta in data 17.12.2018, giusta Delibera n.1427 di pari data. Contratto Stipulato in data 29.08.2019, rep.1630. Avvio Lavori avvenuto in data 23.12.2019. Reparto preso in consegna anticipatamente al collaudo ed attivato in data 19.11.2020.
Lavori di ristrutturazione ed ampliamento dell'UTIC del P.O. Umberto I di Siracusa	€.850.000,00	Approvazione del Progetto esecutivo avvenuta in data 17.12.2018, giusta Delibera n.1426 di pari data. Contratto Stipulato in data 02.09.2019, rep.1631. Avvio Lavori avvenuto in data 11.11.2019. Lavori sospesi per emergenza covid.
Lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso del P.O. "G. Di Maria" di Avola	€.2.620.000,00	Approvazione del Progetto esecutivo avvenuta con Delibera n. 317 del 08/04/2019. Procedura di gara aperta conclusa. Contenzioso concluso con Delibera n. 1066 del 16/09/2020. Avvio lavori avvenuto in data 29/12/2020

Assistenza farmaceutica / territoriale

Con riferimento alla farmaceutica convenzionata, il costo rilevato nel CE preconsuntivo 2021 è pari ad €/ mgl 51.237 inferiore, quindi, rispetto al Consuntivo 2020 pari ad €/ mgl 52.039. Fermo restando che allo stato attuale non si hanno a disposizione dati definitivi, l'obiettivo, pertanto, si ritiene ad oggi raggiunto.

05 - Osservanza degli obblighi in materia di Flussi informativi

L'obiettivo relativo al rispetto della Direttiva Flussi Informativi di cui al Decreto Interdipartimentale n.1174/08 del 30-5-2008 e s. m. e i., compresi i flussi di nuova istituzione, è da considerarsi raggiunto in ragione delle seguenti considerazioni:

a) Trasmissione Flussi Informativi:

Tutti i flussi informativi sono stati trasmessi entro i tempi previsti. Non sono pervenute segnalazioni relative ad eventuali mancate trasmissioni degli stessi.

b) Trasmissione modelli ministeriali

I Modelli ministeriali sono stati trasmessi e caricati su NSIS entro i tempi previsti. Non sono pervenute segnalazioni relative ad eventuali mancate trasmissioni/caricamenti degli stessi.

Ad oggi non c'è evidenza di scarti non rilevati, in quanto, in presenza degli stessi, si è provveduto puntualmente alla relativa risoluzione.

06 – Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione

La prevenzione della corruzione e per la trasparenza l'aggiornamento del piano triennale per la prevenzione della corruzione è stato regolarmente adottato con deliberazione n.461 del 30/03/2021. Il Piano e l'elenco degli obblighi di pubblicazione sono regolarmente pubblicati nella sezione dedicata del sito istituzionale dell'Azienda. Anche la relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione è stata elaborata e pubblicata sul sito dell'ente.

07 Osservanza disposizioni regionali in materia di Libera Professione Intramuraria

Con deliberazione n.219/2019 è stato adottato il piano triennale aziendale per l'attività libero professionale 2019/2021 ex art. 1, comma 5 l. 3 agosto 2007 n. 120 e s.m.i. Con disposizioni n°4795/P.G. del 13/02/2020, n°16622/P.G. del 25/06/2020 e n°17462/P.G. del 06/07/2020, è stato ridefinito l'assetto organizzativo relativo all'Ufficio di coordinamento ALPI. L'Ufficio Coordinamento ALPI è stato regolarmente insediato ed ha provveduto a redigere il nuovo regolamento ALPI, nel rispetto delle previsioni dei rinnovati CC.CC.NN.LL.. Si è quindi proceduto a redigere la lista delle attività prescritte dalle disposizioni regionali ALPI ed alla verifica dello stato di attuazione di ogni singolo adempimento. Parimenti si è proceduto al monitoraggio dei dati relativi ai volumi prestazionali nonché ai diversi adempimenti connessi alla gestione dell'attività libero professionale intramuraria. In particolare, con riguardo ai volumi prestazionali, l'azienda ha utilizzato le procedure di rilevazione già operanti e individuate dal Dipartimento regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico e dal Dipartimento regionale per la Pianificazione Strategica. L'azienda, pertanto, nell'ambito del Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, ha rilevato i volumi prestazionali sia riferiti alle prestazioni ALPI sia alle prestazioni istituzionali. Si è inoltre proceduto a verifiche interne attraverso operazioni di monitoraggio finalizzate alla individuazione dei volumi prestazionali per singoli dirigenti anche al fine di consentire un confronto tra il dato relativo alle prestazioni rese in ALPI e le prestazioni rese a titolo istituzionale. E' stata regolarmente pubblicata sul sito aziendale la tabella compensi ALPI per l'anno 2021.

OBIETTIVI DI SALUTE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

1) Screening oncologici

PUNT. 9 / 9

Si è proceduto ad inviare gli inviti al 100% della popolazione TARGET e sono state raggiunte le seguenti percentuali di adesione:

	Pop. Target	Inviti	Esclusioni	Esami eseguiti	%
a) Screening Tumore Mammella	27.899	28.062	1.686	7.778	27,88
b) Screening Cervicocarcinoma	24.407	24.409	2.635	9.256	37,92
c) Screening Tumore Colon Retto	54.359	54.369	1.769	10.888	20,03

I risultati risentono dei periodi di interruzione/riduzione dell'attività derivanti dall'emergenza COVID-19.

Per raggiungere i superiori obiettivi ed al fine di mantenere standard elevati di adesione della popolazione sono state attivate le seguenti misure:

- Stipula di protocolli d'intesa con i comuni della provincia per la distribuzione porta a porta del Kit per lo screening del Tumore del colon retto con successivo ritiro;
- Stipula della convenzione con Federfarma per la distribuzione del Kit per lo screening del Tumore del colon retto presso le farmacie aderenti, con successiva raccolta ed inoltro al servizio competente, ed affinamento delle procedure e delle prassi attuative
- Realizzazione di campagne informative e diffusione di materiale promozionale;
- Attivazione di un servizio di call center per contattare i non rispondenti e fornire informazioni e chiarimenti sugli screening anche con il coinvolgimento del volontariato;
- Arruolamento e prenotazione del Pap Test/Hiv e della mammografia, utilizzando agende di prenotazione dedicate ai programmi di screening;

In merito agli obiettivi di processo sono state poste in essere le seguenti attività:

- Istituzione U.O. Screening con deliberazione 997 del 29/11/2013 modificata con deliberazione 751 del 16/07/2018 e potenziata in sede di atto aziendale, deliberazione 582 del 30/09/2019, modificata con deliberazione 1006 del 30/12/2019;
- Coinvolgimento attivo dei Medici di Medicina Generale sia attraverso la relativa formazione sia con l'attività di pulizia delle liste alla quale ha provveduto il 100% dei medici (314 su 314) come dichiarato dalla responsabile del C.G.S.;
- Aggiornamento della banca dati anagrafica anche attraverso il collegamento dinamico con la banca dati anagrafica di SOGEI;
- Sono stati adottati i PDTA per ciascuno screening con deliberazione 682 del 22-10-2019;
- E' stata sottoscritta la convenzione con l'ASP di Catania (delib. 72 del 15/05/2019), individuata quale Centro di esecuzione e lettura dei test HPV-DNA per l'ASP di Siracusa dal D.A. n.8/2017; l'ASP di Catania, tuttavia, ha rappresentato la difficoltà di eseguire oltre ai propri test anche quelli dell'ASP di Siracusa. Malgrado una ulteriore copiosa corrispondenza ed i tentativi di ottenere l'elaborazione di un maggior numero di Test, L'ASP di Catania ha dato disponibilità di 150 test a settimana, per un totale di: 150 test x 52 settimane = 7.800 Test. Sul target di 7.800 Test, ne sono stati effettuati 6.718 pari al 86,13% del totale. Tale percentuale, essendo superiore alla metà del target, conferma il primario l'utilizzo dell'HPV-DNA Test; ne consegue il raggiungimento dell'obiettivo di processo.

2) Esiti

PUNT. 18,40 / 20

Sul punto si premette che la “costruzione” degli obiettivi, basata sulla popolazione residente, piuttosto che sugli assistiti, penalizza fortemente le ASP che non hanno il pieno controllo dell’obiettivo. Le Direzioni delle ASP non hanno alcuna possibilità di incidere né sulla decisione dei residenti di rivolgersi a strutture appartenenti ad altre ASP, né sui reparti delle altre ASP e delle A:O. che assistono quei residenti. Ai fini di una corretta valutazione sulla capacità delle Direzioni Generali delle AA.SS.PP. di raggiungere gli obiettivi assegnati, si chiede che vengano adottate misure idonee ad evitare che l’obiettivo venga stravolto da dinamiche sulle quali l’ASP non ha alcun controllo.

Nel merito si riferisce che già dal precedente anno gli obiettivi sottoscritti dalla Direzione sono stati assegnati a tutti gli attori di ciascun processo monitorato, dai Direttori di Dipartimento ai Direttori delle UU.OO.CC. interessate, agli anestesisti, alle Direzioni Sanitarie di Presidio, ai direttori dei reparti chiamati a fornire consulenza, in modo da creare un sinergismo positivo in grado di assicurare il raggiungimento degli obiettivi.

Va doverosamente evidenziato che la performance dell’anno 2021 rispetto a quelle del 2020 e del 2019 risente pesantemente degli effetti dell’emergenza pandemica e che i risultati comunque raggiunti rappresentano il risultato del sinergismo posto in essere con la fattiva collaborazione di tutti gli attori interessati.

Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65

Il raggiungimento dell’obiettivo viene riconosciuto proporzionalmente al miglioramento prodotto tra il valore minimo di partenza (60%), definito come valore zero della scala di misura e il target, commisurato alla Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017) pari al 94,30%. Le sinergie create hanno consentito il miglioramento del trend positivo riscontrato nello scorso anno con picchi ben oltre il target (Ortopedie Noto e Lentini 100%, Ortopedia Siracusa 98,28%) ed una media complessiva aziendale superiore al 99%, superiore a quella raggiunta nel 2019 senza il COVID-19.

Costituisce ormai prassi consolidata l’applicazione delle azioni previste da D.A. 19-11-2015 avente per oggetto “Standard regionali delle gestione integrata del percorso di cura delle persone anziane con frattura di femore” ed in particolare il monitoraggio per la rilevazione dei seguenti fattori:

- tempo di permanenza in Pronto Soccorso;
- percentuale di pazienti non operati
- numero di interventi per struttura
- percentuale di pazienti operati entro le 48H
- percentuale di pazienti con carico precoce e mobilizzati entro 48H

Tutte le azioni sono esplicitate nel PDTA che prevede dettagliatamente tutte le fasi operative, una matrice delle responsabilità, le azioni ottimali per l’assistenza nella fase acuta.

Riduzione incidenza parti cesarei primari (in donne senza nessun pregresso cesareo).

L’Azienda allo stato attuale dispone di due punti nascita: il primo di II Livello con più di 1000 parti l’anno (Siracusa) ed il secondo di I livello con meno di 1000 parti l’anno (Lentini).

L’applicazione del criterio di trasversalità nell’assegnazione degli obiettivi, unitamente alla modifica dei valori indice di riferimento hanno consentito alla maternità di II livello di raggiungere pienamente il risultato, mentre per la maternità di I Livello (il cui target è stato modificato dal 20% al 15%) si registra una leggera flessione rispetto all’anno precedente, addebitabile all’emergenza COVID-19.

In atto posto che i valori target (come da contratto sottoscritto) sono:

Tipo Mat.	Valore minimo di partenza	Valore Target
I Livello	26%	15%
II Livello	28%	25%

La maternità di Siracusa si attesta sul 25,74% e quella di Lentini sul 20,61%

Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI

Il raggiungimento dell'obiettivo viene riconosciuto proporzionalmente al miglioramento prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente allo standard del DM70 (60%) e il target, commisurato alla Media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017) pari al 91,80%. Le nostre strutture si sono attestate al 96,61%, superiore sia a quella dell'anno precedente che al target previsto.

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni.

Il raggiungimento dell'obiettivo viene riconosciuto proporzionalmente al miglioramento prodotto tra il valore minimo di partenza, corrispondente al valore medio regionale (70%) e il target, commisurato alla media delle migliori 10 strutture italiane (fonte PNE 2017) pari al 95,3%.

Il valore registrato dalle strutture dell'Azienda si attesta al 98,77%, anche in questo caso superiore sia a quella dell'anno precedente che al target previsto.

3) Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero

PUNT. 5,53 / 10

L'obiettivo si articola in quattro sub obiettivi:

- 3.1 Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
- 3.2 Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
- 3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati
- 3.4 Piena attuazione degli interventi [IGD e IGO] previsti nella Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021 (allegato A1 al PRGLA)

3.1

Con nota prot.23813 del 26/06/2020 il Servizio 8 del DASOE ha comunicato che *“ai fini della valutazione dell'obiettivo dei Direttori Generali, in considerazione della congiuntura COVID 19 che ha comportato la sospensione delle attività ambulatoriali differibili, saranno considerati a) il rispetto delle tempistiche nell'invio e valutazione dei dati... e b) l'esito positivo nella trasmissione dei file per i monitoraggi di cui ai punti 1 e 2”*. Malgrado l'Emergenza covid non sia finita nel 2021, non risulta pervenuta analoga disposizione per l'anno 2021 rendendo in pratica irraggiungibile il sub obiettivo *“Rilevazione ex ante”*. Tale sub obiettivo, infatti, non solo risente dell'allungamento dei tempi tra una prestazione e la successiva in relazione ai protocolli di sicurezza covid (che rende prenotabili in un giorno il 60% delle prestazioni prenotabili pre-covid), ma anche di due fattori precedentemente inesistenti: 1) le prescrizioni in tema di recupero delle liste d'attesa; 2) l'incremento delle prenotazioni

collegate alla riapertura delle agende dopo un lungo periodo di chiusura. Questi due fattori determinano una domanda spropositatamente superiore all'offerta e conseguentemente l'impossibilità di garantire i tempi di attesa soprattutto in classe B. Prova ne è che a fronte di 3713 prenotazioni nelle quattro settimane indice del 2019 e di 4825 nelle quattro settimane indice del 2020 (stimando per le settimane indice sospese di aprile ed ottobre una media di 1000 richieste) nelle quattro settimane indice del 2021 si sono registrate ben 10.856 prenotazioni! Questa ASP è riuscita a garantire ben 8797 prestazioni con una percentuale superiore all'80%, che in termini assoluti è un grande successo, ma in termini percentuali non poteva mai raggiungere le soglie dell'85% e del 90%. *Ad impossibilia nemo tenetur*. Nell'autovalutazione, prudenzialmente, non sono stati attribuiti punti a questo sub obiettivo, ma si chiede la sterilizzazione dello stesso.

3.2

Per ciò che concerne l'obiettivo 3.2 si rilevano i seguenti risultati:

Percentuale valorizzazione di dei campi del flusso informativo ex art.50: 98,46% in classe B e 98,08% in classe D (entrambi superiori al valore richiesto pari al 90%)

Percentuale delle 8 prestazioni garantite in classe B: minima 86,11%, massima 100,0% media 96,04%

Percentuale delle 8 prestazioni garantite in classe D: minima 83,67%, massima 100,0 % media 94,52%

3.3

Per ciò che concerne l'obiettivo 3.3, manca allo stato una definizione di dettaglio in merito alle modalità concrete di misurazione del sub obiettivo sia nell'allegato alla deliberazione di Giunta Regionale n.96 del 13/03/2019, sia nel Decreto 12 aprile 2019, approvativo del PRGLA 2019-2021. Allo stato, pertanto è possibile dire che i valori percentuali per ciascuna delle prestazioni di ricovero, previste dal PRGLA ed assicurate dall'Azienda, supera il valore di riferimento nel 90% dei casi.

Si riporta una tabella riepilogativa dei valori raggiunti:

Prestazioni	Numero Totale di prestazioni erogate per classe di priorità A	Numero di prestazioni erogate per classe di priorità A nei tempi previsti dalla normativa	%	Soglie di Garanzia. Valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016
Angioplastica Coronarica (PTCA)	67	62	92,54	88,6
Biopsia percutanea del fegato	7	7	100,00	94,0
Colecistectomia laparoscopica	279	244	87,46	67,0
Coronarografia	254	215	84,65	85,0
Emorroidectomia	33	30	90,91	73,3
Endoarteriectomia carotidea	24	23	95,83	61,0
Interventi chirurgici tumore maligno della tiroide	3	3	100,00	68,1
Interventi chirurgici tumore maligno colon	55	51	92,73	86,7
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	12	12	100,00	83,5
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	120	119	99,17	74,5

Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	1	0	0,00	50,8
Interventi chirurgici tumore maligno retto	38	35	92,11	77,8
Intervento protesi d'anca	71	45	63,38	66,7
Riparazione ernia inguinale	267	252	94,38	72,8

3.4

Quanto all'obiettivo 3.4 tutti gli interventi [IGD e IGO] previsti nella Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021 con scadenza anteriore al 31/12/2019 sono stati regolarmente posti in essere, come attestato dal Responsabile della U.O. nella relazione allegata.

Il raggiungimento dell'obiettivo è dovuto principalmente alla metodologia di lavoro adottata che ha visto il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema all'interno del gruppo interaziendale per il governo delle liste di attesa previsto dall'art. 4 del Decreto 12 aprile 2019. Il gruppo ha proceduto all'analisi profonda delle liste di attesa ed ha pianificato soluzioni condivise per il miglioramento di detti tempi.

Inoltre parte attiva è stata svolta dal Comitato Consultivo Aziendale che ha contribuito in maniera rilevante al miglioramento della "cultura" della gestione della risorsa "prestazione specialistica ambulatoriale".

In particolare il coinvolgimento degli specialisti privati accreditati con l'offerta tramite CUP della quasi totalità delle prestazioni specialistiche, unitamente ad una attenta azione di prevenzione del drop out mediante una puntuale azione di recall ed una continua azione di formazione sui medici prescrittori per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, hanno consentito il raggiungimento del risultato.

E' stato attivato ed è funzionante il SovraCup regionale con l'integrazione di tutte le agende di questa ASP e di tutte le prestazioni prenotabili.

4) *Garantire gli standard e i requisiti di sicurezza nei punti nascita pubblici e privati accreditati del SSR.*

PUNTO. 10 / 10

Indicatore 1): Punti nascita

I punti nascita dell'Asp di Siracusa mantengono i requisiti previsti dalla checklist raggiungendo il valore complessivo del 100%. In mancanza di apertura della piattaforma qualisiciliassr fino al 31/12/2021, i dati sono stati comunque regolarmente rilevati ed elaborati in cartaceo e l'Azienda è pronta ad inserirli non appena verrà comunicata l'attivazione del portale nel corrente anno.

Indicatore 2): Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri a la sicurezza delle cure neonatali

PN senza TIN

Il numero di nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore è pari a 0,00 e la percentuale di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita è stata pari al 4,76%, ben inferiore al previsto valore soglia dell'8%.

PN con TIN

E' stato elaborato il report di monitoraggio ed è stata rispettata, per l'anno 2021, la percentuale di neonati direttamente dimessi da TIN / Tot neonati ricoverati nella TIN in quanto pari a 0 rispetto ad un risultato atteso inferiore al 5%.

5) Pronto Soccorso – Gestione del Sovraffollamento

PUNT. 6 / 10

(La seguente esposizione tiene conto delle modifiche di cui alla Nota Assessoriale n.2604 del 24/01/2020 in merito alla misurazione dell'obiettivo)

In merito a tale obiettivo è doveroso rappresentare che l'emergenza pandemica ha reso pressoché impossibile raggiungere l'obiettivo per due ordini di fattori, entrambi più volte rappresentati a codesto Assessorato:

- la necessità di accertare eventuali positività al COVID-19 prima di disporre i ricoveri e lo sdoppiamento dei PP.SS. in PS Covid e PS non Covid;
- la trasformazione della gran parte dei posti letto di medicina, geriatria e lungodegenza (naturali sbocchi per il ricovero dei pazienti in P.S.) in posti letto Covid ha fortemente ridotto la capacità di ricovero delle strutture ospedaliere e conseguentemente la capacità di limitare le presenze di pazienti in P.S. costretti, spesso, a permanenze superiori alle 24h prima di poter essere ricoverati.

L'obiettivo è suddiviso in due parti.

- Miglioramento dell'Indice di Efficienza Operativa;

$$\text{Efficienza operativa (t)} = \text{Eff}(t) = \frac{\text{n. pz con permanenze} > 24 \text{ ore al PS al tempo t}}{\text{n. pz con permanenze} < 24 \text{ ore al PS al tempo t}} = \frac{K2(t)+K3(t)}{K1(t)}$$

L'Azienda dispone di n.5 PS: Siracusa, Augusta, Avola, Lentini, Noto. Il dato di efficienza operativa dei PS, ricavato con la superiore formula dal flusso Emur, nel 2020 risultava essere pari a:

PS	Giorni di rilevazione	IEO 2019
Avola	365	0,42
Noto	365	0,00
Augusta	365	0,14
Lentini	365	0,20
Siracusa	365	0,04

Il miglioramento dell'indicatore Eff (t) viene valutato confrontando lo stesso con il valore dell'anno successivo Eff(t + 1), considerando la variazione relativa tra due anni. Il valore del miglioramento atteso è differente a seconda che l'IEO di partenza sia inferiore o meno a 0,25

Nella 1 ^a Ipotesi (IEO 2019 < 0,25) (PS Siracusa, PS Augusta, PS Noto e PS Lentini)	Nella 2 ^a Ipotesi (IEO 2019 > 0,25) (PS Avola)
Sarà sufficiente ottenere un miglioramento tra i due anni consecutivi di almeno il 25% o mantenere un valore inferiore o uguale a 0,05	Si applicherà la seguente scala di valori Miglior. >= 65% ob ragg al 100% Miglior. da 30 a 64,9% ragg 50% Miglior. < 30% obiettivo non ragg.

Nelle Aziende con più di un PS sarà calcolata la media aritmetica dei valori raggiunti secondo la scala di valutazione sopra indicata

Dai dati in possesso di questa Azienda target e risultati risultano essere i seguenti

PS	Eff(t)	Eff(t+1)	Obiettivo	Δ Eff (t)vs (t+1)	Risultato
Siracusa	0,04	0,05	Mantenimento < 0,05	100,00 %	Raggiunto

Augusta	0,14	0,23	Miglioramento min 25%	0,00 %	Non Raggiunto
Lentini	0,20	0,22	Miglioramento min 25%	0,00 %	Non Raggiunto
Avola	0,42	0,24	Miglioramento min 30%	57,00 %	Raggiunto al 50%
Noto (*)	0,00	0,00	Mantenimento < 0,05	100,00 %	Raggiunto
media				50,00%	Ob. Ragg. al 50%

2. Attuazione Obiettivi di processo:

1. Monitoraggio continuo sovraccollamento
2. Attuazione interventi ed azioni di prevenzione e contrasto al sovraccollamento
3. Adozione Piano Aziendale per la Gestione del sovraccollamento
4. Relazione annuale per PAGS sui risultati raggiunti e stato avanzamento lavori

2.1 E' stato implementato, su tutti i PS, il Cruscotto di Pronto Soccorso per il monitoraggio degli indici K1 K2 e K3 ed il calcolo continuo ed in tempo reale dell'indice di efficienza operativa; il cruscotto consente anche le rilevazioni Nedocs Score, la visualizzazione dei letti disponibili ed il monitoraggio delle attività dei PPI ed è stato implementato il Fast-Track in tutte le strutture di supporto ai Pronto Soccorso; tutti i software sono pienamente operativi

2.2 Sono stati attuati gli interventi e le azioni di prevenzione e contrasto al sovraccollamento secondo la check-list contenuta nelle Linee di indirizzo per la gestione del sovraccollamento nelle strutture di Pronto Soccorso della Regione Sicilia allegata al D.A.1584 del 10/09/2018 e nelle disposizioni integrative ed attuative per la gestione del sovraccollamento nelle strutture di Pronto Soccorso (Direttiva Prot.9348 del 01/02/2019)

2.3 Con deliberazione n.299 del 05/04/2019 è stato approvato il PIANO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO NEI PRONTO SOCCORSO (PAGS);

Con deliberazione n.319 del 19/07/2019 è stato istituito il Bed Management; Con deliberazione n.332 del 26/07/2019 è stato istituito il TEAM per la gestione del sovraffollamento nei PP.SS. Aziendali;

2.4 La relazione annuale è stata regolarmente prodotta ed inviata all'Assessorato Regionale della Salute.

6) Donazione organi

PUNT. 2,1 / 3

Indicatore 1: E' stato costituito con deliberazione n. 849 del 28/11/2019 il Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti. E' già stato nominato il Coordinatore Locale per i prelievi ed i trapianti; sono stati nominati i referenti per le rianimazioni di Avola e Lentini per i trapianti. Indicatore 2: Come si rileva dalla relazione del direttore della UOC competente, il numero di accertamenti morte encefalica (AMC) effettuati nel 2021 è stato pari a 6, contro i 5 del 2018 e i 4 del 2020, malgrado la destinazione del reparto di Rianimazione del P.O. di Siracusa a TERAPIA INTENSIVA COVID per gran parte dell'anno 2021.

Indicatore 3: la percentuale di non opposizione rilevata è stata pari nel 2021 al 50%. Malgrado l'obiettivo non sia stato raggiunto, si rileva il mantenimento del trend migliorativo rispetto agli anni precedenti che colloca l'Azienda al di sotto della media regionale (pari al 55%).

Indicatore 4: sono state procurate 4 coppie di cornee, rispetto alle 3 dell'anno precedente. Nell'anno 2018 era stata procurata una sola coppia di cornee.

Indicatore 5: Malgrado l'emergenza COVID sono stati realizzati quattro incontri formativi in data 28/09/2021, 08/10/2021, 15/10/2021 e 27/10/2021 e sono stati organizzati tre eventi di sensibilizzazione: due videoconferenze con 400 studenti il 28/04/2021 ed il 30/04/2021 e, in data 03/10/2021, la Cerimonia di consegna dei Premi "Nicholas Green" A.S. 2020/2021 che ha coinvolto le scuole della provincia di Siracusa.

7) Prescrizioni dematerializzate

PUNT. 5 / 5

Il numero medici al 31/12/2021 (Dipendenti e Sumaisti) è stato rilevato in 750 FTE, come da flussi ex art.79, dei quali 273 hanno effettuato almeno una prescrizione dematerializzata al 31/12/2021. Il numero di ricette dematerializzate al 31/12/2021 è pari a 72.889, per una media di 266.

Dai superiori dati si evincono i seguenti risultati:

Indicatori	Valore atteso	calcolo	Risultato
1) Medici prescrittori / Medici in servizio	> 35%	273 / 750	36,40%
2) Numero prescrizioni per medico	> 120	72.889 / 273	266

8) Fascicolo Sanitario Elettronico

PUNT. 5 / 5

(La seguente esposizione tiene conto delle modifiche di cui alla Nota Assessoriale DPS/4 n.33363 del 19/07/2021 in merito alla modifica di indicatori e misurazione dell'obiettivo)

In data 19/07/2021, con nota prot.33363 l'Assessore Regionale ha comunicato la rimodulazione degli obiettivi e degli indicatori dell'Obiettivo 8 Fascicolo Sanitario Elettronico, anche in considerazione della

novità introdotta dal Decreto Rilancio (DL 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77) che, abrogando, con l'art.11 comma 1 lett.d), il comma 3-bis dell'Art. 12 del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221 (che prevedeva che "Il FSE puo' essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito, il quale puo' decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo") ha di fatto eliminato la necessità dell'acquisizione di un consenso per l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico. Gli indicatori, pertanto, sono stati così modificati:

	Sub Obiettivo	Valori attesi	
		Al 31/07/2021	Al 31/12/2021
1)	Percentuale di consensi alla consultazione di cittadini maggiorenni trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati nel 2020	5%	5%
2)	Percentuale delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7	70%	90%
3)	Percentuale delle strutture di Pronto Soccorso dove è possibile consultare in modo celere il FSE del paziente ed in particolare il Profilo Sanitario Sintetico (PSS)	in almeno 1 PS dell'azienda	in almeno il 50% dei PS dell'azienda
4)	Avvio del conferimento al FSE-INI di verbali di Pronto Soccorso, lettere di dimissione ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf.	almeno 1.000 documenti ricomprendenti tutte le tipologie	≥ 50% delle strutture invianti a regime

L'obiettivo è stato raggiunto per tutti gli indicatori, ad eccezione del quarto per il quale persiste una difficoltà tecnica che non dipende da questa Azienda ma da SOGEI e Sistema TS che ancora oggi non sono stati in grado di fornire soluzioni al respingimento dei documenti regolarmente inviati. Si riassumono i risultati ottenuti:

Indicatore 1: Consensi alla consultazione dei FSE acquisiti nel 2021: 2.773 (Fonte SOGEI)

Ricoveri effettuati nell'anno 2021: 22.106 (Fonte Flusso SDO)

Indicatore	Valore atteso	calcolo	Risultato
Consensi alla consultazione / Ricoveri	> 5%	2.773 / 22.106	12%

Indicatore 2:

Laboratori in funzione nell'ASP di Siracusa 4 (Ospedale di Siracusa, Ospedale di Augusta, Ospedale di Avola-Noto e Ospedale di Lentini). Laboratori invianti a regime 4. Percentuale raggiunta: 100%

Indicatore 3:

Funzione implementata in tutti i PS dell'ASP.

La funzione è già disponibile in produzione sull'applicativo di pronto soccorso all'interno della cartella del paziente "Ricerca Documenti FSE" cliccando la quale si accede alla pagina di ricerca

Nel caso in cui per il paziente siano presenti dei documenti e per lo stesso paziente sia stato inserito il consenso alla consultazione sull'FSE si avrà in risposta la lista dei documenti, ciascuno dei quali risulterà cliccabile e si avvierà il messaggio di recupero da FSE e download.

Se per il paziente non è stato inserito il consenso avrete il messaggio
<2007 - Consenso alla consultazione negato>

Percentuale raggiunta: 100%

Indicatore 4:

Tutti i passaggi per la formazione e la trasmissione dei documenti sono stati consumati. Dalla acquisizione delle firme digitali alla implementazione degli applicativi per produrre i documenti nel formato digitale richiesto, dall'attivazione di tutti i protocolli informatici necessari alle prove di trasmissione al FSE. Tutto ciò che era in potere di questa Azienda è stato fatto. La trasmissione dei documenti, tuttavia, non va ancora a buon fine e malgrado tutte le segnalazioni al competente servizio della Regione Siciliana ed alla SOGEI, ancora oggi la softwarehouse non ha ricevuto i riscontri necessari per avviare a soluzione il problema e consentire la messa a regime dell'attività.

9) Sviluppo percorso attuativo di certificabilità (P.A.C.)

PUNT. 5 / 5

Con deliberazione n.110 del 29/01/2020 è stato adottato il Piano triennale audit 2020/2022 ed il Piano annuale audit 2021, preceduto dalla Relazione Risk Assessment 2020 del 27/01/2021.

Tutte le attività previste nel piano sono state regolarmente sviluppate, monitorate ed attuate nei tempi prescritti, come può evincersi dalle griglie di verifica dello stato di attuazione P.A.C. al 30/06/2021 ed al 31/12/2021, regolarmente trasmesse all'Assessorato Regionale della Salute in data 02/07/2021 prot. 18433/PG ed in data 05/01/2022 prot. 442/PG. Si precisa, infine, che con D.A.1211 del 22/11/2021 è stato differito al 31.12.2022 il termine di conclusione del P.A.C..

P.A.A. (Piani Attuativi Aziendali)

Per l'anno 2019/2021, l'Assessorato per la Salute ha individuato 3 Aree di Intervento per la predisposizione del documento di sintesi e la successiva formalizzazione degli obiettivi.

Le linee di intervento individuate sono le seguenti:

Intervento 1 SANITA' PUBBLICA E PREVENZIONE

- Sanità veterinaria
- Sicurezza alimentare
- Copertura vaccinale e sorveglianza malattie infettive
- Tutela ambientale
- Prevenzione luoghi di lavoro

Intervento 2 QUALITA', GOVERNO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

- Sicurezza dei pazienti
- Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla preparazione di medicinali
- Coinvolgimento dei cittadini pazienti
- PDTA
- Appropriatezza
- Outcome

Intervento 3 ASSISTENZA TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO- SANITARIA

- Cronicità
- Fragilità
- Disabilità e non autosufficienza
- Privacy

032	Paa	1	1	A	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)
033	Paa	1	1	B	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina
034	Paa	1	1	C	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina
035	Paa	1	1	D	Controllo anagrafico aziende bovine e ovi-caprine (Reg. Ce n. 1082/2003 e n. 1505/2006)
036	Paa	1	1	E	Riduzione della prevalenza di brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto al 2015
038	Paa	1	2	A	Garantire la disponibilità di Laboratori accreditati per controlli di alimenti e acque
039	Paa	1	2	B	Attuazione Piani di Controllo sugli alimenti (Piano residui e monitoraggio molluschi)
040	Paa	1	2	C	Piena funzionalità del Sistema informativo regionale Demetra
042	Paa	1	3	A	Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 1965/2017)
043	Paa	1	3	B	Programma comunicazione corretta informazione sui vaccini (D.A. N. 1965/2017)

044	Paa	1	3	C	Registrazione vaccinazioni su Cruschetto regionale Anagrafe vaccinale
045	Paa	1	3	D	Offerta attiva vaccinazioni a extracomunitari (nota 71734 del 28.09.2018)
046	Paa	1	3	E	Notifica casi di Morbillo, Rosolia e Ros. Congenita in tempo utile per accertamenti lab.
047	Paa	1	3	F	Notifica delle malattie infettive
049	Paa	1	4	A	Sorveglianza Malformazioni Congenite
050	Paa	1	4	B	Raggiungimento standard del PRP Linea 2.8 Ambiente e Salute
051	Paa	1	4	C	Raggiungimento standard previsti dal Piano straordinario interventi Aree a Rischio
052	Paa	1	4	D	Esecuzione interviste a esposti amianto
053	Paa	1	4	E	Avvio interventi di promozione salute su corretto uso cellulari e prevenzione raggi UV
054	Paa	1	5		Area 1 - Sanità Pubblica e Prevenzione - 1.5 (A-B) Prev.: luoghi di lavoro - Sorveglianza ex Esposti
057	Paa	2	1	A	SIMES: Monitoraggio eventi sentinella e attuazione azioni correttive nei piani di migl.
058	Paa	2	1	B	SIMES: Implementaz. raccomandazioni ministeriali per prevenzione eventi sentinella
059	Paa	2	1	C	Corretta applicazione della checklist di sala operatoria
060	Paa	2	1	D	Applicazione Piano Nazionale Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza
061	Paa	2	1	E	Adempimenti Legge 24/2017 (Sicurezza delle cure e della persona assistita - resp. Profess.)
063	Paa	2	2	A	Umanizzazione - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale
064	Paa	2	2	B	Umanizzazione - Valutazione qualità Strutture Ospedaliere secondo prospettiva cittadino
065	Paa	2	3		2.3 Implementazione Linee guida cliniche attraverso i PDTA
072	Paa	2	4		Appropriatezza PACA (Piano Ann. Controlli Analit.)
073	Paa	2	5		Outcome : Auditing in strutture piattaforma PNE
075	Paa	2	6	A	Trasfusionale: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata per 2019
076	Paa	2	6	B	Trasfusionale: Incremento quantità di plasma da destinare all'emoderivazione
078	Paa	3	1		Cronicità: Diabetici e Scompensati Cardiaci Arruolati
079	Paa	3	2		Fragilità: Attuazione Piano Regionale Autismo
081	Paa	3	3	A	Realizzazione procedura per accesso facilitato ai front-office distrettuali per disabili
082	Paa	3	3	B	Liquidazione indennità per i disabili nei tempi e modi previsti dalla Regione
083	Paa	3	3	C	Attuazione valutazioni delle UVM a domicilio dell'utenza
084	Paa	3	4		Applicazione Regolamento Europeo Protezione Dati

Si riportano sinteticamente i punteggi concernenti i singoli sub obiettivi, rinviando per il dettaglio al prospetto riepilogativo allegato ed alle relative relazioni di accompagnamento:

Area	Punt	Intervento	Articolazione	Punt. Max	Risultato	Allegati
1 Sanità pubblica e prevenzione	5	1.1 Veterin.	1.1.A	0,2	0,2	(Allegato B SF10 Paa1 01)
			1.1.B	0,2	0,2	
			1.1.C	0,2	0,2	
			1.1.D	0,2	0,2	
			1.1.E	0,2	0,0	
		1.2 Sicur. Alim.	1.2.A	0,33...	0,33...	(Allegato B SF10 Paa1 02)
			1.2.B	0,33...	0,33...	(Allegato B SF10 Paa1 03)
			1.2.C	0,33...	0,33...	(Allegato B SF10 Paa1 04)
		1.3 Copertura Vaccin. / Sorv. Malatt. Infett	1.3.A	0,167...	0	(Allegato B SF10 Paa1 05)
			1.3.B	0,167...	0,167...	
			1.3.C	0,167...	0,167...	
			1.3.D	0,167...	0,167...	
			1.3.E	0,167...	0,167...	
			1.3.F	0,167...	0,167...	
		1.4 Tutela Amb.	1.4.A	0,2	0,2	(Allegato B SF10 Paa1 06)
1.4.B	0,2		0,2			
1.4.C	0,2		0,2			
1.4.D	0,2		0,2	(Allegato B SF10 Paa1 07)		
1.4.E	0,2		0,2	(Allegato B SF10 Paa1 08)		
1.5 Prev. Luoghi Lav.	1.5.A	1	1	(Allegato B SF10 Paa1 09)		
2 Qualità Governo Clinico e Sicurezza	9	2.1 Sicurezza pazienti (Allegato B SF10 Paa2 00)	2.1.A	0,6	0,6	(Allegato B SF10 Paa2 01)
			2.1.B	0,6	0,6	(Allegato B SF10 Paa2 02)
			2.1.C	0,6	0,6	(Allegato B SF10 Paa2 03)
			2.1.D	0,6	0,6	(Allegato B SF10 Paa2 04)
			2.1.E	0,6	0,6	(Allegato B SF10 Paa2 05)
		2.2 Personalizzazione	2.2.A	0,5	0,5	(Allegato B SF10 Paa2 06)
			2.2.B	0,5	0,5	
		2.3 PDTA		1	1	(Allegato B SF10 Paa2 07)
		2.4 Appropriatelyzza		1	0	(Allegato B SF10 Paa2 08)
		2.5 Outcome		1	1	(Allegato B SF10 Paa2 09)
2.6 emazie/plasma	2.6.A	1	1	(Allegato B SF10 Paa2 10)		
	2.6.B	1	1			
3 Assistenza Territoriale ed integrazione socio sanitaria Privacy	9	3.1 Cronicità	3.1.A	1	1	(Allegato B SF10 Paa3 01)
		3.2 Fragilità	3.2.A	0,5	0,5	(Allegato B SF10 Paa3 02)
			3.2.B	0,5	0,5	(Allegato B SF10 Paa3 03)
		3.3 Disabilità e non autosufficienza	3.3.A	2	2	(Allegato B SF10 Paa3 04)
			3.3.B	2	2	
			3.3.C	2	2	
		3.4 Privacy		1	1	(Allegato B SF10 Paa3 06)
				(Allegato B SF10 Paa3 07)		

3.5 - OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Rappresentano una serie di Azioni che l'Azienda, anche se non obbligata a raggiungere, in quanto non inserite tra gli obiettivi assegnati dall'Assessorato, ha inteso attivare, rappresentando la possibilità di erogazione dei servizi verso gli utenti.

140	DG	A	1	Supporto Generale a tutte le altre UU.OO.
165	DG	A	10	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Augusta
141	DG	A	2	Gestione Ordinaria UO Affari Generali
142	DG	A	3	Gestione Ordinaria UO Gestione Risorse Umane
143	DG	A	4	Gestione Ordinaria UO Economico Finanziaria e Patrimoniale
144	DG	A	5	Gestione Ordinaria UO Provveditorato
145	DG	A	6	Gestione Ordinaria UO Tecnico
146	DG	A	7	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Siracusa
147	DG	A	8	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Lentini
148	DG	A	9	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Avola-Noto
085	DG	Ge	1	Rispetto del Budget assegnato
086	DG	Ge	2	Adempimenti Delega Datore di Lavoro
087	DG	Ge	3	Adempimenti Delega Trattamento dei Dati e Privacy
088	DG	Ge	4	Adempimenti Obblighi Prevenzione Corruzione e Trasparenza
089	DG	Ge	5	Adempimenti Gestione ALPI
161	DG	Ge	6	Adempimenti altre eventuali Deleghe
091	DG	H	1	Incremento mobilità attiva
100	DG	H	10	Esecuzione Trombolisi presso centro Hub Siracusa (Obiettivo Stroke)
101	DG	H	11	Gestione Sedute Operatorie (Obiettivo Anestesia)
102	DG	H	12	Effettuazione di ERCP con risorse proprie (Obiettivo Gastroenterologia)
103	DG	H	13	Gestione Centro Sclerosi Multipla (Obiettivo Neurologia)
104	DG	H	14	Primo Ciclo Terapeutico
090	DG	H	15	Partoanalgesia
092	DG	H	2	Mantenimento / Incremento valore di produzione (Flusso A, SDAO, Flusso C, SPI, etc.)

093	DG	H	3		Mantenimento / Incremento delle Prestazioni assicurate ad altre UO Interne
094	DG	H	4		Tempestività delle Prestazioni (o referti) assicurate ad altre UO Interne
095	DG	H	5	a	Indicatori Attività Ospedaliere: Indice di Occupazione
163	DG	H	5	b	Indicatori Attività Ospedaliere: Indice di Occupazione (SPDC)
164	DG	H	5	c	Indicatori Attività Ospedaliere: Ricoveri ripetuti 0-1 Giorno
096	DG	H	6		Indicatori Attività Ospedaliere: Degenza Media
097	DG	H	7		Indicatori Attività Ospedaliere: Peso Medio
098	DG	H	8		Indicatori Attività Ospedaliere: Indice di Operatività (Drg Chir./Med.)
099	DG	H	9		Incentivazione dimissioni facilitate per Scompenso, Diabete e BPCO
149	DG	S	1		Gestione Ordinaria Controllo di Gestione (Monitoraggio Obiettivi e Budget, ecc.)
158	DG	S	10		Gestione Ordinaria UO Educazione alla Salute (Piano Regionale Prevenzione, ecc.)
159	DG	S	11		Gestione Ordinaria Ufficio Stampa (Comunicati, rassegna, ecc.)
150	DG	S	2		Gestione Ordinaria UO Pianificazione (Affiancamento al Co.d.Ge. Per pianificazione)
151	DG	S	3		Programmazione e Sviluppo Piano Annuale della Formazione coerente con Obiettivi ASP
152	DG	S	4		Gestione Ordinaria UO Qualità (Gestione sistema documentale aziendale, audit, ecc.)
153	DG	S	5		Gestione Ordinaria UO URP (Gestione Reclami, Aggiornamento Carta dei Servizi, ecc.)
154	DG	S	6		Gestione Ordinaria UO Servizio Prevenzione e Protezione (Supporto al DG, ecc.)
155	DG	S	7		Gestione Ordinaria UO Sorv. San.: Adempimenti ord. (Ob. A) e Appropriatelyzza (Ob. B)
156	DG	S	8		Gestione Ordinaria UO RTP (Incidenza Tumori, Studi Epidemiologici, Re.N.Ca.M., ecc.)
157	DG	S	9		Gestione Ordinaria UO Servizio Legale (Affidamento incarichi legali, pareri, ecc.)
105	DG	T	1		Gestione Ordinaria Attività Distrettuali (ASB, ASI, ASS, Poliambulatori)
114	DG	T	10		Controlli in fabbriche, cantieri e az. agricole da PRP (Piano Regionale Prevenzione)
115	DG	T	11		Verifiche su impianti (DM 11/4/11 e DA 773/12) e ascensori ecc. e vigilanza luoghi lavoro
116	DG	T	12		Controlli su Stabilimenti di macellazione e di produzione del latte
117	DG	T	13		Lotta al fenomeno del randagismo
118	DG	T	14		Gestione anagrafe canina
119	DG	T	15		Controlli Aziende Zootecniche (allevamenti)
120	DG	T	16		Tempi presa in carico a CSM di dimessi da SPDC (ob. A) e visite domiciliari CSM (ob. B)

121	DG	T	17	Aggiornamento dei P.T.I. a 6 mesi per tutti i ricoverati in C.T.A. e C.D.
122	DG	T	18	Prevenzione e trattamento GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)
123	DG	T	19	Ambulatorio per soggetti affetti da DCA (Disturbi Comportamenti Alimentari)
106	DG	T	2	Gestione Convenzioni MMG, PLS, MCA, SUMAI, Spec. Conv. Esterni
124	DG	T	20	Valutazione multidisciplinare di minori su segnalazione del Tribunale dei minori
125	DG	T	21	Presenza in carico di minori per valutazione e trattamento: Tempi (ob. A) e Prestaz. (ob. B)
126	DG	T	22	Coordinamento attività per il controllo delle infezioni ospedaliere
127	DG	T	23	Monitoraggio prestazioni Ospedali Pubblici
128	DG	T	24	Visite Medico Legali: ob. A per malattia; ob. B per idoneità al lavoro
129	DG	T	25	Tempestività interventi riabilitativi in post-acute: Autorizz. (ob. A) e Trattamento (ob. B)
130	DG	T	26	Tempestività autorizz. per prestaz. ambulatoriali o residenziali presso strutture art. 26
131	DG	T	27	Appropriatezza rilascio presidi e ausili per disabili
132	DG	T	28	Integraz. Consultori-Punti Nascita (donne trattate in consultorio e partorienti in ASP)
133	DG	T	29	Percorso Nascita: A) Redazione quaderno gravidanza (o analogo strumento); B) Volumi di attività
107	DG	T	3	Gestione Medicina Scolastica e Dispensario Antitubercolare
134	DG	T	30	Distribuzione diretta (in economia) di Farmaci e Dispositivi a pazienti aventi diritto
135	DG	T	31	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di MMG e PLS attraverso controlli a farmacie
136	DG	T	32	Assistenza Domiciliare per Malati Oncologici in fase terminale (e assistenza ambulat.)
137	DG	T	33	Gestione Emergenza Territoriale (ivi compresa gestione sbarchi immigrati)
138	DG	T	34	Gestione attività di accreditamento (nuove istruttorie e verifiche periodiche)
139	DG	T	35	Gestione attività del Centro Alzheimer
108	DG	T	4	Gestione altra attività ordinaria del Servizio di Epidemiologia e Medicina Preventiva
109	DG	T	5	Controlli alimentari presso "Ristorazioni Collettive" e presso "Ristorazioni Pubbliche"
110	DG	T	6	Attività Igiene della Nutrizione interna alla UO SIAN (Igiene Alimenti e Nutrizione)
111	DG	T	7	Verifica condizioni igienico-sanitarie in Carceri, Alberghi e Studi Dentistici
112	DG	T	8	Interventi di monitoraggio ambientale Poliovirus
113	DG	T	9	Controlli di Laboratorio su alimenti, bevande, acque balneari, stupefacenti etc.
160	DG	V	1	Rispetto Obiettivi assegnati di volta in volta dalla direzione aziendale

Area 2

Prevenzione della corruzione e trasparenza

Obiettivo strategico 1: promozione dei livelli di trasparenza amministrativa ed integrità del personale.

L'Azienda ha provveduto alla redazione del Programma per la trasparenza e l'integrità prendendo come modello le indicazioni operative adottate dall'ANAC per garantire un adeguato livello di trasparenza relativamente a compiti, organizzazione, procedimenti, obiettivi e sistemi di valutazione e ogni altra informazione utile per il rispetto della legalità e lo sviluppo della cultura e dell'integrità.

Il Programma 2021 è stato redatto per continuare a garantire la qualità delle informazioni riportate sul sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge ed ha definito le misure, i modi e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'ASP.

Gli obiettivi del Programma sono stati collegati con le misure e gli interventi previsti dal *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTCP)* considerato che il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione ed affermazione della cultura del rispetto delle regole, nonché di prevenzione e di lotta ai fenomeni corruttivi e con la programmazione strategica e operativa dell'Azienda, definita in via generale nel *Piano Triennale della Performance*.

Nel corso dell'anno 2021 le attività esercitate attraverso i mezzi di comunicazione gestiti dal Responsabile della Trasparenza nonché responsabile dell'Ufficio Stampa e della gestione del sito internet aziendale ha assunto un ruolo ancora più strategico nella gestione della comunicazione inerente la pandemia da Sars Cov 2 diffondendo informazioni continue sulla evoluzione dell'emergenza, sull'istituzione di servizi dedicati, intrattenendo rapporti con le Istituzioni locali, giusto ordine di servizio DG del 23 marzo 2020, mantenendo costantemente informata la popolazione ed esercitando controllo ed interazione continui sui social e su tutti gli organi di informazione al fine di monitorare eventuale allarme pubblico creato sulla popolazione da notizie distorte e fake e fornire notizie ufficiali con trasparenza, obiettività e tempestività.

Obiettivo 1: obblighi di pubblicazione

Il Programma è stato orientato per gli adempimenti afferenti gli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 97/2016 ed ha previsto le seguenti fasi:

Aggiornamento dei responsabili della pubblicazione in base al nuovo atto aziendale;

Individuazione di ulteriori referenti per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente", con specifica formazione;

Maggiore coinvolgimento degli stakeholder per l'individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza.

Fasi e Azioni:

- Sito web istituzionale: la sezione Amministrazione Trasparente è raggiungibile dalla Home page e dalla barra superiore di navigazione;
- Creazione di un canale di comunicazione dedicato per i portatori d'interesse con l'istituzione della e-mail dedicata alla trasparenza: trasparenza@asp.sr.it

Obiettivi strategici: Obiettivi, iniziative e percorsi di interazione del Programma

Per il 2021 l'ASP di Siracusa, al fine di continuare il percorso della promozione e dell'effettiva estrinsecazione dei valori etici dell'integrità, della legalità e della trasparenza, ha attivato i seguenti obiettivi strategici:

L'obiettivo generale è stato quello di trovare modalità di erogazione dei servizi riferendosi al principio del miglioramento continuo; ciò non solo nelle prestazioni di cura, prevenzione e riabilitazione offerte, ma anche tenendo presente la qualità delle informazioni che le pubbliche amministrazioni devono fornire ai cittadini e pubblicare sul sito web istituzionale, non solo nel rispetto degli obblighi di legge.

Gli obiettivi sono dettagliati nelle schede di budget per essere misurati.

Gli obiettivi specifici sviluppati durante il 2021 sono stati finalizzati alla comunicazione ed interazione con il cittadino / utente; in particolare:

- A) Razionalizzare e migliorare le informazioni esistenti ed assicurare la conoscenza diffusa dei servizi erogati;
- B) Semplificare il rapporto con l'utenza, migliorando i processi di ascolto;
- X) Rendere più accessibili e fruibili i dati dell'Azienda;
- Δ) Consolidare i rapporti di fiducia e favorire maggiore partecipazione dei portatori d'interesse.
- E) Nel corso del 2021 si è provveduto ad un costante aggiornamento del sito internet aziendale nel rispetto della normativa dl33/2013 e FOIA. Al fine di dare ulteriore risalto a dati e informazioni sull'Emergenza Coronavirus pubblicati nel portale aziendale www.asp.sr.it, contribuendo altresì a rafforzare i criteri di usabilità e accessibilità applicati a tutto il portale e consentendo ai fruitori una maggiore immediata individuazione di informazioni, servizi, dati, disposizioni e raccomandazioni ricercati, si è proceduto alla creazione e costante periodica riorganizzazione dell'ampia sezione dedicata alla Emergenza Covid-19, collocata nell'home page del sito, nella quale i dati vengono aggiornati ed implementati continuamente per essere punto di riferimento facilmente raggiungibile, collocato ai primi posti di tutti i motori di ricerca.
- Φ) Il sito internet aziendale, dai report statistici dell'analisi del traffico, registra una media di 12 mila pagine visitate giornalmente (con picchi di oltre 16 mila in una sola giornata) ed una

media di 2.500 visitatori univoci giornalieri ed è al primo posto nazionale per il 100% di pubblicazione degli adempimenti di legge per la sezione Amministrazione Trasparente secondo la piattaforma di verifica Magellanopa del Dipartimento della Funzione Pubblica del Ministero.

Γ) All'aggiornamento del sito internet aziendale ed in particolare alla Sezione Amministrazione Trasparente contribuiscono i Referenti per la pubblicazione delle UOC aziendali individuati come da Regolamento aziendale per la gestione del sito internet e dal Piano triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e appositamente sottoposti a formazione.

H) Tutte le news pubblicate nel sito internet sono state condivise nella pagina social Facebook principale "Asp Siracusa" ed "Educazione alla Salute" per una più ampia diffusione tra la popolazione nonché nel canale Youtube "Asp Siracusa" relativamente alle notizie video. Il sito internet aziendale, è tra i pochi tra le Pubbliche amministrazioni sanitarie siciliane, apprezzato anche dallo staff di Costruire salute dell'Assessorato regionale della Salute (il responsabile dell'Ufficio Stampa e responsabile della Trasparenza è componente la Rete regionale comunicazione delle Aziende sanitarie siciliane istituita dall'Assessorato) a contenere una ricca ed ampia documentazione di informazioni e dati sempre aggiornati.

I) ATTIVITA' DI INFORMAZIONE

9) Al fine di dare una maggiore diffusione e visibilità alla sezione News del sito, è stata creata una newsletter con cadenza settimanale affiancata alla Rivista aziendale Asp Siracusa in forma registrata al Tribunale di Siracusa n. 13/2008 del 14/11/2008.

K) Nel corso del 2021 l'Ufficio Stampa si è occupato della realizzazione di conferenze, eventi pubblici, conferenze stampa, nei limiti imposti dalle norme anti assembramento per l'emergenza pandemia, comunicati stampa e organizzazione della partecipazione dell'Azienda a webinar, trasmissioni radiofoniche e televisive locali e regionali sulle attività sanitarie;

A) Realizzazione di campagne di informazione relative alla vaccinazione antinfluenzale, alle campagne di prevenzione per lo screening oncologico, contro l'abuso di alcol e tossicodipendenze, sovrappeso e obesità, malattie cardiovascolari nonché alle campagne di screening per il covid-19 collaborando con il Dipartimento di Prevenzione medico nei rapporti con le Istituzioni locali come da ordine di servizio DG del 23 marzo 2020.

M) Diffusione mediatica di progetti di alternanza Scuola-Lavoro;

N) Realizzazione tramite appositi spot, interviste e comunicati stampa "Campagne di prevenzione e Campagne sull'uso appropriato dei servizi e sulla Medicina di Genere";

O) Organizzazione e coordinamento della apertura di nuovi sportelli, ambulatori, reparti ospedalieri e servizi sanitari e diffusione mediatica della notizia attraverso conferenze stampa, comunicati stampa, pagine social;

- Π) Collaborazione alla direzione strategica aziendale alla risoluzione di problematiche per il miglioramento dei servizi;
- Θ) Collaborazione al potenziamento dei processi informativi interni attraverso l'aggiornamento del portale nel sito internet aziendale per la privacy e la tutela dei dati personali (GDPR UE 2016/679)
- P) Pubblicazione sul sito internet aziendale dell'aggiornamento della Carta dei servizi aziendale e del Piano di Comunicazione 2021;
- Σ) Aggiornamento della sezione del sito internet aziendale Amministrazione trasparente a norma dlgs 33/2013 e segg.
- T) Creazione nel sito internet aziendale delle sezioni dedicate alle prenotazioni on line, al sistema Sovracup, al sistema di prenotazione on line per le vaccinazioni del SEMP, al sistema PagoPa per il pagamento on line del ticket.
- Υ) Realizzazione della formazione continua e supporto ai referenti per la pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente:
 - Ϸ) La gestione del sistema della posta elettronica ordinaria e certificata di tutta l'Azienda è passata nel 2021 di competenza del Sifa;
 - Ω) Gestione delle pagine facebook "Codice Rosa", "Centro Salute Mentale di Lentini", "Educazione alla Salute", Programma di screening oncologico", "Sert Augusta" "Sert Lentini";
 - Ε) Gestione dei social Facebook, Youtube e Twitter per la divulgazione di informazioni relative i servizi sanitari erogati;
 - Ψ) Realizzazione e divulgazione di messaggi promozionali dei servizi sanitari attraverso le "Pillole della Salute" in rete con l'Assessorato regionale della Salute e la Rete Civica della Salute quale componente del Tavolo di Coordinamento regionale della Rete Civica della Salute.
 - Z) E' stato potenziato il percorso già avviato con il Comitato Consultivo Aziendale negli anni pregressi, pianificando un'attività di collaborazione per un continuo confronto fra l'Ufficio della Trasparenza e le Associazioni rappresentate all'interno del Comitato.

Le misure del Programma sono state collegate con le misure e gli interventi previsti dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTCP), formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'Azienda definita nel Piano della Performance.

Gli obiettivi specifici del programma per la trasparenza, quindi, coerenti con gli obiettivi di attività, organizzativi e di miglioramento del piano della performance, hanno perseguito modalità di lavoro condiviso ed hanno contribuito alla unificazione di procedure organizzative ed operative.

Rapporti con gli stakeholder

Il Programma per la trasparenza ha rappresentato uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance ed ha permesso di rendere pubblici agli stakeholder di riferimento i programmi di attività, il loro stato di attuazione ed i risultati conseguiti, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

La trasparenza è stata assicurata, non soltanto sotto un profilo “statico”, consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, ma anche sotto il profilo “dinamico” direttamente collegato alla performance.

A tal fine la pubblicazione dei dati relativi all'organizzazione ed all'erogazione dei servizi è stata inserita nell'ottica di un controllo diffuso che ha consentito un “miglioramento” dei servizi pubblici erogati dall'Azienda.

Il processo seguito ha avuto come finalità la semplificazione del lavoro e la produzione di dati confrontabili a disposizione dei cittadini nell'ottica di un'amministrazione aperta.

E' stato approvato il “Prospetto riepilogativo ed analitico degli obblighi di pubblicazione (aggiornati al D.Lgs. n. 97/2016 – delibera n. 1310/ANAC del 28/12/2016) ove sono stati riportati gli obblighi di comunicazione / pubblicazione ricadenti sui singoli uffici con l'individuazione sia dell'unità organizzativa responsabile che dei rispettivi dirigenti preposti nonché i tempi di attuazione.

Sito Aziendale

a. Iniziative di comunicazione della trasparenza

Le principali iniziative sono state finalizzate alla verifica ed all'aggiornamento dei dati pubblicati ma soprattutto alla divulgazione delle direttive interne ed esterne ed al rispetto delle linee guida emanate dall'ANAC.

Si specificano di seguito le misure adottate per favorire la promozione dei contenuti del Programma triennale e dei dati:

1. Formazione, tramite corsi in materia di trasparenza e integrità rivolti ai dipendenti.
2. Forme di comunicazione e coinvolgimento dei cittadini in materia di trasparenza e integrità sia sul sito istituzionale, sia nei social Facebook, Twitter e Youtube sia con altre forme per soggetti che non utilizzano tecnologie informatiche.
3. Azioni di comunicazione e Giornate della Trasparenza agli stakeholder esterni ed interni sono state sospese a causa della pandemia da Sarc Cov 2 e agli obblighi del rispetto delle misure di sicurezza e di anti assembramento che di fatto hanno bloccato tutte le attività nelle forme in cui avrebbero potuto creare assembramento. L'Azienda ha continuato a diffondere i contenuti del programma verso l'esterno con diversi strumenti di comunicazione: il sito istituzionale, social, webinar, conferenze, comunicati stampa, partecipazione on line a trasmissioni e programmi radiotelevisivi.
4. Azioni in materia di accessibilità per l'utilizzo sempre più ampio di programmi che producano documenti in formato standard.

E' in corso la validazione della griglia di valutazione ANAC da parte dell'OIV afferente gli obblighi di pubblicazione a norma del dlgs 33/20213 e FOIA sono in fase di validazione da parte dell'O.I.V. che a causa della pandemia è stata prorogata al 31 maggio 2022 con obbligo di pubblicazione entro il 30 giugno 2022 come da delibera ANAC n. 201 del 13 aprile 2022.

Obiettivo strategico 2: monitoraggio della compliance al codice di comportamento. Costante rotazione del personale. Promozione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

L'Azienda ha proceduto all'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con atto deliberativo n. 586 del 27 aprile 2022

Nel Piano sono state ben individuate le azioni da perseguire durante l'anno 2022, per il raggiungimento degli obiettivi contenuti nell'Area Strategica 2.

E' stata implementata la valutazione e l'aggiornamento della mappatura dei rischi correlati per ogni U.O. Aziendale.

Obiettivo:

- 1) Aggiornare la valutazione e il diverso livello di esposizione degli Uffici a rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi finalizzati a prevenire e contrastare e/o quanto meno limitare il medesimo rischio.
- 2) Individuare le strategie complessive per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità.

Appare doveroso rappresentare che anche l'anno 2021 è stato l'anno caratterizzato dall'emergenza epidemiologica da COVID 19

Tale emergenza ha occupato tutti i servizi aziendali attraverso una rimodulazione delle attività finalizzata alla riorganizzazione dei processi ordinari.

Le azioni aziendali in tema di anticorruzione sono state, quindi, adattate agli eventi emergenziali, riposizionando le misure di prevenzione già introdotte e integrando le misure specifiche indicate nei Piani Nazionali Anticorruzione che si sono succeduti, alimentate dalle Linee Guida e dalla normativa prodotta dal legislatore e dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

L'Azienda ha inteso ha dovuto rapidamente riorganizzare spazi, attività e gestione del personale per fare fronte ad una emergenza che quotidianamente ha presentato sviluppi e prospettive mutabili ed aleatorie, con una continua revisione delle attività in atto, in base ai provvedimenti nazionali e regionali legati agli indicatori epidemiologici, nel rispetto sempre di un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole, ovvero di una cultura della legalità e dell'etica pubblica, insieme ad un sistema di controllo preventivo e successivo tale da realizzare un filtro sempre più stretto verso eventuali tentativi di comportamenti illeciti.

Particolari interventi hanno interessato il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, al cittadino/ utente, soprattutto quelle individuate dai report dell'Ufficio interno Relazioni con il Pubblico ad andamento critico.

Infatti per una ottimale riduzione delle liste di attesa, stante le difficoltà dell'utenza di prenotare prestazioni con mezzi telematici, si rappresenta che con deliberazione n. 925 dell'11 agosto 2020 è stato ridefinito l'assetto organizzativo relativamente all' Ufficio di Coordinamento ALPI, attraverso una revisione ed una adozione di un nuovo regolamento per la disciplina dell'attività libero professionale

intramuraria medesima, al fine di adeguarlo alle disposizioni recate dal CCNL 2016/ 2018 del' Area della Dirigenza Sanitaria.

Più di recente si è proceduta anche ad una implementazione nonché potenziamento delle piattaforme informatiche, ivi compresa la filiera che fa capo al CUP, necessaria per l'acquisizione e l'estrazione automatizzata dei volumi prestazionali sia in regime istituzionale che in regime libero professionale.

La principale azione avviata riguarda l'Accordo contrattuale già operativo con Federfarma, che consente al cittadino utente la prenotazione on line presso le farmacie pubbliche, attraverso un sistema collegato al CUP aziendale con gli erogatori pubblici e privati inseriti nelle agende di riferimento

Quanto sopra in coerenza con il Piano regionale per il governo delle lista di attesa.

E' già attivo il portale denominato INTERCUP che consente al cittadino di prenotare una lista di prenotazioni condivisa tra l'Azienda ASP di Siracusa, l'AO Cannizzaro e il Policlinico di Catania, accessibile da una sezione dedicata posta nella home page del sito internet aziendale, che a breve sarà ampliata e confluirà nella rete del sistema del SOVRACUP regionale

E' stato inoltre istituito il sistema on line per i cittadini per il pagamento del ticket attraverso la piattaforma digitale PAGO PA

Valutare il diverso livello di esposizione degli Uffici a rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi finalizzati a prevenire e contrastare e/o quanto meno limitare il medesimo rischio.

L'individuazione delle attività / strutture era stata già avviata negli anni precedenti ma ha avuto piena attuazione durante il corso dell'anno.

L'individuazione delle aree a rischio ha avuto la finalità di consentire l'emersione delle aree, nell'ambito dell'intera Azienda, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione specifiche.

Sono state confermate le aree a livello "elevato", dove il rischio corruttivo si configura come altamente probabile.

Aree della Direzione Strategica

Conferimento incarichi dirigenziali afferenti le varie tipologie ed i vari livelli di complessità, sperimentazioni cliniche e modalità di ripartizione dei proventi, affidamento incarichi a professioni esterni e dirigenti ex art. 15 septies D.lgs. 502/1992, criteri di selezione dei componenti le varie commissioni, collegi ecc.

- Area delle attività di UOC Economico Patrimoniale: gestione delle entrate, pagamenti, spese, gestione del patrimonio: modalità di alienazione e locazione, utilizzo immobili di proprietà;
- Area delle attività UOC Gestione Risorse Umane: reclutamento, incarichi, nomine, progressione di carriera, liquidazione rimborsi missione, gestione CRP, cessione del 5°
- Area della attività UOC Provveditorato: dettagliata motivazione per affidamenti diretti e proroghe revocche e bandi, tempi di liquidazione, monitoraggio appalti inferiore alla somma di euro 40.000
- Area delle attività UOC Tecnico: dettagliata motivazione per gli affidamenti diretti e proroghe, varianti, tempi di liquidazione, redazione capitolati
- Area delle attività della UOC Affari Generali: convenzioni, contratti, liquidazioni, gestione e manutenzione parco automezzi, comodati d'uso, donazioni
- Area delle attività UOS Servizio Legale: liquidazioni-sinistri, gestione sanzioni amministrative, liquidazioni parcelle
- Area delle attività UOC SIFA: predisposizione capitolati, attestazione esecuzione lavori, controllo di gestione.

Sono stati individuati i referenti delle Aree a Rischio, con l'obbligo di informazione nei confronti del RCP, ed in particolare ogni sei mesi dovranno dare informazioni, anche cumulativamente, sui provvedimenti adottati e sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste e sulla loro idoneità ad incidere efficacemente sui rischi corruttivi.

Individuazione, valutazione e controllo del rischio.

Tutti i Responsabili apicali delle articolazioni aziendali sono individuati quali Referenti aziendali del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza ai fini e per la definizione e l'adozione delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono:

- Alla mappatura dei processi, alla descrizione e valutazione dei rischi in relazione ai possibili danni erariali e di immagine aziendale derivanti da comportamenti corruttivi, nonché alla individuazione delle misure di prevenzione specifiche/ generali / trasversali anche mutuando quanto previsto dal nuovo PNA (delibera ANAC n. 831/2016 citata);
- Alla verifica dell'attuazione del Piano e della sua idoneità in relazione all'Ufficio diretto;
- Alla verifica della effettiva rotazione degli incarichi all'interno della UO ove più elevato sia il rischio di corruzione compatibilmente con l'organico aziendale;
- Al monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono, in particolare, a:

- Vigilare sull'assenza di situazioni di incompatibilità a carico dei dipendenti;
- Rispettare le disposizioni in materia di trasparenza;

- All'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale.

Ruolo strategico della formazione dei dipendenti. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

Purtroppo gli eventi legati alla epidemia da COVID e le normative nazionali e regionali hanno impedito lo svolgimento del percorso formativo nell'anno 2021, che sarà proposta nell'anno 2022 con iniziative sul campo ben definite

La UOC Formazione, nell'ambito del piano formativo annuale ha previsto le iniziative da realizzare nel contesto del piano di prevenzione, atteso che i dipendenti e gli operatori che direttamente o indirettamente svolgono un'attività, all'interno delle strutture individuate ai vari livelli di rischio di corruzione, sono tenuti a partecipare alle attività formative sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

La formazione sarà realizzata **su tre livelli**:

- **Livello specifico:** rivolto al personale della prevenzione e della corruzione e della trasparenza, ai componenti dell'organismo di controllo O.I.V.
- **Livello intermedio:** rivolto a tutti i dirigenti/referenti delle aree di vari livelli di rischio, sia sui temi dell'aggiornamento settoriale delle competenze che sulle tematiche dell'etica e della legalità, nonché sui metodi di mappatura dei processi e valutazione del rischio correlato

Livello generale: rivolto a tutti i dipendenti a qualsiasi titolo e professionisti sulle tematiche dell'etica, della legalità e del codice di comportamento, anche in modalità FAD

Rotazione degli incarichi dei dirigenti e criteri di rotazione del personale. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

Per una verifica dell'effettiva rotazione negli incarichi all'interno delle UU.OO. ove più elevato sia il rischio di corruzione compatibilmente con l'organico aziendale, la Direzione strategica aziendale ha proceduto nell'anno 2021 alla rotazione dei direttori delle Unità operative complesse amministrative dell'Area PTA tenendo conto delle strutture a rischio corruttivo, con il precipuo scopo di evitare il consolidarsi di posizioni di privilegio nella gestione diretta delle attività connesse ai processi amministrativi ed evitare che il medesimo soggetto tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo termine, relazionandosi con i medesimi utenti.

Di conseguenza, in applicazione degli art. 1 della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i e art. 16, comma 1, lett. 1-quater del D.lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. e del Regolamento aziendale disciplinante la rotazione del personale nelle aree a rischio di corruzione, la Direzione Generale ha provveduto al seguente aggiornamento degli incarichi della Dirigenza PTA, attraverso una opportuna rotazione degli incarichi apicali delle seguenti strutture complesse ad elevato rischio di corruzione come segue:

1. Direzione Struttura Complessa UOC Tecnico: al Dott. Ing. Rosario Breci, dirigente ingegnere ad indirizzo civile, in sostituzione dell'Ing. Santo Pettignano;

2. Direzione Struttura Complessa UOC Affari Generali: al Dr Vincenzo Bastante, dirigente amministrativo nonché Direttore Dipartimento Amministrativo, in sostituzione della Dott.ssa Lavinia Lo Curzio;
3. Direzione Struttura Complessa UOC SI.FA. al Dr Ing. Santo Pettignano, dirigente ingegnere ad indirizzo informatico, in sostituzione del Dr Sebastiano Quercio che a breve cesserà dall'incarico per trattamento fine rapporto;
4. Direzione Struttura Complessa UOC Gestione Risorse Umane: alla Dott.ssa Lavinia Lo Curzio, dirigente amministrativo;

Con medesimo atto si è disposta la definizione dell'assegnazione della titolarità dell'incarico di Direttore della UOC Economico Patrimoniale e dell'UOC SI, attuata con successivo separato provvedimento; si è disposto altresì, di mantenere la titolarità dell'incarico di Direttore della UOC Provveditorato in capo alla Dott.ssa Danila Rosa, stante che il suddetto dirigente amministrativo è subentrato nella titolarità della direzione della UOC in argomento a far data dall'agosto 2019. I predetti conferimenti di incarichi hanno avuto decorrenza dal 15 settembre 2021. Sono stati mantenuti gli incarichi già conferiti ai suddetti dirigenti fino alla naturale scadenza degli stessi, dando mandato alla UOC Gestione Risorse Umane di provvedere all'adozione dei conseguenti provvedimenti, all'uopo variando gli atti pregressi con gli atti di esecuzione scaturenti dal presente provvedimento.

Protocolli di legalità/Patti di integrità

Per quanto riguarda i patti di integrità ed i protocolli di legalità che rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto, si da atto l'Azienda, in attuazione dell'art.1, comma 17 della L.190/2012, ha predisposto ed utilizza appositi protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse.

In particolare i Direttori della UOC Provveditorato e della UOC Tecnico dell'Azienda sono tenuti ad assicurare che negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito per importi pari o superiori ad € 30.000,00 (trentamila) sia inserita la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità darà luogo alla esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Al rispetto di tale disposizione sono, altresì, tenuti tutti i Responsabili delle varie articolazioni aziendali interessate a siffatti affidamenti.

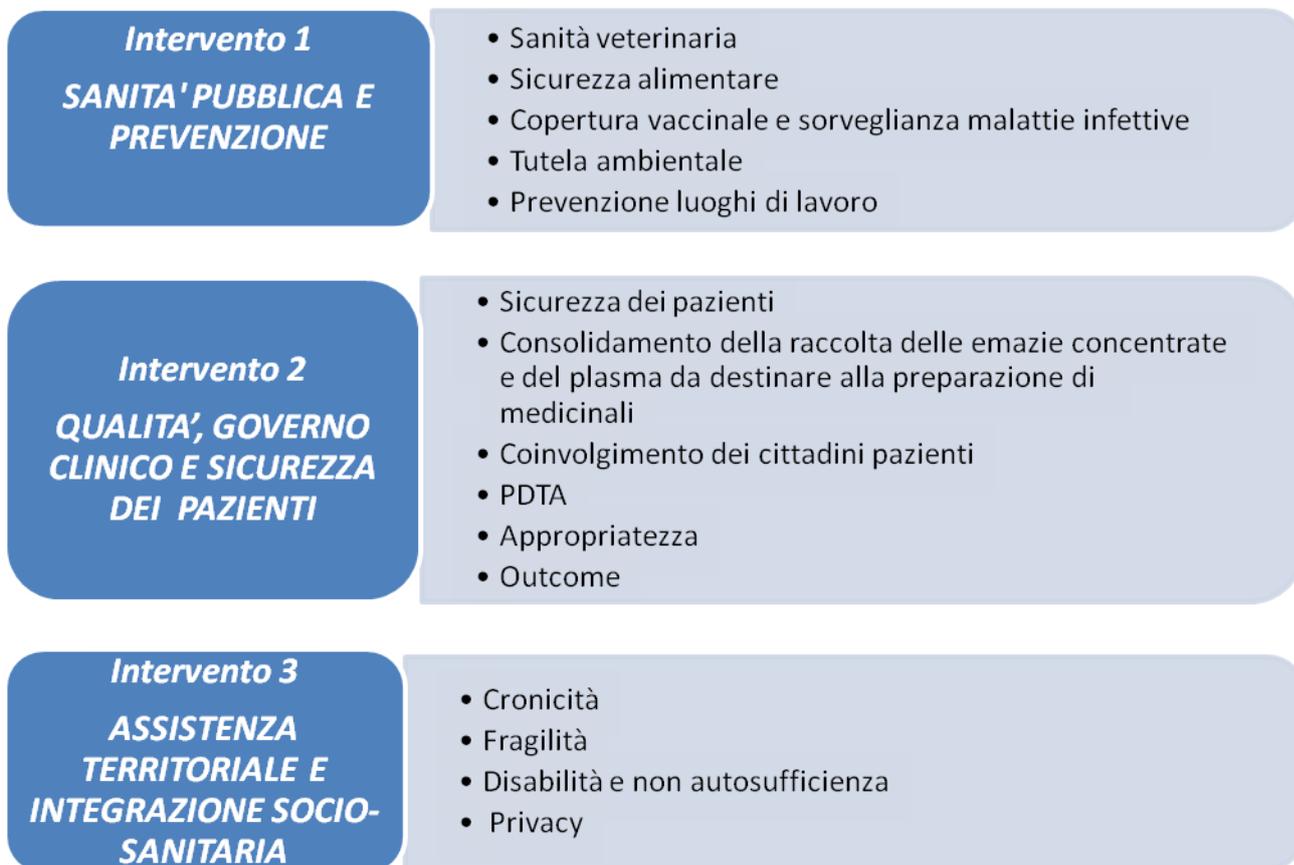
Quanto sopra al fine di garantire un controllo diffuso del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità e di promozione dell'integrità nell'azione amministrativa.

P.A.A. 2019/2022

Per l'anno 2019/2022, l'Assessorato per la Salute ha individuato 3 Aree di Intervento per la predisposizione del documento di sintesi e la successiva formalizzazione degli obiettivi.

Gli obiettivi, in assenza di nuova assegnazione, si intendono prorogati anche per l'anno in corso.

Le linee di intervento individuate sono le seguenti:



032	Paa	1	1	A	Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)
033	Paa	1	1	B	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina
034	Paa	1	1	C	Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina
035	Paa	1	1	D	Controllo anagrafico aziende bovine e ovi-caprine (Reg. Ce n. 1082/2003 e n. 1505/2006)
036	Paa	1	1	E	Riduzione della prevalenza di brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto al 2015
038	Paa	1	2	A	Garantire la disponibilità di Laboratori accreditati per controlli di alimenti e acque
039	Paa	1	2	B	Attuazione Piani di Controllo sugli alimenti (Piano residui e monitoraggio molluschi)
040	Paa	1	2	C	Piena funzionalità del Sistema informativo regionale Demetra
042	Paa	1	3	A	Implementazione della copertura vaccinale (D.A. N. 1965/2017) ed attuazione Piano Vaccinazione Covid
043	Paa	1	3	B	Programma comunicazione corretta informazione sui vaccini (D.A. N. 1965/2017)
044	Paa	1	3	C	Registrazione vaccinazioni su Cruscotto regionale Anagrafe vaccinale

045	Paa	1	3	D	Offerta attiva vaccinazioni a extracomunitari (nota 71734 del 28.09.2018)
046	Paa	1	3	E	Notifica casi di Morbillo, Rosolia e Ros. Congenita in tempo utile per accertamenti lab.
047	Paa	1	3	F	Notifica delle malattie infettive
049	Paa	1	4	A	Sorveglianza Malformazioni Congenite
050	Paa	1	4	B	Raggiungimento standard del PRP Linea 2.8 Ambiente e Salute
051	Paa	1	4	C	Raggiungimento standard previsti dal Piano straordinario interventi Aree a Rischio
052	Paa	1	4	D	Esecuzione interviste a esposti amianto
053	Paa	1	4	E	Avvio interventi di promozione salute su corretto uso cellulari e prevenzione raggi UV
054	Paa	1	5		Area 1 - Sanità Pubblica e Prevenzione - 1.5 (A-B) Prev.: luoghi di lavoro - Sorveglianza ex Esposti
057	Paa	2	1	A	SIMES: Monitoraggio eventi sentinella e attuazione azioni correttive nei piani di migl.
058	Paa	2	1	B	SIMES: Implementaz. raccomandazioni ministeriali per prevenzione eventi sentinella
059	Paa	2	1	C	Corretta applicazione della checklist di sala operatoria
060	Paa	2	1	D	Applicazione Piano Nazionale Azioni di contrasto all' Antibioticoresistenza
061	Paa	2	1	E	Adempimenti Legge 24/2017 (Sicurezza delle cure e della persona assistita - resp. Profess.)
063	Paa	2	2	A	Umanizzazione - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale
064	Paa	2	2	B	Umanizzazione - Valutazione qualità Strutture Ospedaliere secondo prospettiva cittadino
065	Paa	2	3		2.3 Implementazione Linee guida cliniche attraverso i PDTA
072	Paa	2	4		Appropriatezza PACA (Piano Ann. Controlli Analit.)
073	Paa	2	5		Outcome : Auditing in strutture piattaforma PNE
075	Paa	2	6	A	Trasfusionale: Rispetto della previsione di raccolta delle EC già programmata per 2019
076	Paa	2	6	B	Trasfusionale: Incremento quantità di plasma da destinare all'emoderivazione
078	Paa	3	1		Cronicità: Diabetici e Scompensati Cardiaci Arruolati
079	Paa	3	2		Fragilità: Attuazione Piano Regionale Autismo
081	Paa	3	3	A	Realizzazione procedura per accesso facilitato ai front-office distrettuali per disabili
082	Paa	3	3	B	Liquidazione indennità per i disabili nei tempi e modi previsti dalla Regione
083	Paa	3	3	C	Attuazione valutazioni delle UVM a domicilio dell'utenza
084	Paa	3	4		Applicazione Regolamento Europeo Protezione Dati

Per il raggiungimento dei risultati e dei target richiesti dall'Assessorato l'Azienda, per gli anni 2020/2021, ha individuato Azioni di intervento, assegnando gli obiettivi alle UU.OO. interessate.

Il sistema attivato ha previsto l'inserimento delle linee di Azioni all'interno delle schede di budget sottoscritte dai responsabili delle UU.OO.CC..

I responsabili, per il raggiungimento del target delle varie linee di azioni hanno a loro volta declinato gli obiettivi ai Dirigenti ed al personale del comparto con l'attivazione delle schede individuali.

Tali obiettivi non esauriscono l'ambito operativo entro cui adeguare l'attività dell'Azienda la quale, costituendo una struttura di notevole complessità organizzativa, è vincolata nel raggiungimento di una serie ulteriore di obiettivi.

OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI

Tutte le azioni collegate al raggiungimento degli obiettivi devono essere rivalutate e programmate in considerazione della pandemia il cui contrasto rappresenta l'obiettivo primario:

- **Adeguamento di tutte le UU.OO. Aziendali alle azioni finalizzate al contrasto della pandemia Covid 19**

I restanti obiettivi rappresentano una serie di Azioni che l'Azienda, anche se non obbligata a raggiungere, in quanto non inserite tra gli obiettivi assegnati dall'Assessorato, ha inteso attivare, rappresentando la possibilità di erogazione dei servizi verso gli utenti.

Le linee di azione generali già individuate fanno riferimento alla prevenzione del contagio, con la previsione di vaccinazione di massa iniziate nel 2020 e che ha già interessato l'80% della popolazione. Per il 2022 l'Azienda si prefigge di migliorare la percentuale di vaccinati oltre alla somministrazione di una terza dose.

085	DG	Ge	1		Rispetto del Budget assegnato
086	DG	Ge	2		Adempimenti Delega Datore di Lavoro
087	DG	Ge	3		Adempimenti Delega Trattamento dei Dati e Privacy
088	DG	Ge	4		Adempimenti Obblighi Prevenzione Corruzione e Trasparenza
089	DG	Ge	5		Adempimenti Gestione ALPI
161	DG	Ge	6		Adempimenti altre eventuali Deleghe ed attuazione Decentramento attività delegate
091	DG	H	1		Incremento mobilità attiva
092	DG	H	2		Mantenimento / Incremento valore di produzione (Flusso A, SDAO, Flusso C, SPI, etc.)
093	DG	H	3		Mantenimento / Incremento delle Prestazioni assicurate ad altre UO Interne
094	DG	H	4		Tempestività delle Prestazioni (o referti) assicurate ad altre UO Interne
095	DG	H	5	a	Indicatori Attività Ospedaliere: Indice di Occupazione
163	DG	H	5	b	Indicatori Attività Ospedaliere: Indice di Occupazione (SPDC)
164	DG	H	5	c	Indicatori Attività Ospedaliere: Ricoveri ripetuti 0-1 Giorno
096	DG	H	6		Indicatori Attività Ospedaliere: Degenza Media
097	DG	H	7		Indicatori Attività Ospedaliere: Peso Medio
098	DG	H	8		Indicatori Attività Ospedaliere: Indice di Operatività (Drg Chir./Med.)
099	DG	H	9		Incentivazione dimissioni facilitate per Scopenso, Diabete e BPCO
100	DG	H	10		Esecuzione Trombolisi presso centro Hub Siracusa (Obiettivo Stroke)
101	DG	H	11		Gestione Sedute Operatorie (Obiettivo Anestesia)
102	DG	H	12		Effettuazione di ERCP con risorse proprie (Obiettivo Gastroenterologia)
103	DG	H	13		Gestione Centro Sclerosi Multipla (Obiettivo Neurologia)
104	DG	H	14		Primo Ciclo Terapeutico
090	DG	H	15		Partoanalgesia
105	DG	T	1		Gestione Ordinaria Attività Distrettuali (ASB, ASI, ASS, Poliambulatori)
106	DG	T	2		Gestione Convenzioni MMG, PLS, MCA, SUMAI, Spec. Conv. Esterni
107	DG	T	3		Gestione Medicina Scolastica e Dispensario Antitubercolare
108	DG	T	4		Gestione altra attività ordinaria del Servizio di Epidemiologia e Medicina Preventiva
109	DG	T	5		Controlli alimentari presso "Ristorazioni Collettive" e presso "Ristorazioni Pubbliche"
110	DG	T	6		Attività Igiene della Nutrizione interna alla UO SIAN (Igiene Alimenti e Nutrizione)
111	DG	T	7		Verifica condizioni igienico-sanitarie in Carceri, Alberghi e Studi Dentistici

112	DG	T	8	Interventi di monitoraggio ambientale Poliovirus
113	DG	T	9	Controlli di Laboratorio su alimenti, bevande, acque balneari, stupefacenti etc.
114	DG	T	10	Controlli in fabbriche, cantieri e az. agricole da PRP (Piano Regionale Prevenzione)
115	DG	T	11	Verifiche su impianti (DM 11/4/11 e DA 773/12) e ascensori ecc. e vigilanza luoghi lavoro
116	DG	T	12	Controlli su Stabilimenti di macellazione e di produzione del latte
117	DG	T	13	Lotta al fenomeno del randagismo
118	DG	T	14	Gestione anagrafe canina
119	DG	T	15	Controlli Aziende Zootecniche (allevamenti)
120	DG	T	16	Tempi presa in carico a CSM di dimessi da SPDC (ob. A) e visite domiciliari CSM (ob. B)
121	DG	T	17	Aggiornamento dei P.T.I. a 6 mesi per tutti i ricoverati in C.T.A. e C.D.
122	DG	T	18	Prevenzione e trattamento GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)
123	DG	T	19	Ambulatorio per soggetti affetti da DCA (Disturbi Comportamenti Alimentari)
124	DG	T	20	Valutazione multidisciplinare di minori su segnalazione del Tribunale dei minori
125	DG	T	21	Presa in carico di minori per valutazione e trattamento: Tempi (ob. A) e Prestaz. (ob. B)
126	DG	T	22	Coordinamento attività per il controllo delle infezioni ospedaliere
127	DG	T	23	Monitoraggio prestazioni Ospedali Pubblici
128	DG	T	24	Visite Medico Legali: ob. A per malattia; ob. B per idoneità al lavoro
129	DG	T	25	Tempestività interventi riabilitativi in post-acute: Autorizz. (ob. A) e Trattamento (ob. B)
130	DG	T	26	Tempestività autorizz. per prestaz. ambulatoriali o residenziali presso strutture art. 26
131	DG	T	27	Appropriatezza rilascio presidi e ausili per disabili
132	DG	T	28	Integraz. Consultori-Punti Nascita (donne trattate in consultorio e partorienti in ASP)
133	DG	T	29	Percorso Nascita: A) Redazione quaderno gravidanza (o analogo strumento); B) Volumi di attività
134	DG	T	30	Distribuzione diretta (in economia) di Farmaci e Dispositivi a pazienti aventi diritto
135	DG	T	31	Monitoraggio appropriatezza prescrittiva di MMG e PLS attraverso controlli a farmacie
136	DG	T	32	Assistenza Domiciliare per Malati Oncologici in fase terminale (e assistenza ambulat.)
137	DG	T	33	Gestione Emergenza Territoriale (ivi compresa gestione sbarchi immigrati)
138	DG	T	34	Gestione attività di accreditamento (nuove istruttorie e verifiche periodiche)
139	DG	T	35	Gestione attività del Centro Alzheimer
170	DG	T	36	Riordino attività ADI con particolare riferimento ai disabili gravissimi e rinnovo/rinegoziazione convenzioni
140	DG	A	1	Supporto Generale a tutte le altre UU.OO.
141	DG	A	2	Gestione Ordinaria UO Affari Generali
142	DG	A	3	Gestione Ordinaria UO Gestione Risorse Umane
143	DG	A	4	Gestione Ordinaria UO Economico Finanziaria e Patrimoniale
144	DG	A	5	Gestione Ordinaria UO Provveditorato
145	DG	A	6	Gestione Ordinaria UO Tecnico
146	DG	A	7	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Siracusa
147	DG	A	8	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Lentini
148	DG	A	9	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Avola-Noto
149	DG	S	1	Gestione Ordinaria Controllo di Gestione (Monitoraggio Obiettivi e Budget, ecc.)
150	DG	S	2	Gestione Ordinaria UO Pianificazione (Affiancamento al Co.d.Ge. Per pianificazione)
151	DG	S	3	Programmazione e Sviluppo Piano Annuale della Formazione coerente con Obiettivi ASP
152	DG	S	4	Gestione Ordinaria UO Qualità (Gestione sistema documentale aziendale, audit, ecc.)
153	DG	S	5	Gestione Ordinaria UO URP (Gestione Reclami, Aggiornamento Carta dei Servizi, ecc.)
154	DG	S	6	Gestione Ordinaria UO Servizio Prevenzione e Protezione (Supporto al DG, ecc.)

155	DG	S	7	Gestione Ordinaria UO Sorv. San.: Adempimenti ord. (Ob. A) e Appropriatelyzza (Ob. B)
156	DG	S	8	Gestione Ordinaria UO RTP (Incidenza Tumori, Studi Epidemiologici, Re.N.Ca.M., ecc.)
157	DG	S	9	Gestione Ordinaria UO Servizio Legale (Affidamento incarichi legali, pareri, ecc.)
158	DG	S	10	Gestione Ordinaria UO Educazione alla Salute (Piano Regionale Prevenzione, ecc.)
159	DG	S	11	Gestione Ordinaria Ufficio Stampa (Comunicati, rassegna, ecc.)
160	DG	V	1	Rispetto Obiettivi assegnati di volta in volta dalla direzione aziendale
165	DG	A	10	Gestione Ordinaria UO Direzione Amministrativa P.O. Augusta
169	DG	X	1	Realizzazione posti letto Covid (ordinari e T.I.) in conformità alle direttive regionali

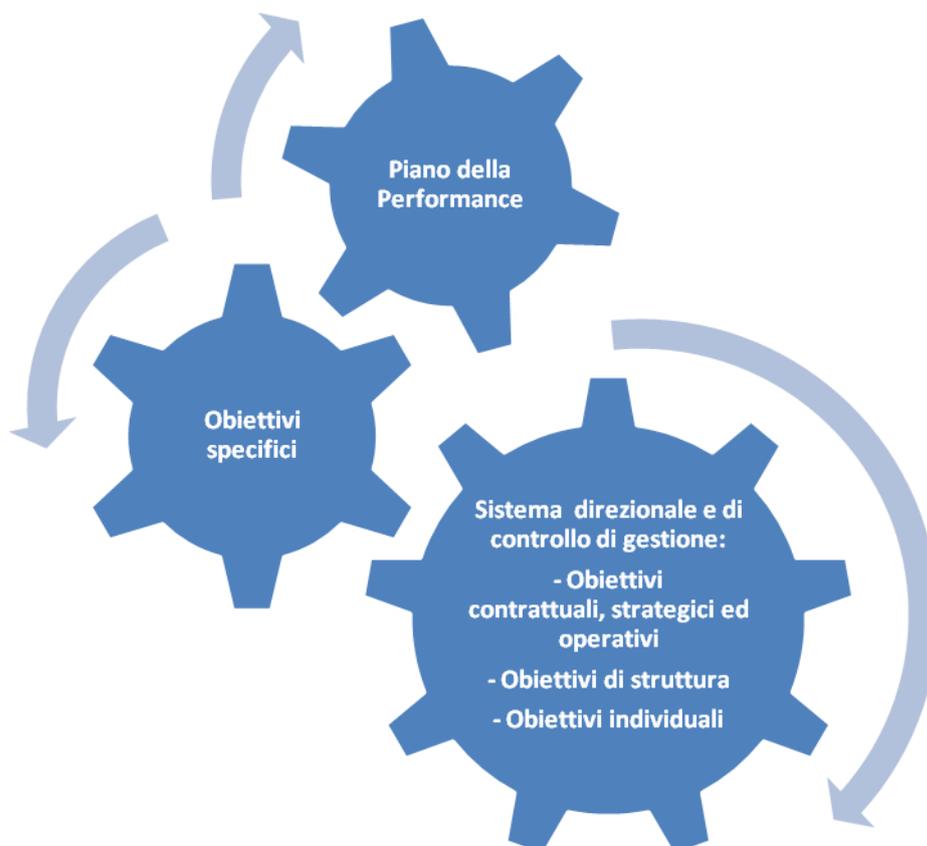
I valori ed i target da monitorare e raggiungere a scadenza dell'azione sono inseriti nelle schede di budget contrattate con i responsabili delle UU.OO.CC. che variano a seconda del grado di coinvolgimento della U.O. al raggiungimento del valore contrattato.

ALBERO DELLA PERFORMANCE

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

In ultima analisi i Dirigenti preposti alle varie UU.OO., nel loro ruolo di valutatori di prima istanza, sono chiamati ad inizio anno ad assegnare obiettivi individuali al personale assegnato alla propria U.O.

SCHEMA DI PASSAGGIO A CASCATA DEL SISTEMA OBIETTIVO:



Le politiche e le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission e recepiscono le linee di indirizzo regionali. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di programmazione e budgeting.

Attraverso tale processo, per ciascuna delle aree strategiche e degli obiettivi strategici vengono individuati obiettivi operativi da realizzare attraverso la collaborazione del personale dirigente inquadrato all'interno delle diverse strutture aziendali territoriali ed ospedaliere, sia sanitarie che di supporto tecnico-amministrativo.

Attraverso opportuna reportistica viene monitorato l'andamento della gestione confrontandola con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere, in caso di scostamenti e/o criticità, eventuali correttivi (allegati 2 e 3 al presente piano).

Le strategie, i relativi obiettivi e i risultati attesi vengono divulgati ai portatori di interesse attraverso le più opportune iniziative (Comitato Consultivo Aziendale, Comitato di Partecipazione e Vigilanza, ecc).

Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Aziendale con cadenza annuale e/o triennale, sulla base degli indirizzi definiti dalla Regione e delle risultanze del monitoraggio adottato.

Il percorso per l'avvio del ciclo della performance ed il coinvolgimento a cascata del personale prevede i seguenti passaggi:

- la Direzione Aziendale con il supporto dell'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione predispone specifiche schede di budget ed avvia la negoziazione con i dirigenti titolari di Centri di Responsabilità definendo le risorse necessarie, gli indicatori e la tempistica di raggiungimento degli obiettivi;
- i responsabili di Unità Operativa Complessa avranno cura di redigere, sulla base degli obiettivi assegnati, specifici piani annuali di lavoro coinvolgendo, in fase di elaborazione e di attuazione, tutti i responsabili di struttura semplice afferenti nonché tutto il personale in servizio della dirigenza e del comparto assegnato, **“performance individuale”**;
- nei piani di lavoro annuale vengono esplicitate le iniziative che si intendono avviare per il raggiungimento degli obiettivi specifici nel rispetto dei programmi e degli obiettivi strategici dell'Azienda.
- i piani di lavoro elaborati dai titolari di Centri di Responsabilità e trasmessi alla Direzione Aziendale (U.O. Programmazione e Controllo di Gestione);
- ciascun titolare di Centro di Responsabilità verifica il grado di coinvolgimento e di partecipazione del personale assegnato al conseguimento degli obiettivi negoziati, ponendo in essere tutti gli adempimenti propedeutici all'applicazione dei sistemi di valutazione e verifica, anche ai fini della retribuzione di risultato;
- la Direzione Aziendale, attraverso gli uffici ed organi a ciò deputati, procede, secondo i tempi e le modalità previste, alla verifica e valutazione dei risultati raggiunti dalle U.O. rispetto ai contenuti dei piani annuali di lavoro ed agli obiettivi negoziati;

Relativamente alla valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto, verranno predisposte schede di valutazione che conterranno i seguenti elementi:

- Competenze specifiche;
- Obiettivi assegnati;
- Indicatori di risultato.

Si prevede al riguardo il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali per la condivisione della metodologia di valutazione.

IL PROCESSO DA SEGUIRE E LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE DELLA PERFORMANCE

Fasi, soggetti e tempi di processo di redazione del Piano

Le fasi del ciclo di gestione della performance e l'individuazione degli attori coinvolti, in conformità al Decreto Assessoriale n. 1821 del 26/11/2011 "Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e di valutazione del personale dipendente del SSR", sono descritti di seguito:

Fase	Attività	Soggetti coinvolti	Tempi previsti
Fase Gestionale	Redazione del Piano triennale della Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Direzione Strategica/STP/Resp.le Anticorruzione/Resp.le Trasparenza/OIV	31 Gennaio
	Negoziatura degli Obiettivi regionali con il Direttore Generale	Assessorato Reg.le Salute / Direttore Generale	Gennaio / Febbraio
	Condivisione obiettivi regionali	Direttore Generale / Dir. Sanitario e Dir. Amministrativo	Gennaio / Febbraio
	Pianificazione obiettivi aziendali in coerenza con gli atti di programmazione aziendale (Piano triennale della Performance-Bilancio Preventivo- Piano degli Investimenti- Piano triennale delle Assunzioni)	Direzione Strategica / Controllo di Gestione /SEF/Personale	Gennaio / Febbraio
	Negoziatura obiettivi di struttura (intesi anche quali obiettivi individuali dei Dirigenti Responsabili di struttura) e redazione del documento "Sistema obiettivi operativi anno 2019"	Direzione Strategica / Dirigenti di Struttura /Dipartimento, UOC e UOS dipartimentale	Marzo
	Assegnazione obiettivi individuali (dirigenti non responsabili di struttura e comparto)	Dirigenti Resp. di struttura /tutto il personale afferente alla stessa	Marzo / Aprile
	a) monitoraggio in corso di esercizio b) attivazione eventuali interventi correttivi	Controllo di Gestione / Direzione Strategica / Dirigenti Resp. Strutture	
Fase di certificazione formale	Misurazione e valutazione annuale della performance organizzativa delle UU.OO.	Controllo di gestione/OIV	Marzo anno successivo
	Rendicontazione dei risultati ai vertici dell'Amministrazione	Struttura Tecnica Permanente/ Direzione Strategica/ Dirigenti Resp. Strutture	Marzo anno successivo
	Misurazione e valutazione annuale della performance individuale	I istanza: Dirigente Resp. di struttura sovraordinato/ tutto il personale afferente alla U.O. II istanza: OIV (solo per i Dirigenti di struttura)	Aprile anno successivo
	Relazione sulla Performance e pubblicazione sul sito istituzionale	Struttura Tecnica Permanente/Controllo di Gestione	Giugno anno successivo
	Validazione della Relazione e pubblicazione	OIV	15 settembre
Fase di valorizzazione del merito	Applicazione dei Sistemi Premiati	Servizio Risorse Umane/ Struttura Tecnica Permanente	Novembre

Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il “processo di budgeting” nell’ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR).

Il sistema è incentrato sulla misurazione e valutazione della performance organizzativa, indicando ogni raccordo logico per l’allineamento con il sistema di misurazione e valutazione della performance individuale, attraverso una chiara individuazione di obiettivi e relativi indicatori, con conseguente outcome (risultato atteso) e target (valore desiderato).

Tutto ciò ha una evidente e particolare influenza nell’attività della dirigenza (e non solo), chiamata a dare effettività alle previsioni citate in precedenza.

Il percorso tracciato assume comunque un aspetto “a cascata” nell’attribuzione degli obiettivi operativi, e consente di collegare la valutazione della performance organizzativa alla performance individuale, secondo i principi di coerenza, di responsabilità e del grado di coinvolgimento (possibilità di influenzare) il risultato atteso.

Il processo di valutazione (definizione degli obiettivi individuali – assegnazione del peso relativo a ciascuna area - misurazione del risultato - valutazione della performance con assegnazione ad una fascia di merito) viene documentato attraverso la compilazione di apposite schede per la valutazione.

La valutazione della performance organizzativa annuale si conclude con la verifica, da parte dell’O.I.V., dei risultati raggiunti dalle UU.OO. assegnatarie di budget e con la conseguente attribuzione alle stesse di un punteggio di performance organizzativa, espresso in percentuale.

Il punteggio percentuale attribuito indica la quota di fondo premiale effettivamente maturata dai dipendenti dell’U.O. assegnataria di budget.

La redazione del Piano della performance si inserisce nel contesto del più complessivo processo di pianificazione strategica e di programmazione operativa dell’Azienda.

Il punto di partenza del Piano è costituito dagli indirizzi di programmazione emanati dalla Regione Siciliana, dagli obiettivi individuati ed assegnati alla Direzione Generale, dai progetti obiettivi PSN assegnati all’ASP di Siracusa e dalle linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013 redatte dalla CIVIT e di cui alla delibera civit n. 6/2013, con riferimento anche alle “Linee guida per il Piano della Performance” emanate dal dipartimento del Consiglio dei Ministri con Circolare n. 1 giugno 2017.

La Direzione Generale, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, definisce le proprie linee strategiche che vengono contestualizzate nel Piano della performance che riporta altresì i piani e gli obiettivi strategici ed operativi che, insieme agli indicatori e gli standard, vengono assegnati ai dirigenti titolari di centri di responsabilità attraverso un processo di concertazione.

Il Piano prevede il coinvolgimento delle seguenti strutture con le funzioni ad essa collegate:

- Direzione Aziendale

- Indirizzo strategico gestionale
- Verifica risultati.

- Organismo Indipendente di Valutazione / Nucleo di Valutazione

- Controllo ciclo di gestione della performance;
- Valutazione direttori di Dipartimento;
- Valutazione di seconda istanza dei dipendenti.

- Dirigenti con incarico di struttura

- Valutazione di prima istanza dei dipendenti.

- U.O. Programmazione e controllo di gestione

- Programmazione, budgeting e rendicontazione.

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

INTEGRAZIONE DEL PIANO DELLA PERFORMANCE CON IL PIANO DELLA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

L'integrazione del Piano della Performance con i piani della trasparenza e anticorruzione (PTPCT) previsto dal Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all'art. 6, comma 6 del D.L. n. 80/2021, convertito dalla L. 6/8/2021 n. 113.

La conferenza unificata nella seduta del 2/12/2021 ha espresso parere favorevole al Decreto del ministro della pubblica amministrazione con cui è stato definito il contenuto del PIAO e posticipata la data di realizzazione dal 31/1 al 30/4/2022.

In attesa della stesura di un piano che integri i piani di Performance e PTPCT, vengono considerate le azioni operative in corso.

COLLEGAMENTO CON PIANO ANTICORRUZIONE

Lo stretto collegamento con il ciclo delle performance individuali e organizzative è operato con l'inserimento di specifici obiettivi e indicatori di risultato sui singoli incarichi e obiettivi annuali assegnati. In particolare sono presi in considerazione:

- l'analisi e la mappatura di tutti i processi per singola struttura e puntuale aggiornamento in occasione dell'aggiornamento al piano per le strutture con il rischio individuato;
- il grado di implementazione delle misure di prevenzione previste nella UO diretta;
- l'ottemperanza agli obblighi di legge sulla trasparenza e il grado di adempimento su ulteriori obblighi di trasparenza previsti;
- l'ottemperanza nei termini previsti dal piano e dalle richieste inoltrate, agli obblighi informativi nei confronti del R.P.C.
- la verifica delle presenze del personale per contrastare l'assenteismo (art. 13 del presente piano);
- la raccolta e l'esame della dichiarazione dei conflitti di interesse (art. 11 del presente Piano) di tutto il personale della UO diretta.
- Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza secondo le diverse tipologie dell'accesso civico (D. Lgs n.97/2016);
- Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPCT
- Applicazione della L. 179/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (whistleblowing)

Nello specifico:

- Monitoraggio dell'applicazione delle norme relative al nuovo accesso civico, come disciplinato dal D.Lgs 97/2016 (indicatori: relazione semestrale da parte dei responsabili dei servizi sulle richieste di accesso civico pervenute).

- Implementazione del percorso formativo interno in materia di anticorruzione e trasparenza per tutto il personale (Piano Formativo Aziendale).
- Attuazione delle misure e delle azioni correttive previste nella mappatura dei rischi del PTPCT 2020-2022: per ogni struttura aziendale nel PTPC 2020-2022 sono state individuate le aree di rischio di corruzione e le misure preventive da adottare al fine di ridurre i rischi;

Nei casi più gravi il mancato rispetto delle previsioni comporta illecito disciplinare nei confronti dei dirigenti e del personale inadempiente. L'O.I.V. verificherà la coerenza tra gli obiettivi di performance individuale ed organizzativa e il grado di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, in occasione della liquidazione del salario accessorio.

Obiettivi di integrazione con il PTPCT

1

Miglioramento dell'accesso del cittadino alle informazioni previste in tema di trasparenza secondo le diverse tipologie dell'accesso civico. (D.Lgs n. 97/2016)

2

Consolidamento dei processi e cultura aziendale per la piena attuazione delle misure previste nel PTPCT

3

Applicazione L. n. 179 del 30/11/2017 sulla gestione delle segnalazioni interne (WHISTLEBLOWING)

- l'analisi e la mappatura di tutti i processi per singola struttura e puntuale aggiornamento in occasione dell'aggiornamento al piano per le strutture con il rischio individuato;
- il grado di implementazione delle misure di prevenzione previste nella UO diretta;
- l'ottemperanza agli obblighi di legge sulla trasparenza e il grado di adempimento su ulteriori obblighi di trasparenza previsti;
- l'ottemperanza nei termini previsti dal piano e dalle richieste inoltrate, agli obblighi informativi nei confronti del R.P.C.
- la verifica delle presenze del personale per contrastare l'assenteismo (art. 13 del presente piano);
- la raccolta e l'esame della dichiarazione dei conflitti

COLLEGAMENTO CON PIANO DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA'

Le principali novità in materia di trasparenza sono state introdotte con D.Lgs. 97/2016 (FOIA). Si riportano le più importanti azioni di intervento:

- Ampliamento ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza
 - ✓ Pubbliche Amministrazioni, di cui all'art. 1, comma 2, del D.lgs. 165/2001;
 - ✓ Enti pubblici economici, ordini professionali, società in controllo pubblico, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato;
 - ✓ Società a partecipazione pubblica, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato;
 - ✓ Autorità portuali;
 - ✓ Autorità amministrative indipendenti;
 - ✓ Regioni a statuto speciale e province autonome;
 - ✓ Organi costituzionali e a rilievo costituzionale.
- Unificazione Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con il Piano per la Trasparenza e l'Integrità (che diventa sezione del PTPCT);
- Previsione che, di norma, vi sia in ciascuna amministrazione un unico responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- **Elemento necessario del Piano della trasparenza sono gli Obiettivi strategici in materia che devono essere coordinati con gli obiettivi degli altri documenti, di natura programmatica e strategico gestionale, dell'amministrazione nonché con il Piano della Performance. Ciò al fine di assicurare coerenza e sostenibilità degli obiettivi posti;**
- Caratteristica essenziale e necessaria della sezione della trasparenza e l'indicazione dei nominativi (o degli uffici/strutture purché sia chiaramente individuabile il soggetto responsabile) dei soggetti responsabili di ognuna delle fasi del processo della trasparenza (individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati), e per ciascun obbligo di pubblicazione;
- Introduzione istituto dell'Accesso civico generalizzato oltre all'ordinario accesso civico;
- Abrogazione di alcuni precedenti obblighi di pubblicazione e introduzione di nuovi obblighi;
- Nuovi obblighi di pubblicazione ai sensi del Codice appalti (art. 21 e 29 D.Lgs. 50/2016, Programma biennale acquisti di beni e servizi e programma triennale lavori pubblici, tutti gli atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti di servizi, forniture, lavori, opere, resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione etc.)
- Possibilità di pubblicazione dei dati mediante collegamenti alle banche dati contenenti i relativi dati.

OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

Gli obiettivi strategici dell'ASP Siracusa per il triennio 2019-2021 in corso di aggiornamento, in materia di trasparenza sono finalizzati alla realizzazione di una amministrazione sempre più aperta al servizio del cittadino, attraverso una migliore accessibilità alle informazioni sull'organizzazione e sulle attività dell'Amministrazione.

Ciò risulta aderente alle stesse indicazioni ANAC, in occasione della approvazione del P.N.A. 2019 (delibera n°1064/2019), che ha enfatizzato il rispetto dei criteri di qualità delle informazioni, allo scopo di rendere effettiva e utile – per gli stakeholders e la stessa P.A. – l’obiettivo previsto dalla legge istitutiva (L. n°190/2012).

Vengono, pertanto, individuati in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- **Assicurare all’utenza adeguata informazione dei servizi resi dall’Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e quantitative, nonché delle modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;**
- **Garantire con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l’integrità e la legalità dell’azione amministrativa, rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti, in funzione di prevenzione della corruzione e più in generale della cattiva amministrazione;**
- **Consentire il controllo diffuso sulla Performance aziendale;**
- **Favorire un rapporto diretto tra amministrazione e cittadino.**

Tali obiettivi strategici si devono tradurre in obiettivi operativi che devono consentire:

- La responsabilizzazione dei Dirigenti/ funzionari che hanno gli obblighi di individuazione, elaborazione, trasmissione, pubblicazione dei dati nel processo della trasparenza;
- La possibilità per gli utenti di valutare la regolarità dei processi aziendali derivante dalla conoscenza delle modalità e procedure di svolgimento;
- La possibilità di verificare se le risorse pubbliche sono impiegate per finalità proprie, derivante dalla conoscenza del modo in cui tali risorse vengono utilizzate;
- La possibilità di controllare in modo diffuso l’operato della pubblica amministrazione.

COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Con la delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017, al paragrafo 4.2, è stata già evidenziata (come già art. 44 D.Lgs. 33/2013, art. 1, comma 8-bis Legge 190/2012, introdotto da D.Lgs. 97/2016) "la necessità di coordinare gli obiettivi di performance con le misure di trasparenza" e "che gli OIV hanno il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionali e che la valutazione della performance tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza".

L’attività volta ad assicurare la trasparenza e la pubblicazione dei dati integra gli obiettivi

annualmente stabiliti per ciascun dirigente ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

Il Piano trasparenza riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della Performance aziendale, in quanto consente la piena conoscibilità dei programmi di attività, del loro stato di attuazione e dei risultati conseguiti.

Il collegamento tra i due strumenti di programmazione (Trasparenza e Performance) non deve essere interpretato come mera integrazione formale, ma piuttosto come una prassi da perseguire per consolidare il collegamento funzionale e strategico tra le misure messe in campo dagli stessi.

L'efficacia del Piano della Trasparenza dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinate rispetto a quelle di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, alla costruzione di un ciclo della performance integrata, che comprenda gli ambiti relativi:

- Alla performance;
- Agli standard di qualità dei servizi;
- Alla trasparenza e alla integrità;
- Al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.

Quindi le pubbliche amministrazioni procedono ad inserire, negli strumenti del ciclo della performance, e in qualità di obiettivi e di indicatori, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del Piano della trasparenza.

La promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al D.lgs. n. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici dell'ASP di Siracusa e, conseguentemente, le attività per la predisposizione, implementazione e attuazione del relativo piano e delle misure ivi previste devono essere inseriti sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance, nel duplice versante della:

- performance organizzativa;
- performance individuale.

L'integrazione con il ciclo di gestione della performance è finalizzata a porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia della trasparenza.

L'attuazione delle misure di trasparenza è opportuno che divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, del personale non dirigenziale.

Assumono pertanto rilievo - come obiettivi per gli uffici e i relativi dirigenti - quelli declinati nella tabella (allegata alla nota n. 3458/AAGG del 04/12/2019, destinata agli uffici, e contenente sia la richiesta di mappatura dei rischi corruttivi, che la tabella con gli obblighi di pubblicazione di cui trattasi), dove sono individuati gli uffici e i soggetti responsabili della elaborazione, trasmissione, pubblicazione

dei dati con indicazione dei termini e dei risultati attesi sotto il profilo della completezza e della periodicità dell'aggiornamento dei dati.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione e di attuazione della trasparenza si dovrà dare specificatamente conto nella Relazione della performance che, a norma dell'art. 10 D.lgs. n. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse.

Per quanto riguarda l'individuazione di ulteriori specifici obiettivi, per l'anno 2021, da assegnare alle diverse strutture dell'Azienda in relazione all'attuazione del principio di trasparenza, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, si ritiene che gli obiettivi fissati nel Piano, di cui il presente costituisce aggiornamento, siano sufficienti ad integrare un sistema di obiettivi adeguati al raggiungimento di un buon livello di trasparenza, nel senso giuridico di cui al D.Lgs n. 33/2013.

Prevenzione della corruzione e trasparenza

Obiettivo strategico 1: promozione dei livelli di trasparenza amministrativa ed integrità del personale.

L'Azienda ha provveduto alla redazione del Programma per la trasparenza e l'integrità prendendo come modello le indicazioni operative adottate dall'ANAC per garantire un adeguato livello di trasparenza relativamente a compiti, organizzazione, procedimenti, obiettivi e sistemi di valutazione e ogni altra informazione utile per il rispetto della legalità e lo sviluppo della cultura e dell'integrità.

Il Programma 2021 è stato redatto per continuare a garantire la qualità delle informazioni riportate sul sito istituzionale nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge ed ha definito le misure, i modi e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'ASP.

Gli obiettivi del Programma sono stati collegati con le misure e gli interventi previsti dal *Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTCP)* considerato che il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione ed affermazione della cultura del rispetto delle regole, nonché di prevenzione e di lotta ai fenomeni corruttivi e con la programmazione strategica e operativa dell'Azienda, definita in via generale nel *Piano Triennale della Performance*.

Nel corso dell'anno 2021 le attività esercitate attraverso i mezzi di comunicazione gestiti dal Responsabile della Trasparenza nonché responsabile dell'Ufficio Stampa e della gestione del sito internet aziendale ha assunto un ruolo ancora più strategico nella gestione della comunicazione inerente la pandemia da Sars Cov 2 diffondendo informazioni continue sulla evoluzione dell'emergenza, sull'istituzione di servizi dedicati, intrattenendo rapporti con le Istituzioni locali, giusto ordine di servizio DG del 23 marzo 2020, mantenendo costantemente informata la popolazione ed esercitando controllo ed interazione continui sui social e su tutti gli organi di informazione al fine di monitorare eventuale allarme pubblico creato sulla popolazione da notizie distorte e fake e fornire notizie ufficiali con trasparenza, obiettività e tempestività.

Obiettivo 1: obblighi di pubblicazione

Il Programma è stato orientato per gli adempimenti afferenti gli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 97/2016 ed ha previsto le seguenti fasi:

Aggiornamento dei responsabili della pubblicazione in base al nuovo atto aziendale;

Individuazione di ulteriori referenti per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente", con specifica formazione;

Maggiore coinvolgimento degli stakeholder per l'individuazione e gestione delle esigenze di trasparenza.

Fasi e Azioni:

- Sito web istituzionale: la sezione Amministrazione Trasparente è raggiungibile dalla Home page e dalla barra superiore di navigazione;
- Creazione di un canale di comunicazione dedicato per i portatori d'interesse con l'istituzione della e-mail dedicata alla trasparenza: trasparenza@asp.sr.it

Obiettivi strategici: Obiettivi, iniziative e percorsi di interazione del Programma

Per il 2021 l'ASP di Siracusa, al fine di continuare il percorso della promozione e dell'effettiva estrinsecazione dei valori etici dell'integrità, della legalità e della trasparenza, ha attivato i seguenti obiettivi strategici:

L'obiettivo generale è stato quello di trovare modalità di erogazione dei servizi riferendosi al principio del miglioramento continuo; ciò non solo nelle prestazioni di cura, prevenzione e riabilitazione offerte, ma anche tenendo presente la qualità delle informazioni che le pubbliche amministrazioni devono fornire ai cittadini e pubblicare sul sito web istituzionale, non solo nel rispetto degli obblighi di legge.

Gli obiettivi sono dettagliati nelle schede di budget per essere misurati.

Gli obiettivi specifici sviluppati durante il 2021 sono stati finalizzati alla comunicazione ed interazione con il cittadino / utente; in particolare:

- AA) Razionalizzare e migliorare le informazioni esistenti ed assicurare la conoscenza diffusa dei servizi erogati:
- BB) Semplificare il rapporto con l'utenza, migliorando i processi di ascolto;
- XX) Rendere più accessibili e fruibili i dati dell'Azienda;
- ΔΔ) Consolidare i rapporti di fiducia e favorire maggiore partecipazione dei portatori d'interesse.
- EE) Nel corso del 2021 si è provveduto ad un costante aggiornamento del sito internet aziendale nel rispetto della normativa dl33/2013 e FOIA. Al fine di dare ulteriore risalto a dati e informazioni sull'Emergenza Coronavirus pubblicati nel portale aziendale www.asp.sr.it, contribuendo altresì a rafforzare i criteri di usabilità e accessibilità applicati a tutto il portale e consentendo ai fruitori una maggiore immediata individuazione di informazioni, servizi, dati, disposizioni e raccomandazioni ricercati, si è proceduto alla creazione e costante periodica riorganizzazione dell'ampia sezione dedicata alla Emergenza Covid-19, collocata nell'home page del sito, nella quale i dati vengono aggiornati ed implementati continuamente per essere punto di riferimento facilmente raggiungibile, collocato ai primi posti di tutti i motori di ricerca.
- ΦΦ) Il sito internet aziendale, dai report statistici dell'analisi del traffico, registra una media di 12 mila pagine visitate giornalmente (con picchi di oltre 16 mila in una sola giornata) ed

una media di 2.500 visitatori univoci giornalieri ed è al primo posto nazionale per il 100% di pubblicazione degli adempimenti di legge per la sezione Amministrazione Trasparente secondo la piattaforma di verifica Magellanopa del Dipartimento della Funzione Pubblica del Ministero.

FF) All'aggiornamento del sito internet aziendale ed in particolare alla Sezione Amministrazione Trasparente contribuiscono i Referenti per la pubblicazione delle UOC aziendali individuati come da Regolamento aziendale per la gestione del sito internet e dal Piano triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e appositamente sottoposti a formazione.

HH) Tutte le news pubblicate nel sito internet sono state condivise nella pagina social Facebook principale "Asp Siracusa" ed "Educazione alla Salute" per una più ampia diffusione tra la popolazione nonché nel canale Youtube "Asp Siracusa" relativamente alle notizie video. Il sito internet aziendale, è tra i pochi tra le Pubbliche amministrazioni sanitarie siciliane, apprezzato anche dallo staff di Costruire salute dell'Assessorato regionale della Salute (il responsabile dell'Ufficio Stampa e responsabile della Trasparenza è componente la Rete regionale comunicazione delle Aziende sanitarie siciliane istituita dall'Assessorato) a contenere una ricca ed ampia documentazione di informazioni e dati sempre aggiornati.

II) ATTIVITA' DI INFORMAZIONE

99) Al fine di dare una maggiore diffusione e visibilità alla sezione News del sito, è stata creata una newsletter con cadenza settimanale affiancata alla Rivista aziendale Asp Siracusa in forma registrata al Tribunale di Siracusa n. 13/2008 del 14/11/2008.

KK) Nel corso del 2021 l'Ufficio Stampa si è occupato della realizzazione di conferenze, eventi pubblici, conferenze stampa, nei limiti imposti dalle norme anti assembramento per l'emergenza pandemia, comunicati stampa e organizzazione della partecipazione dell'Azienda a webinar, trasmissioni radiofoniche e televisive locali e regionali sulle attività sanitarie;

ΛΛ) Realizzazione di campagne di informazione relative alla vaccinazione antinfluenzale, alle campagne di prevenzione per lo screening oncologico, contro l'abuso di alcol e tossicodipendenze, sovrappeso e obesità, malattie cardiovascolari nonché alle campagne di screening per il covid-19 collaborando con il Dipartimento di Prevenzione medico nei rapporti con le Istituzioni locali come da ordine di servizio DG del 23 marzo 2020.

MM) Diffusione mediatica di progetti di alternanza Scuola-Lavoro;

NN) Realizzazione tramite appositi spot, interviste e comunicati stampa "Campagne di prevenzione e Campagne sull'uso appropriato dei servizi e sulla Medicina di Genere";

OO) Organizzazione e coordinamento della apertura di nuovi sportelli, ambulatori, reparti ospedalieri e servizi sanitari e diffusione mediatica della notizia attraverso conferenze stampa, comunicati stampa, pagine social;

- ΠΠ) Collaborazione alla direzione strategica aziendale alla risoluzione di problematiche per il miglioramento dei servizi;
- ΘΘ) Collaborazione al potenziamento dei processi informativi interni attraverso l'aggiornamento del portale nel sito internet aziendale per la privacy e la tutela dei dati personali (GDPR UE 2016/679)
- PP) Pubblicazione sul sito internet aziendale dell'aggiornamento della Carta dei servizi aziendale e del Piano di Comunicazione 2021;
- ΣΣ) Aggiornamento della sezione del sito internet aziendale Amministrazione trasparente a norma dlgs 33/2013 e segg.
- ΤΤ) Creazione nel sito internet aziendale delle sezioni dedicate alle prenotazioni on line, al sistema Sovracup, al sistema di prenotazione on line per le vaccinazioni del SEMP, al sistema PagoPa per il pagamento on line del ticket.
- ΥΥ) Realizzazione della formazione continua e supporto ai referenti per la pubblicazione nella sezione Amministrazione trasparente:
- ϚϚ) La gestione del sistema della posta elettronica ordinaria e certificata di tutta l'Azienda è passata nel 2021 di competenza del Sifa;
- ΩΩ) Gestione delle pagine facebook "Codice Rosa", "Centro Salute Mentale di Lentini", "Educazione alla Salute", Programma di screening oncologico", "Sert Augusta" "Sert Lentini";
- ΞΞ) Gestione dei social Facebook, Youtube e Twitter per la divulgazione di informazioni relative i servizi sanitari erogati;
- ΨΨ) Realizzazione e divulgazione di messaggi promozionali dei servizi sanitari attraverso le "Pillole della Salute" in rete con l'Assessorato regionale della Salute e la Rete Civica della Salute quale componente del Tavolo di Coordinamento regionale della Rete Civica della Salute.
- ΖΖ) E' stato potenziato il percorso già avviato con il Comitato Consultivo Aziendale negli anni pregressi, pianificando un'attività di collaborazione per un continuo confronto fra l'Ufficio della Trasparenza e le Associazioni rappresentate all'interno del Comitato.

Le misure del Programma sono state collegate con le misure e gli interventi previsti dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTCP), formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'Azienda definita nel Piano della Performance.

Gli obiettivi specifici del programma per la trasparenza, quindi, coerenti con gli obiettivi di attività, organizzativi e di miglioramento del piano della performance, hanno perseguito modalità di lavoro condiviso ed hanno contribuito alla unificazione di procedure organizzative ed operative.

Rapporti con gli stakeholder

Il Programma per la trasparenza ha rappresentato uno degli aspetti fondamentali della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance ed ha permesso di rendere pubblici agli stakeholder di riferimento i programmi di attività, il loro stato di attuazione ed i risultati conseguiti, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività.

La trasparenza è stata assicurata, non soltanto sotto un profilo “statico”, consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati, così come prevista dalla legge, ma anche sotto il profilo “dinamico” direttamente collegato alla performance.

A tal fine la pubblicazione dei dati relativi all'organizzazione ed all'erogazione dei servizi è stata inserita nell'ottica di un controllo diffuso che ha consentito un “miglioramento” dei servizi pubblici erogati dall'Azienda.

Il processo seguito ha avuto come finalità la semplificazione del lavoro e la produzione di dati confrontabili a disposizione dei cittadini nell'ottica di un'amministrazione aperta.

E' stato approvato il “Prospetto riepilogativo ed analitico degli obblighi di pubblicazione (aggiornati al D.Lgs. n. 97/2016 – delibera n. 1310/ANAC del 28/12/2016) ove sono stati riportati gli obblighi di comunicazione / pubblicazione ricadenti sui singoli uffici con l'individuazione sia dell'unità organizzativa responsabile che dei rispettivi dirigenti preposti nonché i tempi di attuazione.

Sito Aziendale

b. Iniziative di comunicazione della trasparenza

Le principali iniziative sono state finalizzate alla verifica ed all'aggiornamento dei dati pubblicati ma soprattutto alla divulgazione delle direttive interne ed esterne ed al rispetto delle linee guida emanate dall'ANAC.

Si specificano di seguito le misure adottate per favorire la promozione dei contenuti del Programma triennale e dei dati:

5. Formazione, tramite corsi in materia di trasparenza e integrità rivolti ai dipendenti.
6. Forme di comunicazione e coinvolgimento dei cittadini in materia di trasparenza e integrità sia sul sito istituzionale, sia nei social Facebook, Twitter e Youtube sia con altre forme per soggetti che non utilizzano tecnologie informatiche.
7. Azioni di comunicazione e Giornate della Trasparenza agli stakeholder esterni ed interni sono state sospese a causa della pandemia da Sarc Cov 2 e agli obblighi del rispetto delle misure di sicurezza e di anti assembramento che di fatto hanno bloccato tutte le attività nelle forme in cui avrebbero potuto creare assembramento. L'Azienda ha continuato a diffondere i contenuti del programma verso l'esterno con diversi strumenti di comunicazione: il sito istituzionale, social, webinar, conferenze, comunicati stampa, partecipazione on line a trasmissioni e programmi radiotelevisivi.
8. Azioni in materia di accessibilità per l'utilizzo sempre più ampio di programmi che producano documenti in formato standard.

E' in corso la validazione della griglia di valutazione ANAC da parte dell'OIV afferente gli obblighi di pubblicazione a norma del dlgs 33/20213 e FOIA sono in fase di validazione da parte dell'O.I.V. che a causa della pandemia è stata prorogata al 31 maggio 2022 con obbligo di pubblicazione entro il 30 giugno 2022 come da delibera ANAC n. 201 del 13 aprile 2022.

Obiettivo strategico 2: monitoraggio della compliance al codice di comportamento. Costante rotazione del personale. Promozione di un contesto sfavorevole alla corruzione.

L'Azienda ha proceduto all'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione con atto deliberativo n. 586 del 27 aprile 2022

Nel Piano sono state ben individuate le azioni da perseguire durante l'anno 2022, per il raggiungimento degli obiettivi contenuti nell'Area Strategica 2.

E' stata implementata la valutazione e l'aggiornamento della mappatura dei rischi correlati per ogni U.O. Aziendale.

Obiettivo:

- 3) Aggiornare la valutazione e il diverso livello di esposizione degli Uffici a rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi finalizzati a prevenire e contrastare e/o quanto meno limitare il medesimo rischio.
- 4) Individuare le strategie complessive per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità.

Appare doveroso rappresentare che anche l'anno 2021 è stato l'anno caratterizzato dall' emergenza epidemiologica da COVID 19

Tale emergenza ha occupato tutti i servizi aziendali attraverso una rimodulazione delle attività finalizzata alla riorganizzazione dei processi ordinari.

Le azioni aziendali in tema di anticorruzione sono state, quindi, adattate agli eventi emergenziali, riposizionando le misure di prevenzione già introdotte e integrando le misure specifiche indicate nei Piani Nazionali Anticorruzione che si sono succeduti, alimentate dalle Linee Guida e dalla normativa prodotta dal legislatore e dell'Autorità Nazionale Anticorruzione

L'Azienda ha inteso ha dovuto rapidamente riorganizzare spazi, attività e gestione del personale per fare fronte ad una emergenza che quotidianamente ha presentato sviluppi e prospettive mutabili ed aleatorie, con una continua revisione delle attività in atto, in base ai provvedimenti nazionali e regionali legati agli indicatori epidemiologici, nel rispetto sempre di un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole, ovvero di una cultura della legalità e dell'etica pubblica, insieme ad un sistema di controllo preventivo e successivo tale da realizzare un filtro sempre più stretto verso eventuali tentativi di comportamenti illeciti.

Particolari interventi hanno interessato il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, al cittadino/ utente, soprattutto quelle individuate dai report dell'Ufficio interno Relazioni con il Pubblico ad andamento critico.

Infatti per una ottimale riduzione delle liste di attesa, stante le difficoltà dell'utenza di prenotare prestazioni con mezzi telematici, si rappresenta che con deliberazione n. 925 dell'11 agosto 2020 è stato ridefinito l'assetto organizzativo relativamente all' Ufficio di Coordinamento ALPI, attraverso una revisione ed una adozione di un nuovo regolamento per la disciplina dell'attività libero professionale

intramuraria medesima, al fine di adeguarlo alle disposizioni recate dal CCNL 2016/ 2018 del' Area della Dirigenza Sanitaria.

Più di recente si è proceduta anche ad una implementazione nonché potenziamento delle piattaforme informatiche, ivi compresa la filiera che fa capo al CUP, necessaria per l'acquisizione e l'estrazione automatizzata dei volumi prestazionali sia in regime istituzionale che in regime libero professionale.

La principale azione avviata riguarda l'Accordo contrattuale già operativo con Federfarma, che consente al cittadino utente la prenotazione on line presso le farmacie pubbliche, attraverso un sistema collegato al CUP aziendale con gli erogatori pubblici e privati inseriti nelle agende di riferimento

Quanto sopra in coerenza con il Piano regionale per il governo delle lista di attesa.

E' già attivo il portale denominato INTERCUP che consente al cittadino di prenotare una lista di prenotazioni condivisa tra l'Azienda ASP di Siracusa, l'AO Cannizzaro e il Policlinico di Catania, accessibile da una sezione dedicata posta nella home page del sito internet aziendale, che a breve sarà ampliata e confluirà nella rete del sistema del SOVRACUP regionale

E' stato inoltre istituito il sistema on line per i cittadini per il pagamento del ticket attraverso la piattaforma digitale PAGO PA

Valutare il diverso livello di esposizione degli Uffici a rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi finalizzati a prevenire e contrastare e/o quanto meno limitare il medesimo rischio.

L'individuazione delle attività / strutture era stata già avviata negli anni precedenti ma ha avuto piena attuazione durante il corso dell'anno.

L'individuazione delle aree a rischio ha avuto la finalità di consentire l'emersione delle aree, nell'ambito dell'intera Azienda, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione specifiche.

Sono state confermate le aree a livello "elevato", dove il rischio corruttivo si configura come altamente probabile.

Aree della Direzione Strategica

Conferimento incarichi dirigenziali afferenti le varie tipologie ed i vari livelli di complessità, sperimentazioni cliniche e modalità di ripartizione dei proventi, affidamento incarichi a professionisti esterni e dirigenti ex art. 15 septies D.lgs. 502/1992, criteri di selezione dei componenti le varie commissioni, collegi ecc.

- Area delle attività di UOC Economico Patrimoniale: gestione delle entrate, pagamenti, spese, gestione del patrimonio: modalità di alienazione e locazione, utilizzo immobili di proprietà;
- Area delle attività UOC Gestione Risorse Umane: reclutamento, incarichi, nomine, progressione di carriera, liquidazione rimborsi missione, gestione CRP, cessione del 5°
- Area della attività UOC Provveditorato: dettagliata motivazione per affidamenti diretti e proroghe revoche e bandi, tempi di liquidazione, monitoraggio appalti inferiore alla somma di euro 40.000
- Area delle attività UOC Tecnico: dettagliata motivazione per gli affidamenti diretti e proroghe, varianti, tempi di liquidazione, redazione capitolati
- Area delle attività della UOC Affari Generali: convenzioni, contratti, liquidazioni, gestione e manutenzione parco automezzi, comodati d'uso, donazioni
- Area delle attività UOS Servizio Legale: liquidazioni-sinistri, gestione sanzioni amministrative, liquidazioni parcelle
- Area delle attività UOC SIFA: predisposizione capitolati, attestazione esecuzione lavori, controllo di gestione.

Sono stati individuati i referenti delle Aree a Rischio, con l'obbligo di informazione nei confronti del RCP, ed in particolare ogni sei mesi dovranno dare informazioni, anche cumulativamente, sui provvedimenti adottati e sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione previste e sulla loro idoneità ad incidere efficacemente sui rischi corruttivi.

Individuazione, valutazione e controllo del rischio.

Tutti i Responsabili apicali delle articolazioni aziendali sono individuati quali Referenti aziendali del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza ai fini e per la definizione e l'adozione delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono:

- Alla mappatura dei processi, alla descrizione e valutazione dei rischi in relazione ai possibili danni erariali e di immagine aziendale derivanti da comportamenti corruttivi, nonché alla individuazione delle misure di prevenzione specifiche/ generali / trasversali anche mutuando quanto previsto dal nuovo PNA (delibera ANAC n. 831/2016 citata);
- Alla verifica dell'attuazione del Piano e della sua idoneità in relazione all'Ufficio diretto;
- Alla verifica della effettiva rotazione degli incarichi all'interno della UO ove più elevato sia il rischio di corruzione compatibilmente con l'organico aziendale;
- Al monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono, in particolare, a:

- Vigilare sull'assenza di situazioni di incompatibilità a carico dei dipendenti;
- Rispettare le disposizioni in materia di trasparenza;

- All'adozione delle misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti, in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale.

Ruolo strategico della formazione dei dipendenti. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

Purtroppo gli eventi legati alla epidemia da COVID e le normative nazionali e regionali hanno impedito lo svolgimento del percorso formativo nell'anno 2021, che sarà proposta nell'anno 2022 con iniziative sul campo ben definite

La UOC Formazione, nell'ambito del piano formativo annuale ha previsto le iniziative da realizzare nel contesto del piano di prevenzione, atteso che i dipendenti e gli operatori che direttamente o indirettamente svolgono un'attività, all'interno delle strutture individuate ai vari livelli di rischio di corruzione, sono tenuti a partecipare alle attività formative sulla normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione e sui temi della legalità.

La formazione sarà realizzata **su tre livelli**:

- **Livello specifico:** rivolto al personale della prevenzione e della corruzione e della trasparenza, ai componenti dell'organismo di controllo O.I.V.
- **Livello intermedio:** rivolto a tutti i dirigenti/referenti delle aree di vari livelli di rischio, sia sui temi dell'aggiornamento settoriale delle competenze che sulle tematiche dell'etica e della legalità, nonché sui metodi di mappatura dei processi e valutazione del rischio correlato

Livello generale: rivolto a tutti i dipendenti a qualsiasi titolo e professionisti sulle tematiche dell'etica, della legalità e del codice di comportamento, anche in modalità FAD

Rotazione degli incarichi dei dirigenti e criteri di rotazione del personale. Misura di prevenzione obbligatoria e trasversale

Per una verifica dell'effettiva rotazione negli incarichi all'interno delle UU.OO. ove più elevato sia il rischio di corruzione compatibilmente con l'organico aziendale, la Direzione strategica aziendale ha proceduto nell'anno 2021 alla rotazione dei direttori delle Unità operative complesse amministrative dell'Area PTA tenendo conto delle strutture a rischio corruttivo, con il precipuo scopo di evitare il consolidarsi di posizioni di privilegio nella gestione diretta delle attività connesse ai processi amministrativi ed evitare che il medesimo soggetto tratti lo stesso tipo di procedimento per lungo termine, relazionandosi con i medesimi utenti.

Di conseguenza, in applicazione degli art. 1 della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i e art. 16, comma 1, lett. 1-quater del D.lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii. e del Regolamento aziendale disciplinante la rotazione del personale nelle aree a rischio di corruzione, la Direzione Generale ha provveduto al seguente aggiornamento degli incarichi della Dirigenza PTA, attraverso una opportuna rotazione degli incarichi apicali delle seguenti strutture complesse ad elevato rischio di corruzione come segue:

5. Direzione Struttura Complessa UOC Tecnico: al Dott. Ing. Rosario Brecci, dirigente ingegnere ad indirizzo civile, in sostituzione dell'Ing. Santo Pettignano;
6. Direzione Struttura Complessa UOC Affari Generali: al Dr Vincenzo Bastante, dirigente amministrativo nonché Direttore Dipartimento Amministrativo, in sostituzione della Dott.ssa Lavinia Lo Curzio;

7. Direzione Struttura Complessa UOC SI.FA. al Dr Ing. Santo Pettignano, dirigente ingegnere ad indirizzo informatico, in sostituzione del Dr Sebastiano Quercio che a breve cesserà dall'incarico per trattamento fine rapporto;
8. Direzione Struttura Complessa UOC Gestione Risorse Umane: alla Dott.ssa Lavinia Lo Curzio, dirigente amministrativo;

Con medesimo atto si è disposta la definizione dell'assegnazione della titolarità dell'incarico di Direttore della UOC Economico Patrimoniale e dell'UOC SI, attuata con successivo separato provvedimento; si è disposto altresì, di mantenere la titolarità dell'incarico di Direttore della UOC Provveditorato in capo alla Dott.ssa Danila Rosa, stante che il suddetto dirigente amministrativo è subentrato nella titolarità della direzione della UOC in argomento a far data dall'agosto 2019. I predetti conferimenti di incarichi hanno avuto decorrenza dal 15 settembre 2021. Sono stati mantenuti gli incarichi già conferiti ai suddetti dirigenti fino alla naturale scadenza degli stessi, dando mandato alla UOC Gestione Risorse Umane di provvedere all'adozione dei conseguenti provvedimenti, all'uopo variando gli atti pregressi con gli atti di esecuzione scaturenti dal presente provvedimento.

Protocolli di legalità/Patti di integrità

Per quanto riguarda i patti di integrità ed i protocolli di legalità che rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto, si da atto l'Azienda, in attuazione dell'art.1, comma 17 della L.190/2012, ha predisposto ed utilizza appositi protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse.

In particolare i Direttori della UOC Provveditorato e della UOC Tecnico dell'Azienda sono tenuti ad assicurare che negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito per importi pari o superiori ad € 30.000,00 (trentamila) sia inserita la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità darà luogo alla esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Al rispetto di tale disposizione sono, altresì, tenuti tutti i Responsabili delle varie articolazioni aziendali interessate a siffatti affidamenti.

Quanto sopra al fine di garantire un controllo diffuso del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità e di promozione dell'integrità nell'azione amministrativa.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

L'assetto organizzativo di tipo dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.

I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate ivi compresa la gestione del personale e la gestione degli accessi degli operatori del Dipartimento, agli istituti contrattuali nei limiti di spesa fissati dalla Direzione Generale.

I Dipartimenti funzionali hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico - assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico terapeutico - assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le Strutture Complesse (o Unità Operative Complesse) sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione, oppure di produzione di prestazioni e di servizi sanitari. In virtù di tale "complessità", queste strutture costituiscono centri di responsabilità all'interno del processo di budget.

Le Strutture Semplici (o Unità Operative Semplici) sono contrassegnate da un sistema di produzione con significativo valore economico (sia in termini di tecnologie utilizzate che di risorse umane assegnate) che assicuri attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile.

All'interno dell'Azienda la funzione dello staff direzionale si associa a compiti caratterizzati da precisa specializzazione professionale, flessibilità organizzativa, orientamento ai risultati e capacità di innovazione.

L'Atto Aziendale individua i seguenti dipartimenti:

- **1 Dipartimenti strutturali**

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario
- Dipartimento Salute Mentale

- **2 Dipartimenti funzionali:**

- **A) Ambito Territoriale**

- Dipartimento dell'assistenza distrettuale e Integrazione socio-sanitaria
- Dipartimento trans-murale della Ospedalità e della Farmaceutica

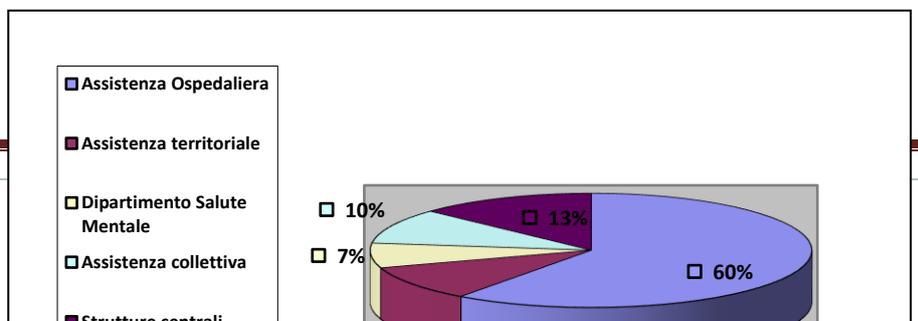
- **B) Ambito Ospedaliero**

- Dipartimento dell'Area Chirurgica
- Dipartimento dell'Area Medica
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento dell'Emergenza
- Dipartimento Oncologico
- Dipartimento dei Servizi Area Radiologica
- Dipartimento dei Servizi e dell'Area Igienico Organizzativa
- Dipartimento Amministrativo

Per il dettaglio delle strutture organizzative complesse e semplici ricadenti ai dipartimenti si rimanda allo scheletro organizzativo dell'atto aziendale (organigramma all. n. 1)

Per il perseguimento delle finalità istituzionali l'ASP di Siracusa possiede una dotazione di circa 3.000 dipendenti, distribuita secondo i ruoli e i profili professionali riportati nel successivo grafico:

DESCRIZIONE	%



Assistenza ospedaliera	60
Assistenza territoriale	10
Dipartimento Salute Mentale	7
Assistenza collettiva	10
Strutture centrali	13
TOTALE	100

L'ASP di Siracusa è articolata in 2 Distretti Ospedalieri e nei suoi servizi territoriali facenti riferimento a 4 Distretti Sanitari che assicurano le attività di prevenzione collettiva, assistenza di base e specialistica, assistenza riabilitativa. In ogni distretto sanitario è prevista l'allocazione di un PTA che svolge funzioni complesse di cure primarie, garantisce la continuità assistenziale, rappresenta il Punto Unico di accesso alle prestazioni. All'interno del PTA è allocato lo sportello per le cure domiciliari.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Con la Legge 7 agosto 2015, n.124 *“Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* – c.d. riforma Madia – entra nell’ordinamento giuridico italiano il cosiddetto lavoro agile quale forma alternativa e flessibile di rapporto di lavoro nella Pubblica Amministrazione, con obiettivo iniziale di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro, anche al fine di tutelare le cure parentali. Infatti, l’articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n.124 prevede che le amministrazioni *“adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l’attuazione del telelavoro e del lavoro agile e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento (modificato al 15%) dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera”*. La norma prevede che *“l’adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi suddetti costituiscono oggetto di valutazione nell’ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all’interno delle amministrazioni pubbliche”*. Le amministrazioni pubbliche dovevano adeguare altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell’impatto sull’efficacia e sull’efficienza dell’azione amministrativa, *“nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative”*.

Nell’ambito della propria autonomia organizzativa, tale disposizione ha consentito a ciascuna Amministrazione Pubblica di individuare le modalità innovative, alternative al telelavoro, più adeguate rispetto alla propria organizzazione, fermo restando il rispetto delle norme e dei principi in tema di sicurezza sul luogo di lavoro, tutela della riservatezza dei dati e verifica dell’adempimento della prestazione lavorativa.

Sulla scia della Legge 124/2015 veniva emanata la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante *“Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l’articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato”* definendo il lavoro agile quale *“...modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell’attività lavorativa. Si prevede che la prestazione lavorativa debba essere eseguita in parte all’interno di locali aziendali e in parte all’esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”*. Inoltre, si prevedeva l’estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego, in quanto compatibile *“nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all’articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell’articolo 14 della legge 7*

agosto 2015, n. 124, e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti”.

In attuazione di tali norme il 3 giugno 2017 il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato la direttiva n. 3/2017 – recante le linee guida sul lavoro agile nella PA – che è divenuto il principale riferimento per la disciplina del lavoro agile nella PA prima dell'emergenza COVID- 19.

Tuttavia, per lungo tempo, le disposizioni riguardanti il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione sono rimaste inattuata o poco considerate.

A seguito della situazione pandemica dettata dall'emergenza sanitaria COVID-19, le pubbliche amministrazioni si sono viste costrette repentinamente ad adottare una serie di misure efficaci a contenere la diffusione del virus. Con lo stravolgimento dell'intero sistema delle relazioni sociali e con l'imposizione del distanziamento sociale e fisico, sorge all'improvviso la necessità di apportare profonde modifiche anche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa, pertanto, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori, dal mese di marzo 2020 il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione subisce una brusca accelerata.

Con Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante “*Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*” di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015 si supera il regime sperimentale dell'obbligo per le amministrazioni di adottare misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio- temporali di svolgimento della prestazione lavorativa con la conseguenza che la misura operasse a regime.

Il DPCM 8 marzo 2020, all'art. 2-lett. r) prevede esplicitamente il ricorso alle modalità del lavoro agile per la durata dello stato di emergenza.

Il lavoro agile sarebbe dovuto diventare una modalità necessitata ed ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa con una disciplina sostanzialmente derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017 prevedendo la possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dalla legge 22 maggio 2017, n. 81.

In data 17 marzo 2020 con decreto-legge n. 18 “*Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*” l'art. 87 (come modificato dal decreto legge 14 agosto 2020, n.104) ha previsto che “fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile è una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Conseguentemente le amministrazioni:

limitano la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell'emergenza;

prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23, della legge 22 maggio 2017, n. 81". La norma prevede che la prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione.

Il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19", convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all'art. 263 comma 4-bis che "entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1 lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo che, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative".

L'obiettivo del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è dunque la definizione della modalità agile quale modalità ordinaria del lavoro all'interno delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento dei lavoratori, per tutte quelle attività che possono essere svolte nella modalità a distanza.

Inoltre, il legislatore con decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126 avente ad oggetto "*Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*" all'art. 21-bis e 21-ter ha disciplinato rispettivamente il lavoro agile e il congedo straordinario per i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente per contatti scolastici nonché il lavoro agile per genitori con figli con disabilità.

Nell'ottica di disciplinare a regime il lavoro agile nell'ambito delle amministrazioni pubbliche il Ministro per la Pubblica Amministrazione in data 19 ottobre 2020 ha emanato un apposito decreto col quale sono state impartite ulteriori disposizioni attuative in applicazione della normativa sopra indicata. Successivamente, al fine di fornire specifiche direttive uniformi alle Pubbliche Amministrazioni, in ordine all'organizzazione e alla programmazione del lavoro agile, sono state emanate con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione datato 9 dicembre 2020, le Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

Il presente documento - in applicazione dell'art. 263 comma 4-bis del DL. 34/2020 di modifica dell'art.14 della Legge 7 agosto 2015, n.124 è redatto secondo le disposizioni dettate dalle suindicate linee guida.

Obiettivi del lavoro agile

Con il lavoro agile l'ASP di Siracusa intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

Sviluppare maggior autonomia e senso di responsabilizzazione del dipendente nella produttività e nella qualità del lavoro.

Agevolare la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale, permettendo una maggiore soddisfazione e flessibilità nell'organizzazione del lavoro.

Sviluppare e diffondere una cultura orientata ai risultati, anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con i tradizionali strumenti di collaborazione.

Valorizzare le competenze del personale mediante la formazione delle tecnologie digitali, migliorando il benessere organizzativo.

Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità.

Promuovere un miglioramento qualitativo dei servizi resi alla collettività in termini di efficienza ed efficacia.

Livello di attuazione e sviluppo

A causa del protrarsi dell'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Covid-19 fino al 31 marzo 2022, l'ASP di Siracusa non ha ancora adottato un proprio Piano Organizzativo per il Lavoro Agile (POLA), così come previsto dall'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015 n. 124, modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77. Tale adempimento è comunque in fase di definizione, atteso anche il necessario coinvolgimento delle organizzazioni sindacali al riguardo. Nonostante ciò, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa ha posto in essere gli adempimenti necessari al fine di adeguarsi alla normativa vigente, tenendo conto delle misure organizzative e del raggiungimento degli obiettivi oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della *performance* organizzativa, in quanto tenuta al rispetto dei limiti imposti nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il ricorso all'attività di *smart working* è avvenuto, come per tutte le altre Pubbliche Amministrazioni, in coincidenza con l'insorgere dell'emergenza pandemica legata alla diffusione del Covid-19. Non vi è dubbio, pertanto, che tale circostanza ha consentito di testare una modalità di lavoro ancora non attuata per i vincoli di legge all'epoca vigenti.

Pertanto, nell'implementare e/o mantenere la modalità di *smart working* si dovrà tener conto di quanto attuato in prima applicazione e ponderare elementi in qualche modo anticipati all'avvio del lavoro agile legato all'emergenza pandemica quali la misurazione della performance con l'individuazione di specifici indicatori di valutazione, i cosiddetti *Key Performance Indicators* (KPI), con specifici programmi di lavoro con obiettivi condivisi da raggiungere in un determinato periodo di tempo; il tutto anche attraverso relazioni periodiche che possano tracciare i flussi di lavoro.

Come anticipato, sin dal suo emergere, l'ASP di Siracusa ha dettato direttive recanti misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica anche attraverso l'adozione, in via eccezionale e provvisoria, del lavoro agile in attuazione del DPCM 8/03/2020 e con le modalità e condizioni, per quanto applicabili, delle disposizioni disponibili in quel momento storico quali le direttive dell'Assessorato delle Autonomie Locali e della Funzione Pubblica 27519 del 9-3-2020, predisponendo, nel contempo, tutta la documentazione necessaria relativa a: domanda di partecipazione alla modalità di lavoro agile, autorizzazione al lavoratore di avvio di lavoro agile, informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile ai sensi dell'art. 22, comma 1, della L. 81/2917 e procedura attestazione presenza *smart working*.

Premesso che sono state escluse dalle prestazioni lavorative in modalità agile le attività indifferibili da rendere in presenza con l'obiettivo primario volto a garantire il necessario supporto ai servizi di assistenza sia di tipo sanitario che socio sanitario, le direttive aziendali in materia, emante nell'arco di tempo compreso tra il marzo 2020 e l'intero 2021, hanno seguito l'evolversi delle disposizioni normative nazionali e regionali in funzione dell'andamento pandemico e si sono fondate sui seguenti presupposti:

- Garanzia , all'interno della struttura amministrativa, della continuità amministrativa;

- Efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa;
- Assegnazione di obiettivi specifici e misurabili ai lavoratori da remote;
- Costante monitoraggio, valutazione tracciabilità dell'attività espletata;
- Costituzione di un contingente minimo posto a presidio dell'ufficio

Su questi presupposti la Gestione del lavoro agile è stata rimessa al Dirigente responsabile di struttura che deve:

- organizzare il proprio Ufficio assicurando, su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale, lo svolgimento del lavoro agile alle percentuali, via via previste dalla normativa, di personale preposto alle attività che possono essere svolte secondo tale modalità, dando priorità ai lavoratori fragili cui deve essere garantita ogni soluzione utile ad assicurare lo svolgimento di attività in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione ricompresa nella medesima categoria;
- favorire la rotazione (secondo i criteri di cui al Decreto Ministero della Pubblica Amministrazione del 19-10-2020) del personale in smart working al fine di assicurare un'equilibrata alternanza tra lo svolgimento dell'attività in modalità agile ed in presenza ed in quest'ultimo caso, deve tenere in debito conto le prescrizioni sanitarie vigenti per il distanziamento interpersonale, adeguando la presenza dei lavoratori negli ambienti di lavoro a quanto stabilito nei documenti di valutazione dei rischi;
- individuare delle fasce temporali di flessibilità oraria, compatibili con il normale svolgimento dell'attività lavorativa, al fine di evitare concentrazioni di personale durante l'accesso agli ambienti di lavoro e l'uscita dal contesto di lavoro;
- monitorare e verificare le prestazioni rese in modalità agile sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, garantendo che tale modalità assicuri il buon andamento dell'attività da parte dell'Ufficio a cui è preposto e la continuità amministrativa dell'attività aziendale.
- assegnare ai lavoratori da remoto obiettivi specifici e misurabili ed il cui conseguimento risulti tracciabile.

Sono state richiamate sempre le disposizioni di cui all'art. 263 della citata Legge n.77/2020, prevede espressamente che l'attuazione delle modalità di lavoro in smart-working, costituisce elemento di valutazione ai fini della performance.

La più recente direttiva aziendale, infine, richiama il decreto ministeriale 8 ottobre 2021

Nella tabella sottostante vengono riportati i dati del personale in *smart working* presso l'ASP di Siracusa nell'anno 2021.

Qualifica Personale	Quantità
Assistente Amministrativo	6
Assistente Tecnico (Programmatore di C.E.D.)	2
Ausiliario Specializzato	1
Coadiutore Amministrativo	27
Coadiutore Amministrativo senior	2
Collaboratore Amministrativo	12
Collaboratore Amministrativo Senior	1

Collaboratore Professionale Ass.Sociale	3
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere)	4
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere) senior	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecnico della Prevenzione)	8
Collaboratore Professionale Sanitario fisioterapista	1
Collaboratore Professionale Sanitario ostetrica	1
Collaboratore Professionale Sanitario-tecn. San. di radiologia	1
Collaboratore Tecnico Professionale informatico	2
Dirigente Amministrativo	2
Dirigente Analista	1
Dirigente Statistico	1
Dirigente Medico	1
Dirigente Farmacista	2
Dirigente Psicologo	3
Operatore tecnico	3
Specialista della comunicazione istituzionale	2
TOTALE	87

Modalità attuative

Sulla base delle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa sta provvedendo a disciplinare il lavoro agile secondo le linee guida del POLA, mediante una graduale elaborazione di un programma di sviluppo articolato in più fasi. Nella attuazione delle modalità di svolgimento delle lavoro agile si terrà conto dei punti di forza e dei punti di debolezza di quanto disposto sino ad oggi, in funzione anche della evoluzione della normativa di Settore, rivedendone i contenuti per trasferirli in atti regolamentari.

La scelta sulla progressività e sulla gradualità dello sviluppo del lavoro agile è rimessa all'Amministrazione, che deve programmare l'attuazione tramite il POLA, fotografando una *baseline* e definendo i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

L'Amministrazione descrive in modo sintetico, per ciascuno dei soggetti coinvolti, il ruolo, le strutture, i processi, gli strumenti funzionali all'organizzazione e al monitoraggio del lavoro agile, avendo cura di evidenziare le interazioni tra i soggetti.

Tra i soggetti destinatari del Piano vi è, innanzitutto, il personale dipendente a rapporto di lavoro subordinato, potendosi comunque valutare criteri e modalità per ammettere al lavoro agile anche altro personale operante nell'Azienda legato da una diversa tipologia contrattuale. Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile non muta gli obblighi, i doveri e i diritti né in capo al datore di lavoro né in capo al dipendente, in forza delle vigenti norme di legge, di contratto e delle disposizioni aziendali attualmente vigenti. In caso di ferie, malattia e qualunque altro tipo di assenza, il dipendente che svolge la prestazione lavorativa in modalità agile è tenuto a rispettare gli oneri di comunicazione e/o richiesta di autorizzazione previsti.

Ruolo centrale nella organizzazione del lavoro agile, come focalizzato nelle disposizioni aziendali adottate e sopra richiamate, è il Dirigente di struttura al quale, nel passaggio dello smart working da modalità straordinaria a modalità ordinaria di lavoro, si richiede la capacità di utilizzarlo soprattutto come strumento funzionale al raggiungimento degli obiettivi aziendali finalizzati, in definitiva, a supportare la efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa.

Inoltre sono coinvolti nel processo di mappatura e reingegnerizzazione dei processi di lavoro compatibili con il lavoro agile al fine di individuare le attività che debbano essere escluse in toto o in parte dallo smart working.

Coinvolti, infine, nei diversi ambiti di competenza, anche alcuni organismi aziendali quali Comitato Unico di Garanzia, per gli aspetti relative alla utilizzazione del lavoro agile come strumento di conciliazione dei tempi di lavoro vita private in funzione del benessere organizzativo, l'OIV, per la valutazione della performance che con riguardo al lavoro agile privilegia il raggiungimento degli obiettivi alla prestazione in se considerate, ed Responsabile della Transizione digitale con riferimento alle infrastrutture digitali a consentire e favorire lo sviluppo dello smart working.

Programma di sviluppo del lavoro agile: fattori abilitanti.

Gli *step* del programma di sviluppo della modalità lavorativa in argomento saranno articolati nel seguente modo:

- Una prima *fase di avvio*, che nella sostanza è già stata parzialmente testata nel periodo pandemico mediante l'utilizzo di basilari misure organizzative, con la necessaria implementazione delle attività da svolgere in modalità agile a seconda delle effettive dotazioni tecnologiche, ecc.; andranno altresì implementati e attuati i percorsi formativi delle risorse umane.
- Una seconda *fase di sviluppo intermedio*, con redazione di un apposito regolamento che preveda le specifiche azioni per la fattispecie sanitaria non contemplate nelle linee guida ministeriali.
- Una terza *fase di sviluppo avanzato*, con l'implementazione della modalità lavorativa in *smart working*, anche al fine del miglioramento dell'impatto ambientale ed economico generale andando ad evolvere verso un modello di adozione organico e funzionale a tutta l'Azienda indotto da una macroprogrammazione triennale che porti al coinvolgimento di tutti i settori e le UOC e che influenzi in modo determinante e innovativo il Piano della Performance implementando il lavoro agile con nuovi modelli organizzativi.

Gli effetti positivi attesi per l'implementazione del POLA potrebbero svilupparsi anche sull'innovazione e sui servizi che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa si prefigge di offrire sul territorio.

Occorre tener conto che la modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha delle caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso specifico, per le dimensioni del territorio e per la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione.

La messa a regime dello strumento "lavoro agile" costituisce un'ulteriore leva organizzativa per il miglioramento dell'attività amministrativa dell'ASP di Siracusa, in coerenza con la finalità dell'Azienda di valorizzare il lavoro per obiettivi, come ormai il processo di budget ha da tempo stimolato a fare.

In linea di massima possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

1. siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
2. possano essere svolte da remoto e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore presso la sede di servizio;
3. prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
4. richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;
5. siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Il che presuppone una mappatura dei processi, dei procedimenti amministrativi e delle attività di competenza dei diversi Settori che possono essere svolti in modalità agile.

Indicatori di salute dell'amministrazione abilitanti del lavoro agile.

In via preliminare l'Azienda deve valutare il proprio stato di salute al fine di individuare gli elementi che possono favorire e/o ostacolare le modalità di espletamento del lavoro agile.

Fondamentale è la classificazione delle tipologie di salute operata dalle Linee Guida POA.

Salute Organizzativa

L'Azienda prevede di disciplinare il lavoro agile nel rispetto della normativa attualmente vigente, ponendo una particolare attenzione alle politiche relative alla valorizzazione delle risorse umane e alla razionalizzazione delle risorse strumentali disponibili nell'ottica di una maggiore produttività ed efficienza; valorizzando la responsabilizzazione del personale dirigente e non; ottimizzando la riprogettazione degli spazi di lavoro; promuovendo una più ampia diffusione dell'utilizzo delle tecnologie digitali; ottimizzando i sistemi di misurazione e valutazione della *performance* al fine di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Salute professionale

In particolare, dovrà essere svolta una analisi sulla adeguatezza dei profile professionali esistenti rispetto a quelli necessari attraverso:

1. La mappatura del personale e l'analisi dei relativi bisogni formativi.
2. L'analisi delle competenze direzionali in merito alla capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e attitudine verso l'innovazione e l'utilizzo delle tecnologie digitali.
3. L'analisi delle competenze organizzative, ovvero la capacità di lavorare per obiettivi e per processi, e delle competenze digitali (familiarità e corretto utilizzo delle tecnologie informatiche a disposizione) delle risorse umane.

Salute digitale

I requisiti tecnologici che l'ASP di Siracusa intende adottare sono mirati a favorire lo sviluppo di una amministrazione digitale, attraverso la digitalizzazione dei processi, delle attività e dei servizi utilizzati. L'obiettivo principale è l'introduzione e la diffusione di nuove tecnologie digitali, incentivando la standardizzazione, l'innovazione e la sperimentazione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici, cercando di introdurre nuove tecniche per consentire al personale di effettuare la propria prestazione lavorativa sia dall'interno delle sedi, sia in modalità lavoro agile, senza essere fisicamente presenti in sede e senza ridurre né l'efficienza e l'efficacia della prestazione lavorativa, né gli standard di sicurezza previsti.

Attualmente, per lo svolgimento del lavoro in modalità agile, le connessioni alla rete aziendale dell'ASP di Siracusa vengono effettuate tramite accessi protetti e crittografati utilizzando

strumenti *forticlient*. Un volta effettuato l'accesso alla rete aziendale, gli utenti si autenticano agli applicativi per i quali sono stati abilitati.

Salute economico finanziaria

Nell'ambito della copertura economica e finanziaria, sarà necessario valutare sia i costi che gli investimenti fondamentali per sostenere:

1. i piani di sviluppo delle diverse risorse umane, anche per quanto attiene la formazione ed implementazione delle competenze organizzative e digitali, funzionali allo svolgimento del lavoro in modalità agile;
2. gli investimenti in digitalizzazione dei processi e delle procedure amministrative;
3. lo sviluppo delle tecnologie informatiche, dei sistemi informatici e delle dotazioni individuali.

Sistema di misurazione e valutazione della performance

Gli obiettivi di *performance* organizzativa rappresentano i traguardi che la struttura deve raggiungere nel suo complesso e al perseguimento dei quali tutti (Direttori, Dirigenti e personale) sono chiamati a contribuire. La misurazione della *performance* organizzativa è la quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati per gli obiettivi fissati. Si ricorre a diversi indicatori: quelli associati agli obiettivi strategici dell'Azienda Sanitaria e quelli attribuiti alle attività caratterizzanti di ciascuna Struttura e/o Servizio. In considerazione della rilevanza che riveste la scelta degli indicatori, l'impegno dell'ASP è rivolto al continuo miglioramento dell'adeguatezza degli indicatori utilizzati; a tale fine è importante il ruolo dell'OIV, grazie al cui coinvolgimento viene verificata l'adeguatezza degli indicatori scelti.

Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con D.A. n. 22/2019 l'Assessorato della Salute ha emanato la Nuova Rete Ospedaliera Siciliana, che ha comportato modifiche all'Atto Aziendale. L'ASP di Siracusa, pertanto, con delibera n. 1006 del 30/12/2019, ha adeguato il proprio Atto Aziendale alla Nuova Rete, approvato con D.A. n. 163 del 5/3/2020. Con successivo D.A. n. 2201/2019, l'Assessorato della Salute ha emanato Linee guida per la rideterminazione dei Piani del Fabbisogno e Dotazioni Organiche stabilendo a tal uopo precise metodologie, criteri e standard, l'Azienda ha predisposto Nuova Dotazione Organica e Piano del Fabbisogno secondo lo schema tipo Assessoriale. Le suddette Linee Guida sono state successivamente integrate con nota n. 5462 del 29/1/2021 al fine di aggiornare le stesse in relazione agli interventi normativi adottati a seguito dell'emergenza pandemica da COVID-19, adeguando così le stesse alle misure di potenziamento della rete ospedaliera previste dal D.A. n. 614/2020, attuativo del D.L. n.34/2020 conv. in L.n.77/2020, e rideterminando per l'Asp di Siracusa il tetto di spesa per il personale in € 189.311.000,00, comprensivo dei seguenti incrementi:

- finanziamenti aggiuntivi di cui al D.A. n. 614/2020 (potenziamento dei posti letto di Terapia Intensiva e semintensiva sulla base dei nuovi posti letto previsti con D.A. n.34/2020);
- finanziamento previsto dall'art. 1 D.L. n. 34/2020 conv. in L. n.77/2020 (Infermieri di famiglia o di comunità, il cui numero, proporzionale alla popolazione residente è pari a 64 unità e cioè n.8 infermieri per ogni 50.000 abitanti)
- potenziamento degli organici di DSM con i terapeuti della riabilitazione psichiatrica;

-finanziamento aggiuntivo per l'istituzione di un team ADI/COVID multi professionale per l'assistenza domiciliare integrata a pazienti COVID positivi o in attesa di esito di tampone.

Con deliberazione n. 618 del 30-4-2021 viene adottato il *Piano Triennale del Fabbisogno 2021-2023 e Dotazione Organica*”, trasmessa al competente Assessorato per l'approvazione, ai sensi dell'art. 16 della L.R. n. 5/09.

In esito ai controlli regionali, con successiva delibera n. 1284 del 14/9/2021, si è preso atto delle osservazioni formulate dall'Assessorato con nota n. 27239 del 3/6/2021 sulla proposta precedentemente formulata e si rettifica la delibera 618/2021;

Con nota n. 55579 del 20/12/2021, l'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica- Serv. 1- ha comunicato che “ *la proposta di Piano del Fabbisogno e Dotazione Organica di cui sopra, è stata ritenuta coerente con le linee di indirizzo regionali e formulata nel rispetto del tetto di spesa assegnato, ... e che la Giunta Regionale, con propria delibera n. 555 del 18/12/2021, ha espresso parere favorevole sul testo adottato dall'Azienda*”, con le nuove tabelle inviate all'Assessorato con mail del 30/11/2021;

Con Decreto Assessoriale n. 1497 del 31/12/2021, pubblicato in GURS n. 3 del 21/1/2022, viene definitivamente approvata la Dotazione Organica dell'Azienda e Piano triennale del Fabbisogno 2021-2023 secondo il parere vincolante come sopra reso dalla Giunta Regionale.

L'Azienda prende atto del suddetto decreto con delibera 165 dell'8-2-2022.

Riamandando, per lo specifico, agli atti citati, il Fabbisogno triennale del personale dipendente e convenzionato 2021-2023 è quello di cui alle seguenti tabelle riassuntive.

Tabella riepilogo 2021-2023 - Piano dei Fabbisogni del Personale Dipendente

MACROPROFILI	2021			2022			2023		
	Personale dipendente								
	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mg)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mg)	Posti Vacanti	Piano del Fabbisogno (Teste)	Costo piano del fabbisogno (€/mg)
PERSONALE DIRIGENTE									
di cui Medici	170	810	80.352	61	871	86.403	55	926	91.890
di cui Veterinari	3	33	3.409	-	33	3.409	4	37	3.828
di cui Altri Dirigenti Sanitari	34	105	8.639	7	112	9.164	2	114	9.333
di cui Dirigenti PTA	15	34	3.106	9	43	3.926	1	44	4.007
TOTALE DIRIGENTE	222	982	95.506	77	1.059	102.902	62	1.121	109.058
PERSONALE COMPARTO									
di cui Infermiere	128	1.290	58.170	23	1.313	59.210	32	1.345	60.651
di cui Altro Comparto Sanitario	21	284	13.115	11	295	13.606	1	296	13.633
di cui OSS-OTA-ASA	140	268	9.054	29	297	10.065	20	317	10.750
di cui Personale della riabilitazione e Fisioterapisti	15	65	2.544	3	68	2.656	4	72	2.802
di cui Comparto Amministrativo e Professionale	15	347	12.298	5	352	12.513	14	366	13.095
di cui Altro Comparto Tecnico	12	147	5.637	34	181	6.934	8	189	7.240
TOTALE COMPARTO	331	2.401	100.817	105	2.506	104.984	79	2.585	108.171
TOTALE FABBISOGNO PERSONALE	553	3.383	196.322	182	3.565	207.886	141	3.706	217.229

Tabella riepilogo 2021-2023 - Piano dei Fabbisogni del Personale Convenzionato

MACROPROFILI	2021						2022						2023					
	Emergenza Territoriale		Guardia Medica		Specialisti Ambulatoriali		Emergenza Territoriale		Guardia Medica		Specialisti Ambulatoriali		Emergenza Territoriale		Guardia Medica		Specialisti Ambulatoriali	
	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*	Incarichi Vacanti*	Piano del Fabbisogno (FTE)*
PERSONALE DIRIGENTE																		
- di cui Medici	-	32	1	129	40	62	-	32	-	-	-	30	-	32	-	-	129	40
- di cui Veterinari	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	13
- di cui ASL Dirigenti Sanitari	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- di cui Dirigenti PTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE FABBISOGNO 2021	-	32	1	129	40	62	-	32	-	-	-	62	-	32	-	-	129	40

Per quanto concerne le strategie di copertura del fabbisogno, l'Azienda metterà in campo le diverse modalità di assunzione previste dalla normativa vigente.

Al fine di valorizzare le professionalità interne e nei limiti delle vigenti capacità assunzionali, si prevede di avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 22, comma 15, del d.lgs. n. 75 del 2017, valutando l'attivazione delle procedure selettive per la progressione rivolta al personale in servizio, tenendo conto del numero di posti per tali procedure riservate al personale interno;

Al fine di superare il precariato e ridurre il ricorso ai contratti a termine valorizzando la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, si consoliderà il ricorso, ove e nei limiti del consentito, alle procedure di reclutamento speciale previste dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 75/2017;

Si continuerà, inoltre, nell'ordine della quota d'obbligo, a garantire il pieno rispetto delle assunzioni obbligatorie di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68;

Per le assunzioni a tempo indeterminato con l'utilizzo, valutato in base alle esigenze, delle seguenti procedure previste dalle disposizioni nazionali:

- Mobilità volontaria prevista dall'art. 30 del D.Lgs.165/01 provvedendo, in via prioritaria alla immissione in ruolo dei dipendenti provenienti da altre amministrazioni in posizione di comando o fuori ruolo;
- Utilizzazione delle proprie graduatorie concorsuali vigenti, nonché l'utilizzazione delle graduatorie dei concorsi pubblici in corso di validità approvate da altre Aziende ed Enti del SSN;
- Procedure concorsuali.

L'Azienda ricorrerà all'assunzione di personale a tempo determinato solamente nei seguenti casi:

- nell'attesa della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato;
- per esigenze di carattere straordinario e temporaneo;
- per la sostituzione di dipendenti assenti per periodi per i quali possono essere attivati incarichi di supplenza e ove ciò risulti indispensabile. Nella redazione del PTFP si è tenuto conto anche dell'andamento delle cessazioni del personale [annuali e nell'arco del triennio) devono essere attentamente monitorate. Tutte le cessazioni di cui è possibile tener conto in anticipo in quanto collegate ad una data certa (es. per collocamento a riposo per limiti di età o per recesso) vanno

integrate con le cessazioni che si determinano per motivi non preventivabili (es. mobilità) al fine di consentire gli opportuni aggiornamenti. Così come va effettuato il Monitoraggio degli istituti di assenza: particolare attenzione occorrerà prestare all'andamento delle assenze, in particolare a quelle di medio-lunga durata, così come vanno monitorati gli esoneri da alcuni tipi di turnazioni. Si pensi, ad esempio, ai permessi ex L.104/92 e al correlato congedo straordinario biennale per assistenza a familiari disabili, ai permessi e distacchi/aspettative sindacali, alle assenze per maternità/congedi parentali. A seguito della rideterminazione del piano di fabbisogno ed ai fini del monitoraggio e della verifica del rispetto del tetto di spesa, l'Azienda si riserva, anche in connessione con l'andamento dei processi di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, di predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato ed altre tipologie di lavoro flessibile.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa attribuisce alla formazione un ruolo fondamentale nell'assicurare lo sviluppo professionale del personale sanitario, amministrativo e tecnico, e la valorizzazione delle potenzialità esistenti, indispensabili per la realizzazione della mission aziendale.

La formazione rappresenta uno strumento necessario per favorire il cambiamento di comportamenti individuali e collettivi, nell'ambito delle attività che ogni operatore svolge nel proprio contesto organizzativo a garanzia della qualità e dell'innovazione dei servizi. Svolge un ruolo prioritario in tutti gli ambiti organizzativi in cui la qualità delle "prestazioni" dipende essenzialmente dalle risorse umane e dall'organizzazione delle relative attività, migliorando la qualità delle prestazioni rivolte al cittadino/utente.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa con il D.D.G. n°1380/12 del 12 luglio 2012 è stata accreditata provvisoriamente in qualità di Provider ECM con il codice identificativo ID 423.

Nel mese di marzo 2022, come da richiesta della Segreteria ECM Regionale, l'ASP di Siracusa ha presentato istanza per il passaggio da "Provider provvisorio" a "Provider standard".

Come previsto dal D.A. n°1771 del 07.10.2012, l'UOS Formazione Permanente è in Staff alla Direzione Generale, ed è dotato di autonomia tecnico-funzionale, organizzativa, strutturale, di un budget economico, e di un "software gestionale per la formazione", che assicura assoluta trasparenza nel percorso formativo, dalla fase di iscrizione al rilascio dell'attestato, alla visualizzazione della storia formativa di ogni dipendente. Definisce compiutamente chi può fare cosa, articolando la sicurezza attraverso la definizione di profili, utenti, password. Consente, inoltre, la dematerializzazione del materiale cartaceo, in favore dell'utilizzo di strumenti digitali.

1. Analisi dei bisogni formativi aziendali

Conoscere i bisogni formativi consente di formulare efficaci strategie di formazione e di mettere a punto opportune azioni di programmazione, progettazione e valutazione, anche nell'ambito di più ampie strategie di sviluppo delle risorse umane e di realizzazione degli obiettivi organizzativi.

Questa fase viene avviata nell'ultimo trimestre di ogni anno e nell'ASP di Siracusa prevede due specifiche azioni:

- *approccio top down*, nasce dall'esigenza di adempiere al raggiungimento di obiettivi strategici aziendali, o di ottemperare a normative/direttive regionali;
- *approccio bottom up*, nasce dalla raccolta dei bisogni dei professionisti.

L'analisi dei bisogni formativi *bottom up*, è curata dai Referenti della Formazione e dai Direttori/Responsabili delle unità operative proponenti (committenza), che attraverso una metodologia partecipativa (focus group, riunioni), coinvolgono gli stessi destinatari, per favorire momenti partecipativi, evitando che la formazione venga vissuta come imposizione dall'alto.

Successivamente, i Referenti per la Formazione e i Direttori/Responsabili, compilano la scheda di Proposta Formativa elaborata dall'UOS Formazione Permanente, tenendo conto sia del reale bisogno delle specificità professionali, che degli obiettivi regionali e aziendali. La scheda viene pubblicata annualmente dall'UOS Formazione, sul “*portale web della formazione*”, che compilata viene restituita nei tempi previsti.

Raccolte le proposte viene attuato un processo di analisi delle stesse, tenendo conto nella valutazione: delle esigenze segnalate a livello di Direzione Strategica; dei bisogni identificati nelle strutture organizzative; delle competenze professionali da acquisire e/o sviluppare; della coerenza con gli obiettivi formativi di interesse nazionale e regionale.

Effettuati i necessari confronti con la formazione richiesta o suggerita dai soggetti istituzionali, si procede all'elaborazione e redazione del Piano Formativo Annuale Aziendale con l'inserimento delle singole proposte formative.

2. Piano Formativo Annuale Aziendale

La proposta del Piano Formativo Annuale viene redatta dall'UOS Formazione Permanente e validata dal Comitato Scientifico ECM, organismo garante del contenuto tecnico-scientifico formativo, della qualità scientifica e dell'integrità etica delle attività formative programmate.

Il Piano Formativo viene sottoposto all'approvazione del Direttore Generale e del Direttore Sanitario e, come informativa, viene trasmesso alle Organizzazioni Sindacali Aziendali. Successivamente viene fatto proprio dalla Direzione Generale che lo adotterà con una deliberazione su proposta del Responsabile dell'U.O.S. Formazione Permanente e viene pubblicato sul “*portale web della Formazione*”.

Nel Piano Formativo Annuale sono inseriti specifici interventi formativi inerenti il D. lgs n. 81/2008, inerente la sicurezza sul lavoro, con particolari disposizioni contenute negli articoli 36 e 37; la formazione obbligatoria ai responsabili del trattamento dei dati personali (art. 19, comma 6, all. b del d.lgs. n. 196/2003 - GDPR n. 2016/679) ed agli operatori deputati a gestire tali dati; gli adempimenti previsti per l'applicazione della legge 190 del 6 novembre 2012 in materia di “prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione”.

Unitamente all'attività formativa programmata va realizzata:

- l'attività formativa che durante l'anno potrebbe rendersi necessaria su indicazioni Ministeriale, Assessoriali e di legge, in merito a specifiche problematiche o riferite ad obiettivi aziendali che potranno determinarsi;
- l'attività formativa svolta in collaborazione e in sinergia con il CEFPAS;
- l'attività effettuata dal personale dipendente presso Centri di Formazione esterni all'Azienda (Formazione esternalizzata) e preventivamente autorizzata dalla Direzione Strategica;
- l'attività formativa relativa alle linee progettuali di Piano Sanitario Nazionale (PSN), Piano Sanitario Regionale (PSR), Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), Piano Regionale della

Prevenzione (PRP), etc..., i cui costi ricadono sui relativi fondi economici.

3. Metodologie didattiche

Oltre alla tradizionale modalità di formazione in “aula”, vengono ulteriormente implementate le attività di formazione sul campo:

- **Training on the job**, tecnica formativa operata sul campo, ossia nel proprio posto di lavoro, attraverso l'affiancamento, l'assistenza e la riflessione organizzata, con i propri strumenti di lavoro e su casi e problemi reali, pratici e quotidiani;
- **Internal Audit**, saranno ampiamente sviluppate con la funzione di generare nelle organizzazioni un dialogo orientato a migliorare l'efficacia e la velocità di apprendimento delle comunità di lavoro e di pratica;
- **Comunità di pratica nella gestione per PDTA**, per l'effettiva buona riuscita di un percorso clinico, la multidisciplinarietà è un aspetto determinante, per cui è necessario che i professionisti si uniscano in un team di lavoro e operino in maniera collegiale, confrontandosi e scambiandosi esperienze, per arrivare ad un prodotto finale che sia il più possibile condiviso.
- Inoltre, su esigenze specifiche e visto il perdurare dell'emergenza Covid-19, per alcune attività formative può essere utilizzata la metodologia FAD (formazione a distanza), attraverso convenzione con provider esterni accreditati e la metodologia webinar.

4. Verifica e valutazione dei risultati

L'UOS Formazione Permanente utilizza quali indicatori di risultato:

- Grado di partecipazione: la presenza all'evento formativo con registrazione di firma all'ingresso e all'uscita;
- Gradimento dell'evento/progetto formativo: per misurare la soddisfazione dei partecipanti, si somministra il questionario di gradimento dell'evento formativo e dei docenti reclutati dall'Albo Docenti interni/esterni, come da “Regolamento di accesso e di funzionamento dell'albo docenti per l'attività di formazione interna”, di cui alla deliberazione aziendale n°705 del 14.05.2021;
- Apprendimento dei contenuti: al fine di verificare l'incremento di conoscenze, di capacità e di consapevolezza dei discenti, si somministrano dei questionari o a risposte aperte o a risposte chiuse, o di rilevazione di abilità tecniche acquisite;
- Ricaduta organizzativa: la relazione del soggetto preponente (Dipartimenti, Distretti, Presidi Ospedalieri etc...), in merito alle modifiche dei comportamenti e delle performance individuali, di gruppo e aziendali, a fronte della formazione ricevuta e comprovate da evidenze oggettive, da redigersi entro sei mesi dalla fine dell'evento/progetto formativo.

SEZIONE 4 – MONITORAGGIO

Principi e strumenti del processo

Per la valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale l'Azienda si è dotata di un regolamento ove è previsto un processo per organizzare in modo efficace ed efficiente il complesso delle attività finalizzate a realizzare il ciclo di gestione della performance.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. 150/2009, e del Decreto dell'Assessore alla Salute Regione Sicilia del 26/9/2011, ai fini di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, redige annualmente i seguenti documenti:

- a) Documento programmatico triennale, piano della performance da adottare in coerenza con i contenuti del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi di periodo e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;
- b) Un documento, denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato.

Processo

L'Azienda, ai fini della Misurazione e valutazione della Performance, ha adottato un documento con le procedure relative a:

- Predisposizione del Piano della performance;
- Ciclo di gestione della performance;
- Predisposizione della Relazione sulla performance.

Definizione di Piano della performance

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale, da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione economico - finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Esso è redatto anche in conformità agli atti di programmazione emanati dalla Regione e dallo Stato (Piano sanitario nazionale e Piano sanitario regionale) e tenendo conto anche delle indicazioni normative avente ad oggetto la pianificazione e l'evoluzione del sistema sanitario.

I soggetti del processo di stesura del Piano della performance

Il processo di formulazione del piano aziendale prevede il coinvolgimento della Direzione Aziendale, dei Dipartimenti Sanitari ed Amministrativi.

1. La Direzione Aziendale recepisce gli indirizzi della Regione in merito ai programmi di sviluppo del sistema di offerta di servizi sanitari ed alle risorse economico-finanziarie a disposizione dell'Azienda e definisce gli obiettivi strategici aziendali. Sulla base degli obiettivi e delle risorse, la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa, congiuntamente, predispongono il Piano della Performance.
2. I Dipartimenti sanitari, l'Area territoriale e i Distretti Ospedalieri partecipano alla stesura del Piano della performance fornendo indicazioni circa gli obiettivi triennali da perseguire in riferimento agli specifici livelli di assistenza e alle strutture interne.
3. I Dipartimenti amministrativi curano, in particolare, le dinamiche del personale, il programma pluriennale degli investimenti e la quantificazione finanziaria ed economica utile per la realizzazione dei programmi e dei progetti.
4. Il Controllo di gestione supporta il processo di programmazione e l'interazione tra gli attori sopra indicati.
5. L'O.I.V. garantisce l'obiettività e l'accuratezza metodologica di tale processo.

Il processo di definizione del Piano della performance

Il processo di definizione del Piano segue cinque fasi logiche:

- Definizione dell'identità dell'organizzazione;
- Analisi del contesto esterno ed interno;
- Definizione degli obiettivi strategici e delle strategie;
- Definizione degli obiettivi operativi;
- Comunicazione del Piano all'interno e all'esterno.

Definizione dell'identità

In questa fase il Management Aziendale ed i Responsabili dei Dipartimenti hanno il compito di rilevare in modo puntuale i dati quantitativi relativi al proprio settori di attività, riferiti all'esercizio precedente a quello di riferimento del Piano. I dati devono essere rappresentati sinteticamente in prospetti condivisi con chi elabora il documento.

Analisi del contesto esterno ed interno

In questa fase il Management Aziendale ed i Responsabili dei Dipartimenti devono predisporre una scheda sintetica nella quale evidenziare gli elementi (piani, direttive, etc.) che incidono sulla propria attività e i dati quantitativi o indicatori che consentano di valutare il posizionamento dell'azienda rispetto al contesto esterno regionale/nazionale nonché le criticità principali.

Definizione degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi

Sulla base dell'analisi del contesto e delle criticità e tenendo conto degli indirizzi regionali, dei Distretti Ospedalieri ed i Responsabili dei Dipartimenti insieme alla Direzione Sanitaria o Amministrativa (a seconda dell'area di competenza) devono definire gli obiettivi strategici da perseguire nel triennio futuro.

Per ogni obiettivo strategico i suddetti attori predispongono una scheda in cui riportare gli obiettivi annuali da realizzare, l'indicatore e il valore atteso nel triennio, completo di una breve sintesi della finalità dell'attività.

Adozione e comunicazione del Piano all'interno e all'esterno

L'Azienda adotta il Piano della performance entro il 31 gennaio e successivamente provvede a pubblicare sul sito aziendale istituzionale il Piano.

Di seguito si riportano le fasi del processo seguito per la predisposizione del documento e i soggetti coinvolti.

Il processo di definizione del Piano della performance

Il Ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Definizione e assegnazione degli obiettivi

Le funzioni di indirizzo e di decisioni strategiche, sono di competenza della Direzione aziendale; le funzioni di gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa sono attribuite ai Dirigenti apicali. Ad essi è riconosciuta autonomia gestionale ed operativa, a cui è collegata una diretta responsabilità dei risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate. Questo principio si attua attraverso il ciclo della performance di seguito indicato.

I piani di medio lungo periodo si traducono in obiettivi annuali negoziati e attribuiti ai Dipartimenti e Strutture apicali e declinati in obiettivi operativi per i Dirigenti delle Strutture attraverso i piani di azione correlati ad ogni obiettivo.

Gli obiettivi possono essere di tipo economico, operativo e di qualità e sono misurati da indicatori capaci di esprimerne il grado di raggiungimento in modo oggettivo.

La responsabilità nel raggiungimento di un obiettivo può essere assegnata ad una struttura organizzativa o a più strutture organizzative, qualora per il raggiungimento sia necessaria un'attività trasversale a più Strutture. In questo caso la Direzione Aziendale individua il Gruppo di lavoro in funzione del coinvolgimento delle strutture ed individua un Coordinatore a cui viene affidato il compito di definire il Piano di azione e di rapportarsi con la Direzione aziendale per le attività di monitoraggio periodico e finale.

I soggetti del processo di budget

I soggetti coinvolti nel Processo di Budget sono i seguenti:

- Direzione Aziendale;
- Comitato Budget;
- Controllo di gestione;
- Programmazione strategica
- Centri di Responsabilità.

1) La **Direzione Aziendale** comprende la Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa e rappresenta il vertice strategico dal quale prende avvio il processo di programmazione. Essa è responsabile della qualità degli indirizzi di riferimento per la predisposizione del Budget, nonché della tempestività della loro emanazione ed ha un ruolo decisivo nell'impostazione dell'intero processo.

Nell'ambito del Processo di Budget, la Direzione Aziendale:

- > traduce in obiettivi aziendali gli indirizzi di politica sanitaria ed economica regionale e quelli della pianificazione strategica aziendale, attraverso la definizione delle linee di programmazione;
- > formula pareri e osservazioni sui contenuti del Budget Aziendale, del Bilancio di Previsione e sugli esiti del processo di confronto tra l'Azienda e la Regione;
- > analizza e formula pareri rispetto ai documenti di programmazione che vengono posti alla sua attenzione durante le diverse fasi del Processo di Budget;
- > approva i Budget dei Centri di Responsabilità, il Budget Aziendale complessivo e il Bilancio di Previsione;
- > approva variazioni ai Budget dei Centri di Responsabilità eventualmente necessarie in corso d'esercizio;

2) Il **Comitato di Budget** è così composto:

- > Direttore Amministrativo con funzioni di Coordinatore
- > Direttore Sanitario
- > Un Direttore di U.O.C. o capo Dipartimento
- > Resp. del Controllo di Gestione
- > RESP. Programmazione e Pianificazione
- > Resp. U.O.C. Sistemi Informatici SIFA
- > Segretario individuato dal Coordinatore a supporto dell'istruttoria

FUNZIONI COMITATO DI BUDGET

Nell'ambito del Processo di Budget il Comitato di Budget svolge attività di supporto alla Direzione Aziendale nelle fasi di Programmazione Annuale, nelle diverse fasi del Processo di Budget, dell'istruttoria della valutazione e propone, attraverso il Coordinatore, il Calendario di negoziazione; si avvale dei responsabili delle verifiche e dei processi.

Negozia gli obiettivi con i Direttori di Dipartimento e/o U.O.C. ed a seguito di tale negoziazione propone i medesimi al Direttore Generale che li assegna formalmente.

- 3 Il **Controllo di Gestione** prende parte attiva nel Processo di Budget del quale cura l'intera istruttoria, divenendo anche elemento di collegamento tra gli attori del processo.

Nell'ambito del Processo di Budget, il Controllo di Gestione:

- > supporta l'elaborazione e/o coordinamento dei singoli prospetti che compongono la struttura contabile dei Budget;
- > supporta il monitoraggio del processo di formazione del Budget Aziendale;
- > a seguito della definizione degli indirizzi annuali di Budget da parte della Direzione Aziendale, la supporta nella implementazione dei medesimi;
- > supporta la Direzione Aziendale nelle attività di monitoraggio, analisi e valutazione sul raggiungimento degli obiettivi economici;
- > supporta la Direzione Aziendale nella formulazione di modifiche e variazioni al Budget eventualmente necessarie in corso d'esercizio;
- > si interfaccia con l'Organismo Indipendente di Valutazione per la parte di sua competenza

4) **U.O.S. Programmazione strategica.**

supporta la Direzione Aziendale nella formulazione delle proposte di obiettivi, da parte della Direzione medesima, per singolo Centro di Responsabilità e li formalizza attraverso la predisposizione delle Schede Obiettivi;

- 5) **Centri di Responsabilità** individuati nei dipartimenti, nelle UOC e UOSD rappresentano le strutture Aziendali con titolarità di Budget e sono direttamente responsabili rispetto ai risultati raggiunti ed alle risorse impiegate. Essi costituiscono articolazioni organizzative, generalmente di tipo complesso, con assegnazione di Budget.

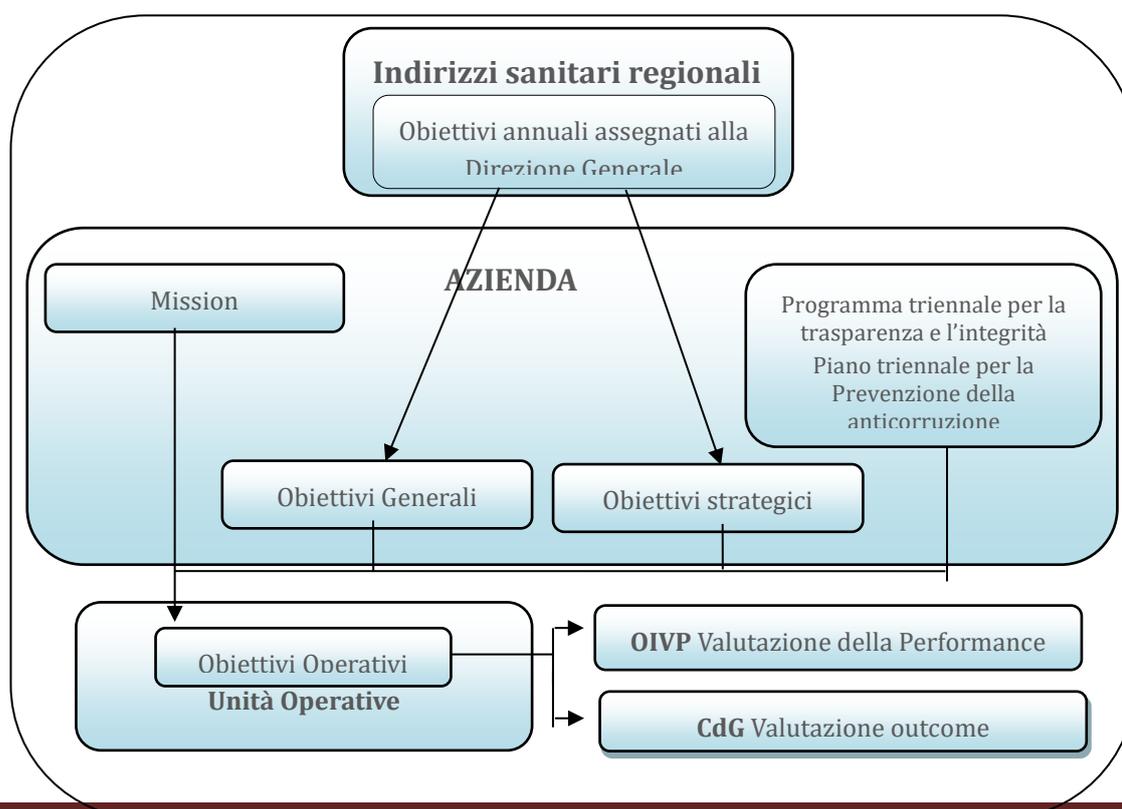
I Centri di Responsabilità partecipano al processo di Budget tramite i Direttori di Struttura gli stessi negoziano si confrontano sulle attività di seguito riportate:

- > proporre obiettivi ad integrazione di quelli proposti dal Comitato Budget;
- > negoziare gli obiettivi proposti dal Comitato di Budget;
- > formulare commenti e pareri sul proprio Budget;
- > richiedere una negoziazione ulteriore qualora dissentano dagli esiti del primo incontro;
- > elaborare proposte, pareri e critiche in riferimento agli obiettivi assegnati,

FASI DEL PROCESSO DI BUDGET

Fasi e Tempi del Processo di Budget

Il Processo di Budget comprende l'insieme delle regole aziendali che definiscono, in modo esplicito e trasparente, quali passaggi devono essere compiuti per giungere alla formalizzazione degli obiettivi.



Fasi e tempi del Processo di Budget

Per l'anno 2022, in attesa di nuova assegnazione di obiettivi da parte dell'Assessorato alla Salute, vengono riportati gli obiettivi assegnati durante il 2° semestre 2020, essendo collegati con gli obiettivi aziendali contrattati dal Direttore generale con l'Assessorato alla Salute e validi per il 2° semestre 2020 e per l'anno 2021.

	DESCRIZIONE
FASE 1	<i>Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità</i>
FASE 2	<i>Elaborazione delle Schede di Budget (Budget della Produzione, delle Risorse e dei Consumi) e Budget Operativo Aziendale e predisposizione della determina di adozione</i>
FASE 3	<i>Assegnazione obiettivi e correlati indicatori e target per Centri di Responsabilità</i>
FASE 4	<i>Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione</i>
FASE 5	<i>Negoziazione degli obiettivi</i>
FASE 6	<i>Approvazione del Budget Aziendale e degli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità</i>
FASE 7	<i>Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi</i>
FASE 8	<i>Monitoraggio consuntivo del grado di raggiungimento degli obiettivi</i>

FASI PROCESSO DI BUDGET.

Fase 1 - Determinazione degli indirizzi programmatici e trasmissione ai Centri di Responsabilità

L'obiettivo di questa fase è quello di formalizzare il quadro di riferimento per la predisposizione del Budget Aziendale in relazione agli obiettivi aziendali.

Gli obiettivi aziendali, sono sviluppati dalla Direzione Aziendale con il supporto del Comitato di Budget, e negoziati con i vari responsabili al fine di assegnare i medesimi ai vari Centri di Responsabilità e/o alle varie U.O.C.

Ai Centri di Responsabilità viene trasmessa una Scheda proposte Obiettivi, strutturata in modo da:

- 1) poter rendere noti i macro obiettivi aziendali previsti
- 2) poter rilevare le proposte di obiettivi specifici da parte del Centro di Responsabilità
- 3) individuare le azioni da realizzare per poter raggiungere l'obiettivo proposto, unità operative coinvolte
- 4) individuare il responsabile del raggiungimento dell'obiettivo.

Fase 2 - Elaborazione delle Schede di Budget e Schede Obiettivi

Il processo di definizione del budget aziendale si sviluppa secondo una logica interattiva, segue cioè un flusso di comunicazioni che parte dagli organi di direzione in ordine all'assegnazione degli obiettivi da raggiungere e delle attività da realizzare da ciascun Centro di Responsabilità ed è da questi tradotta in fabbisogni dei fattori produttivi direttamente riconducibili ai Centri di Responsabilità.

Il Comitato di Budget analizza gli obiettivi e gli indirizzi di programmazione annuali trasmessi dalla Direzione Aziendale e sulla base di queste indicazioni definisce i prospetti contabili (schede di budget) e le schede obiettivi per ogni Centro di Responsabilità e per il tramite dei Direttori di Dipartimento li trasmette a tutti i Direttori/Responsabili di UOC e UOSD.

I Direttori/Responsabili di UOC e UOSD procedono ad eventuali contro proposte e scheda di budget revisionata e le trasmettono al Direttore del Dipartimento, il quale dopo averle analizzate e validate le invia al Comitato di Budget.

Il Comitato di Budget verifica la coerenza dei prospetti contabili revisionati e degli obiettivi proposti dai Direttori di Dipartimento.

In caso di esito negativo richiedono a questi ultimi di apportare modifiche ai prospetti proposti. In caso di esito positivo il Comitato di Budget procede alla approvazione e all'invio dello stesso alla Direzione Generale per la firma.

Fase 3 -Assegnazione obiettivi per Centri di Responsabilità.

La Scheda di Budget di tipo quantitativo viene accompagnata da una Scheda Obiettivi, la quale definisce le categorie di obiettivi anche in relazione a quanto disposto dalla mission aziendale e per ciascuna di esse vengono predisposti uno o più obiettivi specifici, a ciascuno dei quali è correlato il

risultato dell'anno precedente, le azioni da porre in essere, il risultato atteso, il risultato raggiunto, gli strumenti probatori di verifica, percentuale di raggiungimento degli obiettivi, il peso dell'obiettivo, il punteggio ed il responsabile della verifica.

Il peso/punteggio dei singoli obiettivi sono differenziati secondo la rilevanza di ciascun obiettivo. In particolare, gli obiettivi vengono ponderati in ragione dei seguenti fattori di valutazione:

- importanza dell'obiettivo nell'ambito della programmazione dell'Azienda;
- grado di complessità tecnica organizzativa;
- rilevanza sotto l'aspetto economico e finanziario;
- innovatività e miglioramento di efficacia, efficienza e qualità, Gli obiettivi concordati in sede di budget saranno trasmessi all'Organismo Indipendente di Valutazione ai fini del monitoraggio del processo.

Fase 4 ~ Analisi dei dati preliminare agli incontri negoziali e definizione calendario di negoziazione

All'elaborazione delle schede di budget segue una fase di analisi delle stesse, che è preliminare agli incontri negoziati. Tale fase si caratterizza per la interdisciplinarietà in quanto vede la partecipazione attiva di tutti i componenti del Comitato di Budget e, all'occorrenza, dei referenti di uffici con competenze correlate agli obiettivi specifici (ad esempio UOC Farmacia per obiettivi relativi ai consumi di farmaci e dispositivi). Si tratta di un momento di confronto e di analisi dei dati di costo e di ricavo, di consumo e di produzione, che consente di evidenziare le cause degli stessi e di eventuali scostamenti dall'andamento prevedibile.

Fase 5 - Negoziazione degli obiettivi dopo la preventiva assegnazione da parte della Direzione aziendale

Gli obiettivi sono negoziati annualmente tra il Comitato di Budget ed i Direttori di Dipartimento e, quindi, successivamente vengono trasmessi ai Direttori/Responsabili di UOC e UOSD ed a tutto il personale con un processo a cascata.

Fase 6 - Approvazione del Budget Aziendale e degli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità

La Direzione Aziendale approva il Budget Aziendale e gli Obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità e li trasmette per il tramite dei Direttori di Dipartimento ai Centri di responsabilità nonché all'Organismo Indipendente di Valutazione.

Inoltre, il Budget Aziendale definitivo viene inviato dalla Direzione Aziendale e all' UOC Economico Patrimoniale per la predisposizione del bilancio di previsione. Quest'ultimo predispone il bilancio pluriennale di previsione, il piano pluriennale degli investimenti e il budget finanziario, dopodiché inserisce i valori del bilancio di previsione e convalida gli impegni di spesa per le singole voci del piano dei conti nel sistema informativo, emettendo in automatico un codice di autorizzazione per singolo impegno di spesa.

Fase 7 - Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi

Ai fine *di* favorire il raggiungimento degli obiettivi di budget, trimestralmente, compatibilmente con le adeguate risorse umane e tecnologiche all'uopo individuate, il Controllo di Gestione procede all'analisi dei dati gestionali e alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi. Le risultanze delle analisi confluiscono in un report gestionale (Scheda monitoraggio Obiettivi) trasmesso ai Centri di Responsabilità, allo scopo di rendere noti eventuali scostamenti e per consentire l'adozione di eventuali provvedimenti e azioni correttive da intraprendere.

La Direzione Aziendale sostiene il processo e procede all'eventuale revisione degli obiettivi qualora quanto negoziato, alla luce dei risultati infra-annuali, non sia più effettivamente realizzabile. A tal fine verrà fissato, eventualmente, un incontro tra il Comitato di Budget ed il Direttore di Dipartimento interessato per discutere dei risultati relativi al primo semestre.

Nell'ipotesi in cui, durante l'esercizio di riferimento, si dovesse verificare una differenza tra risultati effettivi ed attesi, dovuta a cause esterne e non governabili dai singoli Responsabili dei Centri di Responsabilità e/o dall'Azienda, si renderà necessario attivare una fase di revisione degli obiettivi.

La modifica degli obiettivi di budget potrà avvenire in alternativa nei seguenti modi:

1. su iniziativa della Direzione Aziendale qualora, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, monitoraggio e verifica dei risultati infrannuali, dovessero rilevarsi differenze significative tra obiettivi e risultati effettivi;
2. su proposta motivata dei Direttori/Responsabili di UOC e UOSD per il tramite dei Direttori di Dipartimento, con comunicazione al Controllo di Gestione , al fine di attivare il processo di revisione con la Direzione Aziendale tramite il Comitato di Budget.

Fase 8 - Monitoraggio consuntivo del grado di raggiungimento degli obiettivi

La Scheda di monitoraggio consuntiva relativa all'intero anno di riferimento del budget,riportante la percentuale di raggiungimento degli obiettivi assegnati al Centro di Responsabilità,viene redatta dal Controllo di Gestione sulla base dei dati provenienti dai Responsabili della verifica individuati nella scheda stessa e trasmessa alla Direzione Aziendale e all'Organismo Indipendente di Valutazione per le sue eventuali considerazioni.

Il Comitato di Budget trasmette la Scheda di monitoraggio consuntiva al Responsabile del Centro di Responsabilità indicando il termine entro il quale è possibile trasmettere controdeduzioni.

Eventuali controdeduzioni vengono esaminate dal Comitato di Budget e dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Quest'ultimo, valida la regolarità del processo di valutazione e se lo ritiene può suggerire al Comitato di Budget con nota scritta e motivata di rivedere le percentuali assegnate.

All'esito dell'esame da parte del Comitato di Budget viene determinata la percentuale totale di raggiungimento degli obiettivi del Centro di Responsabilità che rappresenta per la valutazione della performance organizzativa del personale afferente al Centro di Responsabilità. Tale valutazione viene

riportata nell'atto dispositivo del Direttore Generale per i successivi adempimenti amministrativi contabili.

A seguito dell'approvazione delle Schede di monitoraggio consuntive (Allegati 2 e 3) e delle percentuali di raggiungimento degli obiettivi ivi indicate, le schede vengono trasmesse con nota circolare a firma del Direttore Generale per il tramite dei Direttori di Dipartimento ai Centri di Responsabilità e all'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'implementazione delle diverse fasi del Processo di Budget è subordinata all'evoluzione dei sistemi informativi aziendali, in particolare della Contabilità Analitica, del Controllo di gestione e loro adeguamento alle variazioni della struttura organizzativa previste dalla normativa regionale e nazionale.

L'implementazione della Contabilità Analitica e la coerenza con la contabilità economico patrimoniale sono di competenza dell'Economico patrimoniale, mentre la tenuta dei centri di costo, la veicolazione dell'alimentazione dei flussi degli stessi sono a carico del controllo di gestione

1.3.2 Metodologia monitoraggio raggiungimento obiettivi e scheda monitoraggio obiettivi

La Scheda monitoraggio obiettivi impiegata per determinare, sia in itinere che al termine dell'anno di riferimento del budget (anno n+1), la percentuale di raggiungimento degli obiettivi è costruita in modo da integrare le informazioni già inserite nella Scheda Obiettivi con quelle relative a:

- risultato realizzato nel periodo di riferimento
- % di raggiungimento del singolo obiettivo / punteggio

Il raggiungimento degli obiettivi e, quindi, la performance viene determinata proporzionalmente alla complessità (peso) degli obiettivi assegnati, secondo la seguente metodologia:

- determinazione della percentuale di raggiungimento di ogni singolo obiettivo rispetto al risultato prefissato;
determinazione del punteggio realizzato rispetto al peso assegnato ad ogni obiettivo - (% raggiungimento obiettivo * peso singolo obiettivo). Il punteggio può essere espresso in termini percentuali;
- determinazione della percentuale di raggiungimento totale degli obiettivi = sommatoria dei punteggi realizzati in relazione ad ogni obiettivo.

I documenti di programmazione e modulistica

I documenti su cui si fonda il processo del ciclo di gestione della performance sono le schede degli obiettivi ed i piani di azione.

Le schede degli obiettivi costituiscono i documenti con cui la Direzione Aziendale formalizza l'assegnazione degli obiettivi ed i relativi indicatori da perseguire in un definito periodo (solitamente l'anno), facendole sottoscrivere alle strutture individuate.

I piani di azione sono i documenti mediante i quali ciascuna struttura organizzativa pianifica, insieme alle articolazioni aziendali coinvolte, le attività da effettuare per il raggiungimento di ciascun obiettivo, individua i soggetti responsabili coinvolti nel suo conseguimento e fissa le scadenze per ciascuna delle

azioni individuate. Il Piano di azione predisposto a livello di U.O. è lo strumento con il quale vengono definiti gli obiettivi operativi dei Dirigenti e viene monitorato il raggiungimento dell'obiettivo mediante verifiche periodiche nel corso dell'anno, per consentire l'attuazione di provvedimenti correttivi appropriati e tempestivi, qualora si rendesse necessaria una revisione dell'obiettivo assegnato.

7.2 – Coerenza con la programmazione economica-finanziaria e di bilancio

La definizione degli obiettivi nell'ambito del Piano della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e con il bilancio aziendale (art. 5, c. 1 e art.10 c.1 lett.a D.lgs 150/2009). Si tratta di un principio di fondamentale importanza, perché un sistema di obiettivi è realmente sostenibile solo se è garantita la congruità tra le risorse effettivamente disponibili e le azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati.

Il Ciclo della performance è integrato con il ciclo di bilancio, costituendo l'uno la base degli indirizzi della programmazione economica e l'altro il vincolo alle risorse da assegnare nel rispetto dell'equilibrio economico di bilancio. Gli obiettivi sono assegnati in relazione alle risorse disponibili e previste dalla programmazione economica aziendale e non possono essere assegnati obiettivi correlati a risorse non programmate. L'U.O. Programmazione e Controllo provvede a segnalare al Servizio Economico Patrimoniale eventuali fabbisogni emersi nel corso delle negoziazioni di *budget*.

La Direzione Strategica procede alla definizione degli obiettivi raccordandosi con la UOC Servizio Economico Finanziario e Patrimoniale, che vigila sul corretto utilizzo delle risorse economiche stabilite, che costituiscono limiti di spesa. In tale ambito la rendicontazione dei finanziamenti assegnati a carico del PSN rappresenta un esempio del legame tra bilancio e obiettivi aziendali.

Alla base del processo di negoziazione è indispensabile il collegamento tra la dimensione di *performance* e la dimensione finanziaria, atteso che il sistema di rendicontazione delle risorse impiegate si fonda sull'integrazione tra bilancio e sistema di contabilità analitica per centri di costo, sistema che prevede l'assegnazione diretta di risorse dedicate ad ogni singolo obiettivo dell'albero della *performance*.

La *performance* è al centro del processo di costruzione del budget, che viene definito in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

Tappe e tempistica tra pianificazione della performance e il processo di programmazione economico-finanziaria:

- ad inizio esercizio, la redazione del conto economico preventivo contiene la traduzione in termini quantitativi delle linee di azione connesse agli obiettivi specifici ed agli obiettivi operativi;
- contestualmente vengono elaborati i budget economico – finanziari, contenenti i tetti di spesa per centro di responsabilità;
- il bilancio preventivo viene inserito nel NSIS e costituisce la base per la negoziazione delle risorse con la Regione;
- la successiva negoziazione delle risorse con la Regione può determinare il riallineamento dai valori e la rimodulazione dei programmi eventualmente non compatibili con le risorse negoziate;

- segue la verifica di compatibilità delle azioni da porre in essere per raggiungere gli obiettivi fissati nel Piano: le linee di intervento fissate nel Piano vengono effettivamente attivate solo se è garantita la effettiva congruità con le risorse disponibili;
- il sistema dei controlli garantisce la coerenza delle azioni intraprese con le risorse: dal costante monitoraggio scaturiscono le eventuali azioni di riequilibrio.

7.3 - Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione della Performance

Facendo leva sull'attività di controllo/monitoraggio di pertinenza dell'OIV l'Azienda individuerà delle aree di criticità nell'attuazione del Ciclo di gestione della performance, rispetto alle quali questa Amministrazione porrà in essere delle azioni di miglioramento, inserendole nella programmazione dei propri obiettivi per l'anno 2021.

Una prima previsione delle azioni che questa Azienda porrà in essere, prevederà:

- previsione e applicazione delle linee guida sulla valutazione partecipativa nel processo di performance organizzativa nelle amministrazioni pubbliche (linee guida n. 4 novembre 2019 a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri).
- implementazione delle attività di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi
- rispetto della tempistica relativa alla valutazione annuale delle Unità Operative
- evidenza dell'assegnazione di obiettivi individuali a tutti i dipendenti.
- individuazione di strumenti di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione degli obiettivi individuali
- implementazione del processo di integrazione fra il ciclo della performance e il ciclo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio.

7.4 - Valutazione partecipativa degli stakeholders nel processo di misurazione della performance organizzativa.

La valutazione partecipativa è una forma di valutazione della *performance* che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, coinvolgendo non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti. All'interno di tale rapporto, il processo può essere guidato prevalentemente dall'amministrazione (valutazione partecipativa) o dai cittadini (valutazione civica).

Molti metodi di valutazione, anche sofisticati, non riconoscono agli *stakeholder* autonomia nella valutazione. Il punto di vista dei cittadini è considerato oggetto di indagine, ovvero uno dei tanti punti di vista da tenere in considerazione durante la valutazione. Nella valutazione partecipativa, invece, tale prospettiva si ribalta. Il cittadino e/o l'utente cessa di essere esclusivamente oggetto di indagine, diventando co-valutatore delle attività e dei servizi di cui beneficia, anche ai fini del miglioramento organizzativo.

E' svolta in collaborazione con i cittadini e/o gli utenti, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili aventi anche lo scopo di ridurre l'asimmetria informativa, per la formulazione di giudizi motivati sull'operato dell'amministrazione. Sono dunque i cittadini e/o gli utenti stessi, dotati di adeguati strumenti, a produrre informazioni rilevanti per la valutazione dei servizi. L'attività di valutazione partecipativa consente così di monitorare e verificare, ad esempio, il rispetto di determinati *standard* quanti-qualitativi previsti da impegni contrattuali o carte dei servizi o il grado di rispondenza di determinate attività e servizi alle attese dei cittadini e/o utenti.

Ha come principale finalità l'integrazione dell'azione amministrativa con il punto di vista dei cittadini e/o degli utenti. Le informazioni raccolte a valle del processo di partecipazione sono rilevanti ai fini della programmazione futura e utili al miglioramento delle attività e dei servizi erogati dall'amministrazione.

Principali benefici che la valutazione partecipativa apporta all'amministrazione:

Migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici	avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti, attraverso cui raggiungere una conoscenza più completa dei bisogni.
Promuovere processi di innovazione amministrativa	
Mobilizzare risorse e capitale sociale presenti sul territorio	attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini per rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza alla collettività.
Gestire e ridurre i conflitti	rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il <i>deficit</i> di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica.
Integrare il performance management nei processi decisionali	collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di <i>performance</i> sia da parte dei dirigenti pubblici e dei politici, sia da parte dei cittadini.

Riferimento normativo:

Con linee guida n. 4 novembre 2019, la Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – ai sensi D-Lgs 150/2009 e DPR 105/16 (art. 3 comma 1) ha inteso rafforzare il ruolo dei cittadini utenti nel ciclo di gestione della performance e introdotto con il nuovo art. 19 bis.

Con il successivo D.Lg.s 74/17 il legislatore ha dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione (l'art. 7 comma 2 lettera c) declinando su tre aspetti fondamentali i profili di partecipazione:

<i>Profilo</i>	<i>Processo</i>
Soggettivo	Coinvolti i fruitori delle attività istituzionali e dei servizi pubblici (stakeholders) in qualsiasi modo direttamente o indirettamente interessati
Oggettivo	Concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni dei servizi delle PP.AA.
Procedimentale	La partecipazione alla valutazione è ricondotta all'ambito specifico “della performance organizzativa dell'amministrazione secondo quanto stabilito dagli art.. 8 e 19 bis”

L'Azienda già dal 2020 ha iniziato l'attivazione e il processo della scala di sviluppo della valutazione partecipativa, in particolare con l'attuazione degli artt. 8 e 19 bis.

L'art. 8 prevede:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive
- sviluppo qualitativo e interattivo delle relazioni con i cittadini attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione

L'art. 19 bis prevede:

- la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa anche in “forma associativa”
- coinvolge l'OIV quale interlocutore dei cittadini e degli utenti a cui comunicare “il proprio grado di soddisfazione” per le attività e i servizi erogati
- dare uno specifico ruolo anche agli utenti interni, cioè ai settori delle strutture amministrative che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'amministrazione valutata
- pubblicare i risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti su attività dei servizi con cadenza annuale

Per l'attuazione delle linee previste dai suddetti articoli, l'amministrazione intende avvalersi della presenza dell'OIV, che rappresenta l'organo di verifica della effettiva adozione dei sistemi di rilevazione; lo stesso OIV terrà conto dei risultati sia ai fini della valutazione della performance organizzativa della amministrazione e sia ai fini della relazione annuale sulla performance.

Il coinvolgimento dei cittadini e utenti al processo di valutazione della performance diventerà funzionale al perseguimento delle finalità intrinseche dei sistemi di valutazione delle prestazioni.

Inoltre, con la partecipazione dei cittadini l'azienda punta ad incidere sugli orientamenti quali l'impatto delle politiche e dei servizi pubblici sulla collettività e la fiducia dei cittadini sull'amministrazione pubblica, cogliendo i vari significati e la diversa rilevanza che gli stakeholders attribuiscono ai risultati conseguiti dall'amministrazione.

Azioni e fasi che l'amministrazione intende attuare per l'anno in corso:

L'amministrazione, già dal 2020, ha inteso avviare un'azione di coinvolgimento per migliorare l'apertura in chiave partecipativa sia al loro esterno che al loro interno, attivando strumenti quali:

1. mappatura degli *stakeholder* dell'amministrazione;
2. selezione dei servizi e delle attività oggetto di valutazione e delle corrispondenti modalità e strumenti di coinvolgimento;
3. selezione dei cittadini e/o degli utenti;
4. definizione delle dimensioni di *performance* organizzativa per la valutazione dei servizi e delle attività selezionati;
5. motivazione dei cittadini e/o degli utenti nonché dei dipendenti coinvolti nella valutazione;
6. valutazione delle attività e/o dei servizi;
7. utilizzo dei risultati ai fini della valutazione della *performance* organizzativa.

Le azioni sopra riportate rappresentano imput per l'amministrazione per superare le maggiori criticità sulle quali gli stakeholders possono influenzare le azioni della amministrazione, quali:

- eliminare le autoreferenzialità
- rafforzare il sistema di gestione della performance
- rafforzare i requisiti normativi minimi

L'amministrazione, anche alla luce della recente pubblicazione delle linee guida, dovrà predisporre il modello di valutazione partecipativa da adattare in base alle esigenze dell'ASP.

Riferendosi alle linee guida n. 4/19 sarà imprescindibile adottare un modello che si rifaccia a quanto previsto per i requisiti minimi riportati secondo la "scala di sviluppo della valutazione partecipativa" e di cui alle tabelle 1 – 2.